

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Klas Preželj

Naslov: Povezanost razvitosti občin z institucionalizacijo

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Število strani:97 **Število Prilog:**6 **Število virov:** 31

Mentor: Izr. prof. dr. Vito Flaker

Somentor: As. dr. Andreja Rafaelič

Deskriptorji: Institucionalizacija, dezinstitutionalizacija, razvitost občin, dolgotrajna oskrba, skupnostna oskrba,

Povzetek

Slovenija je ena najbolj institucionaliziranih držav v Evropi. V diplomski nalogi pišem o različnih vplivih na stopnjo institucionalizacije po posameznih občinah in njihovi medsebojni povezanosti. V teoretičnem uvodu najprej opišem definicijo in zgodovino totalne ustanove. Za lažje razumevanje dezinstitutionalizacije in pomembnosti procesa na kratko opišem proces institucionalizacije ter njene škodljive učinke in posledice, ki jih pusti na posamezniku in njegovem življenju. Nadaljujem z razlago pojma in procesa dezinstitutionalizacije, njegovim razvojem v svetu in Sloveniji. Omenim tudi primere dobre prakse v Italiji, Angliji, na Hrvaškem, v Srbiji in na Češkem. Na kratko opišem najbolj pogoste metode in koncepte dela. Dotaknem se tudi skupnostne oskrbe ter tipov skupnostnih služb in storitev, ki jih pri nas poznamo. Opišem dolgotrajno oskrbo in službe dolgotrajne oskrbe. V empiričnem delu razložim rezultate raziskave medsebojne povezanosti vplivov bližine posebnih zavodov na institucionaliziranost, in pa povezavo razvitosti občine z institucionaliziranostjo. V Sloveniji je potrebno natančno raziskati vse razloge za tako močno stopnjo institucionalizacije in na podlagi tega sestaviti program dezinstitutionalizacije, ki bo najboljše in najhitreje prinesel spremembe na tem področju.

Abstract

Slovenia is one of the most institutionalized countries in Europe. My undergraduate thesis deals with various influences on the degree of institutionalization in individual communities

and their interrelationships. The theoretical introduction first describes the definition and history of total institution. To facilitate understanding of deinstitutionalisation and the significance of the process, the process of institutionalization and its harmful effects and consequences it produces on individuals and their lives are described. This is followed by the explanation of the term and process of deinstitutionalization, its development worldwide and in Slovenia. Examples of good practice in Italy, Great Britain, Croatia, Serbia and Czech Republic are also mentioned. The most frequent methods and concepts of work are described in short. The thesis also touches on community care and types of community agencies and services known in Slovenia. Long-term care and long-term care agencies are described. The empirical part of the thesis explains the results of research on interrelationship of the effects of vicinity of special institutions on institutionalization, as well as the relations between institutionalization and how developed a community is. In Slovenia, it is necessary to examine in detail all the reasons for such high degree of institutionalization, and on these findings, draw up a deinstitutionalization programme which can bring about the best and soonest possible changes in this area.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

Povezanost razvitosti občin z institucionalizacijo

Mentor: Izr. prof. dr. Vito Flaker

Avtor: Klas Preželj

Ljubljana, 2016

Vsebina

1.	Teoretični del.....	5
1.1.	Prototalne ustanove.....	5
1.2.	Institucionalizacija in totalne ustanove.....	7
1.3.	Potek hospitalizacije.....	11
1.3.1.	Faza predpacienta	11
1.3.2.	Faza pacienta	12
1.3.3.	Faza po odpustu	12
1.4.	Stigma.....	15
2.	Dezinstitucionalizacija	17
2.1.	Dehospitalizacija.....	17
2.2.	Dezinstitucionalizacija danes.....	19
2.3.	Dezinstitucionalizacija po svetu	20
2.3.1.	Italija	21
2.3.2.	Anglija	21
2.3.3.	Srbija	23
2.3.4.	Češka.....	24
2.3.5.	Hrvaška	25
2.4.	Dezinstitucionalizacija v Sloveniji	26
3.	Skupnostna oskrba	31
3.1.	Vrste skupnostnih služb in storitev	32
3.2.	Skupnostno socialno delo.....	34
3.3.	Stanovanjske skupine oziroma vmesne strukture.....	35
4.	Dolgotrajna oskrba	39
5.	Socialni in medicinski model	44
5.1.	Socialni model	44
5.2.	Medicinski model	45
6.	Normalizacija	46
6.1.	Družbeno vrednotne vloge.....	48
6.2.	Koncept krepitve moči.....	49
6.3.	Socialna vključenost	50
7.	Metodični Del	53
7.1.	Problem	53
7.2.	Vrsta raziskave	54
7.3.	Teme.....	55

7.4.	Spremenljivke in indikatorji.....	55
7.5.	Viri podatkov.....	55
7.6.	Populacija in vzorec	56
7.7.	Zbiranje podatkov	56
7.8.	Analiza podatkov.....	56
8.	Rezultati	58
8.1.	Razlaga rezultatov.....	58
9.	Razprava	63
10.	Sklepi.....	66
12.	Viri	68
Priloge:.....		71

Predgovor

Med razmišljanjem, kaj naj napišem v predgovor o tem kako sem prišel do diplome in do naslova Povezanost razvitosti občine z institucionalizacijo, sem ugotovil, da se je v mojem življenju dogajalo veliko stvari, ki so odgovorne, da danes pišem o tem. Najprej bi poudaril vlogo očeta, ki je diplomirani defektolog in je delal v Varstveno delavnih centrih (VDC) v Ljubljani, na Jesenicah in v Radovljici. Je velik zagovornik dezinstitutionalizacije in drugačnega dela z uporabniki in je na tak način tudi pristopal k delu in premikal meje institucije v skupnost.

Druga pomembno obdobje je bilo, ko sem bil udeleženec v programu PUM (Projektno učenje za mlajše odrasle) in sem se začel srečavati z ljudmi s težavami v duševnem zdravju bolj od blizu. Bolj od blizu pomeni, da sem se začel z njimi družiti, pogovarjati in spoznavati njihov svet. Moje zavedanje o problemu institucionalizacije se je samo še poglobilo, ko sem začel v PUM delati kot mladinski mentor. PUM Radovljica namreč zelo aktivno sodeluje s Psihiatrično bolnišnico Begunje in kar nekaj udeležencev programa je bilo institucionaliziranih pri njih. Sodelovanje in druženje z njimi mi je dalo veliko znanja in širšega pogleda na problem institucionalizacije.

Vse skupaj se je potem lepo zaokrožilo na Fakulteti za socialno delo, kjer sem se s problematiko spoznal še iz strokovnega vidika in imel možnost sodelovanja s profesorji, ki se s tematiko ukvarjajo že kar nekaj časa. Poleg tega sem imel možnost obiskati zavod v Dutovljah in tam preživeti nekaj časa ter se pogovarjati in spoznavati stanovalce zavoda.

Diplomska naloga je sestavljen iz treh delov: teoretičnega uvoda, metodologije in empiričnega dela. V prvem poglavju pišem o zgodovini institucionalizacije, njenih posledicah in škodljivih učinkih. Opišem zgodovino dezinstitutionalizacije po svetu in pri nas. Omenim tudi dolgotrajno in skupnostno oskrbo in njune storitve pri nas.

V drugem delu na kratko opišem način, instrumente in vrsto raziskave. Nato opišem kako sem prišel do podatkov. Opredelim tudi hipoteze in jih operacionaliziram. Opredelim tudi ključne pojme in določim spremenljivke in vrednosti.

Empirični del pa je sestavljen iz treh delov. Prvi del je razlaga rezultatov, kjer razložim in opišem dobljene rezultate. Drugi del je razprava, kjer rezultate, ki sem jih dobil bolj podrobno opišem in opišem tudi možne razloge. Tretji del sestavljajo predlogi za prihodnost.

Diplomsko delo ima nekaj napak, za katere se opravičujem. Najprej bi omenil pisanje v moški osebi. Raziskava je kvantitativna in je pokazala določene odnose med raziskovanimi spremenljivkami, ni pa pokazala mehanizmov teh odnosov, zakaj določena spremenljivka vpliva na drugo. O mehanizmih sem v razpravi pisal na podlagi svojega znanja, literature in predvidevanj, vendar je te mehanizme potrebno za bolj natančno pojmovanje še dodatno raziskati.

Diplomsko delo je rezultat truda večih ljudi. Posebej bi se zahvalil Andreji Rafaelič in Vitu Flakerju za potrpežljivost, nasvete in neskončno možnosti. Zahvala gre tudi Lei Lebar, ki je omogočila, da smo prišli do rezultatov raziskave. Zahvala gre tudi družini in prijateljem, ki so mi stali ob strani in me spodbujali.

»Crazy people are considered mad by the rest of the society only because their intelligence isn't understood.«- Zhou Weihui

1. Teoretični del

1.1. Prototalne ustanove

Med prototalne ustanove štejemo ustanove srednjega veka: samostani, dvori, špitali in gobavišča. Prototalne ustanove so ustanove z značilnostmi totalnih ustanov sodobnega sveta z razliko, da so bile bolj vpete v družbeno življenje kot današnje. Prav tako niso imele podeljenega mandata s strani družbe. Lahko bi rekli, da so bile družba. Nobena od njih ni v svoji prvotni obliki preživela prehoda iz fevdalizma v kapitalizem. Vsi štirje prostori sicer so v uporabi današnjih totalnih ustanov, podedovali pa so tudi določene značilnosti, funkcije, vzorce in lastnosti posamezne, ki jih sodobna totalna ustanova združuje. (Flaker 1998: 69)

Samostani so nastali kot nadaljevanje meniških in puščavskih tradicij poznoantičnega in zgodnjekrščanskega Egipta. Življenje v njih je imelo že v zgodnjem srednjem veku veliko podobnosti s sodobnimi totalnimi ustanovami. To so bile namreč ustanove, ki so bile ograjene in zaprte. Prostori v njih so bili namembno razdeljeni in namenjeni posameznim skupinam prebivalcev samostana in med seboj ločeni. Tudi življenje v njih je potekalo ločeno in po točno določenih procedurah in ritualih. Oblast v samostanu je bila jasno hierarhično opredeljena, njen zastopnik pa je bil opat. Poznali so tudi kaznovanje, kot so bičanje in osamitev. (Flaker 1998:45-50)

Dvor je bil sinteza ostankov antike in vojaške demokracije. To je bil zaprt prostor, ki je zajemal stanovanja in druga poslopja srednjeveškega gospodinjstva. Glavna funkcija je bila varnost, saj je predstavljal varno pribežališče oziroma *azil*. Dvore so postavljali na gričih, od zunanjega sveta pa so bili ločeni z ograjo in jarki. Dvor je bil potemtakem sedež navadnega življenja, zunanost pa je predstavljala divjino in nenavadno. Dvor ima torej osnovno značilnost totalnega zajetja in jasno izraženo razmerje med "zunaj" in "znotraj". Oblast v dvoru je bila hierarhična in tudi prostori jasno razdeljeni. Zasebnosti ni bilo veliko, vse je bilo vsem na očeh. Spalnice so bile skupne, postelje so si delili. (Flaker 1998:50-58)

Tako samostan kot dvor sta po današnjih merilih kolektivni obliki bivanja. Življenje poteka v samozadostnih in zaprtih skupnostih, ki so ločene od zunanjega sveta. V takem svetu vlada malo prostora za intimnost in za to čemur danes pravimo individualnost. Ljudje, ki tam živijo, so predvsem pripadniki kolektiva, skupine, katerim vlada in jih obvladuje v ta namen prirejena oblast. V obeh skupnostih je oblast hierarhična in temelji na ceremonijah in ritualih. Za vsak prostor pa velja določen vedenjski kodeks. (Flaker 1998: 58)

Špital je oblika, ki je v Evropi obstajala v vsakem kraju in je v 19. stoletju dala svoje ime medicinski ustanovi-*hospital*. Imela je predvsem socialno funkcijo, zdravstvena nega je sodila predvsem k oskrbi revne in nemočne skupine in je bila obrobne pomena. Špital je bil namenjen romarjem, potepuhom, potnikom, krošnjarjem, revežem, bolnim in ostarelim ter tistim, za katere nihče ni hotel skrbeti in niso pripadali nobenemu sloju družbe. (Flaker 1998:61-62)

Ljubljanski špital je za svoje prebivalce skrbel slabo. Ko je leta 1697 iz Dunaja prišla posebna komisija, je odkrila močno zanemarjanje oskrbovancev s strani osebja. Oskrbovanci so dobivali zelo majhne količine hrane, kruh je bil plesniv, meso so jedli dvakrat na leto, juho le redko. Večerjali so le redek sok brez kruha. Za pritožbe nad hrano in pijačo, je osebje oskrbovance kaznovalo. Pred vstopom v špital so oskrbovanci morali plačati določeno vsoto, ker bi bili drugače lahko kadarkoli in iz kateregakoli razloga odpušteni. Po dvajsetih letih od obiska so se razmere za oskrbovance izboljšale in so bili tako deležni boljše oskrbe in hrane. (Mali 2008: 13 po Rijavec 1960: 13)

Gobavišče (leprozorij) je ustanova, ki ni več na stičišču naselja z divjino, ampak je iz družbe totalno izločena tako rekoč na nikogaršnji zemlji. V teh ustanovah so bili nameščeni tisti z boleznijo gobavosti, vendar se v gobavske skupnosti niso vključevali le bolni, ampak tudi tisti, ki so se hoteli izogniti kazni in maščevanju. In že samo s tem je leprozorij predstavljal čisto okolje izključevanja, čeprav ni bil obdan z zidovi. Dovolj so bili prebivalci. To je zapuščina gobavišč današnji totalni ustanovi. Ne pravila in oblast, ampak poslopje in simbolika. (Flaker 1998:63)

Totalne ustanove so se razvile iz ostankov špitalov, dvorov, leprozorijev in samostanov. Kljub temu, da se niso ohranile v svoji prvotni obliki, pa so današnjim totalnim ustanovam zapustile vsaka svoje značilnosti in simboliko, ki jih je današnja totalna ustanova združila pod eno streho. Take glavne značilnosti so omejenost in odmaknjenost od sveta ter pojmovanje sveta zunaj in znotraj(dvori), pravila, ceremonije in programiranje, ki potekajo v sami ustanovi (samostani) in pa stigma (leprozorij). Zapuščene velike zgradbe so postale idealna tarča za "pospravljanje" velike količine ljudi, ki se jih je družba hotela odkrižati. Zato so jih prestrukturirali in uredili za te potrebe in nastale so totalne ustanove.

1.2. Institucionalizacija in totalne ustanove

»Totalna ustanova se je zares rodila v času *velikega zapiranja*. S tem terminom je Foucault (1961) poimenoval proces, ki je potekal v 17. stoletju po vsej Evropi, v katerem so zaprli velik del prebivalstva v splošne zaprte ustanove. Šlo je v glavnem za revne in deviantne skupine prebivalcev: ostarele, brezdomce, invalide, sirote, pa tudi brezumne, berače, vojake, prostitutke in druge«. (Flaker 1998: 71)

V Evropskih smernicah (10, 25) so vse totalne ustanove opredeljene kot tiste ustanove, ki so izolirane od skupnosti in zaprte. Stanovalci so v njih prisiljeni živeti skupaj in nimajo nadzora nad svojim življenjem in nad odločitvami. Zahteve in interesi ustanove pa imajo prednost pred posameznimi potrebami stanovalcev.

Goffman (1961) navaja temeljne značilnosti totalne ustanove, kjer vsi vidiki življenja potekajo na enem mestu in pod enako oblastjo. Vsaka stopnja dnevne aktivnosti poteka pred velikim številom drugih ljudi. Od vseh pa se pričakuje, da bodo delali isto stvar. Za vse dejavnosti obstaja urnik. Urnik pa po sistemu natančnih pravil od zgoraj vsiljujejo uradniki. Dejavnosti pa so vsiljene in so namenjene zadovoljitvi uradnih ciljev ustanove. (Flaker 1998:20)

Goffmanova opredelitev totalne ustanove pravi, da so to ustanove, ki povsem zajamejo čas in dejavnosti svojih članov, vse vidike življenjskega sveta posameznika (bivanje, delo, zabava, rekreacija itd.). Gre za totalnost zajetja, ki jo simbolizirajo in poudarjajo tudi pregrade, kot so zidovi, reke in gozdovi, močvirja, bodeča žica, ki jih take ustanove običajno gradijo med seboj in preostalim svetom. (Flaker 1998, 18-19)

Goffmanove oblike totalnih ustanov so (Flaker 1998, 19):

- ustanove za ljudi, ki zase ne morejo skrbeti in so nenevarni družbi in sebi, npr. domovi za slepe, sirote, ostarele in revne,
- ustanove za tiste, ki zase ne morejo skrbeti, poleg tega pa so nevarni za družbo: tuberkulozne in duševne bolnišnice in leprozoriji oz gobavišča,
- ustanove za zavarovanje skupnosti pred nekaterimi nevarnostmi: zapori, taborišča za vojne ujetnike in koncentracijska taborišča.,
- ustanove za izvajanje delovnih nalog: ladje, vojašnice, internati in internatne šole, delovni tabori in oskrba večjih posestev
- in ustanove za verski umik: samostani.

Varovanci vstopajo v ustanovo s svojo kulturo, navadami, pojmovanjem sebe, ki so bili samoumevni vse do sprejema v ustanovo. Ob vstopu ne dobijo v zameno neke druge kulture, ampak postanejo predmet »od-učevanja« in »diskulturizacije«, posledicama dolgega izostanka iz družbenih tokov. Za ustanovo in njeno delovanje je napetost med domačim svetom »zunaj« in svetom ustanove »znotraj« tisti najpomembnejši strateški vzvod, ki pomaga upravljati z ljudmi. (Flaker 1998: 23)

Poleg tega varovanci največkrat ne pridejo v tovrstne ustanove po svoji volji. Velikokrat pridejo na zahtevo družine. Druga možnost neprostoVOLjne vključitve v ustanovo je prisilna privedba v spremstvu policije, oziroma pod pretvezo posameznika, da gre nekam drugam. (Goffman 1961 v Flaker 1998)

Ko Goffman (1961: 17 v Flaker 1998: 19-20) opisuje totalne ustanove, razloži, da nobena ne zajema vseh značilnosti hkrati. V vsaki ustanovi pa kljub temu lahko najdemo močno prisotnost vsaj nekaj od njih. Tiste značilnosti, ki jih lahko najdemo, so, da vsi vidiki življenja potekajo na istem kraju, za katere velja vnaprej določen urnik, dejavnosti pa si sledijo po strogem vrstnem redu in potekajo skupinsko, kamor je vključenih večje število ljudi. Od njih se pričakuje, da bodo delali vsi isto stvar. Dejavnosti pa so vsiljene in so namenjene zadovoljitvi uradnih ciljev ustanove in ne potrebam uporabnikov.

Izkaže se, da je osnovni problem institucionalizacije v tem, da institucijo sicer ustvarjajo posamezniki, a kljub temu ni prilagojena človeku. Posameznik vstopi vanjo s posebnim in edinstvenim delom samega sebe, ki pa se ne sklada s pravili in zapovedmi institucije. V nasprotju z institucijo predstavlja posameznik celovitost in človeško plat življenja. (Cooly 1993: 319 v Jana Mali :18)

Evropske smernice definirajo (totalno) ustanovo z vidika *človekovih pravic* in *dostojanstva* uporabnikov, njihove *kakovosti življenja in zdravja*, *samostojnosti* in *socialne vključenosti*. Za institucije so značilne izolacija stanovalcev, kolektivnost nastanitve, pomanjkanje vpliva in prevlada interesov organizacije nad interesi posameznika. (Flaker et.al.: 2016)

V ustanovi veljajo pravilniki in urniki, ki se jih uporabniki morajo držati. Sam sistem ustanove temelji na ciljih ustanove, ki jih mora uporabnik vsaj na deklarativni ravni izpolnjevati. Uslužbenci imajo večinoma nadzorno funkcijo. Številčno manj obsežno osebje drži nadzor nad številčnejšimi uporabniki. Za razliko od uporabnikov osebje preživi v instituciji osem ur, med tem ko uporabniki največkrat kar cel dan. Osebje je največkrat edina

povezava med zunanjim svetom in njimi, kar še bolj poudarja socialni prepad med tema dvema skupinama. Osebjem se vede in čuti večvredne v nasprotju z uporabniki, ki pa se počutijo manjvredne in majhne in ne odločajo o svoji usodi. To osebjem omogoča dodaten nadzor. (Flaker 1998: 21)

Goffman (1961) razdeli ljudi v ustanovi na osebjem in stanovalce, med katerimi se razlika opazi že samo po tem, ker osebjem nosi uniforme. Osebjem gre po opravljenem delu domov, stanovalci pa ostanejo v ustanovi. Osebjem je tisto, ki vodi in uravnava življenje v ustanovi s pomočjo zakonov, pravilnikov in prisilnimi sredstvi. Osebjem je tisto, ki ve kaj je za stanovalce dobro in kaj potrebujejo. S tem je stanovalcem odvzeta dejanska opravilna sposobnost in namesto njih in o njih odločajo drugi. (Zaviršek 2000)

Skupini se bolj po redkoma mešata. Osebjem so namenjeni prostori, v katere imajo stanovalci le poredkoma vstop. Za svojo zasebnost lahko osebjem poskrbi v raznih pisarnah, sobah zdravnikov in medicinskih sester, prostorih za pogovore itn. Največkrat osebjem presedi večino časa v svojih pisarnah in se s stanovalci ne mešajo. Prostori namenjeni osebjem, kot na primer stranišče, so večinoma zaklenjeni, kar nakazuje na določeni ravni tudi strah pred kontaminacijo. (Zaviršek 2000)

Čas v totalnih ustanovah je zanimiv termin, ki se veže na odnos med osebjem in stanovalci. Kultura časa običajno loči med čakajoče stanovalce in zaposlene, ki za njih nimajo časa. Čas uporabnikov je navadno manj vreden od časa zaposlenih, kar določa že njihov položaj. Stanovalci začnejo ob vstopu v ustanovo živeti čakajoči čas, česar posledica je, da stanovalci lahko ostanejo na zaprtem oddelku, ker zaposleni za njih nimajo časa, na pogovor z zdravnikom pa lahko čakajo po več dni. Stanovalci so tako prisiljeni v to, da si morajo za zaposlene ob prvi priliki vzeti čas, drugače lahko zamudijo enkratno priložnost. Zaradi tega so stanovalci bolj ranljivi, ker jim zmanjšuje samozavest in občutek nadzora nad svojim življenjem. Čas ustanove je dejansko prilagojen osebjem in njihovem urniku dela. Aktivnosti namenjene stanovalcem so skoncentrirane v dopoldanskem času, med tem ko je popoldan, zvečer in za vikende zelo malo aktivnosti. Zelo velika in pomembna razlika, ki jo je potrebno izpostaviti je, da ima osebjem javni čas in zasebni čas. Zaposleni živi življenje zunaj zavoda, hodi na počitnice in ima obveznosti zunaj zavoda. Stanovalci tega nimajo. Za njih življenje v zavodu predstavlja realnost, zunanji svet pa nekaj zelenega. Predstavlja jim sinonim za svobodo. (Zaviršek 2000: 102)

Institucije ne določa le večje število uporabnikov na enem mestu in velikost zgradbe, temveč predvsem *institucionalna kultura*, saj tudi če so oskrbne strukture majhne, se v njih pojavijo značilnosti institucionalnega življenja. (Flaker et.al.: 2016:3)

Mali povzema po Mescu in Ovsenik (2001:42 v Mali 2008:146), da sta vzdušje in organizacija v instituciji odvisna od ideologije ustanove, pojmovanja in vrednot zaposlenih. Ideologije pa so lahko bolj odprte ali bolj zaprte. Kljub svojevrstnim ideologijam, zavodov ne moremo ločiti po tem. Ustanove z bolj odprto ideologijo omogočajo uporabnikom večjo avtonomijo in jih k tej celo spodbujajo. Spodbujajo jo s tem, da podpirajo njihovo soodločanje pri skupnih zadevah, še posebej tistih, ki se tičejo vsakega posameznika posebej. Pri ideologijah zaprtega tipa pa je poudarek bolj na redu, kontroli in avtoritarnem odločanju in uniformiranosti. Dogaja se, da so ideologije v današnjem času vedno bolj neusklajene s postopki in delovanjem. Ustanova odprtega tipa tako lahko uvaja red z represivnimi postopki in po drugi strani ustanova z zaprto ideologijo lahko daje občutek privlačnosti, odkritost in topline.

Ustanove se med seboj lahko razlikujejo tudi po stopnji socialne distance, ki jo predstavlja stopnja socialne in čustvene razdalje med osebjem in stanovalci. To se vidi po tem koliko je osebje nagnjeno k druženju s stanovalci, ali so družabni ali se stikom izogibajo in tudi po tem ali so uniformirani ali nosijo civilna oblačila. Odnos do stanovalcev se kaže tudi skozi to, kako jih osebje naziva. Nazivanje po imenu predstavlja večjo domačnost, medtem ko nazivanje z gospod in gospa predstavlja ravno nasprotno. Odnos osebja do stanovalcev je bolj topel in bolj oseben, če je ustanova nagnjena k delu z uporabniki in je manj institucionalizirane narave. Zapiranje in zaklepanje prostorov osebja kaže na to, da je zaupanje in želja po povezovanju precej majhna. (Oxford 1986: 237 v Mali 2008:147)

Ena značilnost totalnih ustanov se je skozi vso zgodovino ohranila do danes in to je namen same ustanove, da ljudi umakne in »pospravi« pred očmi normalne družbe. Saj tisto, česar ne vidiš, ne obstaja. Tako kot paradoks Schrodingerjeve mačke, ki je hkrati živa in mrtva obenem, uporabniki obstajajo in ne obstajajo v istem trenutku, tako za družbo, kot sami zase ter tudi za osebje, ki v ustanovi dela. Uporabniki namreč živijo svoja življenja tako kot vsi ostali s to razliko, da so oni del ustanove. In zaradi tega njihovo življenje ni več njihovo, ampak je življenje institucije, njene namembnosti, urnikov in pravilnikov. Torej v resnici ne živijo svojih življenj. So tam in se ravna po urniku in navodilih, ki jih določa ustanova ter osebje, česar pa niso sprejeli prostovoljno. Način dela, ki ga uporabljajo v ustanovi in odnos do stanovalcev, jih prisili, da se prilagodijo, umaknejo še bolj vase ali pa zamenjajo osebnost

v celoti in s tem zgubijo lastno osebnost, kar pa ne služi ničemu drugemu, kot "lažjemu" delu osebja z njimi in ustanovi sami.

Totalne ustanove so ostanki velikih srednjeveških zgradb. Sama ustanova ne spominja na prijeten prostor. Že na zunaj je lahko odbijajoča, saj so po navadi to stare zgradbe, katerih namen se ni spremenil že desetletja, mogoče stoletja, ali pa so bile opuščene in so njihov namen izkoristili zaradi možnosti uporabe. Ločenost od okolja, ali z razdaljo, zidom ali kašno drugo ločnico, tudi ne pripomore k občutku domačnosti, ki bi ga človek pričakoval od stavbe, v kateri živi večje število ljudi. Znotraj je vse skupaj zelo minimalistično urejeno, velikokrat samo z osnovnim pohištvom in belimi stenami in ne vzbuja nekih prijetnih občutkov. Intimnost ni nekaj običajnega in kar bi se cenilo. Poleg tega, da si sobe stanovalci delijo z najmanj enim, včasih tudi več, morajo biti vrata sob odprta in vsem na oči, javni prostori pa so veliki in nikjer ni prostora, kamor se lahko stanovalec umakne.

1.3. Potek hospitalizacije

1.3.1. Faza predpacienta

Proces kako "normalen" državljan postane hospitalizirani pacient, se po navadi začne z opažanji "čudnega vedenja" s strani oseb, ki so v nenehnem stiku z osebo. Bodisi so to člani družine, delodajalec, prijatelji, itn. Ko takšno vedenje preseže meje njihove tolerance, je prvi njihov nasvet obisk psihiatra. Nasvet je najprej zapakiran v diskretno opozorilo naj gre oseba sama do njega. Če oseba tega ne stori in se čudaško vedenje nadaljuje, so z njim strpni toliko časa, dokler se ne zgodi dogodek, ki je označen kot zadnji povod in okolico prepriča, da je oseba "duševni bolnik". Potem se zgodi prisilna hospitalizacija. (Lamovec 1998: 27)

Navadno ljudje odidejo v institucijo na pobudo drugih, po navadi bližnjih oseb in njegovega neposrednega okolja in strokovnjakov. Skupaj tako uporabnik, bližnji in strokovnjaki sestavljajo trikotnik institucionalizacije. Odločitev za odhod uporabnika v institucijo pa navadno ni njegova lastna, ampak želja in potreba sorodnikov, ker so utrujeni ter preobremenjeni in jim to predstavlja rešitev. (Flaker et.al.: 2008:37-47)

Hospitalizacijo na novo ureja nov Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) sprejet julija 2008, ki bolj opredeli pravice uporabnikov, posebno tiste na zaprtih oddelkih, ureja način in postopke (ne)prostovoljnega sprejema v bolnišnico ali zavod, opredeljuje posebne postopke zdravljenja, posebne varovalne ukrepe in njihove postopke izvajanja (Lapajne 2012).

ZDZdr od 40. do 52. člena govori o zdravljenju brez privolitve in navaja za to določene pogoje. Sprejem na zdravljenje brez privolitve se deli na sprejem na podlagi sklepa sodišča in na podlagi nujnega zdravljenja. Predlog pošlje sodišču izvajalec psihiatrične storitve, center za socialno delo, najbližja oseba ali državni tožilec. Po prejemu predloga mora najprej osebo, ki je obravnavana, pregledati izvedenec psihiatrične stroke, ki oceni ali je ukrep zdravljenja brez privolitve in nadzorovanega zdravljenja potreben. Nato sodišče osebo pozove, da se v roku sedmih dni od določenega datuma zglozi v bolnišnici ali zavodu. Če se to ne zgodi in oseba ne opraviči svojega izostanka, lahko ustanova odredi nujni prevoz in za to prosi pomoč policije. Če tudi to odpove lahko sodišče odredi privedbo (Uradni list RS, št.77/08 in 46/15–odl. US).

1.3.2. Faza pacienta

Bartona (1961 v Videmšek 2013: 46) opisuje vloge, ki jih stanovalec prevzame v bolnišnici oz. zavodu. Trdil, da se človek ne more izogniti negativnim vlogam, ki zasenčijo vse druge vloge. Privzete vloge so negativne, institucija pa stanovalca prisili, da jih prevzame in ponotranji, kar privede do spreminjanja in razvijanja vedenjskih vzorcev, ki so drugačni od običajnega načina vedenja. Barton našteje sedem ključnih dejavnikov in jih poimenuje "*sedem smrtnih grehov institucije*" med katere sodijo: izguba stikov z zunanjim svetom, prisilno brezdelje, vodilna vloga medicinskega osebja, izguba prijateljstva, obvladovanje čustev, čezmerna uporaba zdravil, slabo ozračje na oddelkih in izguba občutka za življenje zunaj institucije. Ravno te dejavniki pa pripomorejo k razvoju značilnega institucionalnega vedenja kot so pasivnost, brezcilnost, zmedenost, in postopanje.

Prav tako Goffman (1961) v svoji teoriji "totalne institucije" pravi, da ljudje pridobijo položaj pacientov in pripiše se jim deviantno odklonsko vedenje. V "totalni instituciji" so ljudje redno degradirani, izolirani od običajnega načina življenja, vsiljuje se jim nova identiteta, ki škodi njihovi samopodobi. Vstop v institucijo Goffman opisuje kot spremembo samopodobe, saj v instituciji posameznik prevzame vlogo stanovalca, pacienta in sostanovalca. Izgubijo pa se vloge, ki so jih imeli pred vstopom npr. vloga očeta, matere, moža, žene. (Videmšek 2013: 46)

1.3.3. Faza po odpustu

Ob odhodu iz psihiatrične bolnice uporabnik sicer ni več psihotičen, če je sploh kdaj bil, ostanejo pa mu naslednje poškodbe: odvisnost od zdravil, dosmrtna stigmatizacija, znižano samospoštovanje, utrditev lažnega jaza, zatiranje pristnega občutenja in izražanja,

spremenjeni odnosi z družino, spremenjeni odnosi na delovnem mestu, spremenjeni odnosi s prijatelji, izguba ciljev v življenju. (Lamovec 1995: 34)

Odvisnost od zdravil je posledica dolgoletne medikalizacije z namenom preprečevanja nadaljnjih kriz. Warner (1985) in Podvel (1990) menita, da ne moremo verjeti v preprečevalno funkcijo zdravil, ker je število kriz preveliko. Vaughan in Leff (1976) navajata podatke, ki kažejo, da je v čustveno ugodnem okolju malo novih kriz, ne glede na jemanje zdravil. Zato je nerazumljivo, da se večinoma uporabljajo zdravila, namesto da bi se spreminjale situacije, v katerih ljudje živijo. Rezultat trajne uporabe zdravil je povečano število dopaminskih receptorjev, česar posledica je večja dovzetnost osebe za psihoze. Psihijatrija vedno pogosteje uporablja pristop, ko se uporablja zdravila samo v akutni fazi, ko akutna faza mine, pa sledi postopno zmanjševanje zdravil, do te faze, da oseba lahko sama regulira uporabo po potrebi. V tujini obstajajo tudi programi za odvajanje od zdravil, ki so uspešni samo, če uporaba ni predolga. V takem primeru se zmanjša samo doza, ker je odvisnost premočna. (Lamovec 1995:34, 35)

Dosmrtna stigmatiziranost se manifestira tako zunanja kot notranja. Ljudje spremenijo svoje obnašanje do osebe, ki je institucionalizirana in oseba počasi zavest o stigmatiziranosti ponotranji. Zgodi se, da osebi pade kredibilnost. Njene besede ne nosijo več iste teže in ljudje niso več osredotočeni na vsebino povedanega, ampak le še iščejo simptome oz. način kako je nekaj izrečeno. Zato posameznik razvije "suženjsko mentaliteto", kar pomeni, da svoja mnenja začne zatirati ter se začne prilagajati pričakovanju in ugodni podobi za drugega. S tem ponovno utrjuje svoj lažni jaz. Ker pa ima vsak človek težnjo po samoizražanju, vsi ti zatrti in potlačeni občutki izbruhnejo s silovito močjo, kar pomeni krizo. Vidiki zunanje stigmatizacije so uničujoči v drugi smeri, saj pomenijo nenehno razmišljanje o tem, ali povedati o svojem zdravstvenem stanju drugim, in na kak način, in se potem soočati s posledicami. (Lamovec 1995:35, 36)

Znižano samospoštovanje je posledica ritualov ponižanja institucionalizacije in drugih dogodkov, kot so npr.: nasilen odvzem obleke, odnos osebja, razvrednoteno čutenje in izguba avtonomnosti odločanja. Posledice nizkega samospoštovanja so izguba vseh ambicij, saj prevlada miselnost o lastni neuporabnosti, ki je nenehno prisotna pri sleherni misli. Pomanjkanje motivacije pomeni zmanjšano akcijo, to pa samo potrdi začetno domnevo, kar pripelje do začaranega kroga in opustitve vsakršnih prizadevanj. (Lamovec 1995: 36)

Utrditev lažnega jaza se dogaja hkrati z vsemi omenjenimi temami. Oseba je prisiljena postati taka, kot jo hočejo drugi. Igranje lažne vloge je zelo utrujajoče, saj zahteva nenehno pozornost, razmišljanje in predvidevanje o tem, kako čim bolj ugajati. Ker je vsa energija usmerjena v ugajanje, se posledično seveda zmanjša storilnost. Kljub trudu in prizadevanju, pa je oseba vseeno deležna posmehovanja ter zaničevanja in njena prizadevanja pogosto naletijo na kritiko, namesto na podporo. Če bo oseba prepuščena sama sebi, ne bo zdržala dolgo in se bo umaknila v invalidski pokoj ali psihozo ali kar je bolj radikalno, k samomorilski težnji. (Lamovec 1995:37)

Zatiranje pristnega občutenja izražanja je posledica prilagajanja in ugajanja drugim. Zatirana težnja izbruhne na dan skupaj s psihozo. Vendar je ta težnja "uspešno" utišana zaradi količine in dolgoletne uporabe zdravil. Samo izražanje je nejasno in nerazumljivo ali pa čisto potihne, oziroma bolje rečeno nikogar ni več tam, da bi govoril. Zmerna doza zdravil bi znala umiriti psihozo in omogočila, da občutljiv poslušalec iz zmede lahko izlušči namige, v kateri smeri bi se oseba rada razvijala. (Lamovec 1995: 37)

Spremenjeni odnos z družino pomeni nadaljevanje razmer, ki jih je doživljal v ustanovi, tudi doma. Postane tretjerazredni član in nenehen objekt opazovanja. Družina je pozorna na vsakršno spremembo v obnašanju, ki jo dojema kot indikator ponovitve razloga, zaradi katerega je bil institucionaliziran. Nesvoboda v družini pa je še večja kot v ustanovi, saj je v družini edini in ne eden mnogih, kot v ustanovi, kjer pozornost do njega zaradi množice ljudi pade. Po eni strani ga družina duši, saj nima drugam, po drugi pa po tistem upa, da ga bodo s časom sprejeli takega kot je in to ga v njej zadržuje. (Lamovec 1995: 38)

Spremenjeni odnosi na delovnem mestu so izraženi z nenehnim opazovanjem bivšega uporabnika. Če oseba slučajno obdrži delavno mesto, se mora delati hvaležno, kljub nenehnemu nadzoru njenega obnašanja in strahu pred tem, da bo spet znorela. Poleg tega se njeno izkušnjo potlači, postane prepovedana tema, kot da ni obstajala. Če temo sama načne, se temo kmalu spelje drugam. Občutek nerazumevanja in odvečnosti dodatno osami posameznika. Tudi vse žaljivke in zmerljivke, ki so mu namenjene, sprejme in se trudi vsem ustreči, ker mu primanjkuje samozavesti. Lažni jaz pa se utrjuje. (Lamovec 1995: 38-39)

Spremenjen odnos s prijatelji je podoben odnosu v službi, je pretirano zaščitniški ali žaljiv. Popolna zamenjava prijateljev ali popolna izolacija ni nič nenavadnega. Je po navadi tudi nujna, če se uporabnik želi naprej razvijati, saj nam ljudje, ki nas dobro poznajo, običajno preprečujejo, da bi se spreminjali. Nekateri raje izberejo samoto ali pa si izberejo take

prijatelje, ki so jim podobni, česar prednost je v tem, da lahko svobodno govorijo o svoji izkušnji. (Lamovec 1995: 39)

Izguba ciljev v življenju je rezultat vseh prej opisanih poškodb in tudi nasvetov s strani psihiatrov ustanove, ki pogosto odsvetujejo uporabnikom nadaljevanje šolanja, ker naj bi jim to škodilo zaradi naprežanja. Izjave so sicer mišljene dobronamerno, vendar imajo ravno obratne posledice. Študij res povzroča stres, vendar je ob tej priliki potrebno ločiti med pozitivnim in negativnim stresom. Med tem, ko negativni stres škoduje duševnem ravnovesju, pozitiven stres predstavlja tisto, kar daje smisel življenju, za kar se posameznik trudi in ta pogosto nima negativnih posledic. Zaradi izgube vere vase in pretirane uporabe nevroleptikov je sledenje ciljem zelo naporno in edino kar pomaga je trdna volja in odločitev, da se ne odstopi od zadanih ciljev. (Lamovec 1995: 39-40)

Hospitalizacija je zelo stresen in konkreten poseg v posameznikovo življenje. Posameznik je na temelju za družbo nesprejemljivega obnašanja, ki je posledica duševnih stisk in skrhanega duševnega zdravja, diagnosticiran. Diagnoza, ki jo pridobi, mu podeljuje status. Je nalepka, etiketa, s katero se ga označi in s tem upraviči odvoz v bolnišnico. Kljub temu, da je ZDZdr uredil hospitalizacijo in naj bi s tem postala bolj humana, pa je oseba kljub temu zaprta prav tako kot prej in posledice hospitalizacije ostajajo nespremenjene. Oseba, ki je hospitalizirana, se iz bolnišnice ne vrne enaka. Osebnost je skrhana in samopodoba uničena. To ni posledica same bolezni, ampak celotnega procesa "zdravljenja" v bolnišnici. Etiketa, ki jo je pridobil človek pred vstopom, daje zdravnikom legitimacijo, da mu na podlagi te, mešajo koktejle raznih zdravil, ki imajo navadno hude stranske učinke na telo in duha in posledice so težko popravljive. Nalepka ob izhodu iz bolnišnice ostane. Zdravnikom je pomenila nek podatek, na podlagi katerega so načrtovali zdravljenje. Zunaj pa nalepka označuje osebo za poosebljeno nenormalnost in jo družba na podlagi tega, kljub temu, da nima dovolj znanja kaj ta nalepka pomeni, izloči in stigmatizira.

1.4. Stigma

Najpogostejša oblika posledice prisilne hospitalizacije je stigma. Uporabnik stigmo ponotranji. Posledica tega je, da se vse bolj odmika od ljudi, je vse manj kreativen in družbeno uspešen. V primeru, da se v bolnišnico vrača kot povratnik po načelu "*vrtečih se vrat*", bo razvil *aziliarno mentaliteto*. Zanj pa to pomeni dolgotrajna oz. dosmrtna medikalizacija, prilagoditev medicinskemu modelu obravnave, izgubo identitete, dostojanstva, razvila se bo institucionalna z dolgočasnost in izkušnje nasilja (prisilna hospitalizacija, medikalizacija, elektrošoki, zapiranje, pretepanje, fizično in verbalno nasilje s

strani drugih stanovalcev in osebja). Vse to seveda še dodatno vpliva na že tako načeto duševno zdravje. (Zaviršek 1997: 101)

Stigma je nalepka, ki jo ljudje dajo posamezniku. Doživljenjska etiketa, ki poistoveti posameznika z njegovo boleznijo. Bolezen v očeh ljudi ni več nekaj občasnega, ampak je oseba sama. Bolezen in posameznik sta eno in isto. (Lamovec 1998: 52)

Doživljanje sveta stigmatizirane osebe ima več polov. En pol predstavljajo tisti, s katerimi si posameznik deli stigmo, je z njimi sproščen, pri katerih dobi oporo in informacije, kako se s stigmo soočati in z njo živeti. Drugi pol predstavlja ljudi, ki imajo izkušnje s stigmo, bodisi ker je to oseba s katero so tesno povezani, ali pa zaradi poklica, ki ga opravljajo in zaradi tega lahko od njih dobijo podporo. Zadnji pol pa predstavljajo vsi ostali in se mora pri interakciji z njimi stigmatiziran posameznik držati določenih pravil in na kakršen koli način ne izražati svojih čustev. (Lamovec 1995: 36).

Goffman (2008: 13-24) loči med tremi vrstami stigme: fizično iznakaženost, značajske slabosti (težave z duševnim zdravjem, zopništvo, odvisnost, poskus samomora, brezposelnost) in skupinsko stigmo, ki se lahko prenaša iz roda v rod (rasa, narodnost, veroizpoved). Stigmatizirani ljudje lahko to stigmo ponotranjijo in se zaradi družbeno sprejetih norm začnejo poniževati, in celo sramovati, kar še bolj poglobi razcep njegovega jaza (Goffman 2008:16). Posameznik se lahko na stigmo odzove tako, da jo poizkuša neposredno popraviti s terapijo, operacijo, ali odmikom iz družbe. To njegovega položaja ne spremeni nazaj v normalnega. Iz osebe s stigmo, v osebo, ki je imela stigmo. Lahko tudi predvidi, da bo vsakršno nepredvidljivo, naključno vedenje obravnavano v družbi kot posledica, oziroma simptom njegove drugačnosti. Ljudje ne vedo kako se obnašati do človeka s stigmo, ker namenjajo pozornost njegovi stigmi in ne človeku samemu. Namesto z umikom, se lahko posameznik vključi v družbo s sovražno predrznostjo, ki je v družbi tretirana negativno, kot tudi njegov umik iz nje.

2. Dezinstitutionalizacija

2.1. Dehospitalizacija

Dehospitalizacija je proces, ki je naravnan v krajšanje ležalnih dob in zmanjševanja števila uporabnikov v bolnišnicah. Dehospitalizacijo lahko opredelimo kot predhodnico dezinstitutionalizaciji. Sam proces je bil namenjen izboljšanju razmer pri zdravljenju ljudi s težavami v duševnem zdravju in predvideva neinstitutionalno obravnavo. Omogoča več socialne podpore pri okrevanju. V ideološkem smislu pomeni neinstitutionalno rešitev za reševanje problemov povezanih s težavami v duševnem zdravju . (Roger, Pilgrim 1996 v Videmšek 2013: 47)

Poleg zavedanja, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju čisto sposobni živeti v skupnosti, so k dehospitalizaciji pripomogli tudi naslednji dogodki, kot so manjšanje števila sprejemov v institucijah, skrajšanje ležalne dobe v instituciji, podatki o uspešnosti bivanja zunaj institucije, razvoj alternativnih oblik podpore, znižanje stroškov zdravljenja, ki so potrebni za vzdrževanje velikih bolnišnic, vpliv pozitivnih izkušenj Italije in Amerike.(Shula Ramn 1996: 26-27 v Videmšek 2013:48-49)

Za dehospitalizacijo je odločilen konceptualen premik od skupine do posameznika, kar je bilo za takratno obdobje, ko se je dehospitalizacija razvijala, revolucionarno početje, saj je ljudem s težavami v duševnem zdravju povrnilo upanje v možnost okrevanja. V stroki socialnega dela se ta premik pogosto povezuje s prehodom od medicinske obravnave, ki obravnava posameznika kot problem, k družbenemu modelu, ki obravnava posameznika kot celoto. Ta model se pogosto imenuje socialni. (Videmšek 2013: 51)

Socialni model se je razvil kot odgovor na individualne potrebe posameznika s ciljem vzpostavitve sistema takih služb, s katerimi bi si posameznik pomagal vzpostaviti nek normalen ritem življenja, zasebnost, dostop do vseh vrst odnosov (socialnih, čustvenih, seksualnih), dostop do primerne zaposlitve, avtonomnega odločanja o prihodnosti. Proces dehospitalizacije kot tak tega zagotavlja. Po besedah Benedetta Saracena (2007) je glavni motiv dehospitalizacije ekonomski in glavni namen je krajšanje ležalne dobe v bolnišnici. Po odpustu so ljudje prepuščeni sami sebi, saj jih pred odpustom nihče ni pripravil na življenje zunaj bolnišnice ali pa so njihovi svojci postavljeni pred dejstvo, da morajo zanje skrbeti. (Videmšek 2013: 51-52)

Dezinstitucionalizacijo najlažje definiramo kot proces zapiranja totalnih ustanov. Nadomestimo jih s skupnostnimi storitvami, ki odgovarjajo na stiske ljudi tam kjer so, kjer živijo. Vendar pri dezinstitucionalizaciji ne gre samo za zapiranje totalnih ustanov in preseljevanje ljudi iz institucij v skupnost, domov. Taka definicija pomeni dehospitalizacijo. Pri dezinstitucionalizaciji se preobrazijo odnosi med strokovnjaki in uporabniki, moč se premakne k uporabniku. Spremeni se tudi samo dožemanje in pojmovanje stiske, pomoči in okrevanja. (Flaker 2012: 13)

Osnove dezinstitucionalizacije in prvi pomembni koraki v tej smeri se začenjajo v sami instituciji, ko uresničujemo dva temeljna cilja, prvi, da preoblikujemo in spremenimo razmerje moči med institucijo in stanovalci in drugi, da ukinjamo prisilna sredstva. Ti dve točki sta med seboj zelo tesno povezani (Rotelli 1986)

Dezinstitucionalizacija je proces vključevanja, kar pomeni biti vključen v procesih in prevzemati družbeno vrednotno vlogo. Ne razumemo je zgolj kot ukinjanje institucij, ampak kot proces ustvarjanja služb, ki bi lahko nadomestile institucionalno oskrbo. To ne pomeni, da ljudi zgolj preselimo v drugo okolje. Pomembno je, da ljudi iz institucij čim bolj vključimo v običajno življenje in da imajo pri tem zagotovljeno podporo. Za proces dezinstitucionalizacije so zato potrebne nove oblike dela, ki zagotavljajo vključevanje izključenih in prenos odločanja na neinstitucionalne organe, ki delujejo na neformalnih skupinah kot so soseske in prijatelji, kamor bi se ljudje vračali. (Flaker 1998: 157 v Videmšek 2013: 53-54)

Evropske smernice narekujejo, da mora proces dezinstitucionalizacije najprej temeljiti na človekovih pravicah in na dostojanstvu posameznika. Sam proces pa mora upoštevati temeljna načela dezinstitucionalizacije, ki naj služijo kot vodilo za dosleden in kontinuiran proces. Če hočemo, da je proces dezinstitucionalizacije res uspešen, moramo ljudi v institucijah in potencialnih stanovalcih znati doživljati, jih spoštovati in z njimi ravnati kot s polnopravnimi državljani, ker to tudi so, z enakimi pravicami kot vsi drugi državljani. (Evropske smernice 2015, Rafaelič 2015)

Temeljna načela dezinstitucionalizacije, ki jih navaja Rafaelič (Rafaelič 2015: 15-19) so: razumevanje stanovalcev, kot polnopravnih državljanov, vključevanje in sodelovanje uporabnikov v procesu, zagotavljanje varne zaposlitve kadru, pravica do samostojnega življenja uporabnikov v skupnosti, povzemanje in sodelovanje s skupnostjo, vpliv in izbira,

oskrba po meri, brez zapiranja in prisile, brez preseljevanja samo najbolj sposobnih skrbni zase.

2.2. Dezinstucionalizacija danes

Proces dezinstucionalizacije se je začel v zahodnem svetu po drugi svetovni vojni in imel nekaj uspešnih poizkusov tako v Italiji kot Veliki Britaniji. Ravno ti uspešni poizkusi so dali podlago, da je dezinstucionalizacija postala globalna strategija. V zadnjih letih se je proces dezinstucionalizacije začel aktivno odvijati tudi v državah Srednje in Vzhodne Evrope.

Rezultati kažejo, da se je življenje uporabnikov, kjer se je dezinstucionalizacija že uveljavila ali pa se še odvija, močno izboljšalo, so bolj vključeni, imajo več in boljše storitve. (Flaker et.al. 2016:3)

Izkušnje držav, kjer se je dezinstucionalizacija že uveljavila, kažejo, da sam proces zahteva čas, vendar je samo dezinstucionalizacijo potrebno hitro in odločno uveljaviti, pri čemer zgolj razvijanje skupnostnih služb nima zadostnega učinka. Nujno potrebna je aktivna in učinkovita razgradnja ustanov, da bo dezinstucionalizacija res popolna. (Flaker et.al. 2016:4)

Za hitro in učinkovito dezinstucionalizacijo potrebujemo trdno politično voljo, vodstvo ustanov mora biti aktivno in demokratično, strokovnjaki morajo biti dobro usposobljeni, uvajati in upoštevati se morajo nove metode dela in organiziranja, sodelovati morajo civilne družbe in gibanja, vse dejavnosti morajo biti dobro koordinirane in usmerjene že v samem procesu s sprotnim evalviranjem in ciljnim raziskavam. Najbolj pomembno pa je, da se ob procesu zavzemamo za pravice in krepitev moči uporabnikov. (Flaker et.al. 2016:4)

Dosedanji razvoj skupnostne oskrbe in prizadevanja za deinstitutionalizacijo so zaradi nedoslednosti in neodločnosti in ker smo naredili le prve korake, pripeljali do številnih nedoslednosti in paradoksov (Flaker et.al. 2016: 7):

1. Imamo dolgo zgodovino dezinstitutionalizacije, a še vedno pretežno institucionalen sistem.
2. Stopnja deinstitutionalizacije je velika (več uporabnikov skupnostne oskrbe kot institucionalnega varstva), a je tudi stopnja institucionaliziranosti izredno visoka (število stanovalcev zavodov na število prebivalcev).
3. Razvoj skupnostne oskrbe ni zmanjšal števila ljudi v ustanovah.

4. Sistem, ki smo ga tako ustvarili, je dvojen, dvotiren, kar večja stroške delovanja in zavira resnične skupnostne alternative.
5. Poraba sredstev na uporabnika je v zavodih 4-krat večja kot v skupnosti.
6. Za ljudi, ki potrebujejo več oskrbe, je pod temi pogoji praktično nemogoče organizirati oskrbo v skupnosti.
7. V takem sistemu pogosto pride do vračanja bivših stanovalcev v zavode, kar pomeni še bolj intenzivno kršenje pravice do življenja v skupnosti in učinek discipliniranja uporabnikov.
8. Storitve skupnostne oskrbe (osebna asistenca, koordinirana oskrba, stanovanjske skupine), čeprav preskušene, niso na voljo vsem uporabnikom in delujejo kot fakultativni programi. Tiste, ki imajo status javno dostopnih storitev, pa so nesmiselno omejene samo za določeno skupino uporabnikov (družinski pomočnik) ali pa v količini izvajanja (oskrba na domu 20 ur).
9. Kljub preboju socialnega in usposobljalnega modela vztrajajo stare paradigme popravljanja ljudi, medicinskega modela in skrbniške drže zaposlenih.
10. Ob dezinstitutionalizaciji se ponekod v zadnjih letih pojavlja tudi reinstitutionalizacija – vračanje uporabnikov v zavode, krepitev zaprtih struktur, ponovno vračanje starih metod dela.

2.3. Dezinstitutionalizacija po svetu

Izraz dezinstitutionalizacije po navadi povezujemo z odpravo velikih represivnih ustanov. Izraz opisuje družbeni premik iz azila v skupnost in trend zmanjševanja števila hospitalizacij in časa preživetega v ustanovi. Opisuje pa tudi družbeno gibanje, ki je k temu aktivno prispevali. (Flaker 1998: 157)

Dezinstitutionalizacija je seštevček več procesov, ki se odvijajo na več nivojih. Poteka od vsakdanjega življenja ljudi in medsebojnih odnosov, do sistemskih in političnih sprememb v družbi. Dezinstitutionalizacija je visoko etični proces, skozi katerega moramo vzpostaviti novo moralno strukturo, ki bo zajela tako uporabnike kot tudi strokovnjake in širšo družbo. (Flaker 1998)

Dezinstitutionalizacija je abstraktni stroj, ki ga je potrebno vedno znova izumljati. Sestavljajo ga cilji in tarče, kaj bo v procesu zrušil in kaj zgradil, izumil na novo. Za razliko od stroja, totalne ustanove z birokracijo in discipliniranjem uničuje življenja ljudi, stroj dezinstitutionalizacije pa uničuje tiste prakse in metode dela, ki ljudi zapirajo. (Flaker 2014)

2.3.1. Italija

V Italiji velja za začetnika dezinstitutionalizacije Franco Basaglia in sicer leta 1961, ko je prevzel vodenje psihiatrične bolnišnice v Gorici in jo radikalno začel preoblikovati. Odpravil je elektrošoke, telesno oviranje s pasovi in spremenil bolnišnico v terapevtsko skupnost. Osebe ni več nosilo uniform in potekale so redne oddelčne skupščine, kjer so moderatorji stanovalci ustanove in pozornost je bila usmerjena v zadovoljevanje potreb stanovalcev. Ustanova se je odprla in stanovalci so začeli hoditi ven, vanjo pa so prihajali prostovoljci in sorodniki. Že takrat se je izkazalo kako pomembna je sprememba in demokratizacija odnosov med uporabniki in osebjem, krepitev moči uporabnikov in jim omogočiti možnost lastnega odločanja. (Rafaelič 2015: 49)

Leta 1975 so v Trstu odprli prvi center za duševno zdravje v skupnosti. Danes na področju Trsta delujejo štirje taki centri in obratujejo 24 ur na dan vse dni v letu. Ti centri so omogočili, da so se ljudje iz stanovanjskih skupin in psihiatričnih bolnišnic lahko preselili domov. Delo teh centrov je predvsem terensko kar pomeni, da delujejo tam kjer ljudje bivajo. Centri kot taki so samo baza za osebe, kjer sestankujejo in poročajo o svojem delu in diskutirajo o morebitnih izboljšavah. (Rafaelič 2015: 50)

Naslednji pomembni premik se je zgodil leta 1978, ko so sprejeli v Italiji Basaglijev zakonik ali t.i. Zakon 180. Zakon prepoveduje prisilno hospitalizacijo, nalaga postopno zapiranje bolnišnic in izgradnjo novih. Nasproti temu pa nalaga vzpostavitev skupnostnih služb, ki bodo zagotovili celostno oskrbo in podporo ljudem. Ta zakon je še vedno edini te vrste v Evropi in Svetu. (Rafaelič 2015: 50)

Rezultat pred 40 leti sprejetega zakona je, da večino ukrepov obvezne zdravstvene obravnave opravijo v skupnosti, povprečna ležalna doba v psihiatrične oddelku bolnišnice je tri dni, ni več zaprtih oddelkov in edino prisilno sredstvo so zdravila, psihiatrične nalepke zapornikom in brezdomcem so se izničile in stroški oskrbe so se drastično zmanjšali. (Rafaelič 2015:51)

2.3.2. Anglija

Dezinstitutionalizacija je v Angliji potekala precej drugače kot v Italiji. Anglija je prva država, ki je začela s politiko odprtih vrat, kjer so ustanovili prve terapevtske skupnosti, itn. Že v 50ih letih so skupnostno skrb potrdili obe stranki vlade, konec 60ih pa s prvič napovedali zapiranje bolnišnic, ki pa jih do začetka 90ih niso množično zaprli. V tem času so se sicer

ustanavljale skupnostne službe, kot na primer stanovanjske skupine, dnevni centri in socialna podjetja, ustanovljene s strani prostovoljnih služb in organizacij. (Flaker 1998: 219)

V Veliki Britaniji se je v tem času krepila ideja o dezinstitutionalizaciji v duhu katere je prišlo tudi do veliko manjših sprememb, ustanovilo se je uporabniško gibanje in nabralo se je kar nekaj znanja. Ključni moment se je zgodil sredi 80ih let, ko je prišlo do kritične mase in sprožilo se je načrtno in hitro zapiranje bolnišnic. Glavno gibalno pa ni prihajalo s strani strokovne baze, ampak s strani menedžerskih krogov, ko so hoteli racionalizirati poslovanje, saj je finančnih sredstev namenjenih bolnišnični oskrbi primanjkovalo. (Flaker 1998: 220-221)

Angleško dezinstitutionalizacijo je v bistvu omogočila politika kar je dezinstitutionalizaciji dalo drugačno dinamiko in drugačen proces. Bolnišnice so se zapirale od zgoraj navzdol dostikrat tudi zaradi nestrinjanja osebja s politiko dezinstitutionalizacije. Psihiatri so podpirali idejo skupnostne skrbi, vendar le če vključuje ambulantno enoto. Ostalo zdravniško osebje pa je trdilo, da nezdravniški kader v skupnosti ni dovolj usposobljen. Socialni delavci pa so idejo podpirali kljub marginalizaciji s strani zdravstvenega kadra na eni strani in socialnih služb na drugi. Večja pomanjkljivost procesa dezinstitutionalizacije v Angliji je bilo pomanjkanje dialoškega procesa med zagovorniki in uporniki, ki pa samega procesa ni ustavilo. (Flaker 1998: 222-225)

Glavna pomanjkljivost Angleškega modela dezinstitutionalizacije je bila v tem, da so razvili ogromno storitev, na katere uporabniki še vedno niso mogli vplivati. To pa je rezultat tega, da osebje ni doživelo takega procesa transformacije kot v Italiji in niso spreminjali ustanov od znotraj, niti niso premostili svojih lastnih predsodkov in skupaj z uporabniki soustvarjali novih načinov dela. Zaradi tega so še v delu v skupnosti uporabljali stare institucionalne načine dela. (Rafaelič 2015: 53)

Angleški sistem uporablja način oskrbe, ki nadomešča psihiatrične bolnišnice in deluje v okvirjih zdravstvenega in socialnega varstva. V zdravstvenem sektorju delujejo ambulantna psihiatrija, nekaj centrov za duševno zdravje, manjše enote za forenzično psihiatrijo in skupnostne medicinske sestre. Za zagotavljanje oskrbe v socialnem sektorju pa so zadolžene lokalne oblasti, ki načrtujejo storitve, katerih izvajanje zagotavljajo s financiranjem nevladnih organizacij in shemami neposrednega financiranja. (Rafaelič 2015: 54)

2.3.3. Srbija

Srbija je svoj proces dezinstitutionalizacije začela zaradi direktij ob pristopu k Evropski uniji. Proces se je najprej začel na področju varstva otrok. Razlog za to se skriva v poročilu Mednarodne organizacije za pravice ljudi z duševnimi stiskami (Mental Disability Rights International- MDRI) z naslovom Mučenje namesto zdravljenja, ki je opozorilo na nevzdržne razmere v ustanovah za otroke in odrasle s težavami v duševnem zdravju in intelektualnimi ovirami. Izpostavilo je namreč kršenje človekovih pravic v teh ustanovah, neprimerne bivalne pogoje in popolno izolacijo njenih prebivalcev. (Rafaelič 2015: 55)

Istega leta je Srbija s pomočjo evropskih sredstev izpeljala projekt dezinstitutionalizacije zavodov za otroke in mladostnike iz katerih so bili izvzeti zavodi Kulina za otroke in odrasle z intelektualnimi ovirami. Kuline so zavod s statusom zadnje postaje za ljudi z intelektualnimi ovirami. (Rafaelič 2015: 55)

V Kulini so izbrali substitucijski model dezinstitutionalizacije. Pri preseljevanju uporabnikov v skupnost in zagotavljanju skrbi za uporabnike osebje, ki je delalo v zavodu večinoma ni sodelovalo. So pa otroke pripravili na selitev, izvedli usposabljanje za samostojno življenje in pomagalo pri tehničnih zadevah. Za otroke, ki so se preselili iz zavodov skrbijo bodisi rejniki bodisi novo osebje, ki dela v manjših družinskih enotah. (Rafaelič 2015: 55)

Srbija se je po dezinstitutionalizaciji otroških zavodov lotila še zavodov za odrasle z intelektualnimi ovirami in duševnimi stiskami. Pred zagonom dezinstitutionalizacije zavodov za odrasle je bilo v Srbiji vsega 12 posebnih zavodov. Večina jih je zaprtega tipa, v katerih so uporabniki večinoma svoje dneva tudi preživeli. Nekateri pa so imeli tudi že svoje stanovanjske skupine. (Rafaelič 2015: 56)

V Srbiji se je leta 2012 zgodil projekt Open arms, ki ga je naročila Evropska unija. Razdeljen je bil na dva dela in sicer na tehnično pomoč pri dezinstitutionalizaciji in na sheme nepovratnih sredstev. Prvi del je bil namenjen vzpostavitvi tima tujih strokovnjakov, ki naj bi podprli in zagnali dezinstitutionalizacijo v Srbiji, drugi pa je bil namenjen financiranju organizacij za vzpostavitev različnih služb. S temi sredstvi so se na primer odprle nekatere stanovanjske skupine in druge storitve v skupnosti kot so dnevno varstvo in zaposlovanje. (Rafaelič 2015: 56)

Nove vodje projektov so imeli nalogo ustvariti zemljevid institucij, analizirati akterje, finance, izobraževanje in aktiviranje direktorjev. V prvi fazi je bilo pomembno spoznati akterje, jih izobraziti in mobilizirati strokovno javnost za dezinstitutionalizacijo. Zgodili so se številni

obiski, sestanki, tematske delavnice in celo ekskurzija na Češko, kjer so lahko na lastne oči videli, da je zapiranje ustanov in organiziranje skupnostnih služb v kratkem času realno in mogoče. Poleg tega so spoznali ljudi, ki so bili še ne dolgo nazaj v isti situaciji, kot so oni sedaj. Tako so tudi Srbski direktorji lahko začeli razmišljati drugače, da so sedaj oni glavni akterji dezinstitutionalizacije v Srbiji. (Rafaelič 2015: 56-57)

Tim je imel glavno nalogo izobraziti osebje za osnovne metode potrebne za proces dezinstitutionalizacije in prehoda v skupnost. Teme izobraževanja so bile: osebno načrtovanje, normalizacija, analiza tveganj, načrtovanje preobrazbe, vzpostavljanje novih dogovorov v skupnosti in timsko delo. Teme se seveda med seboj tesno prepletajo. Izobraževanja so se udeležili tako direktorji kot osebje. Naučili so se novih metod, jih preizkusili v praksi, poleg tega pa se je ustvarila ekipa z veliko znanja o dezinstitutionalizaciji, ki se je med seboj pri tem podpirala. (Rafaelič 2015: 58)

Srbska izkušnja nas lahko nauči, da se procesa dezinstitutionalizacije lahko lotimo tudi od zgoraj, vendar pri tem potrebujemo trdno organizacijo, ki bo dovolj fleksibilna in demokratična, da bo lahko koordinirala proces dezinstitutionalizacije in povezala vse udeležence. Jasno pa je na začetku treba tudi določiti kaj nam proces dezinstitutionalizacije pomeni in kaj z njim hočemo doseči, s tem namreč lahko preprečimo zaustavitve v samem procesu in se izognemo konfliktom med deležniki. (Rafaelič 2015: 58)

2.3.4. Češka

Do leta 1990 je imela Češka povsem institucionalno oskrbo. Konec devetdesetih let prejšnjega stoletja so se pod vodstvom nekaterih direktorjev ustanov (zavod Horni Pustevny) in v skladu z modernizacijo socialnega varstva (minister Špidla) začele prve spremembe na področju dezinstitutionalizacije. Leta 2007 so se jo z vladno resolucijo o dezinstitutionalizaciji oziroma »transformaciji« socialnovarstvenih ustanov lotili tudi sistemsko. Uvrstili so jo v operativni program črpanja evropskih sredstev (s proračunom 56 milijonov evrov). V tem programu transformacije je bilo zajetih 32 ustanov z 3.800 mesti na celotnem ozemlju države. (Flaker et.al. 2016: 5)

Do leta 2013 so preselili 544 stanovalcev iz več kot petine zavodov. Izbrali so pilotne ustanove po zgledu tujih izkušenj in načrtovanja dejavnosti. Za izgradnjo nadomestnih kapacitet v skupnosti, razvoj koordinacijskih timov v vsaki ustanovi in osnovno usposabljanje

transformacijskih timov o načelih in poteku dezinstitutionalizacije je vsaka pokrajina dobila 3 milijone evrov. (Flaker et.al. 2016: 5)

Za izvajanje dejanskega procesa so ustanovili Državni center za transformacijo. Deloval je v sodelovanju z delovno skupino ministrstva in strokovnim svetom za dezinstitutionalizacijo in poskrbel za redno podporo na terenu. Ekipa je bila razdeljena na dva dela. En del zaposleni, je deloval lokalno, v zavodih kot spodbujevalci sprememb. Drugi del zaposlenih pa je deloval nacionalno kot koordinatorji in promotorji sprememb. Po koncu finančne perspektive se je delo centra nehalo, kar je povzročilo delen zastoj v nekaterih okoljih. (Flaker et.al. 2016: 5)

Na češkem se proces dezinstitutionalizacije nadaljuje in še ni končan. Zaradi administrativnih ovir in odpora skupnosti so nastajali zastoji. Tudi zaradi napačne porabe sredstev, kot na primer adaptacij ustanov je prišlo do zastojev. Ustvarjene je bilo veliko infrastrukture, premalo pa spodbujali oblike samostojnega življenja. Prva faza Češke dezinstitutionalizacije je pokazala, da je moč ljudi preseliti tudi zelo hitro, da v skupnosti lahko živijo tudi ljudje, ki potrebujejo intenzivno oskrbo in da je potrebno neko državno telo, ki lahko z jasnim mandatom in kompetencami spodbuja in vodi proces dezinstitutionalizacije. (Flaker et.al. 2016: 5)

2.3.5. Hrvaška

Po letu 2000 se je na Hrvaškem pojavilo več nevladnih organizacij in pobud za dezinstitutionalizacijo, ki jim je uspelo s tujimi donatorji in angažiranimi znanstveniki in aktivisti soustvariti nekaj skupnostnih služb (dnevni centri in stanovanjske skupine). Začeli so tudi procese dezinstitutionalizacije v nekaterih ustanovah kot so Stančiči, Lobarograd, Zadar. Dezinstitutionalizacija je postala del Strategije razvoja socialnega varstva (do 2016). Sledilo je sprejetje posebnega Načrta za dezinstitutionalizacijo in preoblikovanje socialnovarstvenih zavodov. Ta je predvideval zmanjševanje institucionalnih kapacitet za tretjino, njegovo izvajanje pa so intenzivirali z dodatnim operativnim načrtom za obdobje 2014–2016. (Flaker et.al. 2016: 6)

Dezinstitutionalizacija naj bi potekala v treh smereh. Zavodi naj bi se preoblikovali ali v centre za skupnostno oskrbo z zagotavljanjem celostne oskrbe ali vzpostavili manjše enote z intenzivno dolgotrajno oskrbo v skupnosti ali pa bi jih enostavno zaprli in poiskali druge izvajalce oskrbe. (Flaker et.al. 2016: 6)

V štirih zavodih Stančičih, Ozlju, Osijeku in na Reki jim je uspelo napraviti res vidne spremembe. V Stančičih so skupaj s Centrom za rehabilitacijo iz Zagreba, v zadnjih treh letih preselili v skupnost več kot sto stanovalcev, ki zdaj živijo v rejniških družinah (otroci), stanovanjskih skupinah ali pa so se vrnil v svoje družine. Povsem so zaprli, sicer majhen zavod v Ozlju. Za dve tretjini stanovalcev so poskrbeli na področju, ki ga zavod pokriva, ostale so preselili v domače okolje kjer za njih skrbijo nevladne organizacije na terenu. Zavod pa je postal skupnostna služba za oskrbo ljudi na svojem območju. V Osijeku so v dveh letih zaprl eno od dveh enot in preselili skoraj polovico od 180 stanovalcev v skupnost. Dom Turnić (s kapaciteto 100 stanovalcev) je ukinil dislocirano enoto in omogočil 24 stanovalcem življenje v stanovanjskih skupinah, letos pa bodo preselili naslednjih 30 stanovalcev. Odprl je tudi dnevni klub, snuje ustanovitev zadruga in začelja z dejavnostmi promocije pravic ljudi s težavami v duševnem zdravju (TDZ). (Flaker et.al. 2016: 6)

2.4. Dez institucionalizacija v Sloveniji

Leta 1967 so se v Sloveniji začeli prvi resni premiki v smeri dez institucionalizacije in sicer z eksperimentom v deškem prevzgojališču v Logatcu. Eksperiment je bil namenjen vzpostavitvi permisivnega stila vzgoje in demokratiziranju odnosov med osebjem in uporabniki zavoda. V ta namen so vnesli skupinsko dinamiko in prostovoljno delo. Hkrati pa je to bila prva akcijska raziskava. Zaradi sodelovanja strokovnjakov različnih strok, ki so se ukvarjali z mladimi uporabniki zavoda, je to doprineslo nov pogled na vzgojo in socialno delo, ki je presegalo zidove zavoda in pripomoglo k boljšemu sporazumevanju posameznih strok. Ravno skupinska dinamika je pripomogla k dejanskemu spreminjanju odnosov in kot taka postala sestavni del antiavtoritarnih in antiinstitucionalnih gibanj (Flaker 2012: 13,14)

Na Rakitni so kasneje potekale skupinske delavnice, ki so temeljile na skupinski dinamiki. Poleg spreminjanja odnosov med mladimi in osebjem tabora, je za dez institucionalizacijo bolj pomembna odprava kazni in samoodločanje mladih, ki so prihajali iz raznih prevzgojnih zavodov in centrov za socialno delo in so bili tako ali drugače izključeni. Posledica takega načina dela je bilo po eni strani vključevanje otrok, ki so izključeni, po drugi strani pa je pomenilo spremembo organizacije tabora iz hierarhično urejene in kaznovalne v demokratično (Flaker 2012:15)

Enako kot na Rakitni se je tudi na taboru Črnega mrava spremenila organizacija dela iz hierarhičnega v demokratičnega. Kazni so se odpravile in povečalo se je upoštevanje in vključevanje mladih, njihovih mnenj in čustev. Namesto vojaškega modela se je vpeljal indijanski model. Poleg vključitve mladih odpadnikov različnih ustanov so tabor obiskovali tudi prostovoljci z željo po spremembi. Konflikti pa so se obravnavali kot skupinski problem in ne od posameznika. (Flaker 2012: 15-16)

V tem času so se začele pojavljati tudi spremembe v psihiatriji. Psihiatrija je ohranjala idejo socialne psihiatrije, zaradi česar so na Poljanskem nasipu ustanovili Center za mentalno zdravje, deloval pa je razdvojen med socialno psihiatrijo in psihoterapijo, ki je prevladala in je CMZ zaradi tega postal bolj moderna ustanova od Psihiatrične bolnišnice Polje.

Modernizacija pa je temeljila bolj na transinstitucionalizaciji, se pravi na selitvi ljudi z dolgotrajnimi stiskami v zavode. (Flaker: 2012: 16)

Tudi na področju vzgojnih zavodov je prihajalo do sprememb. Dezinstitutionalizacijo na tem področju je napovedal Logaški eksperiment. Leta 1981 sta namreč Franci Imperl in Irena Benedik ustanovila prvo stanovanjsko skupino. Sledila je preobrazba celotnega zavoda v Framu in ustanovila se je skupina za prenovu zavodov, ki je načrtovala spremembe. (Dekleva 1993 v Flaker 2012: 17)

V tem desetletju med leti 1976 in 1984 se je zvrstilo kar nekaj kolonij in taborov, sestavila se je mreža prostovoljcev in strokovnjakov, predvsem na področju dela z mladimi. Zaradi povezave z raznimi univerzitetnimi krogi in mednarodnimi povezavami antiinstitutionalizacije se je mreža začela povezovati s političnimi akterji. Ta faza je imela tudi značilnost prehoda usmerjenosti v osebno konec sedemdesetih, v čedalje bolj artikulirano družbeno kritično in radikalno stališče oziroma držo in s tem končala obdobje taborov, saj se je mreža začela zmeraj bolj deliti na tiste, ki jih je zanimala psihoterapija in na tiste, ki jih je zanimala družbena akcija. (Flaker 2012 17-18)

Leta 1985 so na Kersnikovi odprli informativni center Pin-informalnico kamor so prihajali predvsem ljudje, ki niso v bistvu vedeli zakaj so prišli, vedeli so samo, da rabijo pomoč. Večina jih je imel težave v duševnem zdravju. Tako se je informativni center, deloma zaradi tega in deloma zaradi stikov s skupinami alternativne psihiatrije, usmeril v delo z duševnim zdravjem. Organizirali so tudi nekaj okroglih miz na temo duševnega zdravja. Leta 1987 so nato izvedli prvi tabor v Hrastovcu, katerega cilj je bil popestritev življenja v zavodu in ne radikalna akcija zapiranja zavoda. Organizirali so kavarno, indijanski dan, ličenje, snemanje

filma, koncerte, gledališča in delavnice. Drugo leto so spet prišli vendar so kmalu ugotovili, da z istim programom kot lansko leto ne bodo uspeli. Namesto prihajati v ustanovo je bilo treba iz ustanove ven. Potrebe so se spremenile in potrebno je bilo narediti nekaj več, nekaj kar bo opozorilo na neznosnost življenja v instituciji in zato so leta 1988 ustanovili Odbor za družbeno zaščito norosti. (Flaker 2012: 20)

V letih 1985 do 1990 se je razvilo dovolj artikulirano gibanje, ki je kritiziralo totalne ustanove, prakso zapiranja in represije na področju duševnega zdravja. Imelo je bazo v svetovalnici in zagovorništvu in prostovoljstvu. Glavna dejavnost je bilo javno delo in ozaveščanje in krepitev moči o tem področju. Gibanje je sicer imelo večjo politično podporo kot prejšnja, vendar je bilo še vedno brez formalne strukture in organizacije. (Flaker 2012: 20)

V naslednjih letih se je odvilo še kar nekaj projektov, ki so k procesu dezinstitutionalizacije močno doprinesli. Med njimi tudi projekt Tempus. Odbor za družbeno zaščito norosti je odprl prvo stanovanjsko skupini za ljudi s težavami z duševnim zdravjem. Njen namen pa je bil preseljevanje ljudi iz institucij nazaj v skupnost. Na žalost se ta lastnost sledečih stanovanjskih skupin ni prijela. Projekt pa je poleg tega prinesel tudi nove metode, ki so za pomembne za dezinstitutionalizacijo, kot tudi za samo stroko socialnega dela: individualno načrtovanje, zagovorništvo, analizo tveganja, delo v stanovanjskih skupinah, delo na področju nasilja nad otroki in ženskami, načrtovanje služb in projektov, uveljavitev perspektive moči, delo v skupinah za samopomoč itn. (Flaker 2012: 21)

Projekt Tempus pa je kljub svoji uspešnosti pomenil tudi konec gibanja, saj se je gibanje začelo cepiti na bolj specializirane skupin, vsaka s svojimi interesi in s tem je gibanje izgubilo svojo os in skupni cilj. Nastale so nove nevladne organizacije, ki pa so se morale za sredstva, ki so bila na voljo med seboj boriti. (Flaker 2012: 22)

V javni sektor pa so se dezinstitutionalizacijska prizadevanja preselila leta 2000, med tem ko se je glavni dogodek zgodil leta 2001, ko je zavod v Hrastovcu, kot primer zastarele ustanove, dobil novo vodstvo, ki je prineslo spremembe v delovanju zavoda. Osebe je opustilo uniforme, stanovalcem je bila omogočena uporaba jedilnice, ki je bila prej namenjena samo osebju, delo osebja se je približalo stanovalcem in k sodelovanju se je povabilo profesorje in študente Fakultete za socialno delo. Poleg tega pa so začeli preseljevati ljudi iz zavoda v stanovanjske skupine t.i. "dislocirane bivalne enote". Vendar se je zadeva ravno pri izvedbi naslednjega, ko bi se morale preseliti stanovalce iz bivalnih oblik v samostojno življenje, ustavila. Razlog je bil izgoretje samih akterjev. Drug razlog pa je bil, da je bil del vodstva

zadovoljen z doseženim rezultatom. Tudi politična podpora ni bila dovolj močna, da bi lahko kljub vsemu zastavljeno izpeljali do konca. (Flaker 2012: 22-23)

Sredi prejšnjega desetletja se je na področju socialnega varstva začel pilotski eksperiment neposrednega in individualnega financiranja. Namen eksperimenta je bil preveriti delovanje metode osebnega načrtovanja in izvajanja v sistemu neposrednega in individualnega financiranja. Eksperiment je bil uspešen saj je dokazal tako uspešnost metode kot učinkovitost individualnega financiranja. Poleg tega pa je zraven pokazal še dve stvari. Prvo je pokazal na izboljšave življenja ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo. Kot drugo pa je izpostavil težavnost vpeljevanja inovacij in spreminjanja sistema. Težave s katerimi se je spopadal eksperiment pri vpeljevanju neposrednega financiranja so se pojavljale na večih ravneh; od zastojev na ministrstvu, do oviranja s strani centrov za socialno delo. (Flaker in sodelavke 2011 v Rafaelič: 2015: 101-102)

Na koncu desetletja je bil potem le sprejet Zakon o duševnem zdravju, ki je sicer kompromis med tem kar so predlagali aktivisti in odzivom psihiatrije. Zakon v bistvu ne prinaša rešitev, ki bi podpirale dezinstitutionalizacijo, vendar pa vsebuje nekatere elemente, ki dodatno ščitijo pravice uporabnikov in uvajajo nekatere skupnostne službe. (Flaker et.al 2016: 24)

Leta 2010 se je zgodil Iz-hod. Gibanje je sestavljala skupina aktivistov, ki je med svojim pohodom 700ih kilometrov obiskala psihiatrične bolnišnice, posebne zavode, zavode za usposabljanje, domove za stare in druge ustanove. Na poti so organizirali razne okrogle mize, delavnice, koncerte. Med potjo se je popotnikom priključilo tudi nekaj stanovalcev zavodov in nekaj od njih se je ob koncu pohoda preselilo v Ljubljano. Odmevna in udarna akcija pa na žalost ni prinesla večjih sistemskih sprememb. (Rafaelič, Flaker 2013 v Rafaelič 2015: 102)

Skupina študentov je leta 2013 organizirala skupščino socialnega dela v Psihiatrični bolnici Polje. Skupščine se je udeležil tudi predstavnik Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, ki je med drugim izjavil, da bo Slovenija dobila vsa sredstva za izpeljavo procesa dezinstitutionalizacije, študentje pa da naj pripravijo načrt projekta, ki naj bi ga s temi sredstvi izpeljali. Načrt procesa naj bi veljal za 8 let naprej in naj bi v tem času omogočil 2/3 ljudi, ki živijo v posebnih socialnih zavodih, da se preselijo. Razpisa ni bilo, oblikovalo pa se je društvo Meduza. (Flaker et.al. 2016).

Meduza je bila mreža ljudi z enakim interesom-dezinstitutionalizacija. Delovanje Meduze se je povezovalo tudi s študijem Fakultete za socialno delo in v tem času zbrali večji del terenskega

gradiva. Leta 2015 je MDDSZ naročilo projekt PRIDI (Priprava izhodišč za izvedbo dezitucionalizacije v Sloveniji).

Slovenija ima dolgo zgodovino dezitucionalizacije, ki se je dogajala nekje 40 dolgih let. V tem času se je zgodilo kar nekaj lepih stvari in naredilo dosti dobrega za kar nekaj uporabnikov. Vendar pa se zaradi določenih interesov nekaterih posameznikov stvari žal niso daleč premaknile. Tudi interesi v samem državnem vrhu žal niso bili naklonjeni taki politiki, ki bi omogočala razvoj procesa dezitucionalizacije. Kljub temu pa je proces dezitucionalizacije želja po tem in potreba sedaj močnejša kot kdaj koli prej. Dezitucionalizacija je nujna zaradi spoštovanja pravic posameznikov in ustreznega sodelovanja z njimi in soustvarjanja ustreznega življenja kar poudarjajo že evropske smernice kot ključni dokument pri vsem tem nastopajo kot temeljni kamen na katerem se vse skupaj gradi.

3. Skupnostna oskrba

Pojem skupnostne oskrbe lahko razumemo kot ideologijo, ki pomeni paradigatski premik v razumevanju koncepta skrbi, organiziranju služb v skupnosti (pomoč na domu, stanovanjske skupine, dnevni centri) in poleg tega pomeni alternativo institucijam (domovi za stare, psihiatrične bolnišnice, zavodi za ljudi s težavo v duševnem in telesnem razvoju in drugih) . Iz velikih po navadi totalno organiziranih ustanov, ki stanovalce izolirajo in segregirajo, naj bi se oskrbe premaknila v manjše in bolj demokratično organizirane enote pomoči v skupnosti katerih namen je vključitev posameznika nazaj v skupnost. (Flaker 1995, Lamovec 1995)

Skupnostno oskrbo, ki omogoča človeku, da ostane doma, v lastnem domu, v domačem in pomembnem okolju, smo pri nas začeli razvijati šele v devetdesetih letih prejšnjega stoletja pri čemer je pomembno vlogo odigrala pomoč na domu. Poleg pomoči na domu smo v Sloveniji razvili tudi drug nove oblike neinstitucionalnega varstva, kot so dnevni centri, stanovanjske skupine, oskrbovana stanovanja, varovanje na daljavo in podobno. (Rafaelič 2013: 53)

Kritika institucij je v 20. stoletju v zahodnem svetu privedla do razvijanja drugačnih pristopov. Začele so se razvijati skupnostne službe. Po definiciji skupnostno službo opredelimo kot službo, ki izvaja storitve za posameznika v skupnosti kar je v nasprotju s storitvami za posameznika v instituciji. Namen skupnostne službe je torej, da posameznikom dajejo podporo pri ureditvi življenja kot ga sami želijo imeti. (Videmšek 2013:45)

Skupnostna oskrba je obsežno področje, ki jo lahko opredelimo kot načrtovanje in zagotavljanje podpore ljudem, ki se spopadajo s težavami z duševnim zdravjem v skupnosti. Skupnostna oskrba je nadomestila družinsko in institucionalno oskrbo in postala prevladujoči okvir delovanja socialnega dela, ki temelji na spoznanju, da ljudje s težavami z duševnim zdravjem ob ustrezni podpori v času krize lahko živijo v skupnosti. (Videmšek op.cit.: 2013: 106)

Skupnostne službe naj bi celovito zadovoljile vse potrebe uporabnikov. Pri iskanju rešitev upošteva dve načeli. Prva je najmanjše možno omejevanje posameznika. Kar pomeni, da bolnišnico kot rešitev uporabljamo le v skrajnem primeru. Drugo načelo pa omogoča posameznikom, da ostanejo v svojem bivalnem okolju in jih ne premeščamo zunaj mesta bivanja. Za učinkovito obravnavo moramo zagotoviti takojšnje, ustrezno in skladno odzivanje na potrebe kar pomeni, da posredovanj ne smemo odlagati niti uporabljati čakalnih list.

Učinkovitost pa se kaže tudi skozi to kako zadovoljujemo potrebe posameznika in s kakšnimi cilji. Pomembno je namreč, da osebo poleg zadovoljitve potreb tudi naučimo in spodbujamo k samostojnemu življenju. (Lamovec 1995: 205-206)

V Sloveniji premik k skupnostnem delovanju korigira skozi določila Zakona o socialnem varstvu (Ur.l. RS št.3/2007), ki omogoča: vključevanje uporabnikov in prostovoljcev v načrtovanje, izvajanje socialnovarstvenih storitev v javnih službah, organiziranje ljudi za samopomoč in dobrodelnost, sodelovanje z različnimi skupnostnimi službami in preventivno delo.

Flaker et. al. (2011: 246-247) razlagajo, da se je za razliko od institucionalne oskrbe, oskrba v skupnosti začela razvijati šele v devetdesetih letih in sicer z oskrbo na domu, z dnevnimi centri, stanovanjskimi skupinami, oskrbovanimi stanovanji, na daljavo, dostava kosil, itn. Te storitve še vedno niso zagotovljene dovolj velikemu številu uporabnikov, to pa onemogoča enak dostop do storitev vsem. Slovenija je v primerjavi z evropskimi in mednarodnimi trendi pri uveljavljanju in zagotavljanju podpornih tehnologij (oskrba na daljavo, tele-medicina, pametni dom,...) v izrazitem zaostanku.

Po Flaker (et. al.2011: 246-247) so izvajalci skupnostne oskrbe: *v javnem sektorju* – centri za socialno delo, organizacije, ki izvajajo pomoč na domu, domovi za stare, dnevni centri in družinski pomočniki (nova zakonodaja predvideva preimenovanje družinskega pomočnika v osebnega), *v zasebnem sektorju* – zasebne institucije (izvajalci zasebne zdravstvene oskrbe, dostava hrane), *v neprofitnem sektorju* – nevladne organizacije, predvsem društva, deloma tudi humanitarne organizacije (na primer Karitas in Rdeči križ).

3.1. Vrste skupnostnih služb in storitev

Naštete oblike skupnostne oskrbe načeloma omogočajo storitve po osebni meri. Praviloma so ustvarjene na podlagi dejanskih potreb ljudi in se uporabnikom ni treba v njih »vključevati« v vnaprej ustvarjen »program«. Kljub temu pa so sistemsko in programsko pomanjkljivo urejene kar omejuje njihovo učinkovitost ustvarjanja učinkovitih odgovorov na potrebe svojih uporabnikov. (Flaker et.al. 2016: 35)

Družinski pomočnik je relativno slabo plačano in zahtevno delo. Podpore s strani strokovnjakov je premalo. Ukrep je na voljo samo tistim z ugotovljeno invalidnostjo, kar pomeni veliko ali popolno odvisnost od tuje pomoči. Storitve je potrebno doplačati s strani

zavezancev. Pogoji dela tudi niso povsem urejeni, saj nimajo možnosti za odmor, nimajo dorečenega načina nadomeščanja v primeru da zbolijo. Vsebina on obseg dela pomočnika niso jasno določeni in tudi kdaj in kako njegovo delo dopolnjujejo specializirane socialne ali zdravstvene oblike pomoči in podpore (prag subsidiarnosti). (Flaker et.al. 2016: 35)

Osebna asistenca kot storitev je premalo razširjena in tudi dostopna ni vsem, ki bi jo potrebovali. Poleg tega ni zakonsko povsem urejena in se izvaja kot program. Zaradi tega niso določeni vstopni kriteriji, način financiranja obseg in vsebina dela osebnega asistenta in prag subsidiarnosti. Koristijo jo lahko predvsem ljudje s telesnimi in senzornimi ovirami, drugim uporabnikom je na voljo bolj v omejenem obsegu ali sploh ne. Izvajanje je pogosto omejeno zgolj na spremstvo (en asistent za večje število uporabnikov). (Flaker et.al. 2016: 35)

Pomoč na domu je učinkovit odgovor na specifične potrebe uporabnikov. Njena uporaba je omejena s strani formalnih določil, ki jo omejujejo na 20 ur tedensko in na preozek repertoar dejansko možnih storitev in je zaradi tega bolj neučinkovita kot bi lahko bila. Izvaja se pretežno kot gospodinjstva pomoč, manj kot druge predvidene naloge, kot so podpora pri izhodih, družabnem življenju, aktivaciji, neposredno varstvo, spremstvo, itn. Cena storitve in višina doplačil predstavljata velik in pomemben problem, saj sta relativno (glede na strukturo stroškov uporabnika, ki morda doma plačati še vse druge življenjske stroške) višji kot cena in doplačila za življenje v ustanovi. (Flaker et.al. 2016: 35)

Oskrbovana stanovanja so idealna kombinacije samostojnega življenja in širokega nabora storitev glede na potrebe uporabnika. Vendar so zaradi nejasnosti glede upravičenosti do storitev in pritiskov na uporabnike, da se preselijo v domsko varstvo, omejene. Zakon je ne določa kot javno storitev in je zaradi pretežno paketnega načina financiranja neustrezna za osebne potrebe uporabnikov (ni obračunana kot oskrba na domu ali osebni paket storitev). (Flaker et.al. 2016: 35)

Oskrba v drugi družini je storitev, ki je pri nas precej nepreizkušena in nerazvita. Ima možnosti vsakdanjega, navadnega življenja, vendar nekateri opozarjajo na nevarnost izkoriščanja (denimo v kmečkih okoljih kot vir gotovine in delovne sile). Vseeno izkušnje kažejo, da je to lahko oblika, ki zagotavlja razmeroma veliko samostojnost ob učinkovitem zadovoljevanju vseh potreb. (Flaker et.al. 2016: 36)

Informativne pisarne in svetovalnice je storitev, ki upošteva individualnost uporabnikov in ki lahko odgovori na specifiko njihovih potrebe. V pisarnah kombinirajo nizko intenzivne posege (svetovanje, usmerjena podpora) z visoko intenzivnimi glede na potrebe uporabnikov (terensko delo, osebno načrtovanje). Zakonsko so pomanjkljive, saj se izvajajo kot programi in jih izvajalci, ker niso javna služba in ne morejo podeljevati koncesij, ne morejo ponuditi širšemu krogu uporabnikov. (Flaker et.al. 2016: 36)

Koordinirana obravnava v skupnosti omogoča storitve izvedene po osebni meri na podlagi osebnega načrta. Pri delovanju so omejeni le na področje duševnega zdravja, naloge načrtovalcev in organizatorjev oskrbe niso ločene. Omejena sredstva pa koordinatorjem omejujejo delo, saj nimajo sredstev za plačevanje ali naročanje storitev. Zato se dogaja, da preidejo od koordinacije v svetovanje in klasično osebno pomoč ali pa celo usmerijo svoje uporabnike v zavodsko oskrbo. Zaradi nezmožnosti zagotavljanja ustreznih storitev, pa pride tudi do zanemarjanje metode osebnega načrtovanja, timskih konferenc in koordinacije izvajanja paketa storitev. (Flaker et.al. 2016: 36)

3.2. Skupnostno socialno delo

Socialno delo je niz stalnih inovacij, poskusov in spoznanj in je hkrati refleksija izvedenega. Nenehno preizkuša kaj deluje in kaj ne. Praksa socialnega dela temelji na dejstvih, kar pa ne pomeni, da zgolj iščemo dokaze oziroma dejstva, ampak jih tudi proizvajamo. Zato moramo, če hočemo dokazati, da je življenje v skupnosti boljše od institucionalnega, ljudi preseliti iz institucij v skupnost in pogledati kaj to za njih pomeni. (Flaker 2012: 78 v Videmšek 2013: 106)

Skupnostno socialno delo je profesionalna aktivnost usmerjena v preprečevanje socialnih problemov v življenjskem okolju ljudi. Podpira in promovira skupine in organizacije za samopomoč ter mobilizira ljudi, znanje in sredstva, potrebna za kolektivne akcije, ki zahtevajo sodelovanje vseh akterjev pri reševanju problema. (Tanjšek 1993: 139)

Skupnostno socialno delo pomeni skrb in pomoč ljudem, da bi lahko živeli v skupnosti. Gre za razvijanje skupnosti, kot pomoč pri mobilizaciji, razvijanju samopomoči in organiziranju ljudi za spremembe. Pomeni tudi organizacijo skupnosti, ki temelji na koordinaciji in upravljanju služb socialnega varstva s poudarkom na boljši izbiri virov, ter socialno akcijo, ki

vključuje prikrajšane, da bi povečali njihovo moč deluje na ravni strukturnih sprememb v družbi. (Križanič 2009:57 po Dominelli 1998)

Socialno delo v skupnosti je razumevanje prepletenosti oseb z okoljem. (Saleebey 1997 v Videmšek 2013: 116) Moč okrevanja posameznika je neposredno povezana z okoljem, v katerem živi, zato institucije kot prostor niso bile dobro okolje za okrevanje.

Cilji skupnostnega socialnega dela so (Videmšek 2013: 115): izboljšanje položaja uporabnikov, spreminjanje storitev in služb duševnega zdravja, da zadovoljijo potrebe uporabnikov, družbeno sprejemanje težav z duševnim zdravjem, samostojno življenje ljudi s težavami z duševnim zdravjem, ob podpori, ki jo potrebujejo, odpravljanje strukturnih težav.

3.3. Stanovanjske skupine oziroma vmesne strukture

V procesu dezinstitutionalizacije veliko bivših stanovalcev institucij izgubilo možnost bivanja. Zaradi stanovanjskih stisk in potrebe po podpori v vsakodnevem življenju, se jih je veliko "zataknilo" v zavodih. V ta namen, da se to ne bi dogajalo so nastale vmesne strukture: dnevni centri, stanovanjske skupine, skupine za samopomoč in delavno rehabilitacijski centri. Tako naj bi poskrbeli za vse tiste, ki jim grozi kronična hospitalizacija, marginalizacija oziroma odstranitev iz okolja kjer so živeli pred hospitalizacijo in zaradi tega doživljajo stisko. (Tancek 2008: 21)

Stanovanjske skupine so manjše bivalne enote s potrebo občasne ali stalne družbene skrbi. Po številu stanovalcev so od zavodov manjše saj v njih prebiva od 3-9 ljudi. S svojo velikostjo in organizacijo pa poizkuša vpeljati vpliv in občutek domačnosti. Tudi osebje ni nujno prisotno 24 ur tako kot v zavodih. Zaradi svoje velikosti naj bi bile tudi bolj fleksibilne in bolj prilagojene po meri svojih stanovalcev. S tem omogočajo razvijanje večje individualnosti in samostojnosti posameznika. (Tancek 2008: 22)

Stanovanjske skupine naj bi vpeljevale nove oblike pomoči, ki ne stigmatizirajo in ne izolirajo in stanovalce ponovno naučijo živeti v skupnosti in z njo, zaradi izgube sposobnost avtonomnega življenja ali pa jo nikoli niso imeli. Stanovanjska skupina daje možnost interakcije z okolico, vzdrževanja stikov z družino in prijatelji. Posledica tega pa je dvigovanje samospoštovanja, dostojanstva in samo-vrednotenja. (Gošte 2004 v Tancek 2008: 22)

Vmesnost pa lahko razumemo tudi iz vidika organizacijske oblike za delo z ljudmi postavljenih vmes med zavodsko obravnavo (bolnišnice, zapori, vzgojni zavodi itn.) in med oblikami obravnave v ti »civilnem življenju« (ambulante, privatna praksa). To so po navadi rezidenčne ali pol rezidenčne strukture (stanovanjske skupine, dnevni centri), med vmesne skupine pa štejemo tudi drugačne oblike (društva in skupine za samopomoč). Koncept vmesnih struktur pa lahko razumemo tudi drugače in sicer tako, da poskušamo razumeti razlike med različnimi načini obravnavanja ljudi tako, da postavimo vmesne strukture med dve obliki dela z ljudmi. Prva je totalna ustanova, druga pa je delo s posameznikom (»casework«). Te strukture zapolnjujejo prazen prostor med institucijami oz totalnimi ustanovami in delom s posameznikom. Pri prvih gre za totalno zajetje človeka njegove identitete in telesa, za prisilno psihično in fizično bivanje v nadzorovanem okolju, pogosto z večjo ali manjšo odtegnitvijo osebnih pravic. Pri delu s posameznikom pa gre za vzdrževanje videza civilnosti in prostovoljnosti, pogodbenega odnosa med dvema posameznikoma med katerima je eden ekspert drugi pa stranka (Flaker 1995:406)

Vmesne strukture imajo dvojen namen: 1. Reintegracijo dolgotrajno hospitaliziranih brez druge možnosti, da bi bili odpuščeni iz bolnice iz razlogov: visoka stopnja prizadetosti, so brez svojcev ali le-ti ne morejo skrbeti zanj, so brez drugih bivanjskih možnosti ali pa ker potrebujejo stalno ali občasno skrb. 2. Izogibanje zdravljenju, ki vključuje obvezno hospitalizacijo in uporabo alternativnih načinov zdravljenja. (Flaker et.al. 2016)

Prednost vmesnih struktur je predvsem v tem, da so cenejše, bolj upoštevajo posameznikovo individualnost, avtonomnost in neodvisnost. Manjša je nevarnost regresije, dolžina hospitalizacije se skrajša tako kot število ponovnih hospitalizacij. Vmesne strukture so največkrat postavljene v skupnost, kjer so uporabniki manj izolirani in imajo možnost ponovnega vzpostavljanja sosedskih odnosov. S čimer se zmanjša stigmatizacija uporabnikov in izboljša njihova kvaliteta življenja. (Jerman 1991: 106-107)

Stanovanjske skupine so vzorčen zgled vmesnih struktur. Izhajajo namreč iz drugačnega pogleda na posameznika, ki pri vpeljevanju alternativnih oblik dela upoštevajo celosten kontekst posameznikovega življenja. Razlikuje se od zavodskih skrbi po manjšem številu stanovalcev, kar omogoča hitrejšo vključevanje posameznika v okolje, njegovo razvijanje samostojnosti in odgovorno soodločanje pri življenjskih odločitvah. (Lamovec 1995:211)

Stanovanjske skupine so bile zasnovane kot vmesne strukture med institucijo in samostojnim življenjem. Koncept vmesnosti se lahko pojasni na več načinov. Gre za vmesnost med različnimi ponudniki storitev, na eni strani med institucijo (psihatrijo, zavodi) in na drugi med skupnostjo. Stroki socialnega dela to omogoča prepoznavanje ideologije skrbi, ki prehaja iz institucionalne skrbi v skrb v skupnosti. Zato da bi bila stanovanjska skupina res prehodna struktura, moramo s stanovalcem načrtovati za prihodnost in postaviti roke za določene naloge. Namesto da ljudje ostajajo v skupini, iščemo načine, kako jo lahko zapustijo. Uspešno strokovno delo temelji na povečanju socialne vključenosti uporabnikov, upoštevanju koncepta krepitve moči in udeležnosti in zagotavljanju večjega vpliva uporabnikov. Delo s stanovalcem poteka v več fazah. Tako bi od prihoda v stanovanjsko skupino prva faza morala zajemati priprave stanovalca na selitev v skupino, druga namestitev v skupino in podporo posameznika, tretja pa pripravo na življenje zunaj skupine. (Videmšek 2013: 80)

Na uspešnost integracije stanovalcev v okolje vpliva več dejavnikov. Med take dejavnike štejemo zadostno oddaljenost od zavodov, bližino ostalega okolja in kulturno razvitost skupnostnih oblik življenja v soseski in pa status, ki so si ga stanovalci ustvarili v skupnosti. Stanovanjske skupine se lahko nahajajo v zelo različnih tipih stanovanj, od stanovanj v blokih, predmestnih hišah. Namensko jih je bilo zgrajeno malo, nekaj od njih so tudi prenovili, vse druge pa so bile vseljene brez večjih prenovitvenih del. (Flaker 1998).

Stopnja vključenosti v okolje je v različnih stanovanjskih skupinah različna. Neodvisnost od zavoda sicer pospešuje integracijske procese, vendar je pri vseh stanovanjskih skupinah navzoče tudi močno institucionalno okolje, ki je del vsakdanjika stanovanjske skupine (Flaker 1998)

Po Jerman (1991: 108-109) se stanovanjske skupine delijo glede na namembnost v tri skupine:

- Skupine namenjene bivanju: Hiše in stanovanja s funkcijo, da nudijo bivališče, prehrano, možnost socialnega kontakta in so namenjene osebam, ki imajo poleg izraženih duševnih, socialnih in telesnih problemov še problem stanovanjske stike. To so osebe brez svojcev ali pa jih le-ti ne morejo sprejeti ali pa je situacija doma preveč konfliktna. Osebe v teh skupinah je običajno prisotno 24 ur na dan. Take skupine nudijo osebam, ki bi najverjetneje preživeli preostanek svojega življenja v instituciji možnost vrnitve v skupnost.

- Skupine namenjene dezinstitutionalizaciji in rehabilitaciji: Tu gre za razvijanje avtonomnosti za ljudi z dolgotrajno hospitalizacijo, ki imajo problem pomanjkanja neodvisnosti in niso sposobni živeti popolnoma avtonomno. Tu poteka rehabilitacija ljudi, ki so zaradi dolgotrajne hospitalizacije kategorizirani kot kronični bolniki, vendar je ta kroničnost posledica institucionalnega življenja in nima nobene povezave z diagnozo zaradi katere so bili hospitalizirani.
- Skupine namenjene terapiji: Nudenje obravnave, ki se izogiba nepotrebnih hospitalizacij. Nudi izogibanje kriznim trenutkom v družini in tako razbremenjuje družino in nudi varen prostor uporabniku. Omogoča urejen ritem življenja v skupnosti, brez škodljivih posledic hospitalizacije in spreminjanje družbene odgovornosti v odnosu do ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Program stanovanjskih skupin se izvaja po celi Sloveniji, samo v spodnje savski in zasavski regiji ne. Vse enote so v urbanem okolju. Prostori so največkrat najeti, društva plačujejo tržno ceno, dobijo pa jih tudi brezplačno od MDDSZ, včasih najamejo stanovanja in plačujejo neprofitno najemnino. Potreba po bivanju je v urbanih okoljih večja kot v ruralnem. Vse organizacije imajo čakalno vrsto, ki je sicer manjša kot je bila včasih. Razlog za to pa je, da na čakalno listo ne vpisujejo kandidatov, katerih občina ni plačnik storitev socialnega varstva in kljub temu, da so potrebe večje od ponudbe, strokovni delavci zavračajo kandidate in s tem posledično krajšajo čakalne vrste. To pomeni, da se tisti, ki nimajo lastnih sredstev ali pa soglasja občine, ne morejo vključiti v program, kar kaže na neurejenost sistema, saj program ni dostopen vsem pod enakimi pogoji. (Videmšek 2013: 114)

Videmšek (2013: 115 po Flaker et.al. 2011) navaja, da je stanovanje ključno za ljudi, ki potrebujejo kontinuirano oskrbo, ker odločilno vpliva na duševno zdravje, socialno blaginjo in na pogodbeno moč posameznika. Ureditev stanovanjskih razmer namreč za te ljudi pomeni možnost rešitve iz odvisnosti, obremenjenosti, negotovosti in nesmisla in je ena od temeljnih potreb.

4. Dolgotrajna oskrba

Dolgotrajna oskrba je v zadnjih dvesto letih potekala iz skupnosti, v institucije in v zadnjih desetletjih se trudi prodreti nazaj v skupnost. V tem času so vzpon doživele različne ustanove, ki so se specializirale za različne hendikepe kot so: norišnice za norce, domovi za stare, varstveno delovni centri za intelektualno ovirane, zavodi za izobraževanje in rehabilitacijo za telesno ovirane. Že v petdesetih letih (Jones, 1952) prejšnjega stoletja pa so strokovnjaki začeli ugotavljati neučinkovitost teh ustanov in neprimernost za življenje ljudi. Iz tega razloga se je razvilo dezinstitucionalno gibanje. Cilj današnjega časa je, da se dolgotrajno oskrbo, ki je usmerjena v skupnost in vključevanje uporabnikov preseli nazaj v skupnost kjer bi se uporabniki samostojno odločali o svojem življenju in bili neodvisni. Zraven pa sodelovali še pri načrtovanju in izvajanju storitev. (Rafaelič 2012: 48)

V zadnjih desetletjih se je na področju socialnega in zdravstvenega varstva in na področju organiziranja socialne varnosti razvila tema dolgotrajne oskrbe ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno, organizirano pomoč in podporo drugih ljudi. Potreba se je pojavila kot nova in je prej nismo zaznali. Po eni strani se kaže kot potreba po novem stebru socialne varnosti, po drugi strani pa po drugačnem organiziranju odgovorov na potrebe ljudi. Socialna država 20. stoletja je sicer ustvarila razne načine izvajanja socialne pomoči (zavarovanja) za primer nezaposlenosti, bolezni, invalidnosti oziroma hendikepa ne pa tudi za primer odvisnosti od pomoči drugih. (Flaker et.al. 2008: 19)

»Dolgotrajna oskrba je torej fenomen, ki prinaša veliko novost na ravni zagotavljanja socialne varnosti kot povsem drugačna paradigma sui generis, ki presega stare obrazce organiziranja oskrbe, načinov pristopa k človeški stiski, statusa uporabnikov in bistva procesa pomoči« (Flaker op.cit. 2008 :21)

Pri uvajanju dolgotrajne oskrbe ne gre za nadgrajevanje že obstoječih sistemov socialne varnosti, socialnega in zdravstvenega varstva. Bolj gre za prekinitev in paradigmatški prelom, ki ustvarja nove sheme solidarnosti in strokovne pomoči pri vzpostavljanju novih mehanizmov socialne varnosti, novih načinov zagotavljanja storitev in podpore in novih organizacijskih struktur. Soočeni smo z izzivom kako na različnih nivojih poiskati nove rešitve, ki bodo presegle stare opredelitve. (Flaker et.al. 2008: 22)

Dolgotrajna oskrba je bila skozi zgodovino razdeljena med več institucij in služb, med socialnim delom in zdravstvom, med različnimi načini financiranja, različnih storitev in med različno strokovno etiko in kulturo. Danes pa se vse skupaj povezuje s skupnim ciljem zagotovitve kakovostne storitve uporabnikom. Temelj socialne oskrbe je socialni model, ki v posameznika vidi kot subjekt in ne, kot je značilno za medicinski model, kot njegovo diagnozo oziroma hendikep. Dolgotrajna oskrba temelji na principu univerzalnosti, kar pomeni, da vsakdo prejme toliko in tiste storitve kolikor jih potrebuje in je neglede na status do njih upravičen. Univerzalni dostop tako ščiti pred revščino tiste, ki si ne morejo pokriti stroškov storitev, ne da bi ob tem obubožali, poleg tega pa ščiti tudi pred katastrofalnimi posledicami institucionalizacije. Dolgotrajna oskrba ne pomeni samo zagotavljanje storitev, ampak tudi spremembe v odnosu med uporabniki in strokovnjaki. V institucijah ima osebje do uporabnikov večinoma pokroviteljski odnos, med tem ko je odnos v dolgotrajni oskrbi med strokovnjakom in uporabnikom naravnano partnersko. S tem se uporabnika postavi v aktivno vlogo oblikovalca lastnega življenja in načrtovalca storitev zase. Njegove izkušnje postanejo podlaga za načrtovanje storitev, ki jih oblikuje skupaj s strokovnjakom. Poleg univerzalnosti in spremembe odnosov, pa je pomemben element dolgotrajne oskrbe tudi sprememba financiranja. Financiranje se je preusmerilo od institucij k uporabnikom. Prednost takega osebnega financiranja je v tem, da uporabnik prejme ravno toliko finančnih sredstev kolikor jih potrebuje zaradi česar je poraba sredstev bolj transparentna in učinkovitejša. (Rafaelič 2012: 48-49)

Neposredno financiranje pomeni bistven premik moči iz institucij in strokovnjakov k uporabnikom. Tradicionalno so sredstva dodeljena ustanovam in strokovnjakom, ki uporabnikom zagotavljajo oskrbo. Na tipe storitev in na način njihovega izvajanja uporabniki ne morejo vplivati. Ravno tako nimajo vpliva na načrtovanje storitev in posledično tudi ne na svoje življenje. (Škerjanec 2010: 15-30 v Rafaelič 2012: 49). Neposredno financiranje je inovacija, ki so si jo izmislili uporabniki sami. Omogoča jim, da s svojimi sredstvi razpolagajo kot sami želijo, s tem postanejo pa tisti, ki narekujejo katere storitve se bodo izvajale, kako, kje in kdaj. (Rafaelič 2012: 49)

V Sloveniji dolgotrajna oskrba še ni sistemsko urejena kar pomeni, da jo še vedno izvajamo v ločenih sistemih socialne varnosti, ker še vedno ni bil sprejet zakon, ki bi celovito urejal in

zagotavljal izvajanje dolgotrajne oskrbe. Področje dolgotrajne oskrbe trenutno ureja več ločenih zakonov:

- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
- Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih
- Zakon o socialnih prejemkih in uveljavljanju pravic iz javnih sredstev
- Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih

Prejemke zaradi tega posamezniki dobivajo na načine, ki jih urejajo posamezni zakoni.

(Rafaelič 2012: 52-53)

Izhodišča za pripravo zakona o dolgotrajni oskrbi iz leta 2013 predvidevajo, da bi dejavnost in zavarovanja dolgotrajne oskrbe postala nova veja socialne varnosti. Ne bi se več mešala z obveznim zdravstvenim, pokojninskim in invalidskim zavarovanjem ter drugimi oblikami socialne zaščite. Zakon naj bi urejal pravno ureditev, finančna sredstva, način upravljanja ter organizacije.

Zakon bi predvsem urejal:

- ureditev zavarovanja za dolgotrajno oskrbo in financiranje dejavnosti;
- definicija upravičencev, pravic (storitev);
- postopek uveljavljanja dolgotrajne oskrbe;
- izvajanje dolgotrajne oskrbe;
- izvajalce zavarovanja in storitev dolgotrajne oskrbe.

Nov predpis bi urejal tudi področje osebne asistence, kot posebne oblike skupnostne pomoči invalidnim osebam, ki so v celoti odvisne od tuje pomoči, predvsem pa posebnosti povezane z:

- definicijo osebne asistence (kdo so upravičenci, katere storitve se financirajo, povezava z dolgotrajno oskrbo);
- izvajalce osebne asistence;
- posebnosti financiranja osebne asistence;
- postopek uveljavljanja osebne asistence v povezavi s postopki za dolgotrajno oskrbo;
- izvajanje osebne asistence v povezavi z dolgotrajno oskrbo. (Uradni list RS, št. 24/05)

Temeljna značilnost slovenske ureditve je, da se večina organizirane dolgotrajne oskrbe odvija v institucijah. Že arbitrarna primerjava med številom stanovalcev domov za stare, ki je najbolj razširjena storitev institucionalne dolgotrajne oskrbe, in med številom prejemnikov pomoči na domu, ki velja za najbolj razvito in razširjeno storitev v skupnosti, je dovolj zgovorna in kaže na neugodno razmerje. Opozarja, da v domovih za stare živi skoraj trikrat več ljudi, kot pa jih prejema pomoč na domu. Po podatkih Statističnega urada RS (SI-STAT) je bilo v letu 2011 v domovih za stare 17.386 stanovalcev, pomoč na domu pa je v istem obdobju po podatkih Inštituta RS za socialno varstvo (Nagode et.al. 2012) prejelo 6.624 oseb" (Rafaelič 2012: 53)

V Sloveniji se dolgotrajna oskrba izvaja na različne načine in sicer v okviru institucionalnega varstva, na domu (skupnostna skrb), vmesnih struktur in denarni prejemki. Institucionalno oskrbo zagotavljajo domovi za stare, posebni socialni zavodi, varstveno delovni centri in zavodi za usposabljanje. Institucionalno varstvo v vmesnih strukturah izvajajo varstveno delovni centri, dnevni centri in stanovanjske skupine. Skupnostno dolgotrajno oskrbo zagotavljajo patronažne službe, centri in drugi zavodi v obliki posebne pomoči na domu, z družinskimi pomočniki, z varovanjem na daljavo in asistenco. Med tem, ko je denarni prejemek en sam in sicer dodatek za pomoč in postrežbo oziroma za tujo nego in pomoč. (Rafaelič 2012: 53)

Dolgotrajna oskrba se izvaja za osebe, ki so tako ali drugače v življenju ovirani zaradi izgube telesne, psihične in intelektualne samostojnosti in zaradi tega potrebuje pomoč pri opravljanju dnevnih življenjskih funkcij. To so npr. hranjenje, umivanje, gibanje, varnost, zadovoljevanje psihofizičnih in socialnih življenjskih potreb in temeljnih aktivnosti. Njihovih potreb pa ne more zadovoljiti le zdravstvena služba. Ta dejavnost pomeni preplet med integrirano zdravstveno in socialno oskrbo, individualno pomočjo posamezniku in vključevanje v socialno okolje. Dejavnost dolgotrajne oskrbe je sicer namenjena posamezniku, ki potrebuje pomoč druge osebe, vendar je njena naloga tudi pomoč družini take osebe.

V zvezi s stanovanjsko stisko beležimo naslednje situacije v katerih se pogosto znajdejo ljudje z dolgotrajnimi stiskami (Flaker et.al. 2008: 115):

- Namestitev v bolnišnico ali socialni zavod ob stanovanjski stiski (tudi ob odpustu iz drugih ustanov npr.: zaporov, vzgojnih zavodov)

- Ob odpustu ostanejo brez stanovanja (npr.: svojci ga oddajo v najem, prodajo, stanodajalec odda stanovanje)
- Uporabnice psihiatričnih ustanov, ki doživljajo nasilje v družini, se pogosto nimajo kam zateči
- Okolica zavrača uporabnika (je grešni kozel za vse kar je narobe v soseski, bavbav, skregan s sosedi)
- Živijo s starši v odvisnostni navezavi, iz katere se težko izkopljejo
- Živijo v neurejenih, zanemarjenih razmerah
- Ko gredo v bolnico ali zavod, nimajo kam shraniti svojih potrebščin, pohištva, osebne lastnine

Stanovanje je osnovna življenjska potreba. Je nuja, ki omogoča samostojno in normalno življenje. Poleg očitnih razlogov kot so streha nad glavo predstavlja stanovanje intimen prostor, kamor se človek lahko umakne kjer je lahko kar je in mu ni treba nositi maske, se lahko sprosti. Stanovanje pomeni tudi nek temelj za ustvarjanje življenja, sigurnosti in varnosti kjer bo lahko zaživel.

5. Socialni in medicinski model

Razlika med socialnim modelom in medicinskim modelom je v bistvu razlika med institucionalnim (bolnišničnim) delom in skupnostnim načinom dela. Sama razlaga in dožemanje duševne stiske niti ni tako pomembna kot je pomemben način dela z osebo, ki doživlja stisko. Torej ko ločujemo med institucionalnim in skupnostnim načinom dela, je pomembno ali človeka izločimo iz njegovega okolja in na kakšen način to storimo. Pri tem se prepletajo razni vidiki in modeli dela. Skupnostni izhaja iz etičnega vidika, ki poudarja posameznikovo pravico do lastne izbire življenja. Medicinski model oziroma institucionalni pa ne temelji izključno na bolezni, ampak na določenem primanjkljaju in deviaciji od družbenih norm. Oseba ima napako, katero je treba popraviti. Popravilo pa je lahko zdravljenje, kaznovanje ali prevzgoja. Za popravilo pa je osebo potrebno premestiti, popraviti, kar nam razkrije institucionalni model. (Flaker 1998: 265-267)

5.1. Socialni model

Ideja o socialnem modelu se je razvila, da bi odgovarjala individualnim potrebam posameznika s ciljem, da vzpostavi take službe, ki bi pomagale osebam s težavami z duševnim zdravjem vzpostaviti nek »normalen« življenjski ritem. V tem primeru to pomeni zagotoviti ustrezno zasebnost, dostop do socialnih, čustvenih in seksualnih odnosov, dostop do ustrezne službe, avtonomno odločanje o prihodnosti in življenju. (Videmšek 1999: 38 v Videmšek 2013: 51)

Socialni model dela je osredotočen na prepoznavanje in preštevanje ovir, ki omejujejo posameznika pri polni participaciji in kakovostnem življenju v skupnosti. (Škerjanec 2006:20)

V okviru tega modela se označuje norost kot reakcija na probleme, oziroma stresne okoliščine, s katerimi se srečujejo ljudje. Motnja se razlaga skozi probleme v družini, medsebojne konflikte, pomanjkanje ustrezne vloge v družbi, posledico težkih izgub itd. Vzpodbuja se aktivni pristop, saj mora vsak najti svojo rešitev. Življenjskih problemov ne moremo reševati ločeno od tam kjer se dogajajo (znani varni prostor, dom, krizni center,..). S tem posameznik ohrani tudi ugodno podobo o sebi, občutek odgovornosti in občutek lastnega odločanja. Metode značilne za ta model so empatično poslušanje, dajanje izbir, opolnomočenje, učenje odgovornosti, zagovorništvo, itn. (Lamovec 1995: 44-45)

5.2. Medicinski model

Oliver (1998 v Škrjanc 2006: 18) razlaga značilnost medicinskega pristopa kot osredotočenost na pomanjkljivost posameznika, na njegovo deviacijo od norme. Po njegovem se človek mora prilagoditi danim okoliščinam in življenjskim situacijam. S tem modelom pa se sistematično spregleda posameznikove spretnosti, talente in sposobnosti ter njegov prispevek skupnosti .

V ustanovah, kjer prevladuje medicinski model obravnave, lahko govorimo o prevladujoči rabi koncepta skrbi (od zgoraj navzdol), kjer država vzpostavlja socialnovarstvene storitve na podlagi splošnih ocen strokovnjakov o potrebah uporabnikov, med tem ko socialni model dela temelji na konceptu pravic (načrt skrbi od spodaj navzgor), ko se storitve načrtujejo na podlagi uporabnikovih potreb. (Škerjanec 2006: 21-23)

Ko označimo krizo kot duševno bolezen, sporočamo, da pojav spada na področje medicine, katere dolžnost je zato najti zdravilo. Razlog za posameznikovo konfliktnost z družbo je duševna bolezen, zato je okolje razrešeno krivde. (Lamovec 1995: 53)

Oseba, ki je bolna, spada v bolnišnico, kjer jo zdravijo psihiatri in medicinske sestre - postane pasivni objekt zdravljenja. Prevladujoča oblika zdravljenja je še vedno medikalizacija s psihofarmatiki. Rezultat zdravljenja pa oi kratka in večkratna zadrževanja v bolnišnici - sistem vrtečih se vrat. (Lamovec: 1995: 60)

Videmškova navaja (Benedetto Saracno 2007), da je dehospitalizacija proces, ki temelji na ekonomskih razlogih in njen glavni namen je preselitev ljudi iz bolnišnic v druge oblike nastanitve. Ljudje so zaradi tega odpuščeni brez predhodne priprave in nadaljnje obravnave v skupnosti ter prepuščeni svojcem v oskrbo. (Videmšek 2013: 52)

6. Normalizacija

Pojem oziroma koncept normalizacije se je razvil v Skandinaviji (Benght Nirje in Mikkelsen Bank) in je povezan z vključevanjem tako ali drugače oviranih ljudi v skupnost. Je proces, v katerem skušamo za vse osebe ustvariti enake vzorce za življenje, ne glede na to ali imajo težave z duševnim zdravjem, ali ne in jim tako zagotoviti izkušnjo, pravico in pogoje, da si lahko ustvarijo življenje kot vsi državljani. (Videmšek 2013: 83)

Nirje (1969 v Videmšek 2013: 84) uvršča med take pravice in pogoje: pravico do normalnega dnevnega ritma (vstati, iti v šolo, se razvedriti v skupnosti), pravico do normalnega ritma življenja (vključevanje in sodelovanje v družbenih aktivnostih in dejavnostih letom primerno), pravico do izbire in pravico do spolnega življenja.

Normalizacija je proces, ki je usmerjen v vključevanje izključenih članov družbe. Najprej se je nanašal na vključevanje otrok z motnjami v duševnem razvoju, nato pa se je razširil na vse, ki niso ustrezali družbenim normam, saj sta bila njihov položaj, tako kot funkcija razvrednotena. Proces normalizacije pa stremi k temu, da se take posameznike aktivira in se jim prizna skladna vloga in položaj enak drugim članom širše družbe in omogoča aktivnost pri ustvarjanju lastnega življenja. (Lukač 2005)

Skandinavska različica normalizacije temelji na osnovni človekovi pravici do dostojanstva in si prizadeva, da bi bili posamezniki deležni spoštovanja. (Videmšek 2013: 83-85)

Brandon postavlja pojem normalizacije pod vprašaj in ga kot takega kritizira, saj meni, da je pojem povezan z normalnostjo in zato raje govori o načelih vsakdanjega življenja, pri čemer se upošteva njihovo izbiro, potrebe, želje in zahteve. Druga kritika je, da se mora spreminjati posameznik, namesto da bi se spremenile okoliščine in družbena merila. Normalizacija naj bi bila poskus normaliziranja posameznika v smeri, da se njegova drugačnost prilagodi družbenim merilom. (Videmšek 2013: 85)

Brandonova načela običajnega življenja:

- Izbira

V skupnostnih oblikah skrbi je pomembno, da se posameznikom omogoča možnost izbiranja in nadzora nad svojim življenjem. Prav tako je pomembno širjenje uporabnikovih možnosti. S tem, ko mu damo možnost izbire razvija občutek za obvladovanje lastnega življenja, večja se mu samospoštovanje v primeru uspešne

izbire. Pri tem odigra pomembno vlogo osebje. Uporabniku moramo ponuditi izkušnje in informacije ter jasno opredeliti možne posledice vsake dane izbire, saj vsaka izbira potencialno omejuje druge možnosti. Vsakodnevna organizacija življenja mora biti pod nadzorom uporabnika, da se bo čutil zmožnega obvladati svoj dan. (Brandon 1992: 14)

- Poglobljanje odnosov

Ljudje smo socialna bitja. Potreba po povezanosti, je poleg biološke potrebe po avtonomiji, največja človeška potreba. Pot do zadovoljitve te potrebe pa so kvalitetni odnosi. Večina uporabnikov ima le malo prijateljev ali pa nobenega. Ostanejo jim le odnos is sorodniki in ljudmi, ki so za to plačani. Vsi potrebujemo občutek cenjenosti, spoštovanja, počutiti se moramo upoštevanega. (Brandon 1992: 15)

- Udeležba

Udeležba pomeni biti vključen pri načrtovanju in vodenju organizacije, prevzemati pomembnejše vloge v družbi nasploh. Uporabniki imajo pravico vplivati na službo, ki jo uporabljajo. Služba je osnovana zaradi njih in za njih, zaradi njihovih potreb in prav je, da z zaposlenimi sodelujejo pri vodenju le-te. V skupnostni obliki skrbi morajo imeti stanovalci več besede pri vodenju organizacije, pri kadrovanju, pri vprašanju o širjenju storitev in pri oblikovanju politike organizacije. Prav tako imajo pravico, da sodelujejo v lokalni skupnosti. Na ta način bi družba lahko prepoznala osebe s težavami v duševnem zdravju kot sebi enakovredne ljudi, katerih prispevek je enako koristen. (Brandon 1992: 14)

- Individualiziran razvoj

Pri stanovalcih je pomembno razvijati zmožnost živeti polnejše življenje oz. jim pomagati pri osebnem razvoju. Imeti morajo možnost razviti svojo enkratno individualnost in osebje mora to podpirati s stvarnim optimizmom. Stanovalci potrebujejo ljudi, ki jim bodo zaupali. Služba se mora oblikovati tako, da zadovolji enkratne in razvijajoče se potrebe vsakega posameznika. Vsak posameznik mora imeti možnost za osebno izražanje. Posameznika se ne sme obravnavati kot del skupine, ampak kot svojski subjekt s svojimi željami in potrebami (Brandon 1992: 15)

- Druženje

Ljudi se zaradi segregacijske narave zbira v zavodske in bolnišniške črede in pogosto imajo največ odnosov s sorodniki in prijatelji, ki so tudi sami uporabniki socialnih služb. Po njegovem mnenju bi se morali družiti dosti bolj na široko. Uporabljati morajo skupne prostore, prostore namenjene širši družbi. Tako druženje je tako pomembno, tako zanje, kot za druge. Ljudje potrebujejo priložnost, da v skupnosti srečujejo ljudi, ki so bili do sedaj izključeni, da se naučijo z njimi pogovarjati.

(Brandon 1992: 15)

Koncept normalnosti je znan šele od polovice 18. stoletja in je označeval stanje, ki ustreza določenemu standardu in od njega ni drugačno, je vsakdanje. Beseda normalnost izhaja iz besede »norma«, ki je ustrezala današnji ideji idealnega. Na koncept normalnosti je vplivalo obdobje industrializacije in iz nje izhajajoča potreba po delovno sposobnih telesih in razvoj znanosti kot so medicina, nevrologija, antropologija psihologija in seksologija. Skupaj so soustvarjale koncept normalnega življenja in telesa. Da pa je ideja normalnega postala obči imperativ, je zaslužen francoski statistik Adolphe Quetelet, ki oblikoval koncept povprečnega človeka v fizičnem in moralnem smislu, kar je privedlo do ideologije o povprečnem življenju. Povprečno življenje je postalo konstrukt in pa želja posebno tistih, ki so od povprečja odstopali bodisi telesno ali mentalno. In cilj nekaterih znanstvenikov, še posebej evgenikov, je bil, da je take ljudi potrebno popraviti. In s tem so se začele kršiti tudi pravice »nenormalnih« ljudi. Ena prvih idej o tem je bila omejitev reproduktivne pravice prizadetih, da ne bi nastala »rasa prizadetih ljudi«. (Zaviršek 2000: 76-79)

Kaj je normalno je vprašanje, ki še vedno ostaja neopredeljeno. Ali je normalno tisto, česar člani družbe ne doživljajo kot nenavadno, posebno ali celo vredno pozornosti, ker je kulturno sprejemljivo in ker zajema »pričakovano«? Prav določanje normalnosti za osebe, ki so prepoznane kot drugačne in so zaradi tega stigmatizirane, pomeni določati drugačnost samo. (Flaker, 1993: 45)

6.1. Družbeno vrednotne vloge

Koncept družbeno vrednotnih vlog se je razvil kot odgovor na kritike koncepta normalizacije. Je njegova nadgradnja. Začetnik je Wolf Wolfensberger, ki je izpeljal svojo različico normalizacije, ki temelji na družbenih vrednotah. Bil je mnenja, da so vloge nekaterih skupin razvrednotene, zato se je trudil, da bi te ljudi vključil nazaj v skupnost. (Videmšek 2013: 85)

Koncept družbeno vrednotnih vlog temelji na vključenosti posameznikov, spodbuja razvoj skupnostnih oblik podpore in vključuje spremembo družbenega položaja posameznika ter prehajanje iz ene vloge v drugo. (Videmšek 2013: 86)

Althea in David Brandon (v Videmšek 2013: 86-87) sta konceptu dodala še pet načel: dobri medsebojni odnosi, resnične izbire, večje sodelovanje, osebni razvoj in druženje prizadetih in neprizadetih ljudi. Po eni strani so to načela za običajno vsakdanje življenje in po drugi so to temeljne vrednote za načrtovanje in vzpostavljanje skupnostnih služb.

6.2. Koncept krepitve moči

Koncept krepitve moči je za socialno delo pomemben iz več razlogov, med katerimi je najpomembnejši ta, da koncept upošteva perspektivo posameznika, da mu omogoča pridobitev občutka lastne vrednosti in soudeležnosti pri soustvarjanju rešitev. Socialno delo, ki izhaja iz koncepta, izhaja iz dejanskih interesov posameznika in iz pozicije, ki temelji na obrnjeni vlogi moči, se pravi, da je posameznik delodajalec strokovnim delavcem. In če želimo koncept dosledno upoštevati tudi v praksi, v kateri omogočimo prenos moči od strokovnih delavcev k posamezniku, moramo koncept opredeliti iz perspektive ljudi z osebno izkušnjo. (Videmšek 2013: 95)

Opredelitev, kaj je krepitev moči, je specifična, tako kot je specifičen vsak posameznik in njegove izkušnje. Vendar lahko krepitev moči razdelimo na več faz: sprejemanje dejstev, želja po odločanju, družbene ovire in nestrpnost in potreba po vključenosti. (Videmšek 2013: 96-97)

Krepitev moči ni izid ampak proces, ki se nikoli ne konča, saj se spreminjajo tako življenja kot želje, kar pa pomeni, da smo pri uporabniku odprli prostor, da se bo uporabnik lahko izrazil v svojih ciljih. Hkrati pa smo ga podprli pri iskanju opcij za zadovoljevanje teh ciljev. Uporabnik razvija občutek osebne odgovornosti in prevzema nove vloge in je pri tem izpostavljen tveganju in možnosti uspeha. Ponujena mu je priložnost za osebni razvoj in učenje. Posamezniku krepitev moči omogoči raziskovanje svojih potencialov in lastnih virov moči. S tem pa prevzame nadzor nad svojim življenjem. Bistvo koncepta je ravno v predpostavki, da so spremembe možne in da imajo ljudje sami odgovore in rešitve. Vloga

strokovnega delavca pri tem pa je da vodi, podpira in usmerja posameznike na njihovi poti. (Videmšek 2013: 97)

Specifika koncepta okrevanja je v tem, da izhaja iz perspektive uporabnika in je fokusirana na njegove potrebe. Ta koncept zato razvijejo osebe z izkušnjo duševne stiske. Iz uporabniške perspektive pomeni okrevanje ponovno pridobivanje moči, kljub temu, da težave v duševnem zdravju še vedno obstajajo (Repper, Parkins 2003: 127 v Videmšek 2013: 107). Okrevanje je proces katerega temelj je spoznanje da ljudje lahko premagujejo različne življenjske situacije, si od njih opomorejo in vidijo, kaj je zanje dobro. (Videmšek 2013: 102)

Patricija Deegan (1988: 2 v Videmšek 2013: 102) opisuje okrevanje kot večplasten koncept, saj posamezniki ne okrevajo samo po duševni bolezni, ampak tudi po učinkih in posledicah etikete, ki jo posameznik pridobi. V sami stroki socialnega dela in kakršnega koli dela z duševnim zdravjem, se je potrebno zavedati kompleksnosti situacij, v katerih se posamezniki zaradi tega znajdejo in se z njimi spopadajo.

6.3. Socialna vključenost

Socialno vključevanje lahko opredelimo kot progresivno izboljšanje pravic, ki omogočajo dostop do družbenega in ekonomskega sveta, novih možnosti in ponovne pridobitve statusa. Hkrati pa se zmanjšujeta občutek oviranosti. Ključna vprašanja socialnega vključevanja so na primer podpora uporabnikom pri izobraževanju, pri delu, vključevanju v družbene, kulturne in religiozne skupine, pri sklepanju prijateljskih in partnerskih odnosov, načrtovanju družine in aktivnem sodelovanju v civilni družbi. (Ramon et.al.: 208: 178)

Koncepti socialnega vključevanja in zmanjševanja družbenih razlik se lahko začnejo samo v skupnosti. Vendar ne morejo biti povsem učinkoviti brez tega, da imajo ljudje dostop do najosnovnejših virov in so izključeni iz odnosov, ki omogočajo družbeno sodelovanje. (Dragoš, Leskošek 2003: 62)

Izvor virov in socialnega kapitala so socialne mreže, sam socialni kapital pa je kakovosten izraz kombinacije treh mrežastih lastnosti (Dragoš, Leskošek 2003: 62):

- Navzočnosti pomembnih virov, ki jih vsebuje določeno socialno omrežje

- Dosegljivost teh virov za pripadnike mreže
- Uporabnost teh virov za posameznike in skupine v smislu uporabnosti in učinkovitosti na zastavljene cilje in stroške.

Dragoš in Leskošek navajata Nan Lin (Nan Lin 2001: 3-31 v Dragoš, Leskošek 2003: 59), ki opredeljuje socialni kapital kot relacijsko vrednost, ki nastaja med ljudmi skozi odnose in se ohranja skozi interakcijske mreže. Socialni kapital so po Nan Lin definirani kot viri, ki so vloženi v socialno strukturo in zato ne more nastajati, če viri posamezniku niso dostopni. Bolj so ljudje povezani in navezujejo stike, večja je mreža, večja je dostopnost virov. Stiki namreč krepijo istovetnost in prepoznavnost posameznikov. Te krepitev pa so bistvenega pomena za vzdrževanje duševnega zdravja in dostopa do virov.

Slovenija je pričela z dezinstitutionalizacijo že kar nekaj časa nazaj. V tem času je sam proces doživel kar nekaj vzponov in padcev. Veliko se je tudi storilo že na tem področju. Da bi lažje razumeli zakaj je dezinstitutionalizacija v Sloveniji potrebna je treba poznati in spoznati nekaj ključnih elementov, ki so v Sloveniji trenutno prisotni in jih je potrebno spremeniti. V Sloveniji je bistvo oskrbe ljudi pospravljanje ljudi v ustanove. Te ustanove naj bi sicer ponujale in priskrbele primerno oskrbo. A ta oskrba temelji na univerzalnosti. Kar pomeni za vse ljudi enaka oskrba, enaki postopki in to bolj ali manj po vsaki ustanovi določenega tipa po celi državi. Zaradi tega se izgubi sam element človeka. Njegovo bistvo njegova bit z lastnimi unikatnimi potrebami in željami, za zadovoljevanje katerih bi se moral posameznik moral imeti možnost odločati sam in v sodelovanju s strokovnimi delavci. Ko posameznik vstopi v ustanovo izgubi to pravico do odločanja, do avtonomnosti. Poleg tega je sama logika zapiranja zgrešena, saj človeka izolira tako od zunanjega sveta kot lastnega sveta. Človek je potem omejen ne samo pri odločanju ampak tudi pri tem kje bo živel, kakšen bo njegov socialni svet in stik z okolico. Potem pa so tu še posledice stigme, ki jo kot dodano vrednost že tako nerazumljivi osebnosti s strani družbe, pridobi in nosi oseba ob izstopu iz ustanove.

Dezinstitutionalizacija ne pomeni samo zapiranje ustanov, kot bi nekdo pomislil, da bodo potem norci prosto kolovratili naokoli. Dezinstitutionalizacija je proces, ki poteka na več nivojih. Zajema vse od delovanja v skupnosti, spreminjanja družbene zavesti in dojemanja hendikepa do omogočanja uporabniku vrniti se v skupnost, delovanja v skupnosti, pridobiti nazaj status enakopravnega člana in vse do spreminjanja strokovnega dela z uporabnikom, do procesa soustvarjanja, opolnomočenja, spreminjanja samega strokovnega dela in še bi lahko

našteval. Bistvo je, da se človeku da možnost za normalno življenje, da postane najboljše kar lahko je v danem trenutku.

7. Metodični Del

7.1. Problem

Skozi čas študija ter skozi delo in prostovoljno delo, ki sem ga v zadnjih letih opravljal, sem se zelo od blizu spoznal z institucionalnim varstvom. Delal sem namreč v programu Projektnega učenja za mlajše odrasle (v nadaljevanju PUM), kamor je bilo vključenih veliko uporabnikov Psihiatrične bolnišnice Begunje. Njihovo izkušnjo institucionalizacije sem tako spoznal iz njihovih zgodb in jo tudi videl na lastne oči, ko sem hodil k njim na obisk v bolnišnico. Način dela in odnos, ki ga ima osebje z uporabniki in bivanjske razmere, ki jih morajo uporabniki tolerirati, so se mi že takrat zdeli neznosni. Še bolj žalostno pa je, da so se njihovi problemi zunaj institucije šele zares začeli. Zaradi svoje institucionaliziranosti so bili označeni za drugačne. Stigmatizirani so bili še po tem, ko že leta niso več hodili v bolnišnico in niso kazali nobenih simptomov diagnoz, ki so jih dobili v bolnišnici. To je pomenilo dodatno oviro pri poskusu normalnega življenja, saj so težje dobili službo. V šoli so se jih profesorji bali in jim niso dali rokov za opravljanje izpitov. Nekateri so imeli stanovanjske probleme, saj jim je v času njihove odsotnosti stanodajalec prekinil pogodbo in dobil nove najemnike.

V letih študija sem obiskal tudi posebni socialni zavod (v nadaljevanju PSZ) Dutovlje, kjer sem preživel en teden skupaj s skupino prostovoljcev in stanovalci zavoda. V tretjem letniku študija smo v okviru modula duševno zdravje v skupnosti odšli na ekskurzijo v Trst, kjer smo se поблиže spoznali z dezinstitutionalnim načinom dela z uporabniki in z delom v skupnosti. Vse skupaj me je vodilo do vedno večjega zavedanja o tem, da tak način dela z ljudmi ni ustrezen in da je na tem področju nekaj potrebno spremeniti. Spoznal sem tudi, da je Slovenija zelo institucionalizirana država, saj ima že občina kot je Radovljica, v kateri sem bil zaposlen, štiri institucije in sicer Center za usposabljanje, delo in varstvo (v nadaljevanju CUDV), dom za stare (v nadaljevanju DSO), Psihiatrično bolnišnico (v nadaljevanju PB) Begunje in varstveno delovni center (v nadaljevanju VDC).

V Sloveniji je po podatkih v institucijah zaprtih 20.149 ljudi, od tega jih je 2314 v PSZ in 17.835 v DSO in s takimi številkami sodimo v sam evropski vrh, poleg tega se zaradi staranja prebivalstva potrebe vsakoletno večajo.. (Flaker et.al. 2016).

Podlaga mojemu raziskovalnemu delu so *Izhodišča dezinstitutionalizacije* (Flaker et.al. 2016) iz katerih izhajam. Namen je raziskati delež vključenih in stopnjo institucionalizacije v posebnih zavodih (v nadaljevanju PSZ) in domovih za stare (v nadaljevanju DSO) za

posamezne občine glede na število prebivalcev, razvitost posameznih občin in oddaljenost občine od posebnih zavodov. Z raziskavo želimo ugotoviti kako se bližina institucije, oziroma PSZ, razvitost območja in vključenost v skupnostne storitve povezujejo s stopnjo institucionalizacije.

V raziskavi me predvsem zanima:

1. Kakšna je stopnja institucionalizacije uporabnikov PSZ v posamezni občini?
2. Kakšna je stopnja institucionalizacije DSO v posamezni občini?
3. Kakšna je stopnja razvitosti posameznih občin?
4. Kakšna je oddaljenost občin od posameznih PSZ?

Glede na zastavljena vprašanja sem postavil tri hipoteze:

- 1) V večjih občinah je večja stopnja vključenosti v PSZ in DSO kot v manjših.**
- 2) Občine z večjo stopnjo izobraženosti imajo večji delež ljudi vključenih v PSZ in DSO kot tiste z manjšo.**
- 3) Bližina PSZ posamezni občini bolj vpliva na vključevanje ljudi v PSZ iz določene občine.**

7.2. Vrsta raziskave

Raziskava je kvantitativna in deskriptivna. V kvantitativnih raziskavah zbiramo številčne podatke o pojavih, ki nas zanimajo. Namen deskriptivne ali opisne raziskave je količinsko (kvantitativno) opredeliti ali oceniti osnovne značilnosti proučevanega pojava, ali ugotoviti obstoj in jakost zveze med dvema ali več pojavi. Preden začnemo izvajati opisno raziskavo, moramo natančno vedeti, katere značilnosti nas sploh zanimajo, oz. katere so za raziskavo pomembne. Prav tako moramo prej opredeliti, kaj nam pomenijo izrazi, ki jih uporabljamo za označitev teh značilnosti. Pri tej vrsti raziskave hipoteze jasno opredelimo. Običajno so oblikovane kot trditve, ki se nanašajo na razprostranjenost nekega pojava, njegovo intenziteto, pogostost, stopnjo. Lahko pa v njih izražamo domneve o zvezah med različnimi značilnostmi. Raziskava, ki smo se jo odločili izvesti, ugotavlja zvezo in njeno jakost med institucionalizacijo občine in razvitostjo občine ter med institucionalizacijo občine in

oddaljenostjo PSZ od posamezne občine. Prva zveza, ki jo raziskujemo, je med številom vključenih uporabnikov v PSZ in DSO ter stopnjo razvitosti za vsako občino. Druga zveza pa je med številom vključenih uporabnikov v PSZ in oddaljenostjo posameznega zavoda od občin.

7.3. Teme

Raziskava se osredotoča na naslednje teme:

- 1) Stopnja vključenosti uporabnikov v PSZ in DSO glede na število prebivalcev posamezne občine.
- 2) Kakšna je korelacija med razvitostjo občin, ki je izražena s stopnjo izobraženosti v posamezni občini in institucionaliziranosti, oziroma vključevanjem ljudi v skupnostne službe PSZ in DSO?
- 3) Oddaljenost občin od posameznega PSZ in vpliv oddaljenosti na vključevanje ljudi v PSZ iz posameznih občin

7.4. Spremenljivke in indikatorji:

Spremenljivka: oddaljenost občin; indikator: kilometri/cone; vrednosti: pridobljene s pomočjo zemljevida Najdi.si, ki izmeri oddaljenost med kraji.

Spremenljivka: razvitost občin; indikator: stopnja izobraženosti za posamezno občino; vrednosti :iz Statističnega urada RS.

Spremenljivka: velikost občine; indikator: število prebivalcev; vrednosti: iz statističnih raziskav Statističnega urada RS

Spremenljivka: institucionaliziranost; indikator: število vključenih v PSZ/prebivalcev in DSO nad 65let/1000 prebivalcev; vrednosti: iz Kumulativnega letnega poročila Skupnosti socialnih zavodov

7.5. Viri podatkov

Pri zbiranju podatkov sem uporabil obstoječe gradivo ter že opravljene raziskave in zbrane podatke s področji, ki so pomembni za mojo raziskavo. Pri raziskavi sem uporabil sekundarne vire podatkov in že obstoječe raziskave.

7.6. Populacija in vzorec

V populacijo so vključene občine (214) celotne Slovenije in njeni prebivalci. Iz populacije sem za potrebe raziskave zaradi bolj natančnega merjenja izločil vse občine, ki imajo manj kot 4000 prebivalcev.

7.7. Zbiranje podatkov

Za namene raziskave sem zbral podatke o tem koliko je institucionaliziranih ljudi v posebnih zavodih v posamezni občini in koliko v DSO. Pridobil sem jih iz Kumulativnega letnega poročila Skupnosti socialnih zavodov. Koeficient izobrazbe v občini sem dobil iz raziskave Statističnega urada RS. Pri pridobivanju podatkov, koliko je posamezna občina oddaljena od glavnih posebnih zavodov, pa sem si pomagal z zemljevidom občin na internetni strani in stranjo Najdi.si, ki izračuna oddaljenost enega kraja do drugega.

7.8. Analiza podatkov

Za preverjanje prve hipoteze sem velikost občine meril s številom prebivalcev v posamezni občini in to primerjal s stopnjo institucionaliziranosti oziroma vključenosti v skupnostne službe v isti občini, katere pokazatelj je število vključenih v DSO nad 65 let/ 1000 prebivalcev in število vključenih v PSZ/1000 prebivalcev.

Za indikator razvitosti občine pri drugi hipotezi, sem uporabil indeks izobraženosti za posamezno občino. Pokazatelj stopnje institucionaliziranosti je število institucionaliziranih oseb v DSO in PSZ na 1000 prebivalcev v posamezni občini.

Oddaljenost občin sem dobil tako, da sem občine razdelil na tri cone: Prva cona so občine, ki so od PSZ oddaljene 20 kilometrov, druga cona so občine, ki so oddaljene od PSZ med 20 in 40 kilometrov, tretja. cona pa so občine, ki so od PSZ oddaljene več kot 40 kilometrov. Kar pa sem uporabil za tretjo hipotezo.

Vse podatke sem obdelal in analiziral s pomočjo SPSS programa.

Za obdelavo podatkov smo uporabili *Pearsonov koeficient korelacije*. Pearsonov koeficient korelacije (r_{xy}) je matematična in statistična številska mera, ki predstavlja velikost linearne povezanosti spremenljivk X in Y, merjenih na istem predmetu preučevanja. Koeficient je definiran kot vsota vseh produktov standardnih odklonov obeh vrednosti v razmerju s stopnjami prostosti oziroma kot razmerje med kovarianco in produktom obeh standardnih odklonov.

Vrednost Pearsonovega koeficienta korelacije se lahko nahaja med vrednostima -1 in 1. Tako vrednost -1 predstavlja popolno negativno povezanost spremenljivk, pri čemer je na grafu odvisnosti videti le ravno črto, ki z naraščajočo neodvisno spremenljivko potuje navzdol; obratno vrednost 1 pomeni popolno pozitivno povezanost in navzgor usmerjeno črto na grafu. V praktičnem preizkušanju odvisnosti in uporabni statistiki je skoraj nemogoče izračunati popolno (funkcijsko) odvisnost -1 ali 1, saj na posamezno odvisno spremenljivko vpliva praviloma več dejavnikov, med njimi tudi slučajni vplivi. Pearsonov koeficient 0 označuje ničelni vpliv ene spremenljivke na drugo.

Izračunano povezanost lahko opišemo tudi tako:

- 0,00 - ni povezanosti
- 0,01-0,19 - neznatna povezanost
- 0,20-0,39 - nizka/šibka povezanost
- 0,40-0,69 - srednja/zmerna povezanost
- 0,70-0,89 - visoka/močna povezanost
- 0,90-0,99 - zelo visoka/zelo močna povezanost
- 1,00 - popolna (funkcijska) povezanost

Enačbo, ki najbolj opisuje linearno odvisnost obeh spremenljivk, je moč izračunati z linearno regresijo. Ta enačba je ob visokih vrednostih Pearsonovega koeficienta (bližina -1, oziroma +1) najbolj natančna. (https://sl.wikipedia.org/wiki/Pearsonov_koeficient_korelacije)

8. Rezultati

8.1. Razlaga rezultatov

Dobljeni rezultati so odgovor na zastavljene teze, ki so pokazali obstoj in jakost zveze med raziskovanimi pojavi. Zato sem rezultate razložil in opisal s smiselnimi predvidevanji in možnostmi, ki jih potem razširim v razpravi. Napisani so po sklopih glede na hipoteze, ki smo jih raziskovali.

Skozi razpravo sem nameraval priti do sklepov, teorij in postopkov problematike in nadaljevati z ugotavljanji in navajjanji možnih razlogov povezav med institucionalizacijo, razvitostjo občin in bližino posebnih zavodov. Vse navedbe so predvidevanja in niso utemeljena dejstva, le-ta je potrebno še raziskati.

		Visokosolska _1_2_3	Oddaljenost občin	realizacija_PND	Koeficient _razvitosti
st_PSZ ¹	Pearson Correlation	-,188*	-,220*	-,070	-,106
	Sig. (2-tailed)	,037	,014	,442	,242
	N	124	124	124	124
st_DSO ²	Pearson Correlation	-,106	,094	,044	-,149
	Sig. (2-tailed)	,241	,298	,626	,098
	N	124	124	124	124
st_vseh ³	Pearson Correlation	-,177*	,000	,014	-,185*
	Sig. (2-tailed)	,049	,999	,880	,040
	N	124	124	124	124

Tabela1: rezultati povezanosti na občinski ravni

Pri preverjanju *povezanosti med oddaljenostjo občin in številom vključenih v PSZ* smo ugotovili, da obstaja *šibka negativna povezanost* z oddaljenostjo, kar pomeni, da v občinah, kjer je število vključenih v posebne zavode višje, oddaljenost upada, se pravi v občinah, ki so bližje posebnim zavodom, je število vključenih višje. Povezanost je statistično značilna pri 10-odstotni stopnji značilnosti.

Pri raziskovanju *povezanosti med stopnjo institucionalizacije in razvitostjo občin* obstaja *šibka negativna povezanost* s stopnjo izobrazbe, kar pomeni, da v občinah, kjer je število

¹ Število vključenih v posebne zavode/1000 prebivalcev

² Število vključenih v domove za stare/1000 prebivalcev

³ Število vključenih v posebne zavode in domove za stare/1000 prebivalcev

vključenih v institucije , tako posebne zavode kot domove za stare višje, ko upada odstotek tistih, ki imajo vsaj visokošolsko izobrazbo (torej visokošolsko izobrazbo 1, 2 ali 3 stopnje). Povezanost je statistično značilna pri 10-odstotni stopnji značilnosti.

Kot drug indikator razvitosti občin je bil uporabljen *indeks razvitosti občin*. Z rezultati smo prišli do podobnih ugotovitev, kot pri uporabi stopnje izobrazbe. Ugotovili smo, da obstaja *šibka negativna povezanost* glede na koeficient razvitosti, kar pomeni, da v občinah, kjer je število vključenih v posebne zavode in domove za stare skupaj višje, upada stopnja razvitosti. Povezanost je statistično značilna pri 10-odstotni stopnji značilnosti

Pri vključevanju v domove za stare *ni povezanosti z nobeno spremenljivko*. Pomeni, da niti oddaljenost niti razvitost ne vplivata na vključevanje v DSO, zato v nadaljevanju temu nismo posvečali pozornosti.

2. hipoteza: Občine z večjo stopnjo izobraženosti imajo večji delež ljudi vključenih v PSZ in DSO kot tiste z manjšo.

Pri raziskavi hipoteze nas je zanimalo, če razvitost občin igra kakšno vlogo pri institucionalizaciji občine in če, v kolikšni meri. Na podlagi vzorčnih podatkov smo ugotovili, občin zavrnem ničelno domnevo, pri stopnji značilnosti $\alpha=0,049$, in sprejemem sklep, da sta spremenljivki linearno povezani. Obstaja *šibka negativna povezanost* s stopnjo izobrazbe, kar pomeni, da v občinah, kjer je število vključenih v posebne zavode in domove za stare, višje, upada odstotek tistih, ki imajo vsaj visokošolsko izobrazbo, torej visokošolsko izobrazbo 1, 2 ali 3 stopnje. Povezanost je statistično značilna pri 10-odstotni stopnji značilnosti.

Razlog za to da so razvite občine manj institucionalizirane, je verjetno v tem, da razvite občine več vlagajo v nove oblike oskrbe, so pri tem bolj proaktivne in posledično bolj usmerjene v skupnostne storitve. Na ta način je v občini za uporabnike poskrbljeno na druge načine, ki ne vključujejo institucionalne oskrbe in posledično je stopnja institucionalizacije v teh občinah zaradi tega nižja.

Razvite občine imajo več sredstev in s tem večjo možnost njihove razporeditve. Sredstva se tako ne razporedijo samo na "nujne" sektorje, ampak se lahko namenijo tudi za nove načine oskrbe svojih prebivalcev, kot na primer prestrukturiranje programov institucionalnega varstva v skupnostno, zaposlovanje novega kadra, izobraževanje na področju skupnostne oskrbe in zagotavljanju storitev po meri uporabnika, zagotavljanje socialnih stanovanj, itn..

Razvitost občin tako igra pomembno vlogo pri ustvarjanju skupnostne oskrbe in prilagoditve storitev potrebam uporabnikom.

Glede na razvitost občin bi lahko sklepali tudi, da imajo prebivalci občine zaradi tega nekoliko več lastnih sredstev. Zaradi tega bi lahko sami poskrbeli za svoje bližnje tudi doma s tem, da bi kupili prilagojeno pohištvo, medicinsko tehnične pripomočke (invalidski voziček, hojca), plačali patronažno oskrbo na domu itn. Če povežemo to še s stopnjo izobraženosti, lahko tudi sklepamo, da so tisti iz občin z večjo stopnjo izobraženosti bolj ozaveščeni o alternativah institucionalne oskrbe, kje poiskati pomoč specialistov (psiholog, psihiater, specialni pedagog, delovni terapevt, fizioterapevt, surdo/tiflopedagog) in s tem zagotoviti oskrbo v domačem okolju.

Tudi samo vključevanje v ustanove, bi lahko imelo posledice, na samo stopnjo razvitosti občine oziroma stopnjo izobraženosti. Če ljudje vstopijo v institucije v zgodnjih letih, pomeni, da izpadejo iz šolanja, oziroma se njihovo šolanje zelo zaustavi in vprašanje je, če ga potem tudi nadaljujejo. Psihiatri sami odsvetujejo nadaljevanje šolanja, ker naj bi bil to prevelik stresor in naj bi tako škodoval že tako slabemu duševnemu zdravju. Osebe v centrih za usposabljanje, delo in varstvo in varstveno delovnih centrih pa nimajo programov šolanja, oziroma naj bi bili prilagojeni njihovim potrebam in zmožnostim, tako da tudi ne zagotavljajo visoke stopnje izobrazbe. Tako da stopnja izobrazbe v teh občinah bi lahko bila nižja ravno zaradi neustreznega zagotavljanja šolanja za institucionalizirane osebe oziroma omogočanja in spodbujanje nadaljevanje šolanja. Nizka izobrazba pomeni slabše delavno mesto, kar pomeni manj davkov v občinsko blagajno in tudi slabšo kvaliteto življenja, kar pa so vse faktorji za slabo razvitost občin.

3. hipoteza: Bližina PSZ posamezni občini vpliva na vključevanje ljudi v PSZ iz določene občine.

Na podlagi vzorčnih podatkov zavrnem ničelno domnevo, pri stopnji značilnosti $\alpha=0,014$ in sprejemem sklep, da sta spremenljivki linearno povezani. Obstaja tudi *šibka negativna povezanost* z oddaljenostjo, kar pomeni, da v občinah, kjer je število vključenih v posebne zavode višje, oddaljenost upada. Z drugimi besedami v občinah, ki so bližje posebnim zavodom, je število vključenih višje. Povezanost je statistično značilna pri 10-odstotni stopnji značilnosti.

Center za socialno delo (v nadaljevanju CSD) kot glavni akter pri nameščanju ljudi v zavode bi lahko imel tu pomembno vlogo. Pristojni CSD odloča o namestitvi osebe v zavod po uradni dolžnosti ali na zahtevo oziroma željo. Za namestitev osebe v ustanovo CSD oblikuje strokovno komisijo, ki ugotavlja in odloči o ustreznosti namestitve. CSD na podlagi mnenja strokovne komisije prouči in odloči ali je oseba izpolnila pogoje za vključitev v zavod.

V zavod se osebo lahko namesti po več poteh z različnimi akti. Najbolj nevtralna je prostovoljna namestitev. Udeleženci v postopku so uporabnik, komisija in CSD. Uporabnik odda vlogo na podlagi katere potem komisija odloči o primernosti kandidata. Naslednji postopek je namestitev na predlog skrbnika. Poleg uporabnika nastopajo v postopku še komisija, CSD in skrbnik. Navadno se postavi skrbnika, ko se uporabnik z namestitvijo ne strinja. Skrbnik odda vlogo in nato komisija kot v prvem primeru odloča o primernosti kandidata. Sledi namestitev s sklepom sodišča. Akterji v tem primeru so uporabnik, CSD, skrbnik, odvetnik, sodišče. Namestitev se izvede s sklepom sodišča proti volji uporabnika. V postopek institucionalizacije štejemo tudi odvzem opravilne sposobnosti, ki ga izvede sodišče s sklepom na predlog CSD ali svojcev. Udeleženci v postopku so uporabnik, CSD, sodišče, svojci in skrbnik. Zadnji postopek v postopku je usmerjanje VIZ. Postopek začnejo starši, šola, vrtec, status otroka s posebnimi potrebami in pa zavod RS za šolstvo. Izvede se z odločbo, ki jo izda zavod RS za šolstvo, na mnenje CSD in pa na vlogo. Udeleženci v postopku so šola, vrtec, starši, uporabnik, CSD in zavod RS za šolstvo. (Ficko 2015:43)

Poleg CSD bi lahko imela bližina tudi velik pomen za svojce. Namreč zavod, ki je blizu je nekaj poznanega. Ljudje ga poznajo in vedo kaj se dogaja v njem in čemu je namenjen. Vedo, da je to opcija, ki jo lahko uporabijo v primeru stiske. V občinah kjer zavoda ni, oziroma ni v neposredni bližini, ga ne poznajo, so skeptični ali pa se v tistem okolju uporabljajo drugi načini oskrbe, ki se jih poslužujejo.

Bližina zavoda bi lahko imela tudi priročno dimenzijo. Če je zavod blizu, lahko tudi pomeni, olajševalno okoliščino, saj v skupnosti ni dovolj storitev, s katerimi bi si svojci lahko pomagali pri oskrbi svojega člana. Ker pa sami ne zmorejo več, se poslužijo najbližje možne rešitve. Lažje je osebo, za katero ne moremo skrbeti, postaviti pod zavodsko varstvo, kot pa ga imeti doma in se z njim ukvarjati, ga voziti na terapije, usposabljanja, v glavnem skrbeti za njegove "posebne" in drugačne potrebe. Zavod, ki je v neposredni bližini, bi sigurno lahko predstavljal tako vrsto rešitve za svojce.

Povezanost razvitost občin in institucionalizacijo na regijski ravni

Da bi videli kako se to odraža na regionalni ravni, smo naredili še raziskavo, kako se povezujejo razvitost občine in stopnja izobrazbe z institucionalizacijo na regijski ravni.

Correlations					
		DSO_na_1000	PSZ	vsaj_VI	index_r
DSO_na_1000	Pearson Correlation	1	-,709**	-,060	,065
	Sig. (2-tailed)		,010	,854	,840
	N	12	12	12	12
PSZ	Pearson Correlation	-,709**	1	-,282	-,131
	Sig. (2-tailed)	,010		,374	,685
	N	12	12	12	12
vsaj_VI	Pearson Correlation	-,060	-,282	1	,751**
	Sig. (2-tailed)	,854	,374		,005
	N	12	12	12	12
index_r	Pearson Correlation	,065	-,131	,751**	1
	Sig. (2-tailed)	,840	,685	,005	
	N	12	12	12	12

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 2: Povezanost na regijski ravni

Nakazuje se šibka negativna povezanost med deležem oseb z vsaj visokošolsko izobrazbo v regiji in številom vključenih v PSZ. To pomeni, da ko raste delež oseb z visokošolsko izobrazbo, upada število vključenih v PSZ. Povezanost *ni statistično značilna*.

Kar pomeni, da se nakazuje šibka negativna povezanost med deležem oseb z vsaj visokošolsko izobrazbo v regiji in številom vključenih v PSZ. To pomeni, da ko narašča delež oseb z visokošolsko izobrazbo v regiji, upada število vključenih v PSZ. Povezanost ni statistično značilna, kar pa je v primeru regij lahko zmotno posledica majhnega števila enot analize. Do določene mere lahko sklepamo, da v kolikor povezanost obstaja na občinski ravni, se najbrž potrjuje tudi na regijski, vendar pa, ker jo podatki kažejo, da je ta šibka in neznačilna, večje poudarke dajemo povezanosti na občinski ravni, regijske pa ne opisujemo podrobneje.

9. Razprava

V diplomski nalogi sem se odločil raziskati, kakšen vpliv ima razvitost občine na institucionalizacijo in kakšen vpliv ima oddaljenost občine od posameznega zavoda na institucionalizacijo. Slovenija je med najbolj institucionaliziranimi državami v Evropi. Da bo proces dezinstitutionalizacije čim hitrejši in čim bolj učinkovit je potrebno raziskati in upoštevati vse faktorje, ki vplivajo na institucionalizacijo. Pri tem je potrebno podrobno raziskati vse razloge, tudi najmanjše, ki kot posamezna kolesa motorja ohranjajo institucionalizacijo v pogonu. Rezultati naše raziskave so pokazali, da igrajo veliko vlogo pri institucionalizaciji bližina zavodov in razvitost občin. Zakaj do tega prihaja bi bilo potrebno še dodatno raziskati. Vendar je ta podatek zelo pomemben, saj nam daje vpogled v to kje lahko na novo raziskujemo, da pridemo do novih razlogov in povezav med njimi in jih lahko potem sistematično po potrebi odstranimo ali prestrukturiramo njihovo namembnost.

Potrebno je izkoristiti tiste občine, ki so že bolj razvite in imajo že tako manjšo stopnjo institucionalizacije. V njih je potrebno postopoma začeti izvajati programe, ki temeljijo na skupnostni oskrbi, ki so prilagojeni potrebam uporabnika in mu omogočajo vrnitev v skupnost in vsakdanji način življenja. Tako bi skozi močne akterje lahko počasi vplivali tudi na ostale občine in jim s pozitivnim zgledom pokazali, kaj je možno in potrebno storiti in na kakšen način.

Lahko pa bi storili tudi ravno obratno in dali poudarek ravno na tiste občine z visoko stopnjo institucionalizacije in brez skupnostnih storitev. Občine bi počasi vpeljali s postopnimi koraki do lastne aktivnosti in večjega zavedanja za področje skupnostne oskrbe. Na centrih za socialno delo bi vpeljali programe, ki bi omogočali uporabnikom vračanje v skupnost in jim omogočili tak način življenja, ki bi bil prilagojen njihovim potrebam.

Pri pomenu bližine institucije sem izpostavil kot možen faktor tudi priročnost bližine in že vzpostavljenih nekih sistemov oskrbe v neposredni bližini. Ustanove so bile namreč zasnovane univerzalno na način, da imajo vse kar posameznik potrebuje za oskrbo na enem mestu. A je njena univerzalnost tudi v tem, da univerzalno odgovarja na vse stiske in probleme. Kar pomeni, da obstaja isti odgovor na različne probleme. S tem pa se pozabi oziroma bolje rečeno ignorira človekovo posebnost, njegovo unikatno bit, ki je hkrati tudi njegova moč, če bi jo uporabili in prilagodili oskrbo po meri človeka bi lahko dosegli veliko več.

Bližina ustanove pomeni tudi poznavanje ustanove. Ker je ustanova blizu, predstavlja nekaj poznane, zaradi česar se bodo ljudje prej odločili, da bodo napotili svoje bližnje v zavod kot pa, da bi se odločili za druge ukrepe, ki jih sicer ne poznajo, so jim tuji in jim ne zaupajo. Poleg tega je ustanova, ki je blizu bolj, primerna pri ohranjanju stikov med uporabnikom in med njegovimi drugimi pomembnimi. To pa so po navadi njegovi bližnji, družinski člani, sorodniki in prijatelji. Stiki, oziroma obiskovanje, je navsezadnje veliko lažje, če je zavod blizu, saj prihrani veliko časa in denarja, kar za svojce pomeni manj prilagajanja dnevnega ritma in usklajevanja z ostalimi obveznostmi.

Poleg obiskovanja pa bi bilo vredno omeniti še lažji in večji nadzor nad delom zavodskega osebja z uporabnikom. Če je nekdo lahko pogosto prisoten, kar je lahko, če je zavod v bližini in vidi kako se dela z uporabnikom v zavodu, lažje tudi oceni ali je to delo ustrezno ali ne in lažje tudi ukrepa. Poleg tega tudi sam uporabnik lažje potoži o kakem krivem dejanju, stvari, ki ga moti, če se je zgodila pred kratkim, kot pa če si mora to zapomniti za cel mesec nazaj. Sorodniki se lahko, če ugotovijo neprimerno ravnanje do svojega člana, pritožijo na vodstvo ustanove. Večkrat se pritožijo, več je možnosti, da se bo vodstvo zganilo in ukrepalo. Zato velja, da se vztrajnost izplača.

Pri vključevanju v institucije je zelo pomembna sama simbolika ustanove. Tu mislim na disciplinsko simboliko, simboliko nadzora in pospravljanja nenormalnosti in deviacije iz okolja. Družba namreč ne tolerira deviantnega vedenja, zato ga poišče in disciplinira s tem, da deviantno osebo zapre v ustanovo. S tem okolico zavaruje pred nenormalnim vedenjem in vplivom na okolje. Odklon od normalnega pa ni samo vedenje, sem spadajo tudi vse vrste hendikepa, tako fizičnega kot psihičnega. S tem ko drugačnost družba odstrani iz okolja, okolju vrne ravnovesje in videz normalnosti. Disciplinska simbolika pa je v bistvu grožnja kaj se bo s tabo zgodilo, če ne boš priden in pohleven, če boš drugačen in nekonformen. V tem primeru boš za svojo drugačnost kaznovan, kazen pa je zaprtje v ustanovo.

Za mlade oziroma ljudi, ki se izobražujejo, je posledica vključitve v ustanovo tudi resna izguba časa in s tem izguba stika s šolo. Šolske obveznosti se naberejo, že zdrav mladostnik bi jih težko nadoknadil. Tudi v primeru, da je bil najstnik hitro odpuščen iz bolnišnice, je izgubil veliko časa, namenjenega šolskim obveznostim. Ležalne dobe pa lahko trajajo tudi pol leta in več, kar onemogoči nadaljevanje šolanja vsaj za tisto leto. Posameznik izgubi stik s svojo generacijo, s svojimi sošolci in se more vpisati v izredni program šolanja. Potem so tu še zdravila. Zdravila so pogosto močna, otopijo um in onemogočajo zmožnost daljše koncentracije ali pa jo sploh popolnoma izničijo. Sledenje pri pouku in učenje je zaradi tega

zelo oteženo ali praktično nemogoče. Tudi zaradi tega se potem mladi vpišejo v izobraževanje odraslih, ker omogoča opravljanje izpitov glede na izpitne roke. Izobraževanje pa se, sploh v primeru ponovne hospitalizacije, lahko zelo vleče in se razpotezne, namesto treh do štirih let tudi na še enkrat več.

Mladi po dolgotrajni prekinitvi ne nadaljujejo šolanja, ali pa ga nadaljujejo, kar pa jim vzame več časa in se po srednji šoli tudi konča, vsaj za nekaj časa, če ne za vedno. Posledica tega pa je nižja stopnja izobrazbe, kar pomeni slabšo delovno mesto, manj dohodka, slabše življenjske okoliščine, manj denarja v občinski blagajni, kar posledično pomeni slabšo stopnjo razvitosti občine. Iz vidika stopnje izobraženosti pa institucionalizacija močno vpliva tudi na to, saj s svojo zaprtostjo onemogoča izpolnitev potenciala posameznika, da bi se šolal do konca in s tem pridobil višjo stopnjo izobrazbe. Se pravi, več je vključenih v zavode, manjša je stopnja izobrazbe.

10. Sklepi

V Sloveniji so institucije skozi zgodovino počasi zamenjale skupnostno oskrbo do te mere, da je skoraj izginila. Oskrbo doma so zamenjale tovarne množičnega zdravljenja, ki po sodobnih načelih priročnosti ponujajo storitve na enem mestu. Lažje je človeka poslati v ustanovo in predati odgovornost. Ljudi se v ustanovi klasificira in se glede na etiketo, ki ji pravijo diagnoza, dela z njimi po instant receptu, enakem za vse prebivalce ustanove. Vendar se tudi to spreminja. V Sloveniji je bilo že veliko narejenega na področju dezinstitutionalizacije. Spremembe so sicer mali koraki, ki pa se vidijo v načinu strokovnega dela in v ponovnem širjenju skupnostne oskrbe po celi državi.

Iz raziskave lahko sklepamo, da se spremembe najbolj dogajajo in opazijo ravno v razvitih občinah, ki so zaradi večjih sredstev bolj dovzetne za spremembe in so bolj proaktivne v smeri zagotavljanje institucionalizaciji alternativnih načinov oskrbe.

Bližina institucije prav tako igra pomembno vlogo pri vključevanju v institucije. Predstavlja priročnost in nekaj poznanega. Poznano pa predstavlja varnost, čeprav pri vključitvi težko govorimo, kaj je varno in kaj ne. Centri za socialno delo kot glavni akterji napotovanja sodelujejo z institucijami v bližini in s tem povečujejo stopnjo institucionalizacije. Med tem, ko centri za socialno delo v občinah, kjer zavodi niso v neposredni bližini, iščejo alternativne načine oskrbe.

11. Predlogi za prihodnost

- Zagotoviti bi bilo treba centre duševnega zdravja po zgledu italijanskega modela.
- Bolj podrobno je potrebno raziskati razloge za večjo vključenost v posebne socialne zavode iz občin, ki so zavodu bližje.
- Bolj podrobno je potrebno raziskati razloge za večjo stopnjo institucionalizacije v manj razvitih občinah.
- Bolj podrobno bi bilo potrebno raziskati povezavo med stopnjo izobrazbe in institucionaliziranostjo.
- Večji del občinskega proračuna naj se nameni uvajanju skupnostnih načinov oskrbe.
- Po odpustu bi bilo treba uporabnikom zagotoviti nadaljevanje šolanja in jih pri tem tudi spodbujati, namesto da se jim svetuje ravno obratno.
- Nerazvitim občinam bi bilo potrebno zagotoviti nekakšen način subvencioniranja iz državnega proračuna za vzpostavitev sistema skupnostne oskrbe
- V občinah, kjer je institucionalizacija večja, pripraviti delavnice in seminarje za prebivalce o drugih alternativah zavodske oskrbe oziroma o skupnostni oskrbi in s tem širiti zavest

12. Viri

- Brandon, D. (1992). *Pet principov normalizacije*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo
- Dragoš, S., Leskošek, V., (2003): *Družbena neenakost in socialni kapital*. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne, družbene in politične študije
- Ficko, K., (2015): *Zakonodaja, ovira ali motor na poti k skupnostni skrbi*. Diplomsko delo
- Flaker, V., Rode, N., (1995): *Potrebe ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami*. Visoka šola za socialno delo. Ljubljana: Interno gradivo
- Flaker, V. (1998) *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba*cf
- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek, M. (2008) *Dolgotrajna oskrba –očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker V., (2012) *Kratka zgodovina dezinstitutionalizacije v Sloveniji: V spomin Katje Vodopivec*. Časopis za kritiko znanosti 23, 250:13-30
- Flaker, V., (2014): *Deinstitutionalisation as a machine: Dialogue in praxis 1-2 (1-2)*, 119-131, www.dialogueinpraxis.net (15.9.2015)
- Flaker, V., Andreja R., Sonja B., Katarina F., Vera G., Jana M., Andreja O., Jože R., Simona R., Iztok S., Mojca U., Nina Ž. . (2016) *Izhodišča dezinstitutionalizacije v Republiki Sloveniji*. Republika Slovenija, Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve.
- Flego, M., Herta, S., Karmen, O. (2012) *Proces dezinstitutionalizacije in odprava prisile v posebnih socialnih zavodih*. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo 39, 250: 153-159.
- Foucault, M. (1998). *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Založba/ Cf*
- Goffman, E., (1961): *Asylums*, Doubleday & Co. New York: Pelican edition 1968
- Jerman, D. (1991): *Dezinstitutionalizacija in nova psihiatrija- o stanovanjskih skupinah*. V: sub psihiatrične študije. Časopis za kritiko znanosti 138/139:103-112
- Križanič, M., (2009): *Ulično socialno delo* V: Milošević, A., V., Urh, Š., (2009): *terensko socialno delo: institucionalni, javni in zasebni prostori socialnega dela*. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo
- Lamovevc, T., (1995): *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Lumi

- Mali, J. (2008) *Od hiralnic do domov za stare*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Rafaelič, A., (2012): *Uvajanje dolgotrajne oskrbe*. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo 39, 250, str.: 47-61
- Rafaelič, A., (2015): *Pomen povezovanja in vključevanja pri oskrbi po meri človeka in procesih dez institucionalizacije*. Doktorska dizertacija
- Ramon, S., Urek, M., Mesec, P., (2008): *Uveljavljanje načela enakopravnosti glede etničnosti in spola v duševnem zdravju*. Socialno delo, 47, 3/6: 177-186, 389, 397-398
- Rotelli, F., DeLeonardis, O. in Mauri, D. (1986): *Deistituzionalizzazione, un'altra via*. Centro Studi e Ricerche sulla Salute Mentale del Friuli Venezia Giulia.
- Schmidt, T., (2004): *Stabilizacija/integracija*. Socialno delo, 42, 4-5: 311-319
- Švab, V., Kovač, N., (1994): *Skupnostna skrb za osebe s psihozo*. Socialno delo, 33, 3:212
- Tancek, M., Sommeregger, B., J., Kerznar, M., Marinč, A. (2008): *Novi paradoks in stanovanjske skupine v Sloveniji*. Ljubljana: Novi paradoks, Slovensko društvo za kakovost življenja.
- Videmšek, P. (2012): *Prehodnost stanovanjskih skupin-kje se izgublja proces dez institucionalizacije*. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo 39, 250, str.: 74
- Videmšek, P. (2013): *Iz institucij v skupnost*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Zaviršek, D (1997): *Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije*. Socialno delo 36, 2:101-110.
- Zaviršek, D. (2000): *Hendikep kot kulturna travma: historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi*. Ljubljana: Založba /Cf*
- Zaviršek, D., Zorn, J., Videmšek, P., (2002): *Inovativne metode v socialnem delu: Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba (SCRIPTA)
- Spletni viri:

http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/word/sociala/dolgotrajna_oskrba_izhodisca_www_260913.doc

<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=20073&stevilka=100>

https://sl.wikipedia.org/wiki/Pearsonov_koeficient_korelacije

Priloge:

Tabela 1: Stopnja institucionalizacije po občinah

Obcina	Regija	St. preb. 2014	St. upor. 2014	St. v DSO	Skupaj v zavodih in DSO	St. upor/1000 preb. (2014)	St. dso/1000 preb. (2014)	St. upor+dso/1000 preb. (2014)
Ajdovščina	GORI	18892	9	142	151	0,5	7,5	8,0
Apače	POM	3605	2	20	22	0,6	5,5	6,1
Beltinci	POM	8329	11	56	67	1,3	6,7	8,0
Benedikt	POD	2464	3	6	9	1,2	2,4	3,7
Bistrica ob Sotli	SAV	1382	NP	47	47	#VREDN!	34,0	34,0
Bled	GOR	8145	9	32	41	1,1	3,9	5,0
Bloke	NKRA	1559	1	20	21	0,6	12,8	13,5
Bohinj	GOR	5176	4	53	57	0,8	10,2	11,0
Borovnica	OSS	4211	2	33	35	0,5	7,8	8,3
Bovec	GORI	3140	1	13	14	0,3	4,1	4,5
Braslovče	SAV	5438	3	43	46	0,6	7,9	8,5
Brda	GORI	5705	5	41	46	0,9	7,2	8,1
Brezovica	OSS	11827	4	79	83	0,3	6,7	7,0
Brežice	SPODS	24230	110	81	191	4,5	3,3	7,9
Cankova	POM	1845	3	17	20	1,6	9,2	10,8
Celje	SAV	48883	47	535	582	1,0	10,9	11,9
Cerklje	GOR	7356	4	30	34	0,5	4,1	4,6
Cerknica	NKRA	11348	6	86	92	0,5	7,6	8,1
Cerkno	GORI	4702	30	39	69	6,4	8,3	14,7
Cerkvenjak	POD	2032	4	12	16	2,0	5,9	7,9
Cirkulane	POD	2336	2	18	20	0,9	7,7	8,6
Črenšovci	POM	4030	7	26	33	1,7	6,5	8,2
Črna na Koroškem	KOR	3378	0	30	30	0,0	8,9	8,9
Črnomelj	JV	14586	4	141	145	0,3	9,7	9,9

Destnik	POD	2580	3	22	25	1,2	8,5	9,7
Divača	OK	3955	6	33	39	1,5	8,3	9,9
Dobje	SAV	980	2	8	10	2,0	8,2	10,2
Dobropolje	OSS	3934	NP	19	19	#VREDN!	4,8	4,8
Dobrna	SAV	2195	8	20	28	3,6	9,1	12,8
Dobrova – Polhov Gradec	OSS	7535	4	44	48	0,5	5,8	6,4
Dobrovniki/Dobronak	POM	1285	NP	10	10	#VREDN!	7,8	7,8
Dol pri Ljubljani	OSS	5823	1	18	19	0,2	3,1	3,3
Dolenjske Toplice	JV	3398	0	22	22	0,0	6,5	6,5
Domžale	OSS	34949	15	234	249	0,4	6,7	7,1
Dornava	POD	2898	2	22	24	0,7	7,6	8,3
Dravograd	KOR	8888	10	94	104	1,1	10,6	11,7
Duplek	POD	6788	8	45	53	1,2	6,6	7,8
Gorenja vas - Poljane	GOR	7361	25	13	38	3,4	1,8	5,2
Gorišnica	POD	3969	4	25	29	1,0	6,3	7,3
Gorje	GOR	2840	2	19	21	0,7	6,7	7,4
Gornja Radgona	POM	8522	11	77	88	1,3	9,0	10,3
Gornji Grad	SAV	2605	3	19	22	1,2	7,3	8,4
Gornji Petrovci	POM	2100	2	23	25	1,0	11,0	11,9
Grad	POM	2196	2	16	18	0,9	7,3	8,2
Grosuplje	OSS	19930	10	119	129	0,5	6,0	6,5
Hajdina	POD	3759	5	23	28	1,3	6,1	7,4
Hoče - Slivnica	POD	11262	10	54	64	0,9	4,8	5,7
Hodoš/Hodos	POM	372	2	0	2	5,4	0,0	5,4
Horjul	OSS	2952	1	19	20	0,3	6,4	6,8
Hrastnik	ZAS	9499	9	142	151	0,9	14,9	15,9
Hrpelje - Kozina	OK	4268	5	32	37	1,2	7,5	8,7
Idrija	GORI	11963	66	159	225	5,5	13,3	18,8
Ig	OSS	7099	2	35	37	0,3	4,9	5,2
Ilirska Bistrica	NKRA	13777	28	130	158	2,0	9,4	11,5
Ivančna Gorica	OSS	16050	4	84	88	0,2	5,2	5,5

Izola/Isola	OK	15813	3	119	122	0,2	7,5	7,7
Jesenice	GOR	21097	22	197	219	1,0	9,3	10,4
Jezersko	GOR	646	NP	5	5	#VREDN!	7,7	7,7
Juršinci	POD	2385	3	14	17	1,3	5,9	7,1
Kamnik	OSS	29422	16	230	246	0,5	7,8	8,4
Kanal ob Soči	GORI	5539	2	64	66	0,4	11,6	11,9
Kidričevo	POD	6543	7	76	83	1,1	11,6	12,7
Kobarid	GORI	4144	6	15	21	1,4	3,6	5,1
Kobilje	POM	587	1	1	2	1,7	1,7	3,4
Kočevje	JV	16082	24	172	196	1,5	10,7	12,2
Komen	OK	3519	2	39	41	0,6	11,1	11,7
Komenda	OSS	5904	2	18	20	0,3	3,0	3,4
Koper/Capodistria	OK	54287	43	420	463	0,8	7,7	8,5
Kostanjevica na Krki	SPODS	2427	3	18	21	1,2	7,4	8,7
Kostel	JV	646	1	10	11	1,5	15,5	17,0
Kozje	SAV	3106	3	37	40	1,0	11,9	12,9
Kranj	GOR	55764	43	448	491	0,8	8,0	8,8
Kranjska Gora	GOR	5347	3	50	53	0,6	9,4	9,9
Križevci	POM	3724	8	25	33	2,1	6,7	8,9
Krško	SPODS	25833	35	238	273	1,4	9,2	10,6
Kungota	POD	4793	9	30	39	1,9	6,3	8,1
Kuzma	POM	1606	5	10	15	3,1	6,2	9,3
Laško	SAV	13287	11	124	135	0,8	9,3	10,2
Lenart	POD	8246	10	52	62	1,2	6,3	7,5
Lendava/Lendva	POM	10602	22	144	166	2,1	13,6	15,7
Litija	OSS	15002	4	146	150	0,3	9,7	10,0
Ljubljana	OSS	286307	204	3257	3461	0,7	11,4	12,1
Ljubno	SAV	2621	4	21	25	1,5	8,0	9,5
Ljutomer	POM	11580	26	113	139	2,2	9,8	12,0
Logatec	OSS	13752	7	117	124	0,5	8,5	9,0
Log-Dragomer	OSS	3610	2	21	23	0,6	5,8	6,4
Loška dolina	NKRA	3860	2	30	32	0,5	7,8	8,3
Loški potok	JV	1883	4	25	29	2,1	13,3	15,4

Lovrenc na Pohorju	POD	3117	4	18	22	1,3	5,8	7,1
Luče	SAV	1482	0	11	11	0,0	7,4	7,4
Lukovica	OSS	5650	6	33	39	1,1	5,8	6,9
Majšperk	POD	3935	4	38	42	1,0	9,7	10,7
Makole	POD	2024	2	20	22	1,0	9,9	10,9
Maribor	POD	111842	156	1225	1381	1,4	11,0	12,3
Markovci	POD	3979	2	22	24	0,5	5,5	6,0
Medvode	OSS	15937	7	155	162	0,4	9,7	10,2
Mengeš	OSS	7555	10	56	66	1,3	7,4	8,7
Metlika	JV	8395	6	70	76	0,7	8,3	9,1
Mežica	KOR	3619	1	36	37	0,3	9,9	10,2
Miklavž na Dravskem polju	POD	6445	3	30	33	0,5	4,7	5,1
Miren - Kostanjevica	GORI	4847	1	23	24	0,2	4,7	5,0
Mirna	JV	2556			0	0,0	0,0	0,0
Mirna Peč	JV	2871	0	22	22	0,0	7,7	7,7
Mislinja	KOR	4630	1	23	24	0,2	5,0	5,2
Mokronog - Trebelno	JV	3028	1	27	28	0,3	8,9	9,2
Moravče	OSS	5191	3	16	19	0,6	3,1	3,7
Moravske Toplice	POM	5860	4	41	45	0,7	7,0	7,7
Mozirje	SAV	4120	1	29	30	0,2	7,0	7,3
Murska Sobota	POM	18935	30	190	220	1,6	10,0	11,6
Muta	KOR	3426	4	26	30	1,2	7,6	8,8
Naklo	GOR	5303	1	42	43	0,2	7,9	8,1
Nazarje	SAV	2572	2	17	19	0,8	6,6	7,4
Nova Gorica	GORI	31752	23	280	303	0,7	8,8	9,5
Novo Mesto	JV	36205	17	293	310	0,5	8,1	8,6
Odranci	POM	1646	5	7	12	3,0	4,3	7,3
Oplotnica	POD	4056	8	20	28	2,0	4,9	6,9
Ormož	POD	12424	21	77	98	1,7	6,2	7,9
Osilnica	JV	374	NP	6	6	#VREDN!	16,0	16,0
Pesnica	POD	7534	21	71	92	2,8	9,4	12,2

Piran/Pirano	OK	17783	14	192	206	0,8	10,8	11,6
Pivka	NKRA	6051	11	38	49	1,8	6,3	8,1
Podčetrtek	SAV	3312	0	37	37	0,0	11,2	11,2
Podlehnik	POD	1838	3	13	16	1,6	7,1	8,7
Podvelka	KOR	2422	4	27	31	1,7	11,1	12,8
Poljčane	POD	4456	5	83	88	1,1	18,6	19,7
Polzela	SAV	6091	9	56	65	1,5	9,2	10,7
Postojna	NKRA	15922	21	112	133	1,3	7,0	8,4
Prebold	SAV	4996	5	50	55	1,0	10,0	11,0
Preddvor	GOR	3556	3	36	39	0,8	10,1	11,0
Prevalje	KOR	6738	1	67	68	0,1	9,9	10,1
Ptuj	POD	23205	26	235	261	1,1	10,1	11,2
Puconci	POM	6033	9	46	55	1,5	7,6	9,1
Rače - Fram	POD	7040	7	38	45	1,0	5,4	6,4
Radeče	SAV	4307	0	39	39	0,0	9,1	9,1
Radenci	POM	5233	9	52	61	1,7	9,9	11,7
Radlje ob Dravi	KOR	6279	6	64	70	1,0	10,2	11,1
Radovljica	GOR	18875	19	229	248	1,0	12,1	13,1
Ravne na Koroškem	KOR	11303	8	115	123	0,7	10,2	10,9
Razkrižje	POM	1286	2	6	8	1,6	4,7	6,2
Rečica ob Savinji	SAV	2354	1	13	14	0,4	5,5	5,9
Renče-Vogrsko	GORI	4305	1	39	40	0,2	9,1	9,3
Ribnica	JV	9346	6	66	72	0,6	7,1	7,7
Ribnica na Pohorju	KOR	1189	1	14	15	0,8	11,8	12,6
Rogaška Slatina	SAV	11017	7	102	109	0,6	9,3	9,9
Rogašovci	POM	3153	12	22	34	3,8	7,0	10,8
Rogatec	SAV	3123	3	20	23	1,0	6,4	7,4
Ruše	POD	7190	7	62	69	1,0	8,6	9,6
Selnica ob Dravi	POD	4490	1	23	24	0,2	5,1	5,3
Semič	JV	3801	1	30	31	0,3	7,9	8,2
Sevnica	SPODS	17504	82	105	187	4,7	6,0	10,7
Sežana	OK	13103	25	132	157	1,9	10,1	12,0
Slovenj Gradec	KOR	16801	10	141	151	0,6	8,4	9,0

Slovenska Bistrica	POD	25265	37	189	226	1,5	7,5	8,9
Slovenske Konjice	SAV	14524	17	125	142	1,2	8,6	9,8
Sodražica	JV	2171	2	16	18	0,9	7,4	8,3
Solčava	SAV	518	1	4	5	1,9	7,7	9,7
Središče ob Dravi	POD	2062	2	15	17	1,0	7,3	8,2
Starše	POD	4079	5	22	27	1,2	5,4	6,6
Straža	JV	3832	NP	22	22	#VREDN!	5,7	5,7
Sveta Ana	POD	2332	3	8	11	1,3	3,4	4,7
Sveta Trojica v Slov. goricah	POD	2060	1	10	11	0,5	4,9	5,3
Sveti Andraž v Slov. goricah	POD	1156	4	1	5	3,5	0,9	4,3
Sveti Jurij ob Ščavnici	POM	2883	6	26	32	2,1	9,0	11,1
Sveti Jurij v Slov. goricah	POD	2066	0	11	11	0,0	5,3	5,3
Sveti Tomaž	POD	2074	2	16	18	1,0	7,7	8,7
Šalovci	POM	1488	6	15	21	4,0	10,1	14,1
Šempeter - Vrtojba	GORI	6304	2	37	39	0,3	5,9	6,2
Šenčur	GOR	8510	2	46	48	0,2	5,4	5,6
Šentilj	POD	8400	10	59	69	1,2	7,0	8,2
Šentjernej	JV	6962	0	29	29	0,0	4,2	4,2
Šentjur	SAV	18967	26	166	192	1,4	8,8	10,1
Šentrupert	JV	2917	2	21	23	0,7	7,2	7,9
Škocjan	JV	3244	1	22	23	0,3	6,8	7,1
Škofja Loka	GOR	22920	141	60	201	6,2	2,6	8,8
Škofljica	OSS	10151	8	28	36	0,8	2,8	3,5
Šmarje pri Jelšah	SAV	10239	18	91	109	1,8	8,9	10,6
Šmarješke Toplice	JV	3292	1	25	26	0,3	7,6	7,9
Šmartno ob Paki	SAV	3238	3	21	24	0,9	6,5	7,4
Šmartno pri Litiji	ZAS	5509	NP	45	45	#VREDN!	8,2	8,2
Šoštanj	SAV	8767	5	66	71	0,6	7,5	8,1
Štore	SAV	4241	3	67	70	0,7	15,8	16,5

Tabor	SAV	1626	2	8	10	1,2	4,9	6,2
Tišina	POM	4102	3	15	18	0,7	3,7	4,4
Tolmin	GORI	11430	21	156	177	1,8	13,6	15,5
Trbovlje	ZAS	16562	8	217	225	0,5	13,1	13,6
Trebnje	JV	12068	7	121	128	0,6	10,0	10,6
Trnovska vas	POD	1320	3	5	8	2,3	3,8	6,1
Trzin	OSS	3844		29	29	0,0	7,5	7,5
Tržič	GOR	15016	19	158	177	1,3	10,5	11,8
Turnišče	POM	3291	NP	27	27	#VREDN!	8,2	8,2
Velenje	SAV	32868	25	212	237	0,8	6,5	7,2
Velika Polana	POM	1432	NP	9	9	#VREDN!	6,3	6,3
Velike Lašče	OSS	4176	6	34	40	1,4	8,1	9,6
Veržej	POM	1280	2	9	11	1,6	7,0	8,6
Videm	POD	5500	26	33	59	4,7	6,0	10,7
Vipava	GORI	5612	3	47	50	0,5	8,4	8,9
Vitanje	SAV	2244		19	19	0,0	8,5	8,5
Vodice	OSS	4783	4	18	22	0,8	3,8	4,6
Vojnik	SAV	8632	11	68	79	1,3	7,9	9,2
Vransko	SAV	2592	0	26	26	0,0	10,0	10,0
Vrhnika	OSS	16627	6	147	153	0,4	8,8	9,2
Vuzenica	KOR	2717	0	17	17	0,0	6,3	6,3
Zagorje ob Savi	ZAS	16763	15	173	188	0,9	10,3	11,2
Zavrč	POD	1755	3	16	19	1,7	9,1	10,8
Zreče	SAV	6371	3	40	43	0,5	6,3	6,7
Žalec	SAV	21237	65	160	225	3,1	7,5	10,6
Železniki	GOR	6745	39	25	64	5,8	3,7	9,5
Žetale	POD	1335	2	4	6	1,5	3,0	4,5
Žiri	GOR	4845	16	19	35	3,3	3,9	7,2
Žirovnica	GOR	4392	1	21	22	0,2	4,8	5,0
Žužemberk	JV	4580	4	34	38	0,9	7,4	8,3

Tabela 2: Stopnja institucionalizacije po regijah

Regija	St. upor. 2014	St. preb. 2014	St. upor/100 0 preb. (2014)	St. v DSO	St. star v DSO/100 0 preb. (2014)	Skupaj v zavodih in DSO	St. upor+dso/100 0 preb. (2014)
GOR	353	203894	1,7	1483	7,3	1836	9,0
GORI	170	118335	1,4	1055	8,9	1225	10,4
JV	81	142237	0,6	1174	8,3	1255	8,8
KOR	46	71390	0,6	654	9,2	700	9,8
NKRA	69	52517	1,3	416	7,9	485	9,2
OK	98	112728	0,9	967	8,6	1065	9,4
OSS	328	542221	0,6	4989	9,2	5317	9,8
POD	438	323034	1,4	2763	8,6	3201	9,9
POM	190	117005	1,6	1003	8,6	1193	10,2
SAV	288	259935	1,1	2301	8,9	2589	10,0
SPOD S	230	69994	3,3	442	6,3	672	9,6
ZAS	32	48333	0,7	577	11,9	609	12,6
SLO	4601	2061623	2,2	1783 5	8,7	20145	9,8

Tabela 3: Stopnja izobrazbe po občinah

	Brez izobrazbe, nepopolna osnovnošolska	Osnovnošolska	Nižja poklicna, srednja poklicna	Srednja strokovna, srednja splošna	Visokošolska 1. stopnje ipd.	Visokošolska 2. stopnje ipd.	Visokošolska 3. stopnje ipd.
SLOVENIJA	4,2	23,9	22,8	30,3	8,1	9,2	1,5
Ajdovščina	3,3	29,4	23,2	27,3	7,3	8,5	1,1
Apače	6,1	34,4	25,9	25,7	4,1	3,4	0,3
Beltinci	3,1	33,0	23,6	28,2	6,4	5,2	0,5
Benedikt	5,6	32,4	25,4	27,1	5,1	4,1	0,5
Bistrica ob Sotli	5,6	35,1	22,6	22,9	6,5	6,8	0,5
Bled	2,2	16,5	23,7	33,8	9,1	12,6	2,0
Bloke	6,3	27,8	21,5	28,0	7,6	8,1	0,7
Bohinj	3,8	20,3	27,2	33,8	6,9	6,9	1,0
Borovnica	2,8	26,5	20,1	34,1	8,0	7,6	0,8
Bovec	8,6	27,1	24,2	25,3	6,3	7,6	0,8
Braslovče	2,7	25,7	25,0	29,1	8,7	7,8	1,0
Brda	7,0	25,3	24,7	28,7	6,8	6,8	0,7
Brezovica	1,9	20,3	21,9	33,9	9,1	10,7	2,1
Brežice	5,7	23,6	26,3	28,4	7,7	7,6	0,7
Cankova	4,4	39,6	23,3	23,0	5,4	4,3	0,1
Celje	3,3	21,3	23,1	30,6	9,4	10,6	1,7
Cerklje na Gorenjskem	4,7	25,5	22,9	30,2	8,2	7,6	1,0
Cerknica	4,1	24,2	23,0	30,8	8,1	8,9	0,9

Cerkno	8,5	31,6	23,1	23,6	6,1	6,3	0,8
Cerkvenjak	5,6	39,4	25,0	22,6	4,0	3,1	0,3
Cirkulane	8,1	31,4	28,3	24,2	4,0	3,8	0,2
Črenšovci	2,9	35,8	21,7	27,5	6,3	5,3	0,5
Črna na Koroškem	12,0	24,4	31,2	22,2	5,2	4,7	0,4
Črnomelj	8,0	26,4	26,3	25,0	7,6	6,2	0,4
Destričnik	9,7	29,8	23,9	26,7	4,5	4,9	0,4
Divača	4,7	26,5	23,6	29,7	7,2	7,7	0,7
Dobje	6,1	40,1	20,8	20,2	6,9	5,6	0,2
Dobrepolje	6,8	26,4	24,8	28,9	6,7	5,6	0,9
Dobrna	6,8	26,6	29,2	24,9	6,6	5,0	0,9
Dobrova - Polhov Gradec	4,7	22,4	21,8	31,3	8,9	9,3	1,7
Dobrovniki/Dobronak	2,4	36,5	22,1	28,2	5,0	4,9	0,8
Dol pri Ljubljani	3,0	19,6	20,9	34,8	8,5	10,9	2,3
Dolenjske Toplice	7,5	25,4	24,1	26,2	9,6	6,6	0,7
Domžale	2,5	21,3	20,6	33,9	9,1	10,4	2,2
Dornava	10,2	27,1	25,7	26,8	5,3	4,6	0,3
Dravograd	6,0	24,6	28,1	27,3	7,2	6,2	0,6
Duplek	3,3	24,6	26,9	32,5	6,8	5,2	0,7
Gorenja vas - Poljane	8,2	24,2	24,1	28,2	8,0	6,6	0,7
Gorišnica	5,3	26,1	25,2	31,5	6,0	5,5	0,4
Gorje	2,9	20,3	28,2	32,6	7,6	7,5	0,8
Gornja Radgona	4,6	29,1	26,4	26,2	6,9	6,2	0,5
Gornji Grad	7,0	31,0	26,5	24,9	5,7	4,5	0,4

Gornji Petrovci	3,0	48,0	19,4	20,4	5,2	3,6	0,4
Grad	5,3	45,1	25,0	18,2	4,0	2,5	0,0
Grosuplje	3,1	21,4	21,7	32,6	9,3	10,0	1,9
Hajdina	4,4	21,1	28,1	31,0	8,1	6,8	0,6
Hoče - Slivnica	3,4	19,8	25,1	33,4	8,6	8,5	1,2
Hodoš/Hodos	10,8	51,6	14,6	17,5	3,2	2,3	0,0
Horjul	3,7	22,7	24,4	32,5	7,3	7,7	1,7
Hrastnik	7,1	28,1	25,6	27,0	7,2	4,7	0,4
Hrpelje - Kozina	6,7	26,0	25,8	27,5	7,3	6,0	0,7
Idrija	6,2	27,8	21,6	26,9	8,0	8,4	1,2
Ig	4,0	22,9	22,1	32,8	8,6	8,1	1,5
Ilirska Bistrica	7,1	25,1	26,6	26,2	7,3	6,9	0,8
Ivančna Gorica	5,3	23,1	22,7	32,0	8,2	7,6	1,1
Izola/Isola	5,4	23,6	21,1	30,5	8,1	10,1	1,2
Jesenice	5,6	26,3	27,1	29,3	6,1	5,1	0,5
Jezerško	3,3	21,5	26,7	29,6	8,8	9,0	1,1
Juršinci	7,1	36,0	24,2	24,6	4,0	3,7	0,4
Kamnik	4,1	24,5	21,0	31,8	8,1	9,1	1,5
Kanal	3,2	21,3	26,9	35,2	6,9	5,7	0,7
Kidričevo	4,4	25,2	25,8	31,0	7,3	5,7	0,6
Kobarid	5,7	29,1	26,3	24,1	6,4	8,0	0,4
Kobilje	1,8	36,2	20,9	30,5	5,7	4,3	0,6
Kočevje	7,2	26,1	27,6	26,0	6,8	5,8	0,6
Komen	3,0	26,4	23,7	29,1	8,3	8,4	1,1
Komenda	2,4	20,4	22,5	32,1	8,8	11,6	2,2
Koper/Capodistria	5,7	22,7	20,6	31,4	8,5	9,8	1,2

Kostanjevica na Krki	8,0	24,6	25,7	27,6	6,7	6,9	0,5
Kostel	7,5	22,4	28,9	25,0	7,0	8,2	0,9
Kozje	7,1	35,9	24,8	21,5	5,1	4,9	0,6
Kranj	3,3	22,1	21,2	31,7	9,0	11,0	1,8
Kranjska Gora	2,1	17,7	24,9	34,7	9,6	9,4	1,7
Križevci	7,6	31,2	24,5	25,4	6,1	4,7	0,5
Krško	6,2	26,5	24,7	27,3	7,5	7,4	0,5
Kungota	4,7	25,2	26,7	28,7	6,8	6,9	1,0
Kuzma	7,5	41,5	26,4	16,8	4,9	2,9	0,1
Laško	6,9	28,6	24,4	27,2	6,9	5,4	0,6
Lenart	5,5	25,9	24,6	28,7	7,0	7,4	0,9
Lendava/Lendava	3,0	31,6	19,1	31,4	7,0	7,0	0,9
Litija	4,7	26,2	23,3	31,1	7,5	6,4	0,8
Ljubljana	2,0	18,5	16,4	34,3	8,8	16,1	3,9
Ljubno	8,5	28,4	25,3	25,2	6,7	5,4	0,5
Ljutomer	3,7	30,5	26,6	25,7	6,8	6,1	0,7
Log - Dragomer	1,2	15,4	20,1	35,0	9,9	14,4	4,0
Logatec	3,6	25,5	20,7	30,7	8,3	9,4	1,7
Loška dolina	5,1	29,7	25,1	24,5	8,9	5,8	0,9
Loški Potok	4,7	36,8	24,1	24,9	5,0	4,1	0,4
Lovrenc na Pohorju	5,7	28,3	24,3	29,4	7,1	4,6	0,6
Luče	12,8	30,7	25,7	21,3	6,1	3,2	0,2
Lukovica	5,5	25,8	24,6	30,3	6,9	5,9	0,9
Majšperk	7,2	28,0	24,1	28,1	6,4	5,8	0,5
Makole	7,7	30,1	25,5	25,8	6,2	4,5	0,3
Maribor	2,5	18,6	22,0	34,8	9,2	11,0	2,0
Markovci	5,2	27,9	25,8	30,1	5,5	5,0	0,6
Medvode	2,9	19,9	20,6	34,2	9,0	11,2	2,2

Mengeš	3,1	21,0	20,9	34,9	8,9	9,8	1,4
Metlika	6,6	25,1	27,8	26,6	7,0	6,5	0,5
Mežica	4,9	23,5	30,2	27,2	7,2	6,5	0,6
Miklavž na Dravskem polju	2,5	19,9	24,8	36,1	8,6	7,2	0,9
Miren - Kostanjevica	2,4	26,7	25,4	29,0	8,1	7,7	0,7
Mirna	5,2	22,0	22,3	33,5	9,1	7,2	0,7
Mirna Peč	7,0	26,1	23,5	28,7	8,1	5,6	0,8
Mislinja	5,8	26,6	27,2	25,6	7,7	6,0	1,0
Mokronog - Trebelno	8,9	29,8	23,3	25,4	7,4	4,7	0,5
Moravče	4,8	28,6	24,6	28,3	6,9	6,1	0,7
Moravske Toplice	2,6	38,4	21,4	25,5	6,1	5,6	0,5
Mozirje	4,2	27,5	24,9	25,6	9,1	7,6	1,0
Murska Sobota	2,6	24,6	21,5	30,6	9,4	9,9	1,5
Muta	8,0	24,3	27,9	27,2	6,4	5,8	0,4
Naklo	2,3	21,1	23,3	33,4	9,2	9,4	1,3
Nazarje	3,4	30,0	26,7	27,5	6,6	5,2	0,7
Nova Gorica	3,2	24,8	22,6	27,8	9,4	11,0	1,2
Novo mesto	5,1	22,8	21,2	29,1	9,6	10,7	1,4
Odranci	4,2	40,7	17,1	27,9	5,9	3,7	0,4
Oplotnica	5,0	28,5	27,5	27,4	5,9	5,3	0,4
Ormož	5,3	30,1	26,1	27,8	5,4	4,9	0,4
Osilnica	13,0	26,2	33,0	18,1	5,7	4,1	0,0
Pesnica	4,4	29,3	25,4	29,2	5,4	5,6	0,8
Piran/Pirano	4,3	19,1	21,3	33,0	10,0	10,6	1,7
Pivka	7,3	27,1	24,5	26,4	7,6	6,6	0,6
Podčetrtek	5,7	31,9	26,3	24,3	6,0	5,1	0,6
Podlehnik	8,2	32,2	26,6	24,4	4,3	3,9	0,4

Podvelka	7,8	30,5	29,1	23,8	5,2	3,0	0,5
Poljčane	5,7	25,5	26,3	29,1	7,1	5,7	0,6
Polzela	4,5	28,4	24,5	26,8	7,6	7,3	1,0
Postojna	4,3	24,7	22,2	28,5	9,1	9,8	1,6
Prebold	2,8	26,3	23,3	29,8	8,7	8,2	0,9
Preddvor	5,2	23,4	21,4	29,3	9,0	10,2	1,5
Prevalje	5,5	23,5	27,6	28,9	7,1	6,8	0,6
Ptuj	3,4	20,1	23,9	33,1	8,7	9,5	1,3
Puconci	4,9	40,3	21,6	23,3	5,3	4,2	0,3
Rače - Fram	2,7	21,9	23,3	33,3	9,3	8,0	1,4
Radeče	4,8	25,4	22,9	32,4	7,3	6,3	0,8
Radenci	2,8	26,2	26,5	27,7	7,6	8,3	0,9
Radlje ob Dravi	6,9	22,3	30,0	28,1	6,4	5,7	0,5
Radovljica	3,7	20,2	22,8	32,1	8,5	10,9	1,8
Ravne na Koroškem	4,7	21,5	28,0	28,3	8,3	8,2	1,0
Razkrižje	4,9	33,7	25,8	23,5	6,0	5,5	0,7
Rečica ob Savinji	3,4	29,8	25,9	27,8	6,4	5,9	0,8
Renče - Vogrsko	3,6	26,5	26,8	26,6	7,8	7,8	0,9
Ribnica	3,9	25,1	25,2	29,3	8,3	7,5	0,8
Ribnica na Pohorju	10,5	25,7	27,3	26,0	6,3	3,9	0,3
Rogaška Slatina	4,0	25,5	31,2	25,9	7,2	5,6	0,7
Rogašovci	7,1	40,9	24,0	20,5	4,0	3,4	0,1
Rogatec	5,6	30,8	29,9	23,9	5,4	4,1	0,3
Ruše	4,7	22,6	25,6	30,7	7,8	7,7	1,0
Selnica ob Dravi	5,6	23,5	26,6	29,5	8,0	6,3	0,5
Semič	10,1	29,3	24,9	23,9	6,6	4,9	0,4

Sevnica	7,3	25,6	27,1	27,0	6,4	6,0	0,5
Sežana	3,1	24,4	23,6	29,8	8,7	9,2	1,1
Slovenj Gradec	4,2	23,9	24,9	28,6	8,8	8,7	1,0
Slovenska Bistrica	3,1	23,6	25,0	30,9	8,7	7,8	0,9
Slovenske Konjice	3,5	25,2	26,8	28,9	7,7	7,2	0,6
Sodražica	5,1	28,1	24,0	26,2	7,9	7,8	0,9
Solčava	7,0	26,5	27,8	25,3	7,7	5,4	0,2
Središče ob Dravi	5,1	27,1	26,3	30,6	5,4	5,2	0,3
Starše	3,6	23,2	25,5	33,1	7,6	6,4	0,5
Straža	6,4	24,9	22,8	27,1	10,2	7,5	1,0
Sveta Ana	6,0	40,0	24,6	22,0	4,3	3,0	0,2
Sveta Trojica v Slov. goricah	2,8	31,6	25,9	29,2	6,0	4,2	0,3
Sveti Andraž v Slov. goricah	6,8	37,2	23,7	23,4	4,5	4,0	0,4
Sveti Jurij ob Ščavnici	4,9	36,2	26,1	23,3	4,6	4,6	0,2
Sveti Jurij v Slov. goricah	6,9	37,3	22,3	25,2	4,3	3,6	0,4
Sveti Tomaž	5,6	37,3	25,5	22,5	5,1	3,5	0,6
Šalovci	3,4	55,3	19,1	16,8	3,4	1,9	0,1
Šempeter - Vrtojba	2,1	22,7	22,7	29,3	9,9	12,0	1,4
Šenčur	3,8	23,1	23,2	29,5	8,8	10,1	1,5
Šentilj	6,4	29,1	26,2	27,5	6,2	4,0	0,6
Šentjernej	8,9	27,6	23,8	26,1	7,1	5,9	0,7
Šentjur	5,1	27,4	24,5	27,2	8,0	7,2	0,7

Šentrupert	8,6	29,8	26,9	22,9	6,1	5,1	0,7
Škocjan	10,6	30,6	26,3	22,5	5,6	4,0	0,3
Škofja Loka	4,2	21,2	20,8	32,6	8,7	10,9	1,6
Škofljica	2,6	18,7	20,7	33,4	9,8	12,0	2,7
Šmarje pri Jelšah	6,1	30,4	24,4	25,8	6,8	6,0	0,5
Šmarješke Toplice	5,8	25,9	25,3	26,9	8,5	6,6	1,1
Šmartno ob Paki	2,7	25,4	27,8	28,1	8,0	7,2	0,8
Šmartno pri Litiji	7,7	26,5	24,0	28,9	6,9	5,3	0,6
Šoštanj	4,9	26,0	30,8	25,4	7,0	5,3	0,6
Štore	5,6	28,6	27,2	25,6	6,8	5,4	0,7
Tabor	4,1	30,8	23,4	26,4	7,3	7,0	0,9
Tišina	4,6	35,8	25,4	23,2	5,6	5,2	0,3
Tolmin	6,3	28,2	23,6	25,0	7,3	8,7	0,9
Trbovlje	3,9	25,7	24,6	30,1	7,8	7,0	0,8
Trebnje	7,2	24,6	23,9	27,6	7,7	7,8	1,1
Trnovska vas	5,7	34,8	27,4	23,5	4,7	3,5	0,4
Trzin	1,1	13,9	15,7	35,0	12,0	17,8	4,6
Tržič	5,2	26,2	22,9	30,1	7,1	7,5	1,1
Turnišče	3,2	37,0	22,2	27,0	5,8	4,3	0,5
Velenje	3,1	23,7	28,0	28,7	8,3	7,5	0,9
Velika Polana	3,3	42,0	17,8	26,1	5,1	5,3	0,4
Velike Lašče	4,2	23,4	21,4	33,4	7,8	8,5	1,3
Veržej	2,3	27,2	26,6	28,9	8,5	6,1	0,4
Videm	7,0	28,1	27,8	26,8	5,3	4,4	0,4
Vipava	3,0	29,1	21,7	27,3	8,3	9,8	0,9
Vitanje	9,9	32,8	25,5	21,2	5,7	4,6	0,2
Vodice	2,1	22,8	22,1	31,5	8,9	10,7	1,9
Vojnik	6,2	23,8	27,2	28,1	7,5	6,4	0,7
Vransko	6,4	31,0	23,9	24,6	6,7	6,8	0,6

Vrhnika	2,9	23,4	19,2	34,0	8,7	10,1	1,8
Vuzenica	8,1	20,4	29,3	28,2	7,6	6,1	0,4
Zagorje ob Savi	5,2	25,4	24,7	29,8	7,6	6,5	0,7
Zavrč	7,7	29,8	34,6	22,4	2,9	2,4	0,3
Zreče	5,0	28,1	26,6	26,6	7,2	5,9	0,6
Žalec	4,2	23,5	26,0	29,1	8,2	7,8	1,1
Železniki	7,0	25,0	22,3	28,8	8,4	7,8	0,7
Žetale	11,1	36,3	20,6	22,3	5,2	4,4	0,0
Žiri	4,3	22,3	26,8	29,6	7,9	8,1	0,9
Žirovnica	2,3	16,7	22,4	34,4	11,2	11,1	2,0
Žužemberk	9,3	30,0	24,3	25,0	6,3	4,7	0,4

Tabela 4: Stopnja izobrazbe po regijah

Regija	Izobrazba - SKUPAJ	Brez izobrazbe, nepopolna osnovnošolska	Osnovnošolska	Nižja poklicna, srednja poklicna	Srednja strokovna, srednja splošna	Visokošolska 1. stopnje ipd.	Visokošolska 2. stopnje ipd.	Visokošolska 3. stopnje ipd.
GOR	100	4,11	22,34	23,01	31,35	8,34	9,4	1,42
GORI	100	4,36	26,72	23,42	27,45	8,02	9,01	0,99
JV	100	6,73	25,6	24,36	27,03	8	7,39	0,85
KOR	100	5,93	23,76	27,72	27,49	7,49	6,85	0,73
NKRA	100	5,44	25,42	23,99	27,82	8,18	8,11	1
OK	100	5,06	22,85	21,52	31,07	8,59	9,65	1,24
OSS	100	2,68	20,39	18,76	33,5	8,71	13,01	2,91
POD	100	3,98	23,32	24,21	31,56	7,77	7,96	1,17
POM	100	3,81	33,2	23,11	26,57	6,58	6,05	0,65
SAV	100	4,48	25,71	25,78	27,87	7,87	7,34	0,92
SPODS	100	6,35	25,2	25,89	27,62	7,24	7,09	0,57
ZAS	100	5,1	26,15	24,85	29,29	7,59	6,28	0,7

Tabela 5: Bližina posebnih zavodov po kilometrih

OBCINE	Cona glede na bližino	Cona glede na Kilometer	Kilometri
Ajdovščina	1	2	36.5 km
Beltinci	2	1	11.9 km
Bled	1	1	6,2 km
Bohinj	2	2	26.2 km
Borovnica	2	1	19.2km
Braslovče	1	1	3.8 km
Brda	2	2	38.1 km
Brezovica	1	1	14.5km
Brežice	1	1	14.4 km
Celje	2	2	21.6 km
Cerklje	3	2	24.82km
Cerknica	2	3	48 km
Cerkno	1	2	21.1 km
Črenšovci	2	1	17.5 km
Črnomelj	4	3	74,9km
Dobrova – Polhov Gradec	1	2	26.5km
Dol pri Ljubljani	2	2	24.4km
Domžale	3	2	27,5km
Dravograd	3	2	28.8km
Duplek	1	1	15
Gorenja vas - Poljane	2	2	25.3 km
Gornja Radgona	1	1	17.9 km
Grosuplje	1	1	15km
Hoče - Slivnica	2	2	26.2 km
Hrastnik	2	2	25 km
Hrpelje - Kozina	2	2	21.4 km

Idrija	1	1	0
Ig	1	1	0
Ilirska Bistrica	2	3	44.4 km
Ivančna Gorica	1	2	27.5km
Izola/Isola	3	3	48.8 km
Jesenice	2	1	18,2 km
Kamnik	3	2	37 km
Kanal ob Soči	1	1	19.6 km
Kidričevo	3	1	16.5 km
Kobarid	1	1	16.2 km
Kočevje	3	3	50.7 km
Komenda	3	2	24.52km
Koper/Capodistria	3	3	43.7 km
Kranj	1	2	20.8km
Kranjska Gora	3	2	41 km
Krško	0	1	1
Kungota	2	2	22 km
Laško	2	2	32.2 km
Lenart	0	0	1
Lendava/Lendva	2	2	39.6 km
Litija	3	3	47 km
Ljubljana	1	1	12.2 km
Ljutomer	1	1	8 km
Logatec	1	2	27.8 km
Lukovica	3	2	29.03km
Maribor	1	2	20.8 km
Medvode	2	2	27.7km
Mengeš	3	3	31.2 km
Metlika	3	4	64.6 km
Miklavž na Dravskem polju	2	2	24.1 km

Miren - Kostanjevica	2	4	66.1 km
Mislinja	2	2	24.7 km
Moravče	2	2	37km
Moravske Toplice	2	2	22.2 km
Mozirje	1	1	13.4 km
Murska Sobota	1	1	15.7 km
Naklo	1	1	16,4 km
Nova Gorica	1	2	39.9 km
Novo Mesto	3	2	38.2 km
Oplotnica	3	2	26 km
Ormož	1	1	18.8 km
Pesnica	3	2	23,7km
Piran/Pirano	3	3	59.1 km
Pivka	2	3	40.5 km
Poljčane	3	3	49.2 km
Polzela	1	1	0
Postojna	2	2	34.6 km
Prebold	1	1	6.4 km
Prevalje	1	1	5.71km
Ptuj	1	1	8 km
Puconci	2	2	21.1 km
Rače - Fram	3	2	38.9 km
Radeče	2	2	30.2 km
Radenci	1	1	12.4 km
Radlje ob Dravi	3	3	45.5km
Radovljica	1	1	0
Ravne na Koroškem	2	3	50.5 km
Renče-Vogrsko	2	2	36 km
Ribnica	2	2	34.7km
Rogaška Slatina	3	3	47 km
Ruše	2	2	32.4 km

Selnica ob Dravi	2	2	33.1 km
Sevnica	1	1	19.5 km
Sežana	1	1	0
Slovenj Gradec	1	2	33.3km
Slovenska Bistrica	4	3	49.5 km
Slovenske Konjice	3	2	20.8 km
Starše	2	2	23.4 km
Šempeter - Vrtojba	2	3	45.4 km
Šenčur	3	2	26.6 km
Šentilj	2	2	25.3 km
Šentjernej	2	2	27.4 km
Šentjur	3	2	32.4 km
Škofja Loka	3	2	35.3 km
Škofljica	1	1	0
Šmarje pri Jelšah	2	3	49.6 km
Šmartno pri Litiji	2	2	36.5km
Šoštanj	2	1	19 km
Štore	2	1	19.4 km
Tišina	1	1	18.3 km
Tolmin	1	1	0
Trbovlje	3	2	40.9 km
Trebnje	3	3	44.5 km
Tržič	1	1	18, 1 km
Velenje	1	1	12.3 km
Velike Lašče	1	2	20.7km
Videm	1	1	0
Vipava	1	2	34.4 km
Vodice	2	2	32.5km
Vojnik	1	1	10 km
Vrhnika	2	2	36.5 km
Zagorje ob Savi	3	3	53.2 km
Zreče	1	1	19 km

Žalec	1	1	8.3 km
Železniki	2	2	27 km
Žiri	1	1	14.3 km
Žirovnica	1	1	8,9km
Žužemberk	3	1	17.11 km

Tabela 6: Koeficient razvitost občin

Zap. št.	ID	OBČINA	Koeficient razvitosti občine*	Obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna (24.a člen ZFO-1) v %
1	2	3	4*	5
1.	001	Ajdovščina	1,04	80
2.	195	Apače	0,87	100
3.	002	Beltinci	0,93	90
4.	148	Benedikt	1,02	80
5.	149	Bistrica ob Sotli	0,56	100
6.	003	Bled	1,14	70
7.	150	Bloke	1,01	80
8.	004	Bohinj	0,93	90
9.	005	Borovnica	1,05	80
10.	006	Bovec	0,83	100
11.	151	Braslovče	1,00	80
12.	007	Brda	1,08	80
13.	008	Brezovica	1,04	80
14.	009	Brežice	1,04	80
15.	152	Cankova	0,74	100
16.	011	Celje	1,19	70
17.	012	Cerklje na Gorenjskem	1,22	60
18.	013	Cerknica	1,12	70
19.	014	Cerkno	1,13	70
20.	153	Cerkvenjak	0,90	90
21.	196	Cirkulane	0,75	100
22.	015	Črenšovci	0,90	90
23.	016	Črna na Koroškem	0,99	90
24.	017	Črnomelj	0,95	90
25.	018	Destnik	0,98	90
26.	019	Divača	0,98	90
27.	154	Dobje	0,95	90
28.	020	Dobropolje	1,11	70
29.	155	Dobma	1,05	80
30.	021	Dobrova - Polhov Gradec	1,18	70
31.	156	Dobrovnik/Dobronak	0,77	100
32.	022	Dol pri Ljubljani	1,30	60
33.	157	Dolenjske Toplice	0,95	90
34.	023	Domžale	1,33	60
35.	024	Dornava	0,98	90
36.	025	Dravograd	1,05	80
37.	026	Duplek	0,94	90
38.	027	Gorenja vas - Poljane	1,12	70
39.	028	Gorišnica	0,98	90
40.	207	Gorje	0,92	90
41.	029	Gornja Radgona	0,95	90
42.	030	Gornji Grad	0,87	100
43.	031	Gornji Petrovci	0,59	100
44.	158	Grad	0,62	100
45.	032	Grosuplje	1,31	60
46.	159	Hajdina	0,96	90
47.	160	Hoče - Slivnica	1,00	80
48.	161	Hodoš/Hodos	0,50	100
49.	162	Horjul	1,29	60
50.	034	Hrastnik	1,06	80
51.	035	Hrpelje - Kozina	0,98	90
52.	036	Idrija	1,17	70
53.	037	Ig	1,11	70
54.	038	Ilirska Bistrica	1,01	80
55.	039	Ivančna Gorica	1,19	70
56.	040	Izola/Isola	1,19	70
57.	041	Jesenice	1,15	70
58.	163	Jezersko	0,85	100

Zap. št.	ID	OBCINA	Koeficient razvitosti občine*	Obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna (24.a člen ZFO-1) v %
1	2	3	4*	5
59.	042	Juršinci	0,89	100
60.	043	Kamnik	1,21	60
61.	044	Kanal	1,09	80
62.	045	Kidričevo	1,08	80
63.	046	Kobarid	0,94	90
64.	047	Kobilje	0,63	100
65.	048	Kočevje	0,88	100
66.	049	Komen	0,80	100
67.	164	Komenda	1,33	60
68.	050	Koper/Capodistria	1,19	70
69.	197	Kostanjevica na Krki	0,94	90
70.	165	Kostel	0,59	100
71.	051	Kozje	0,68	100
72.	052	Kranj	1,21	60
73.	053	Kranjska Gora	1,01	80
74.	166	Križevci	0,99	90
75.	054	Krško	1,18	70
76.	055	Kungota	0,99	90
77.	056	Kuzma	0,51	100
78.	057	Laško	1,09	80
79.	058	Lenart	1,11	70
80.	059	Lendava/Lendva	0,86	100
81.	060	Litija	1,15	70
82.	061	Ljubljana	1,31	60
83.	062	Ljubno	0,98	90
84.	063	Ljutomer	0,94	90
85.	208	Log - Dragomer	1,08	80
86.	064	Logatec	1,21	60
87.	065	Loška dolina	1,06	80
88.	066	Loški Potok	0,79	100
89.	167	Lovrenc na Pohorju	0,87	100
90.	067	Luče	0,80	100
91.	068	Lukovica	1,21	60
92.	069	Majšperk	0,85	100
93.	198	Makole	0,85	100
94.	070	Maribor	1,03	80
95.	168	Markovci	0,96	90
96.	071	Medvode	1,18	70
97.	072	Mengeš	1,26	60
98.	073	Metlika	1,04	80
99.	074	Mežica	1,14	70
100.	169	Miklavž na Dravskem polju	1,06	80
101.	075	Miren - Kostanjevica	0,89	100
102.	212	Mirna	1,23	60
103.	170	Mirna Peč	1,11	70
104.	076	Mislinja	0,96	90
105.	199	Mokronog - Trebelno	1,08	80
106.	077	Moravče	1,16	70
107.	078	Moravske Toplice	0,81	100
108.	079	Mozirje	1,08	80
109.	080	Murska Sobota	1,10	70
110.	081	Muta	1,00	80
111.	082	Naklo	1,19	70
112.	083	Nazarje	1,15	70
113.	084	Nova Gorica	1,19	70
114.	085	Novo mesto	1,32	60
115.	086	Odranci	1,12	70
116.	171	Oplotnica	0,98	90

Zap. št.	ID	OBČINA	Koeficient razvitosti občine*	Obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna (24.a člen ZFO-1) v %
1	2	3	4*	5
117.	087	Ormož	0,96	90
118.	088	Osilnica	0,58	100
119.	089	Pesnica	0,91	90
120.	090	Piran/Pirano	1,05	80
121.	091	Pivka	0,97	90
122.	092	Podčetrtek	0,90	90
123.	172	Podlehnik	0,83	100
124.	093	Podvelka	0,79	100
125.	200	Poljčane	0,89	100
126.	173	Polzela	1,07	80
127.	094	Postojna	1,11	70
128.	174	Prebold	1,12	70
129.	095	Preddvor	0,93	90
130.	175	Prevalje	1,11	70
131.	096	Ptuj	0,98	90
132.	097	Puconci	0,79	100
133.	098	Rače - Fram	1,01	80
134.	099	Radeče	1,02	80
135.	100	Radenci	0,99	90
136.	101	Radlje ob Dravi	1,00	80
137.	102	Radovljica	1,09	80
138.	103	Ravne na Koroškem	1,17	70
139.	176	Razkrižje	0,94	90
140.	209	Rečica ob Savinji	0,92	90
141.	201	Renče - Vogrsko	1,03	80
142.	104	Ribnica	1,10	70
143.	177	Ribnica na Pohorju	0,77	100
144.	106	Rogaška Slatina	1,05	80
145.	105	Rogašovci	0,52	100
146.	107	Rogatec	1,02	80
147.	108	Ruše	0,95	90
148.	178	Selnica ob Dravi	1,00	80
149.	109	Semič	0,88	100
150.	110	Sevnica	1,06	80
151.	111	Sežana	1,11	70
152.	112	Slovenj Gradec	1,10	70
153.	113	Slovenska Bistrica	1,01	80
154.	114	Slovenske Konjice	1,12	70
155.	179	Sodražica	1,05	80
156.	180	Solčava	0,54	100
157.	202	Središče ob Dravi	0,87	100
158.	115	Starše	0,90	90
159.	203	Straža	1,12	70
160.	181	Sveta Ana	0,87	100
161.	204	Sveta Trojica v Slov. goricah	0,92	90
162.	182	Sveti Andraž v Slov. goricah	0,98	90
163.	116	Sveti Jurij	0,81	100
164.	210	Sveti Jurij v Slov. goricah	0,87	100
165.	205	Sveti Tomaž	0,92	90
166.	033	Šalovci	0,58	100
167.	183	Šempeter - Vrtojba	1,32	60
168.	117	Šenčur	1,26	60
169.	118	Šentilj	1,00	80
170.	119	Šentjernej	0,97	90
171.	120	Šentjur	1,04	80
172.	211	Šentrupert	1,06	80
173.	121	Škocjan	1,04	80
174.	122	Škofja Loka	1,18	70

Zap. št.	ID	OBČINA	Koeficient razvitosti občine*	Obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna (24.a člen ZFO-1) v %
1	2	3	4*	5
175.	123	Škofljica	1,22	60
176.	124	Šmarje pri Jelšah	1,03	80
177.	206	Šmarješke Toplice	1,16	70
178.	125	Šmartno ob Paki	1,08	80
179.	194	Šmartno pri Litiji	1,09	80
180.	126	Šoštanj	1,26	60
181.	127	Štore	1,14	70
182.	184	Tabor	0,95	90
183.	010	Tišina	0,90	90
184.	128	Tolmin	1,03	80
185.	129	Trbovlje	0,99	90
186.	130	Trebnje	1,23	60
187.	185	Trnovska vas	0,94	90
188.	186	Trzin	1,52	50
189.	131	Tržič	0,96	90
190.	132	Turnišče	0,93	90
191.	133	Velenje	1,24	60
192.	187	Velika Polana	0,66	100
193.	134	Velike Lašče	1,08	80
194.	188	Veržej	0,87	100
195.	135	Videm	0,88	100
196.	136	Vipava	1,01	80
197.	137	Vitanje	1,00	80
198.	138	Vodice	1,15	70
199.	139	Vojnik	1,07	80
200.	189	Vransko	1,00	80
201.	140	Vrhnika	1,18	70
202.	141	Vuzenica	0,94	90
203.	142	Zagorje ob Savi	1,15	70
204.	143	Zavrč	0,90	90
205.	144	Zreče	1,16	70
206.	190	Žalec	1,12	70
207.	146	Železniki	1,15	70
208.	191	Žetale	0,81	100
209.	147	Žiri	1,23	60
210.	192	Žirovnica	0,97	90
211.	193	Žužemberk	0,98	90
Povprečje vseh občin			1,00	