



Univerza v Ljubljani  
Fakulteta za socialno delo

MAGISTRSKO DELO

# **Pregled dela v varovanih oddelkih**

Ljubljana 2021



Univerza v Ljubljani  
Fakulteta za socialno delo

MAGISTRSKO DELO

# **Pregled dela v varovanih oddelkih**

Mentorica: doc. dr. Bojana Mesec

Kandidatka: Teja Podgorelec

Ljubljana 2021

## PODATKI O MAGISTRSKI NALOGI

**Ime in priimek:** Teja Podgorelec

**Naslov diplomske naloge:** Pregled dela v varovanih oddelkih

**Kraj:** Ljubljana

**Leto:** 2021

**Število strani:** 134 **Število tabel:** 7 **Število grafov:** 42 **Število prilog:** 1

**Mentorica:** doc. dr. Bojana Mesec

### Povzetek

V magistrski nalogi je središče preučevanja analiza stanja v varovanih oddelkih in pregled dela z osebami, nameščenimi v varovanih oddelkih socialnovarstvenih zavodov. V teoretičnem uvodu predstavim pojem duševnega zdravja, čemur sledijo zakonske podlage za izvajanje institucionalnega varstva v varovanih oddelkih. Preko literature obravnavam metode in koncepte socialnega dela z osebami s težavami v duševnem zdravju ter bolj podrobno sestavo individualnega načrta, ki je podlaga za izvajanje aktivnosti, namenjenih zasledovanju ciljev nameščene osebe.

V raziskavo sem vključila socialnovarstvene zavode (domove za starejše in posebne socialnovarstvene zavode), ki imajo varovane oddelke po Zakonu o duševnem zdravju (2008). Raziskava, ki sem jo izvedla, je deskriptivna in kvantitativna raziskava. Odgovore sem pridobila s pomočjo anketnega vprašalnika ter jih obdelala in prikazala z grafi in tabelami. Naloga vsebuje devet sklopov: splošne informacije, sprejem in sprejete osebe, kadre, koncept dela, individualni načrt, dnevne aktivnosti, sodelovanje med institucijami, odpuste in predloge socialnovarstvenih zavodov.

Izkazalo se je, da so socialnovarstveni zavodi z oddelki za osebe s težavami v duševnem zdravju bolj zasedeni kot oddelki za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkciji potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor. V varovane oddelke so večinoma nameščene osebe s sklepom sodišča, pri čemer socialnovarstveni zavodi v večini primerov pri nameščanju sodelujejo z zunanji deležniki. Socialnovarstveni zavodi v manjši meri izražajo potrebo po dodatnem kadru v varovanih oddelkih. Socialnovarstveni zavodi sodelujejo na izobraževanjih, posvetih in kongresih enkrat letno, pri izmenjavi informaciji o uporabnikih zelo različno od tedensko do enkrat letno in pri medinstitucionalnem sodelovanju večinoma od enkrat do dvakrat letno. Večina socialnovarstvenih zavodov deluje po konceptu normalizacije. Več kot polovico socialnovarstvenih zavodov evalvira individualni načrt vsaj na pol leta. Samo v polovici socialnovarstvenih zavodov se dnevne aktivnosti razlikujejo med bivanjem na oddelki in pred odpustom. Večina oseb je po odpustu iz varovanega oddelka odšla v odprt oddelek istega zavoda.

Predlogi vključujejo verifikacijo vseh varovanih oddelkov, razmislek o prihodnosti varovanih oddelkov, povečanje vpliva oseb na osebnostni razvoj, druženje zunaj zavoda in na spolno življenje. Individualni načrt bi bilo smiselno uporabljati delno strukturiranega oziroma odprtega, pri čemer je potrebno v načrt vključevati širši krog oseb; prav tako bi lahko socialnovarstveni zavodi pri pripravi načrta v večji meri vključevali makro raven življenjskega sveta uporabnika. Okrepiti bi bilo potrebno možnost izvajanja dnevnih aktivnosti zunaj zavoda; smiselna bi bila bolj redna udeležba socialnovarstvenih zavodov na izobraževanjih, posvetih in kongresih, kot tudi bolj redna izmenjava informaciji o uporabnikih in bolj redno medinstitucionalno sodelovanje; prav tako se je izkazalo, da bi bila potrebna obravnava demence v posebnem poglavju Zakona v duševnem zdravju (2008).

**Ključne besede:** varovani oddelki, socialnovarstveni zavodi, duševno zdravje, individualni načrt, normalizacija, zagovorništvo, opolnomočenje, asertivnost, analiza tveganja, multidisciplinaren tim

## **MASTER'S THESIS INFORMATION**

**Name and surname:** Teja Podgorelec

**Thesis title:** Review of practice in protected wards

**Location:** Ljubljana

**Year:** 2021

**Number of pages:** 134 **Number of tables:** 7 **Number of graphs:** 42 **Number of annexes:** 1

**Mentor:** Assist. Prof. Bojana Mesec, Ph.D.

### **Summary**

The focus of the study in the master's thesis is the analysis of the situation in the protected wards and the review of work with people admitted in the protected wards of social welfare institutions. In the theoretical introduction, I present the concept of mental health followed by the legal basis for implementing institutional care in protected wards. Through related literature, I discuss methods and concepts of social work with people with mental health problems. Furthermore, I discuss a more detailed composition of the individual plan which is the basis for the implementation of activities aimed at pursuing the goals of the admitted person.

In the research, I included social welfare institutions (retirement homes and special social welfare institutions) with protected wards under the Mental Health Act (2008). The research I made is descriptive and quantitative. I obtained the answers with the help of a questionnaire and processed and presented them with graphs and tables. The thesis contains nine sets: general information, admission, and admitted people, staff, the concept of work, individual plan, daily activities, cooperation between institutions, dismissals, and proposals.

It turned out that social welfare institutions with departments for people with mental health problems are busier than departments for people who need partial or complete help and supervision due to the consequences of a decline in cognitive functions. In most cases, people are placed in protected wards by a court decision. In most cases, social welfare institutions cooperate with third parties in the placement. Social welfare institutions express a small need for additional staff in protected wards. Social welfare institutions participate in training, consultations, and congresses once a year. They exchange information about users very differently – from once a week to once a year. In inter-institutional cooperation, most times once to twice a year. Most social welfare institutions operate according to the concept of normalization and more than half of them are evaluate individual plans at least every six months. Only half of the social welfare institutions provide different activities during the stay in the wards and before the dismissal. Most of the people went to the open ward of the same institution after being released from the protected ward.

Proposals include verification of all protected wards, consideration of the development of protected wards, the increase of the influence of people on personal development, socialization outside the institution, and sexual life. There should be an individual plan in a partially structured or open manner. Social welfare institutions could also include the macro level of the user's life when preparing the plan. The possibility of carrying out daily activities outside the institution should be improved. Social welfare institutions should participate in training and consultations more regularly. They should also exchange information on users more regularly and be more consistent with inter-institutional cooperation. Above all, it turned out that dementia should be addressed in a special chapter of the Mental Health Act.

**Keywords:** protected wards, social welfare institutions, mental health, individual plan, normalization, advocacy, empowerment, assertiveness, risk analysis, multidisciplinary team

# Kazalo vsebine

1	TEORETIČNI UVOD .....	1
1.1	DUŠEVNO ZDRAVJE .....	1
1.2	Zakonodaja in strateški dokumenti na področju institucionalnega varstva in duševnega zdravja.....	4
1.3	Življenje v totalni ustanovi.....	12
1.4	Socialno delo in duševno zdravje.....	13
1.4.1	Pogovor kot osnovno orodje socialnega dela .....	15
1.4.2	Normalizacija .....	16
1.4.3	Zagovorništvo.....	18
1.4.4	Asertivnost.....	19
1.4.5	Opolnomočenje in krepitev moči .....	19
1.4.6	Uporabniška evalvacija .....	22
1.4.7	Analiza tveganja .....	22
1.4.8	Multidisciplinaren tim .....	23
1.5	Individualni načrt .....	24
1.5.1	Metoda osebnega načrtovanja in izvajanja storitev .....	24
1.5.2	Zgradba individualnega načrta .....	25
1.5.3	Proces načrtovanja.....	26
1.5.4	Vzpostavitev delovnega odnosa .....	27
1.5.5	Raziskovanje življenjskega sveta .....	27
1.5.6	Ustvarjalne metode pri raziskovanju življenjskega sveta uporabnika .....	28
1.5.7	Življenjska zgodba v zavodih in vsakdanjih kontekstih.....	30
1.5.8	Spoznavni intervju in izdelava profila sogovornika .....	30
1.5.9	Zgodba v individualnem načrtu.....	31
1.5.10	Zapisovanje načrta.....	31
2	FORMULACIJA PROBLEMA .....	32
2.1	Raziskovalna vprašanja .....	33
2.2	Hipoteze.....	34
3	METODOLOGIJA.....	36
3.1	Vrsta raziskave .....	36
3.2	Merski instrumenti in viri podatkov .....	36

3.3	Enota raziskovanja in vzorčenje.....	37
3.4	Zbiranje podatkov.....	38
3.5	Obdelava in analiza podatkov .....	39
4	REZULTATI.....	39
4.1	Splošne informacije.....	39
4.1.1	Seznam socialnovarstvenih zavodov, ki so odgovorili na anketo. ....	39
4.1.2	Vrste in zasedenost varovanih oddelkov .....	40
4.1.3	Povprečen čas bivanja v varovanem oddelku.....	43
4.2	Sprejem in sprejete osebe .....	44
4.2.1	Vrsta sprejema na oddelek.....	44
4.2.2	Število novih sprejemov in odpustov v letu 2020 .....	45
4.2.3	Značilnost oseb.....	48
4.2.4	Zagotavljanje pravic oseb.....	49
4.2.5	Število oseb, pri katerih se uporabljajo posebni varovalni ukrepi.....	51
4.3	Kadri.....	51
4.3.1	Socialna oskrba.....	53
4.4	Koncept dela.....	54
4.4.1	Metode dela, ki najbolj prevladujejo pri vašem delu.....	54
4.4.2	Normalizacija .....	55
4.5	Individualni načrt .....	56
4.5.1	Struktura individualnega načrta.....	56
4.5.2	Osebe vključene v pripravo individualnega načrta.....	57
4.5.3	Metode oziroma tehnike pri izdelavi individualnega načrta.....	58
4.5.4	Raziskovanje življenjskega sveta nameščenih oseb .....	59
4.5.5	Seznanjenost in možnosti nameščene osebe.....	60
4.5.6	Izvedbeni načrt in cilji .....	60
4.5.7	Evalvacija individualnega načrta.....	61
4.6	Dnevne aktivnosti.....	63
4.7	Sodelovanje med institucijami, izobraževanje in izmenjava informacij .....	65
4.8	Odpust .....	66
4.8.1	Razlogi za odpust pred rokom določenim s sklepom sodišča .....	66
4.8.2	Spremljanje oseb po odpustu.....	67
4.9	Predlogi socialnovarstvenih zavodov .....	69
4.10	Preverjanje hipotez .....	70
5	RAZPRAVA .....	74
5.1	Splošne informacije.....	74
5.2	Sprejem in sprejete osebe .....	76

5.3	Kadri.....	80
5.4	Koncept dela.....	82
5.5	Individualni načrt .....	84
5.6	Dnevne aktivnosti.....	88
5.7	Sodelovanje med institucijami .....	89
5.8	Odpusti .....	90
5.9	Predlogi socialnovarstvenih zavodov .....	91
6	SKLEPI .....	94
6.1	Splošne informacije.....	94
6.2	Sprejem in sprejete osebe .....	94
6.3	Kadri.....	95
6.4	Koncept dela.....	95
6.5	Individualni načrt .....	96
6.6	Dnevne aktivnosti.....	97
6.7	Sodelovanje med institucijami .....	97
6.8	Odpusti .....	97
6.9	Predlogi socialnovarstvenih zavodov .....	98
7	PREDLOGI .....	99
8	LITERATURA.....	101
9	PRILOGE .....	106

## Kazalo tabel

Tabela 1 – Spremenljivke.....	36
Tabela 2 – Seznam socialnovarstvenih zavodov z varovanimi oddelki .....	38
Tabela 3 – Seznam socialnovarstvenih zavodov .....	40
Tabela 4 – Vrste varovanih oddelkov.....	40
Tabela 5 – Povprečen čas bivanja v varovanem oddelku.....	43
Tabela 6 – Sprejem oseb na varovani oddelki .....	44
Tabela 7 – Značilnost sprejema.....	46

## Kazalo grafov

Graf 1 – Število varovanih oddelkov.....	41
Graf 2 – Število mest v varovanih oddelkih.....	42
Graf 3 – Število verificiranih oddelkov .....	42
Graf 4 – Zasedenost varovanih oddelkov .....	43
Graf 5 – Vrsta sprejema na varovani oddelki .....	44
Graf 6 – Število sprejemov v letu 2020.....	45
Graf 7 – Število sprejemov in odpustov v letu 2020 .....	46
Graf 8 – Značilnosti sprejema .....	47
Graf 9 – Sprejem – prvič ali ponovno .....	47
Graf 10 – Sprejem – od kod?.....	48
Graf 11 – Značilnosti oseb .....	49
Graf 12 – Omogočanje pravic .....	50
Graf 13 – Zagotavljanje pravic.....	50
Graf 14 – Število oseb, pri katerih so se uporabili PVU .....	51
Graf 15 – Delovna mesta v varovanem oddelku .....	52
Graf 16 – Potreba po dodatnem kadru.....	52
Graf 17 – Število izobraževanj na leto .....	53
Graf 18 – Število navedenih metod dela .....	54
Graf 19 – Najbolj pogoste metode dela v varovanem oddelku .....	55

Graf 20 – Vpliv osebe .....	56
Graf 21 – Struktura individualnega načrta .....	56
Graf 22 – Vključene osebe v individualni načrt .....	57
Graf 23 – Vključene osebe po zavodih.....	58
Graf 24 – Metode oziroma tehnike izdelave načrta.....	59
Graf 25 – Raziskovanje življenjskega sveta.....	59
Graf 26 – Seznanjenost nameščene osebe .....	60
Graf 27 – Ključne točke načrta.....	61
Graf 28 – Analiza tveganja.....	61
Graf 29 – Pogostost evalviranja .....	62
Graf 30 – Način evalviranja .....	62
Graf 31 – Možnost izbire dnevnih aktivnost .....	63
Graf 32 – Kraj izvajanja dnevnih aktivnosti.....	64
Graf 33 – Različne aktivnosti pred odpustom .....	64
Graf 34 – Možnosti izbire dnevnih aktivnosti pred odpustom .....	65
Graf 35 – Sodelovanje med institucijami, izobraževanja in izmenjava informaciji.....	66
Graf 36 – Razlogi za predčasen odpust .....	67
Graf 37 – Spremljanje osebe po odpustu.....	67
Graf 38 – Koliko časa spremljajo osebo po odpustu.....	68
Graf 39 – Na kakšen način spremljajo osebo po odpustu.....	68
Graf 41 – Oseba po odpustu .....	69
Graf 42 – Normalizacija .....	72

# 1 TEORETIČNI UVOD

## 1.1 DUŠEVNO ZDRAVJE

Svetovna zdravstvena organizacija je duševno zdravje opredelila kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost.« (World Health Organization, 2014) Duševno zdravje je predvsem to, kako oseba doživlja svoje življenje, zato je dejanska samoocena duševnega zdravja najprimernejša oblika merjenja. Merimo lahko z vprašanjem o splošnem zadovoljstvu v življenju ali o doživljanju sreče. Načini merjenja so lahko tudi vprašalniki psihološkega neugodja oziroma z merjenem prisotnosti pozitivnih občutkov in pozitivnega delovanja (Jeriček Klanšček idr., 2018).

Duševne motnje prinašajo družbene in gospodarske posledice za posameznike, družine in skupnost in naj bi spadale med deset osrednjih vzrokov za oviranost v vsakdanjem življenju. Ideal duševnega zdravja se opredeljuje kot pozitiven odnos do sebe in drugih, visoko samospoštovanje, uspešno soočanje z izzivi, optimizem, občutek moči in sposobnost soočati se s težavami. Duševno zdravje je rezultat vpliva različnih dejavnikov, kot so skupnost, okolje in družba. Medicinski model opredeli potencialne dejavnike tveganja za duševne težave, spol, starost, dednost, življenjski slog, stresne izkušnje; med vsemi so najbolj izrazita revščina, socialna izključenost, osamljenost in diskriminacija. Med varovalne dejavnike sodijo ekonomska in socialna varnost, dobra socialna mreža, pozitivno življenjsko okolje, fizično zdravje in dobre socialne veščine (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014).

Medtem socialni pogled ne govori o dejavnikih tveganja, duševno zdravje je družbeno oblikovan pojem in koncept, kar pomeni, da imajo različne družbe, skupine, vere, kulture zelo različen pogled na koncept duševnega zdravja. Duševno zdravje se oblikuje na več ravneh, kot so družina, šole, vrtci, socialni stiki, na delovnem mestu ter z odnosom posameznika do drugih in okolice do posameznika (Klančar, Hodnik, Maraž, 2015).

Urek doda, da se v konceptu duševnega zdravja prepletajo socialni, zdravstveni, kulturni, spolni, osebni vidiki človekovega obstoja, pri čemer ne smemo pozabiti tudi na politični vidik,

ki prikazuje družbeno razmerje moči. Ljudje, ki doživljajo dolgotrajnejše duševne stiske, po podatkih Evropske unije spadajo med najrevnejše in najbolj socialno izključene prebivalce, kar kažejo kazalniki dolgotrajne brezposelnosti, slabo zdravstveno stanje, nizki dohodki, nizka stopnja izobrazbe, brezdomstvo in zgodnji izstop iz šolanja. Tem dejavnikom lahko dodamo še pomanjkanje možnosti, da si posameznik ustvari družino, šibka socialna mreža, diskriminacija, dvojne diagnoze in podobno. Potrebno je poudariti, da povezava med duševnim zdravjem in zgoraj naštetimi okoliščinami ni avtomatska, ni težava v revščini temveč bolj v socialni nepravilnosti (Klančar, Hodnik, Maraž, 2015). Duševno zdravje je povezano in pomembno za vse družbene in starostne skupine, saj zmanjšuje kakovost življenja in povečujejo socialno izključevanje in neenakost (Marušič in Temnik, 2009).

Dejstvo pa je, da so od vedno bile težave v duševnem zdravju in vedno bodo; obravnavamo in razumemo jih lahko le v povezavi s prevladujočimi aktualnimi družbenimi stališči (Marušič in Temnik, 2009).

Zakon o duševnem zdravju (2008) v 2. členu opredeli duševno zdravje kot »stanje posameznika oz. posameznice, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja«.

Spodbujanje duševnega zdravja je z izvajanjem Evropske zelene knjige o duševnem zdravju (Evropska komisija 2005) in s Paktom za duševno zdravje (Evropska komisija 2008) ključni element evropske zdravstvene politike in prakse na področju duševnega zdravja. Promocija duševnega zdravja je postala usmeritev novih politik z namenom spremembe do sedaj uveljavljene preventive bolezni k širši in pozitivni perspektivi, omogočanje zdravja in krepitev vseh dejavnikov zdravja. (Šabič, Grebenc, 2012, str. 289)

Skrb za duševno zdravje že vrsto let temelji na medicinskem modelu, kjer gre za »bolezen«, kjer se prepoznavajo simptomi in na podlagi le-teh se opravi diagnosticiranje (Glasser, 2006). Lamovec (1999) diagnozo opisuje kot sodbo. Ko zdravnik postavi diagnozo, je njegov cilj ozdravitev le te bolezni, medtem pa pri popisu simptomov nemalokrat ne opazi oziroma spregleda, da je posameznikova temeljna težava morda streha nad glavo (*ibid.*).

Lamovec, Flaker (1993) pravita, da "duševna bolezen" ne vključuje le določene oviranosti, ampak prizadene človekovo osebnost v celoti in njegovo mrežo medosebnih odnosov ter življenjskih ciljev. Pri ostalih boleznih se navadno lahko usmerimo samo v zdravljenje te

bolezni, saj ne prizadene še vseh ostalih področji. Bolezen, ki prizadene osebnost, potrebuje širšo, drugačno obravnavo (*ibid.*).

Lamovec (1998, str. 15-16) razloži, da v okviru psihosocialnega prijema ne govorimo o duševni bolezni, pri čemer v petih točkah podkrepi, da je pojem celo nepotreben in škodljiv za doseg ciljev, za katere si prizadevamo. Pet točk, ki utemeljujejo razloge, so:

1. Do sedaj znanstvenikom še ni uspelo dokazati biološke podlage, ki dokazujejo, da so krize rezultat bolezni; krizo je neustrezno poimenovati bolezen.
2. Duševna bolezen je v spoznavnoteoretskem smislu le domneva, ki je ne moremo dokazati ali ovreči. Z domnevo škodimo osebam, ki so tako označene, kar vodi v življenjsko stigmatizacijo.
3. Primernejši izraz je kriza, ki pomeni začasno nezmožnost posameznika, medtem ko izraz duševne bolezni daje občutek trajne nezmožnosti. Večina oseb, ki so doživele eno ali več kriz, je večino časa zmožno povsem ustreznega delovanja.
4. Klasifikacije duševnih bolezni so sestavljene iz nebistvenih, zunanjih znamenj, na podlagi katerih ne moremo predvideti poteka ali izida krize in so v praksi neuporabne. Psihosocialni prijem ne uporablja diagnoz ampak opise problemov in stisk.
5. Psihiatrični opisi so zapisani v poniževalnem jeziku, ki razvrednoti in razosebi uporabnike. Opisi so podani izključno na podlagi zunanjega opazovalca, pri čemer je oseba obravnavana kot del svoje diagnoze in ne kot človek z določenimi težavami (*ibid.*).

Med prvimi kriteriji, po katerih okolica sklepa, da gre za duševno bolezen, je neuspešnost človeka pri opravljanju primarne vloge (delo, gospodinjstvo, itd.). Sledijo kriteriji kršenja moralnih in splošno sprejetih norm ter zavračanja vrednot skupine, ki ji pripada, ali morda celo pomembnejše posledice teh kršitev za skupino (Lamovec, 1998).

Povodi za hospitalizacijo Price in Denner (1973) razvrstita v več kategorij:

1. Nevarnost zase ali za druge; primeri: poizkus samomora, odklanjane hrane, poškodbe druge osebe, uničevanje lastnine, podtikanje ognja, upiranje aretaciji ipd.
2. Socialno nesprejemljivo vedenje (vedenje, ki spravlja druge v zadrego, se jim gnusi ali ga ne razumejo); primeri: kričanje, golota, nespodobno izražanje, govorjenje brez smisla, nerazumljivo vedenje, nekontroliran jok, pljuvanje na ljudi, tavanje brez cilja ipd.

3. Nakazana potreba po zdravljenju (oseba prosi, da jo odpeljejo na zdravljenje, sliši glasove, trdi, da jo zasledujejo); primeri: oseba sama zahteva hospitalizacijo; družina zahteva hospitalizacijo ali zdravnik priporoča hospitalizacijo (*ibid.*).

Opazno je, da se za vsako nadaljnjo hospitalizacijo odločijo lažje. Z vsako hospitalizacijo se toleranca zmanjša; dovolj je da se človek zdi okolici moteč ali nenavaden, tako da si na koncu težko privoščijo kakršenkoli prestop ( *ibid.*).

## 1.2 ZAKONODAJA IN STRATEŠKI DOKUMENTI NA PODROČJU INSTITUCIONALNEGA VARSTVA IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Zakonodaja in strateški dokumenti na področju institucionalnega varstva in duševnega zdravja oblikujejo odnos/pogled posameznikov in družbe do duševnega zdravja in s tem pomembno vplivajo na položaj in pravice, ki jih imajo ljudje s težavami v duševnem zdravju. Za urejanje pravic in položaja ljudi s težavami v duševnem zdravju so v Sloveniji pomembni Zakon o socialnem varstvu (2007), Zakon o duševnem zdravju (2008), Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010), Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (2009), Nacionalni program socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (2013) in Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018).

Temeljni zakon na področju socialnega varstva je **Zakon o socialnem varstvu** (2007), kjer je zapisano, da socialnovarstvena dejavnost obsega preprečevanje in reševanje socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva. Nadalje zakon navaja socialno varstvene storitve, med katere sodi institucionalno varstvo, kar pomeni vse oblike pomoči v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana in varstvo ter zdravstveno varstvo (*ibid.*).

**Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev** (2010) podrobneje ureja standarde in normative za socialnovarstvene storitve, med katere sodi tudi institucionalno varstvo. Standardi storitve institucionalnega varstva so določeni z naslednjimi elementi: opisom

storitve, upravičenci, postopek trajanja, trajanje, metode dela, izvajalce, izobraževanja in supervizija ter dokumentacija (*ibid.*).

V okviru institucionalnega varstva so posebne oblike varstva, ki se zagotavljajo odraslim osebam z motnjami v duševnem in telesnem razvoju. Obseg storitev po Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010) je osnovna oskrba, socialna oskrba, varstvo, poseben oblike varstva ter vodenje. Pri tem je socialna oskrba strokovno vodena dejavnost, namenjena izvajanju vsebin socialne preventive, terapije in vodenja upravičencev. Vključuje izvajanje nalog varstva, posebnih oblik varstva, vzgoje in priprave na življenje in nalog vodenja (*ibid.*).

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010) navaja tudi upravičence, ki so odrasle osebe z motnjami v duševnem razvoju, s težavami v duševnem zdravju, s senzornimi motnjami, motnjami v gibanju in z napredovalo kronično oziroma neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja in osebe, starejše od 65 let. Zakon kategorije upravičencev tudi specificira, s čimer omeji možnosti upravičenosti do storitev. Ob tem Varuh človekovih pravic v Posebnem poročilu opozarja, da so v socialnovarstvenih zavodih zaradi strukture nameščenih oseb, ki zaradi različnih potreb ne sodijo skupaj, zaposleni bistveno bolj obremenjeni. Navajajo primer, kjer imajo skupaj nameščene osebe, ki so deložirane iz svojih stanovanj, nekdanje forenzične bolnike, osebe s težavami v duševnem razvoju in osebe z demenco (Šelih, 2017).

Postopek izvajanja storitve vključuje začetno informiranje, izvajanje postopka v zvezi s sprejemom, vsebinsko pripravo na sprejem upravičenca, podpis dogovora o izvajanju storitve in pripravo individualnega načrta, namestitvev in izvajanje storitve ter njeno prenehanje. Storitve institucionalnega varstva se zagotavlja med drugimi v socialnovarstvenem zavodu (domovi za starejše in posebni socialno varstveni zavodi). Storitve je lahko trajna ali začasna oziroma občasna in traja, dokler so razlogi za vključitev upravičenca v institucionalno varstvo in dokler je pripravljen storitev sprejemati (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010). Mali (2008) navaja več funkcij socialnega delavca pred vstopom v zavod, med katerimi je sodelovanje z bodočim stanovalcem, sodelovanje z drugimi strokovnjaki, svojci in informiranje. Pri tem Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010) le-teh stvari ne navaja; navaja zgolj osnovne birokratske stvari za obravnavo uporabnika.

Metode, ki se izvajajo pri storitvi institucionalnega varstva, so individualno in timsko delo, pri čemer je potrebno upoštevati strokovna načela aktivnosti in avtonomije, možnosti izbire in

dostopnosti, domicilnosti, disperzije, integracije in inkluzije ter posebnih strokovnih načel, kot so individualizacija, normalizacija, celovitost in kontinuiranost obravnave ter multidisciplinaren pristop. Pri načrtovanju individualnega programa institucionalnega varstva upravičenca sodelujejo upravičenec, njegov zakoniti zastopnik in strokovni tim. Izvajanje in koordinacija individualnega programa sta predmet evalvacije načrta s strani upravičenca in celotnega tima predvidoma vsakih šest mesecev (*ibid.*). Pri navajanju metod, ki se izvajajo pri storitvi institucionalnega varstva, je opazna razlika med literaturo in zakonskimi in podzakonskimi akti, saj je zakonodaja usmerjena v medicinski model obravnave oseb, ki se osredotoča na lastnosti in sposobnosti, medtem ko je literatura na področju socialnega varstva usmerjena v socialni model obravnave oseb. Če povzamem Škerjanc (2006), se socialni model osredotoča na odpravljanje ovir v okolju, prilagajanje okolja, doma, delovnega okolja, zagotovitev ustreznih tehničnih pripomočkov, zagotavljanje obravnave v skupnosti in pomoč na domu; če raziskujemo okolje, ki ljudi potiska na obrobje lahko prepoznamo vzroke in smernice, da odpravimo ovire. Potrebno je raziskati, kaj oseba potrebuje za opolnomočenje.

Socialno oskrbo v zavodih izvajajo zaposleni na delovnih mestih: oskrbovalka, gospodinja oskrbovalka, varuhinja, delovni inštruktor, animator, skupinski habilitator, individualni habilitator, socialni delavec, psiholog (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010). Socialni delavec je naštet med zadnjimi, čeprav je njegova naloga povezovanje nameščene osebe z vsemi ostalimi zaposlenimi, ker najbolje pozna vse okoliščine nameščene osebe, kar je izredno pomembno za celostno obravnavo osebe. Naloga socialnega delavca na oddelku je, da nameščeni osebi zagotavlja čim bolj optimalne pogoje za bivanje ob tem, da se čim bolje vživi v novo okolje in medtem ohranja povezanost s primarnim okoljem. Socialni delavec bi moral sodelovati pri vseh dejavnostih v zavodu, saj s tem spoznava vedenje in počutje nameščenih oseb. Prav tako tudi podpira svojce in jih vključuje v dejavnosti in izobraževanja, delavnice skupine za samopomoč in drugo. Na varovanem oddelku posreduje v konfliktih med nameščenimi osebami ali zaposlenimi. Prav tako socialni delavec sodeluje pri organizaciji prostočasnih in drugih aktivnosti (Mali, 2008).

Institucionalno varstvo v zavodski obliki se izvaja v manjših organizacijskih enotah, kot so bivalne skupine, bivalne enote, stanovanjske skupine ali gospodinjске skupnosti. V varovane oddelke v splošnih in posebnih socialno varstvenih zavodih je lahko vključeno največ 12 oseb. Osebe z demenco so lahko v teh zavodih obravnavane tudi v drugih oblikah organiziranega varstva (gospodinjška skupnost ...) (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010).

Vrsto, kadrovske pogoje in verifikacijo v varovanih oddelkih v socialnovarstvenih zavodih ureja **Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije** (2009).

Varovani oddelek je oddelek v socialno varstvenem zavodu, kjer so stanovalci zaradi svojih potreb, povezanih s težavami v duševnem zdravju, nepretrgoma deležni posebne zaščite in varstva ter oddelka oziroma zavoda ne morejo zapustiti po lastni volji. Vrste varovanih oddelkov glede na potrebe oseb se deli na (*ibid.*):

1. varovani oddelek za osebe s težavami v duševnem zdravju,
2. varovani oddelek za osebe z več motnjami (težave v duševnem razvoju in dolgotrajne težave v duševnem zdravju) in
3. varovani oddelek za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkcij potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor.

Socialno oskrbo v varovanih oddelkih lahko izvajajo naslednji strokovni sodelavci: oskrbovalka, gospodinja, animator, varuhinja in delovni inštruktor. Zaposlene osebe, ki izvajajo socialno oskrbo na varovanem oddelku, morajo obvladati teoretična znanja in praktične veščine s področja nevarnega vedenja, njegovih vzrokov, oblik in posledic, poznati strokovna priporočila za uporabo posebnih varovanih ukrepov ter biti usposobljene za pristop in pogovor z osebo (*ibid.*). Temu pritrdi tudi Varuh človekovih pravic v Posebnem poročilu ki pravi, da morajo biti vse osebe, ki delajo z osebami s težavami v duševnem zdravju, dodatno usposobljene za delo (Šelih, 2017).

Izvajalci socialnovarstvenih storitev, ki izvajajo institucionalno varstvo v varovanem oddelku, morajo za te oddelke pridobiti verifikacijo (**Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije**, 2009).

Področje duševnega zdravja v okviru socialnega in zdravstvenega varstva ureja **Zakon o duševnem zdravju** (2008). Pomemben temelj v zakonu je zapis, kjer je prepovedana kakršna koli oblika zapostavljanja na podlagi duševne motnje ter da se osebi pri obravnavi zagotovi varstvo njenega osebnega dostojanstva ter drugih človekovih pravic in temeljnih svoboščin, individualna obravnava in enaka dostopnost do obravnave.

V splošnih določbah Zakona o duševnem zdravju (2008) je opredeljen socialno varstveni zavod, ki je lahko splošni ali posebni javni socialno varstveni zavod ali koncesionar, ki opravlja storitve v okviru mreže javne službe in je namenjen varstvu, bivanju in življenju oseb, katerih akutno bolnišnično zdravljenje, povezano z duševno motnjo, je zaključeno oziroma zanje bolnišnično zdravljenje ni potrebno. Prav tako se opredeli varovani oddelek, ki je oddelek v socialno varstvenem zavodu, kjer so osebe zaradi svojih potreb nepretrgoma deležne posebne zaščite in varstva ter zavoda ne morejo zapustiti po lastni volji (*ibid.*).

Osebi se v času obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi zagotavlja spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin, zlasti njene osebnosti, dostojanstva ter duševne in telesne celovitosti (*ibid.*).

Pravice, ki se zagotavljajo osebi, nameščeni v oddelku pod posebnim nadzorom in varovanem oddelku, so (*ibid.*):

- pravica do dopisovanja in uporabe elektronske pošte,
- pravica do pošiljanja in sprejemanja pošilk,
- pravica do sprejemanja obiskov,
- pravica do uporabe telefona,
- pravica do gibanja in
- pravica do zastopnika.

Pravice, razen zastopnika, se lahko omejujejo samo, če je to potrebno zaradi ogrožanja svojega življenja ali življenja drugih ali huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim. Pravica se lahko omeji le toliko, kolikor je najnujnejše, da se doseže namen omejitve, pri čemer se uporablja najbolj mil ukrep najmanj časa (*ibid.*).

Oseba ima pravico do varstva v socialnem in bivalnem okolju, ki je karseda neomejevalno, in zdravljenja na najmanj omejevalni in vsiljivi način, ki je na razpolago ob upoštevanju njenega zdravstvenega stanja in potreb po zagotavljanju varnosti drugih. Pri obravnavi osebe se upošteva njena volja, če je ta v njeno korist (*ibid.*).

Posebni varovalni ukrepi se uporabljajo v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Pod posebne varovalne ukrepe sodita telesno oviranje s pasovi in omejitve gibanja znotraj enega prostora. Posebni varovalni ukrep je opredeljen kot nujen ukrep, ki se ga uporabi

zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom. (*ibid.*)

Sprejem osebe v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda se izvede s privolitvijo ali brez privolitve osebe pod pogoji, ki jih določa Zakon o duševnem zdravju (2008).

Za sprejem v varovani oddelek s privolitvijo morajo biti izpolnjeni vsi naslednji pogoji (*ibid.*):

- Akutno bolnišnično zdravljenje je zaključeno oziroma ni potrebno.
- Oseba potrebuje stalno oskrbo in varstvo, ki ju ni mogoče zagotoviti v domačem okolju oziroma na drug način.
- Oseba ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim.
- Če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovanja svojega ravnanja.
- Če vzrokov in ogrožanja iz prejšnjih dveh alinej ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči.
- Če so izpolnjeni drugi pogoji za sprejem v socialno varstveni zavod, ki jih določajo predpisi s področja socialnega varstva.

Predvsem mora biti privolitev odraz svobodne volje osebe, ki temelji na razumevanju položaja in je izoblikovana na podlagi primerne pojasnila o naravi in namenu obravnave. Privolitev mora biti pisna. Za osebo, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, da privolitev njen zakoniti zastopnik. Oseba, ki je privolila v sprejem lahko kadarkoli privolitev prekliče in zahteva, da se jo takoj odpusti (*ibid.*).

Če so izpolnjeni vsi pogoji za sprejem na varovani oddelek s privolitvijo in oseba v sprejem ne privoli, jo je dopustno sprejeti v varovani oddelek na podlagi sklepa sodišča. Če sodišče po izvedenem dokaznem postopku ugotovi, da so izpolnjeni pogoji za sprejem na varovani oddelek s sklepom, odloči, da se osebo sprejme in določi tudi čas zadržanja, ki ne sme biti daljši od enega leta, ter socialno varstveni zavod, ki naj osebo sprejme. Če direktor socialno varstvenega

zavoda ugotovi, da je za odvrnitev ogrožanja zaradi vzrokov, ki so opisani zgoraj, pri sprejemu s privolitvijo nujno potrebno nadaljnje zadržanje v varovanem oddelku, najmanj 14 dni pred potekom roka iz sklepa sodišča predlaga sodišču, da se zadržanje v varovanem oddelku podaljša. V postopku odločanja o sprejemu in premestitvi v varovani oddelek na podlagi sklepa sodišča sodišče pri določitvi socialno varstvenega zavoda upošteva želje in osebne okoliščine osebe ter morebitni predlog najbližje osebe. Pred odločitvijo sodišče pridobi tudi mnenje socialno varstvenega zavoda, v katerega naj bi bila oseba sprejeta oziroma premeščena (*ibid.*).

Če se zdravstveno stanje osebe toliko izboljša, da ni več razlogov za pridržanje na varovanem oddelku, lahko socialnovarstveni zavod pred potekom roka iz sklepa sodišča osebo odpusti in o tem obvesti sodišče. Prav tako lahko oseba, njen odvetnik, najbližja oseba ali zakoniti zastopnik pred potekom roka, določenega v sklepu sodišča, predlaga, da se osebo odpusti (*ibid.*).

Pomembno dejstvo je, da je Ustavno sodišče glede nameščanja oseb proti volji s sklepom sodišča z dnem 23. 5. 2019 (s sklepoma U-I-477/18-19 in Up-93/18-37) ugotovilo, da Zakon o duševnem zdravju (2008) ni v skladu s prvim in z drugim odstavkom 19. člena Ustave Republike Slovenije (1991) ter prvim odstavkom 21. člena Ustave Republike Slovenije (1991). Torej je Zakon o duševnem zdravju (2008) v neskladju z Ustavo Republike Slovenije (1991) in Državni zbor mora ugotovljeno protiustavnost odpraviti v roku devetih mesecev po objavi te odločbe v Uradnem listu Republike Slovenije, kar še ni bilo realizirano.

Tudi Lamovec (1999) v svoji knjigi piše o prisilni hospitalizaciji in demokraciji, kjer pojasni, da ima vsak državljan pravico do osebne nedotakljivosti, dokler ne prekrši zakona, pri čemer imamo skupino ljudi, za katere to ne velja; to so zgoraj navedene osebe s psihiatrično diagnozo. Ta diagnoza zaznamuje osebe za vse življenje; spremlja jih pri partnerstvu, poklicnem življenju; naseli se tudi v življenjske cilje. S pridobljeno diagnozo se lahko hitro zgodi, da vas na željo drugih hospitalizirajo. Dober primer ureditve ima Anglija, kjer morajo hospitalizacijo potrditi tri osebe, in sicer psihiater zavoda, neodvisni psihiater in posebej usposobljen socialni delavec, ki ima nalogo preučiti domače razmere. Poleg tega lahko vsaka oseba zahteva zagovornika. Prav tako imajo v Avstriji in na Nizozemskem uzakonjeno neodvisno službo zagovorništva (*ibid.*).

Osnovna izhodišča za razvoj sistema, cilje in strategije razvoja socialnega varstva, določitev mreže javne službe socialnovarstvenih storitev in javnih socialnovarstvenih programov ter opredelitev načina njihovega izvajanja in spremljanja ter odgovornost posameznih akterjev na različnih ravneh opredeli **Nacionalni program socialnega varstva za obdobje 2013–2020** (2013). Ker trenutno še nimamo novega strateškega dokumenta s področja socialnega varstva, se še nadalje uporablja stari nacionalni program, ki je potekel z letom 2020. Z letošnjim letom se pripravlja nov nacionalni program, predvidoma za obdobje desetih let. Namen novega nacionalnega programa ostaja enak, torej razvoj sistema socialnega varstva.

Glavni splošni cilj nacionalnega programa je izboljšanje kakovosti življenja oseb in družin, povečanje družbene povezanosti ter socialne vključenosti vseh skupin prebivalstva. Ob splošnem cilju so trije ključni cilji, ki se nanašajo na razvoj sistema socialnega varstva (*ibid.*):

1. zmanjševanje tveganja revščine in povečevanje socialne vključenosti socialno ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva,
2. izboljšanje razpoložljivosti in pestrosti ter zagotavljanje dostopnosti in dosegljivosti storitev in programov,
3. izboljševanje kakovosti storitev in programov ter drugih oblik pomoči s povečanjem učinkovitosti upravljanja in vodenja izvajalskih organizacij, povečanjem njihove avtonomije ter upravljanjem kakovosti in zagotavljanjem večjega vpliva uporabnikov in predstavnikov uporabnikov na načrtovanje in izvajanje storitev.

Zastavljeni cilji v mreži javne službe na področju socialnovarstvenih storitev se nanaša tudi na institucionalno varstvo oseb z duševno motnjo, kjer so ciljna skupina odrasle osebe z duševno motnjo in predvideva povišanje števila nastanitvenih mest (*ibid.*).

Drugi pomembni strateški dokument, ki se navezuje na področje duševnega zdravja je **Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028** (2018). Resolucija prikaže stanje, izzive in priporočila na področju duševnega zdravja v Sloveniji, ključno vizijo in namen.

Vizija nacionalnega programa je vsem prebivalcem Slovenije zagotoviti pravico do optimalnega duševnega in telesnega blagostanja, do pogojev za razvoj in udeleževanje vseh svojih potencialov v poklicnem, družbenem, zasebnem in družinskem življenju ter do enakega dostopa do kakovostnih virov pomoči (*ibid.*).

Namen Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) je:

- krepiti in ohranjati dobro duševno zdravje vseh prebivalcev Slovenije, preprečevati duševne težave in motnje od najzgodnejšega obdobja do pozne starosti,
- zmanjšati stigmo in diskriminacijo oseb z duševnimi motnjami,
- vzpostaviti podporno okolje za dobro duševno zdravje,
- izboljšati kompetence strokovnih služb na vseh področjih varovanja duševnega zdravja,
- približati službe in storitve za duševno zdravje uporabnikom,
- zmanjševanje institucionalizacije na področju duševnega zdravja.

### 1.3 ŽIVLJENJE V TOTALNI USTANOVI<sup>1</sup>

Goffmanova (1961) analiza življenja v totalnih ustanovah temelji na terenskem delu in opazovanju z udeležbo v večji duševni bolnišnici. Pri uporabi besede ustanova mislimo kraj, kjer redno poteka neka dejavnost. Ustanove vključujejo čas in zanimanje svojih članov. Medtem pa so totalne ustanove tiste, ki vključujejo tako rekoč vse poglede posameznikovega življenjskega sveta (delo, zabava, rekreacija ...). Totalnost vključuje tudi ovire, ki jih ustanova postavlja med sebe in ostali svet, saj so običajno fizično oddaljene od preostalega sveta. Temeljna značilnost totalnih ustanov je, da se vsi vidiki življenja dogajajo na istem kraju in pod isto oblastjo. Vse faze dnevnih aktivnosti potekajo pred drugimi ljudmi, ki jih obravnavajo enako in od njih pričakujejo enake stvari. V ustanovi obstaja vsiljen urnik s formalnimi pravili. Ustanove imajo organizirano nadzorovalno osebje, ki je manj številčno od varovancev. Med tem dvema skupinama je velik razcep že v tem, da je osebje v ustanovi 8 ur, ostali del pa je integriran v zunanjo družbo (*ibid.*).

V totalnih ustanovah lahko govorimo o omrtvičenju identitete, saj vsak varovanec vstopa v ustanovo s svojimi navadami in s pojmovanjem sebe glede na domače okolje in lastne aktivnosti. Vstop v ustanovo predstavlja porušitev stabilnosti varovanca. Razlika med ustanovo in civilno družbo onemogoča, da bi varovanec igral svojo vlogo, pri čemer pride do razlastitve vloge. Ravno tako govorimo o vdoru v človeško zasebnost, saj so meje, ki jih posameznih lahko

---

<sup>1</sup> Izraz ustanova se uporablja kot uveljavljen izraz in ima posebno mesto v literaturi pri naslavljanju takšnih organizacij, čeprav Zakonu o ustanovah (1995) v 2. členu govori, da mora biti namen ustanove splošnokoristen ali doberdelen in v nalogi raziskujem socialnovarstvene zavode, bom v tem poglavju ohranila besedo ustanova.

postavlja zunaj, v ustanovi velikokrat prekoračene. V okviru ustanov veljata poseben sistem pravil in kultura kršenj, ki vključuje tri temeljne elemente: hišna pravila, majhno število točno določenih nagrad in privilegijev in kazni (odtegnitev privilegijev) (Flaker, 1998). Ustanova skrbi za potrebe nameščenih oseb, vendar pri tem posega v vsa področja življenja in dela, zato je v takšnih pogojih nemogoče ustvariti družinsko in domače okolje (Flaker in Urek, 1988).

Zaviršek (1996) zapiše, da se v totalnih ustanovah vsakodnevno srečujemo s kršenjem človekovih pravic, kjer so pogosto kršene temeljne državljske pravice. Osebam je odvzeta pravica do enakovrednega šolanja in zaposlitve, vstopa in izstopa iz zgradbe, možnosti za samostojno življenje; velikokrat jim je odvzeta tudi poslovna sposobnost in s tem volilna pravica in pravica do uradnega zagovornika (*ibid.*).

Mali (2012) primerja podobnost socialnovarstvenih zavodov, kot so domovi za starejše s totalnimi ustanovami, pri čemer ugotavlja, da je življenje v domu ločeno od življenja zunaj; pri nameščanju osebe potekajo procesi razosebljanja osebe; medtem se mora oseba, ki je nameščena, prilagajati novemu okolju; okolje se ne prilagaja njej; osebe morajo sobivati z ostalimi, četudi se ne poznajo oziroma si niso všeč. Toda prišla je do zaključkov, da kljub elementom totalne ustanove te oblike niso skrajne in se osebe poizkuša prilagoditi nameščeni osebi glede na njihove želje in potrebe, osebe sodelujejo v procesih samoodločanja; na voljo imajo prostočasne dejavnosti, ki se jih vključujejo glede na želje in zmožnosti; organizirajo se skupni dogodki, zaželena in spodbujena je skrb za samega sebe (*ibid.*).

#### **1.4 SOCIALNO DELO IN DUŠEVNO ZDRAVJE**

Ljudje potrebujemo in želimo v življenju pridobiti različne dobre izkušnje. Imeti takšno izkušnjo pomeni, da smo lahko uresničili neko lastno potrebo. Temeljne potrebe oziroma pozitivne izkušnje, ki jih ljudje običajno želimo uresničiti, so (Wright, Haycox in Ledham, 1994):

- prisotnost v skupnosti: uporaba običajnih prostorov, ki definirajo skupnost;
- izbira: možnost, da smo avtonomni pri odločanju o majhnih in velikih zadevah ter da lahko svobodno definiramo, kdo smo in kaj so naše vrednote;

- zavedanje priložnosti in zavedanje ovir: za to moramo imeti na razpolago dovolj informacij;
- kompetentnost (=zmožnost, pristojnost oziroma sposobnost): priložnost delati tisto, kar ima za nas nek smisel in je funkcionalno, ne glede na to, kakšno podporo pri tem potrebujemo;
- možnost samoodločbe (samodeterminiranosti): daje nam občutek, da smo tisti, ki vodimo svoje življenje;
- sodelovanje v skupnosti: želja biti del mreže dvosmernih, recipročnih odnosov z drugimi ljudmi (ti odnosi oblikujejo »skupnost«), s čimer uresničujemo potrebe po tem, da ljubimo in smo ljubljene, da dajemo in sprejemamo ter da delimo z drugimi ljudmi;
- osebna kontinuiteta, ki se nanaša na trajajoče odnose s ključnimi ljudmi v našem življenju, na potrebo po domu in posedovanju stvari, ki nam dajejo občutek kontinuirane osebne/kolektivne zgodovine.

Socialne službe morajo delovati tako, da omogočajo uporabnikom zgoraj naštetih izkušenj. Naštete uresničene potrebe so obenem tudi pravice vsakega posameznika in posameznice (Zaviršek, 2002).

Socialne delavke, ki opravljajo javna pooblastila, imajo nalogo, da morajo izbrati določen ukrep v omejenem časovnem obdobju in z določenim vrstnim redom. Izvajanje javnih pooblastil socialnim delavkam nalaga, da morajo ukrepati, medtem ko upravni postopek varuje pravice ljudi in določa sklope opravil, ki jim morajo slediti. (Flaker, 2003, str. 35)

Flaker (2003, str. 14) v svojem delu izpostavi vrednote, ki jih moramo nujno upoštevati v socialnem delu, ki so spoštovanje, cenjene raznoličnosti, samoodločanje, vpliv na življenje, boriti se proti diskriminaciji, ne stigmatizirati in pravica do socialne varnosti.

Prav tako zakonca Brandon (1994) v knjigi zapišeta, kakšne spretnosti in osebne lastnosti mora imeti oseba, ki se pomaga ozreti na uporabnikovo življenje in vzpostaviti potrebne povezave z ustreznimi službami: poslušanje, komuniciranje, toplina, odprtost in navezovanje, izogibanje klientiziranju, razume sisteme, ima spretnost pogajanja, evalvacije in spremljanja.

### 1.4.1 Pogovor kot osnovno orodje socialnega dela

Temelj socialnega dela je pogovor, vendar je potrebno opozoriti, da so dejanja in stvari vsaj toliko pomembna kot besede. Besede je potrebno podkrepiti z dejanji in predvsem je pomembno, da besede ne zamenjajo stvari, ki jih uporabnik potrebuje (Flaker, 2013).

Nujne spretnosti pogovarjanja so vodenje pogovora, poslušanje (aktivno, empatično), raziskovanje, reflektiranje in problematiziranje, razvijanje novosti (novih interpretacij), sklepanje dogovorov, ustvarjanje rešitev in konkretnih dejanj. V socialnem delu vodenje pogovora največkrat pomeni, da vodi pogovor uporabnik, mi pa mu sledimo in soustvarjamo skupaj z njim. Vodenje pogovora pomeni, da sledimo pogovoru, vemo, kje smo, povzemamo pogovor, zaznavamo, kdaj se moramo s sogovornikom soočiti, kdaj klepetati in kdaj priti do sklepov (*ibid.*).

Pomembno je poudariti tudi spretnost poslušanja. Potrebno je aktivno poslušati, pri čemer se zadržimo oziroma izognemo svojim mislim ter preverjamo, ali slišimo to, kar želimo, ali resnično tisto, kar nam želi sogovornik povedati (*ibid.*). Večina nas potrebuje dobro poslušanje, ki je redko. To daje občutek, da se je tisti, ki posluša, postavil na stran, da bi lahko resnično prisluhnil, kaj mu oseba pripoveduje o svojem življenju. Poslušalec torej sliši in hkrati razume; s tem daje priložnost in čas, ki ga oseba potrebuje (Brandon in Brandon, 1994).

Prav tako je pri pogovoru potrebno ohranjati empatijo do sogovornika, pri čemer se lahko vživljamo v telesne položaje in dihanja sogovornika, sledimo intonaciji, se vživimo v situacijo sogovornika (Flaker, 2013).

Pogovor je v socialnem delu raziskovalen proces. Raziskujemo znamenja, ki nam jih sogovornik pokaže, pri tem postavljamo hipoteze, ki jih sproti preverjamo. Pogovor je potrebno reflektirati, kar ni samo povratna informacija, ampak pogled na povezave, celote in dele (*ibid.*).

Tudi avtorji Čačinovič, Kopal, Mešl in Možina (2005) opredelijo osrednji prostor, kjer se dogaja proces pomoči v socialnem delu, pogovor. Pogovor prinaša odprt prostor, kjer sta uporabnik in socialni delavec sogovornika oziroma soustvarjalca. V pogovoru pridobimo izkušnjo spoštovanja in osebnega dostojanstva in v njem raziskujemo in soustvarjamo spremembe. V pogovor vstopajo ljudje z različnimi osebnimi zgodovinami, izkušnjami in kompetencami in s tem soustvarjajo udeležnost v rešitvah (*ibid.*).

## 1.4.2 Normalizacija

Normalizacija je proces, kjer poizkušamo ustvariti enake razmere za življenje za vsakega posameznika ne glede na to, ali ima težave v duševnem zdravju ali ne. Gre za pravico posameznika, da lahko ne glede na stanje telesa ali duševno počutje živi enako kot vsi državljani. Že na začetku razvoja koncepta normalizacije je bilo jasno, da je potrebno ljudem zagotoviti čim večjo kakovost življenja. Ljudem je potrebno omogočiti življenjske izkušnje kot jih imajo ljudje, ki nimajo težav v duševnem zdravju (Videmšek, 2013). Normalizacija se osredotoča na zadovoljevanje temeljnih človekovih pravic, med katere je Nirje (1969) uvrstil pravico do normalnega dnevnega ritma, pravico do normalnega ritma življenja, pravico do izbire ter pravico do spolnega življenja.

Pomembno je, da so osebe vpete v vsakdanje življenjske situacije in v vloge, ki so cenjene; s tem se lahko izognemo stigmatizaciji in diskriminaciji. Metodo lahko uporabimo za različne namene; s tem lahko evalviramo delo inštituciji in koliko imajo ljudje možnosti v njih prevzemati cenjene vloge. S to metodo lahko primerjamo življenje v zavodu z vsakdanjim življenjem. Na podlagi primerjave lahko začnemo razvijati nove načine dela, aktivnosti, možnosti ali ideje. Evalvacija nam pomaga, da lahko načrtujemo nove službe in odgovore, ki bodo karseda vsakdanji in bodo omogočali ljudem, da prevzemajo cenjene vloge (Rafaelič, 2015).

Pet principov normalizacije po Brandon in Brandon (1992):

### 1. Razvijanje participacije ali načelo socialne participacije

Sprašujemo se, koliko in ali lahko ljudje vplivajo na službe, ki jih uporabljajo. Ali so ljudje vključeni v vodenje in načrtovanje organizacije in s tem vplivajo na službe, ki jih uporabljajo. Prav tako morajo biti ljudje udeleženi tudi zunaj meja služb v lokalno skupnost. Družba mora sprejeti, prepoznati prispevek ljudi s težavami v duševnem zdravju kot enakovreden ostalim.

### 2. Večanje izbire ali načelo resnične izbire

Sprašujemo se, ali imajo ljudje nadzor nad svojim življenjem in ali imajo možnost izbire na vseh nivojih svojega življenja. Uporabnikom damo možnost resničnih izbir, saj s tem pridobivajo občutek, da obvladujejo svoje življenje, pri čemer se veča tudi njegovo samospoštovanje v primeru uspešne izbire. Ljudem moramo ponuditi izkušnje in informacije

in pri tem opredeliti posledice dane izbire. Za uspeh uporabnika so potrebni osebna moč, znanje, informacije in podpora zavoda.

### 3. Poglobljanje odnosov ali načelo dobrih medosebnih odnosov

Sprašujemo se, ali lahko ljudje razvijajo tople, prijateljske odnose z drugimi. Poglobljanje odnosov pomenijo kakovostni odnosi. Uporabniki imajo v večji meri odnose le s sorodniki ter njihovimi terapevti. Potrebno je razvijati odnose tudi med osebjem, sosedi, zunanjimi sodelavci in drugimi. Pomembno je upoštevati uporabnike kot ljudi, ki prispevajo k delovanju družbe.

### 4. Individualizacija razvoja ali načelo osebnega razvoja

Sprašujemo se, ali se uporabnike dojema kot spoštovane posameznike z možnostjo osebne rasti. Uporabnikom je potrebno zagotavljati osebni razvoj. Delo v zavodu je potrebno prilagajati potrebam posameznikov; uporabniki morajo imeti možnost izražanja in biti deležni individualnega svetovanja.

### 5. Stopnjevanje druženja ali načelo resničnega povezovanja

Sprašujemo se, ali se uporabniki družijo z ljudmi, ki niso plačani, da bi bili z njimi, in ali okolje in namestitve spodbujata integracijo. Uporabniki morajo uporabljati skupnostne prostore tudi na nivoju lokalne skupnosti, ki so namenjeni vsem prebivalcem (knjižnice, javni prevoz ...). S tem uporabniki širijo svoj krog poznanstev; tako tudi ostali dobijo priložnost spoznati ljudi s težavami in imajo na ta način priložnost odkrivati njihovo življenje.

Koncept normalizacije je doživel tudi kritiko, da se pojem navezuje na normalnost, kjer naj bi se moral spreminjati posameznik, namesto da se spreminjajo ali prilagajajo družbena merila. Koncept normalizacije ni presegel te kulturne norme, zato se je kasneje razvil koncept družbeno vrednotenih vlog. Koncept je tesno povezan z Wolfensbergerjem (1972) in je nekakšna nadgradnje koncepta normalizacije. Temelji na spreminjanju družbe, ker naj bi bila prav družba tista, ki bi pripomogla k spreminjanju položaja izključenih ljudi. Za stroko socialnega dela je koncept zelo pomemben, ker temelji na vključenosti posameznikov in spodbuja razvoj skupnostnih oblik podpore. Zakonca Brandom (1994) v koncept družbeno vrednotenih vlog dodaja pet načel za vsakdanje običajno življenje, ki so hkrati tudi temeljne vrednote za načrtovanje in vzpostavljanje socialnih služb. Mednje sodijo dobri medsebojni odnosi, resnična izbira, večje sodelovanje, osebni razvoj in druženje prizadetih in neprizadetih ljudi. Upoštevanje teh načel omogoča uporabnikom storitev udeležbo v pogovoru o njih samih (*ibid.*).

### 1.4.3 Zagovorništvo

Zagovorništvo je temelj in nujno potrebno v socialnem delu, saj uporabnikom omogoča glas, ki ga potrebujejo, vendar ga sami ne zmorejo za doseg svojih pravic in enakovredno in enakopravno upoštevanje v družbi. Zagovorništvo je strokovna drža, metoda, etična naravnost in predstavlja splošno usmeritev, ki se zavzema za zaščito temeljnih pravic in dostojanstva ljudi (Urek, 2013).

Temeljna funkcija zagovorništva je opolnomočenje na znotraj in navzven in je proces, ki se nikoli ne konča, saj je pridobljeno potrebno razvijati, če želimo obdržati. Bistvo zagovorništva je, da omogočimo ljudem, da se aktivno vključijo v reševanje lastnih problemov v smeri, ki si jo želijo sami. Trije vidiki pomoči, ki se prepletajo, so ozaveščanje, učenje spretnosti in posredovanje v okolju. Zagovornik ne dela namesto osebe in tudi ne za njenim hrbtom; prav tako mora biti neodvisen od zavoda, s katerim je nastal spor. Učenje spretnosti poteka skupaj z ozaveščanjem, saj se oseba nauči izražati čustva in jih sprejemati. Posredovanje v okolju nastopi kasneje oziroma takoj, kadar gre za nujne zadeve, Priporočljivo je, da se deluje postopoma (Lamovec, 1998).

Tudi Zaviršek, Zorn in Videmšek (2002) opredelita zagovorništvo kot metodo socialnega dela, ki vključuje krepitev moči osebe ali določene skupine, pri čemer se zavzemamo za njihove cilje in spremembe v širšem okolju. Krepitev moči oziroma zagovorništvo vključuje spremljanje osebe v zavode, informiranje, pomoč pri uresničevanju pravic, zavzemanje za spremembe zakonodaje, javnega mnenja in diskriminacije (*ibid.*).

Z zagovorništvom pomagamo osebam s težavami v duševnem zdravju k avtonomiji, socialni avtonomiji in vključevanju v skupnost. Pri tem pomaga osebam, da si pridobijo moč in vpliv nad lastnim življenjem in nudimo podporo pri uveljavljanju pravic pri močnejših družbenih skupinah in zavodih (Holec, Rovšek, Žerdin 1999).

Želen izid zagovorništva je samozagovorništvo (Zaviršek, Zorn in Videmšek, 2002). Samozagovorništvo se nanaša na to, da se oseba postavi zase pri posameznih dejanjih oziroma ko člani skupine zastopajo sebe in svoje vrstnike pri nosilcu družbene moči. Samozagovorništvo se prav tako lahko nanaša na širšo družbeno akcijo z namenom izboljšanja položaja vrstnikov. Za večino takšnih skupin je značilno, da deloma sodelujejo z obstoječimi službami, vendar poizkušajo ohranjati zadostno razdaljo (Lamovec, 1998).

#### 1.4.4 Asertivnost

Zaviršek, Zorn in Videmšek (2002, str. 36) opišejo asertivnost kot obnašanje in način komunikacije, ki temelji na samospoštovanju, na ustvarjanju enakopravnih odnosov, sprejemanju osebne odgovornosti, na zavedanju lastnih pravic in pravic drugih ljudi. Predvsem pa so lahko osebe, ki so asertivne, zadovoljne s tem, kar povejo, in da povejo (Sundel in Sundel, 1981).

Asertivne osebe lažje izražajo svoje mnenje, vzpostavljajo boljše interakcije in tesnejši stik z ljudmi; manj asertivne osebe slabše komunicirajo v stresnih situacijah ter lahko zdrsnijo v izolacijo. Asertivnost je osebnostno značilnost, ki oblikuje doživljanje sebe, na kakšen način smo sposobni reševati probleme in se soočati z obremenitvami. Pomankanje asertivnosti lahko privede do odvisnosti, deviantnosti ter s tem prispeva k družbeni stigmatizaciji (Erlah, Žniderac, 2004).

Načini asertivnega obnašanja so (Zaviršek, Zorn in Videmšek, 2002, str.10), da govorimo v svojem imenu, povemo, kako se počutimo, da povemo jasno in naravnost, kar želimo, ločimo dejstva od mnenja, upoštevamo, da imajo ljudje različen vidik na stvari, da smo neposredni, pripravljeni na pogajanja, spodbujamo druge, da so asertivni, da se zavedamo, da ne zavračamo človeka, ko zavrnemo zahtevo neke osebe ampak le njegovo zahtevo, in da imamo telesno govorico v skladu z našimi besedami (*ibid.*).

Asertivnost je izredno pomembna pri delu z ljudmi, predvsem da uporabnike spodbujamo in učimo tehnike asertivnosti, saj imajo uporabniki malokrat priložnost izražati svoje mnenje in veliko uporabnikov ima zelo nizke občutke lastne vrednosti. Asertivnega vedenja se lahko naučimo, pridobimo s pozitivnimi izkušnjami, ki krepijo samozavest. S treningom asertivnosti zmanjšujemo občutke nemoči in šibke zavesti. Z učenjem večine asertivnega obnašanja se uporabniki znajo bolj postaviti zase in s tem večajo vpliv na svoje življenje (Zaviršek, 2002).

#### 1.4.5 Opolnomočenje in krepitev moči

Z opolnomočenjem oseba pridobiva občutke, da lahko sama vpliva na svoje življenje; pri tem jo podpremo, da svoje odločitve uresniči. Z opolnomočenjem krepiamo občutke samozavesti, spodbujamo osebo, da uporablja svoje vire moči. Moč strokovnjaka se premakne tudi na uporabnika, ki lahko ponovno prevzame vajeti svojega življenja. Pri delu z uporabnikom

moramo uporabnike vključiti v odločanje o njihovi obravnavi in načrtovanju življenja ter odločanju o storitvah in službah, ki jih uporabljajo. Uporabnike je potrebno vključiti v načrtovanje, spremljanje, razvoj, oblikovanje in izboljševanje storitev in služb, ki jih uporabljajo (Zaviršek, Zorn in Videmšek 2002).

Lamovec (1998) opiše pojem opolnomočenje kot končni cilj, za katerega si prizadevamo. Cilj je potrebno natančno opredeliti in prav tako določiti vmesne stopnje, ki vodijo do njega. Izhodišče nam je lahko cilj, da postane moč uporabnikov enaka moči drugih državljanov (*ibid.*). Škerjanc (1996) pravi, da odločanje o treh bistvenih življenjskih vprašanjih pomeni opolnomočenje. Torej: Kje bom živel/a (a)? Kaj bom delal (a)? Kdo me bo pri tem podpiral(a)? Pri tem je bistvena možnost izbire uporabnikov.

Zaviršek, Zorn in Videmšek (2002, str. 64) opišejo 5 glavnih nalog vključevanja uporabnikov v delo socialnih služb:

1. da identificiramo ovire, ki nastanejo in onemogočajo učinkovito delo med posameznimi uporabniki, strokovnim osebjem, skrbniki, načrtovalci služb, financerji služb, akademiki/teoretiki na določenem področju;
2. da raziščemo, kako bi lahko premagali ali odstranili te ovire;
3. da identificiramo praktične primere projektov, na katerih bi skupine lahko delovale za to, da izboljšajo socialno službo/zavod/projekt;
4. da ugotovimo, kdo bi lahko bil vključen v takšne projekte in kako zagotoviti multidisciplinarnost in uporabniško participacijo;
5. da razmislimo, kako naj bi organizirali delo, kakšni so naši cilji, kako naj jih dosežemo.

Ob koncu 20. stoletja termin opolnomočenje nadomesti izraz krepitev moči. Opolnomočenje v Slovarju slovenskega knjižnega jezika pomeni »pooblastiti«. Prevod opolnomočenje je preozek; napeljuje tudi na neenakopraven položaj med sodelujočimi, kar koncept krepitev moči zavrača (*ibid.*). Barbara Solomon (1976, str. 346) je zapisala: »Koncept krepitev moči se nanaša na proces, s čimer si osebe, ki sodijo med obrobne skupine ljudi, pridobijo in povečajo spretnosti in izkušnje, pridobijo ugled v medsebojnih odnosih ter prevzamejo družbeno vrednotene vloge.«

Področje socialnega dela je specializirano za izvajanje pomoči, zato je bistveno vprašanje njenih storitev moč oziroma nemoč drugih. Osebe postanejo uporabniki, kadar same ne zmorejo reševati svojih težav, zato je je krepitev moči uravnavanje razmer odvisnosti, ne pa njihova

odprava, saj je človek družbeno bitje, ki je odvisno od drugih in pri tem postane socialna bitja. Šele v odvisnosti do drugih lahko uresničujemo svoje interese, cilje. Zato se združujemo v skupine. Pri krepitvi moči gre za spreminjanje tipa ali stopnje odvisnosti (Dragoš idr., 2008). Koncept krepitve moči omogoča, da oseba pridobi občutek lastne vrednosti ter da je sposobna odločati o svojem življenju in te odločitve tudi uresničevati v vsakdanjem življenju. Uporaba koncepta prav tako omogoča spreminjanje odnosa med strokovnjaki in uporabniki; prinaša porazdelitev moči. Uporabniku pomaga, ga spodbuja, da razvije tiste spretnosti in sposobnosti, s katerimi lahko poveča svoj vpliv in svojo moč (Videmšek, 2013).

Krepitev moči pa ni le krepitev psiholoških značilnosti, ampak družbenega položaja, kar je med seboj povezano. Oseba črpa moč iz svojega formalnega statusa in vlog, ki jih igra. Del moči, ki se navezuje na status, so tudi ugled in spoštovanje, zaupanje, zveze in poznanstva ter družbene vloge (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajč, 2013).

V socialnem delu se koncepti med seboj prepletajo in dopolnjujejo; temeljni koncept, ki dopolnjuje ostale in pripomore k razvoju partnerskega odnosa z uporabnikom, je še perspektiva moči. Saleebey (2009) je zapisal, da praksa, ki temelji na perspektivi moči, pomeni, da je vse, kar delaš kot socialni delavec, utemeljeno s tem, da pomagaš odkriti, raziskati in izkoristiti uporabnikovo moč in vire, ko mu pomagaš, da doseže svoje cilje, uresniči svoje sanje in razbije okove oviranosti in nesreč.

Perspektiva moči pomeni, da se kot strokovni delavec usmerjamo k iskanju rešitev in se ne osredotočamo na probleme. Čačinovič Vogrinčič (2006, str. 20) navaja: »Premik k perspektivi moči nas usmeri, da v prispevku uporabnikov razlikujemo njihove vire moči, sprašujemo po zaželenih razpletih, po dobrih izidih, po sanjah in upanju, po opori v skupnosti, po dobrih izkušnjah iz preteklosti.« Uporabnike je potrebno preusmeriti iz problema k iskanju možnih rešitev in priložnosti, ki jih imajo. Pri svojem delu delujemo iz koncepta krepitve moči, ki temelji na perspektivi moči, odkrivamo potencialne posameznikov. Predvsem temelji na tem, da ima vsak uporabnik spretnosti in darove, ki jih lahko razvija; s tem povečuje svojo moč. Hkrati si strokovni delavec prizadeva za krepitev družbenega položaja uporabnikov. Krepitev moči je le eno izmed načel delovanja s perspektive moči. Saleebey, ki je v stroko socialnega dela vpeljal koncept, je izdelal leksikon moči, ki vsebuje načela delovanja s perspektive moči (Videmšek, 2013).

Perspektiva moči vključuje spremembe v življenju, okolijske stike in medosebni proces, ki se med seboj prepletajo. Uporablja se individualno, pri čemer preokvirjamo osredotočenje na težave na iskanje možnih rešitev. Čačinovič Vogrinčič (2002) pojasni, da gre pri konceptu perspektive moči za možnost okrevanja, pri čemer spoštujemo uporabnikove izkušnje, življenje, dostojanstvo in zmožnosti. Pri čemer se uporabnikom pridružimo, kjer so v njihovem življenju in njihovem jeziku ter odkrivamo njihove kompetence, cilje in želje (Smonker, 2007).

#### **1.4.6 Uporabniška evalvacija**

Z evalvacijo ocenjujemo, kako kvalitetna je določena storitev ali služba. Med seboj se evalvacije razlikujejo predvsem v tem, kdo jo izvaja in čigave interese zastopa. Uporabniška evalvacija ocenjuje zadovoljstvo uporabnikov z delovanjem storitev in službe, ki jo uporabljajo. Področja ocenjevanja kvalitete storitev in službe je ocena odnosov, možnost resničnih izbir, participacija, opolnomočenje ter smiselno druženje in prijateljstva. Evalvacija je lahko sestavljena tudi iz ocene službe, osredotočenosti službe na uporabnika, spoštovanja do osebe, ohranjanja in spoštovanja človekovih pravic, ohranjanja socialnih mrež, fizičnega okolja, kvalitete strokovnega osebja, označevanja v socialnih službah, odprtosti službe do kritike in spremembe ter izkušenj z drugimi službami za pomoč in podporo handikapiranih ljudi (Zaviršek, Zorn, Videmšek 2002).

Uporabniki imajo premalo vpliva nad storitvami, ki jih prejmejo, zato so se po štirih poteh lotili izboljšanja situacije, in sicer z bojem, izboljšavami, izogibanjem in nadomeščanjem (Kemshall in Littlechild, 2000). V naštetih pristopih gre za nadzor nad prejeto pomočjo, ki se odraža v načelu uporabnikove zadnje besede. To naj bi pomenilo, da ima uporabnik vpliv in zadnjo besedo pri opredelitvi svoje stiske, rešitev za njeno preseganje (Škerjanc, 2011).

#### **1.4.7 Analiza tveganja**

Analiza tveganja se je razvila zaradi dvojne potrebe strokovnjakov (zlasti socialnih delavcev), ki so odgovorni za varnost ljudi; pri tem gre tudi za nevarnost, da bi ljudje ogrožali sebe ali druge. Velikokrat zakonodaja odvzema svobodo ljudem v duševni stiski, vendar ni nujno, da diagnoza duševne bolezni pomeni, da je oseba nevarna, zato je potrebno oceniti, kakšno je konkretno tveganje za človeka, da bi se znašel v situaciji, ki bi bila nevarna zanj ali za druge (Flaker, 1994).

Tveganje je del našega vsakdana. Možnost tveganja pomeni, da lahko odločaš o svojem življenju. Skupine ljudi, ki imajo v družbi manj moči, so zaradi slabših življenjskih razmer velikokrat bolj izpostavljene tveganjem oziroma nevarnostim. Hkrati imajo skupine ljudi, katerim je odvzeta pravica odločanja o samemu sebi, manjše možnosti tveganja (Rafaelič, 2015). S tem, ko ljudi zapiramo v zavode, ker naj bi bilo tam za njih poskrbljeno in bodo na varnem, jim omejimo možnosti tveganja (Goffman, 1961). Ko jim omejujemo možnosti tveganja, jim omejimo tudi možnost odločanja o svojem življenju. Zaradi varnosti je v zavodih marsikaj prepovedano, npr. prosti izhodi, obisk prijateljev, udeležba na dogodkih, saj gre velikokrat za strah osebja pred odgovornostjo. Osebe zaradi skrbniške vloge, v katero so postavljene, čutijo, da so same odgovorne za stanovalce, čeprav imajo recimo polno opravilno sposobnost. Pri tem si lahko pomagamo z analizo tveganja, kjer lahko razširimo možnosti in zmanjšamo oziroma nevtraliziramo ali normaliziramo tveganje, pri čemer omejimo možnosti uporabe prisile in zapiranja (Rafaelič, 2015). Pri omejevanju človeka je potrebno preizkusiti, ali so bile izčrpane vse možnosti, ki osebo omejujejo v najmanjši možni meri (Flaker in Grebenc, 2011).

#### **1.4.8 Multidisciplinaren tim**

Multidisciplinaren tim je manjša skupina ljudi, ki združuje različne strokovnjake, običajno iz različnih poklicev in dejavnosti. Strokovnjaki so v multidisciplinarni tim združeni, da bi prispevali k skupnemu cilju, zadovoljevanju zdravstvenih in socialnih potreb uporabnikov (Overetviet, 1993). Tim je prostor, kjer se združujejo ljudje različnih strok, kar doprinese k širšemu in bolj celostnemu vpogledu v situacijo (Flaker, 1997).

Pri timskem delu koordinator poveže vse sodelujoče iz uporabnikovega okolja v skupno delo. Naloga sodelujočih je, da se povežejo v skupno delo in sodelovanje, pri čemer sledijo izvajanju uporabnikovih ciljev. Sodelujoči se zavežejo k podpori uporabnika predvsem z zavezo k skupni akciji in sledenju postavljenih ciljev. Socialni delavec v timu ima lahko vlogo prevajalca med različnimi strokami in poklici ter med strokovnjaki in uporabniki ter njihovimi bližnjimi, povezuje potek tima ter prevaja teorijo v akcijo (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013). Osnovna naloga tima je, da z različnim tehnikam preveri odločitve, ocene in načrte. Timi se srečujejo na konferencah, kjer se seznanijo z gradivom in razpravljajo o možnostih, ki jih predstavi delavec, ki vodi primer. Vsa mnenja strokovnjakov v timu so načeloma enakovredna.

Izdela se poročilo, na podlagi katerega člani sprejmejo odločitev o potrebnem ukrepanju. O nadaljnjih ukrepih se tim odloči s soglasjem. V programu izvajanja ukrepov so navedeni vsi izvajalci, njihove funkcije, načini medsebojnega komuniciranja ter usklajevanja in časovni roki (Flaker, 2003).

Multidisciplinarni tim je predvsem v korist uporabnikom, saj se v okviru tima lahko zadovoljujejo kompleksne potrebe. Predvsem uporabniki s področja duševnega zdravja, ki so uporabniki zdravstvenih in socialnih storitev, se soočajo s kompleksno življenjsko situacijo, s katero se ne more ukvarjati en sam strokovnjak. Osebe z dolgotrajnimi težavami ne potrebujejo le zdravljenja, ampak tudi pomoč pri nastanitvi, zaposlitvi, vzpostavljanju odnosov. Celostna obravnava je mogoča le z usklajevanjem med delavci na več področjih (Flaker, 1997). Multidisciplinarni tim je prav tako v prid strokovnjakom, saj si razdelijo delo in moč. Uporabnik ima omejen čas, ki ga razporeja med ure, ko prejema različne storitve. Strokovnjaki sodelujejo med seboj, določijo prioritete in uskladijo svoje dejavnosti. Prav tako različni strokovnjaki vstopajo v time z neenakimi stopnjami moči glede na status, usposobljenost, okolje in zakonske kompetence (Flaker, 1997).

## **1.5 INDIVIDUALNI NAČRT**

### **1.5.1 Metoda osebnega načrtovanja in izvajanja storitev**

Metoda vključuje predvsem raziskovanje življenjskega sveta in omogočanje dostopa do sredstev. Vsebuje tudi vzpostavljanje delovnega odnosa, analizo tveganja in krepitev moči ter osnove delovanja v socialnem delu, kot so zapisovanje, pogovarjanje, terensko delo in timsko delo. Na podlagi raziskovanja življenjskega sveta uporabnika se oblikujejo cilji in načrtuje se uporabo sredstev, ki jih uporabnik že ima na voljo, in tiste, ki jih mora še pridobiti. Vedno se upošteva voljo uporabnika z nenehnim dialogom in ustvarjanjem delovnega odnosa. Delujemo tako, da krepimo moč uporabnika. Z metodo osebnega načrtovanja upoštevamo uporabnikovo enkratnost in sposobnost za samoodločanje. Ne izhajamo iz uporabnikovih težav, ampak iz njegovih ciljev. Uporabnik potrebuje usklajeno, stalno in njegovim potrebam prilagojeno oskrbo, ki obsega podporo v celotnem življenju in dostop do številnih storitev različnih izvajalcev (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013).

## 1.5.2 Zgradba individualnega načrta

Obseg individualnega načrta je štiri do pet strani in je sestavljen iz dveh delov. Prvi del vsebuje uvod ter pregled življenjske situacije posameznika, ki jih zapišemo s pregledom petih magnetov. Magneti se nanašajo na vpliv, spretnosti, stik, bolečine in želje. Na koncu prvega dela zapišemo posameznikove cilje. Drugi del načrta je stroškovni, kjer opišemo finančna sredstva, ki jih potrebujemo za uresničitev ciljev. Po zapisanem individualnem načrtu sledi refleksija poteka izdelave načrta; zapisovalec prav tako zapiše svojo vlogo pri izvedbi le-tega. Pri individualnem načrtovanju stremimo k opolnomočenju posameznika, kar pomeni, da se načrt zapiše na željo uporabnika. Uporabnika pred zapisom seznanimo s potekom zapisa načrta, razložimo namen zapisa načrta, povemo, koliko časa bo trajala izvedba načrta, pri čemer se dogovorimo o načinu zapisa. Pri izdelavi načrta moramo zagotoviti enakovreden odnos. Lokacijo srečanja določi uporabnik, pri tem zagotovimo okoliščine, kjer je mir in zasebnost ter se ohranja dostojanstvo. Pri izdelavi načrta se uporablja razumljiv jezik za uporabnika, na vsakem srečanju se prebere, kaj je bilo zapisano na zadnjem srečanju in se določi prednostne potrebe in želje uporabnika. Zgodbam uporabnika se verjame brez preverjanja. Ob zaključku vsakega srečanja se zahvalimo za sodelovanje in preverimo, koliko moči in vpliva je imel uporabnik v procesu načrtovanja, skupaj se dogovorimo, s kom bomo v načrtu sodelovali in ga seznanimo, kdo bo imel vpogled v načrt, prav tako se uporabnika seznanimo, da je po podpisu prejema individualnega načrta to njegov osebni dokument. Po enem letu se načrt revidira ali popravi in prav tako evalvira. Najbolj pomembno je, da je imel uporabnik ves čas pregled nad vsebino in delom. Zapisovanje načrta poteka približno šest tednov in vključuje pet do šest srečanj. V tem procesu uporabnik pridobi izkušnjo, da so njegove besede in občutja za nas pomembna in da se osredotoči na to, kaj je zanj pomembno v njegovem življenju (Zaviršek, Zorn in Videmšek, 2002).

V uvodu individualnega načrta predstavimo posameznika, sledi zapis petih magnetov. Magneti si lahko sledijo v poljubnem vrstnem redu (Zaviršek, Zorn in Videmšek, 2002).

- VPLIV – kakšen vpliv ima posameznik na svoje življenje.
- SPRETNOSTI – kaj vse zna posameznik, ter želje kaj si še želi razviti.
- STIKI – spoznavamo posameznikovo socialno mrežo.
- BOLEČINA – razkrivamo osnovne vire bolečine, katere stvari so osebi povzročile največje trpljenje in katere ji povzročajo trenutno največ skrbi ter s katerimi osebami

ima konfliktno situacijo ter ali je seznanjen s svojo boleznijo in s postopki zdravljenja ter ali lahko na njih vpliva.

- ŽELJE – običajno zaključujemo pogovor s pozitivnimi stvarmi, zato posameznika vprašamo o njegovih željah, kaj ga najbolj veseli, kaj mu je že uspelo uresničiti in s kom se lahko o tem pogovarja (*ibid.*).

Zapisovanju magnetov sledi zapis ciljev, kjer je zapisano, kaj si posameznik želi uresničiti in kaj potrebuje za doseg ciljev. Načrt zaključimo z refleksijo, ki ji sledi implementacija individualnega načrta, kjer poskušamo zastavljene načrte uresničiti. Po enem letu sledi evalvacija načrta, kjer ocenimo uspešnost izvedbe načrta. Skupaj z uporabnikom ocenimo, kaj smo uspeli uresničiti, ter s pomočjo lestvice od ena do pet ocenimo, kaj se je v življenju posameznika spremenilo. Evalvacija nam prav tako daje smernice za nadaljnje delo. Ob evalvaciji ob vsakem cilju zapišemo komentar ter zapišemo, kaj smo naredili in kaj je še potrebno za doseg cilja (*ibid.*).

### 1.5.3 Proces načrtovanja

Proces načrtovanja sestavljajo vzpostavitev delovnega odnosa, raziskovanje življenjskega sveta in zapisovanje načrta. Pri procesu načrtovanja moramo prav tako upoštevati načela in okoliščine načrtovanja. Načela načrtovanja vključujejo vpliv uporabnika, ki ga moramo zagotoviti v celotnem procesu načrtovanja. Uporabnik mora imeti vedno možnost biti navzoč, če je to možno oziroma če si to želi. Če uporabnik ni navzoč, ga je potrebno dosledno obveščati in mu poročati ter se z njim posvetovati. Prav tako mu moramo omogočiti, da ima nadzor o posredovanih informacijah o njem drugim. Vse dogovore vedno znova preverjamo in se posvetujemo z uporabnikom. Bistveno načelo je prav tako krepitev moči uporabnika, ki je opisana zgoraj. Načelom načrtovanja se doda še pravica do napak, ki izhaja iz pravice do odločanja o svojem življenju, o majhnih in velikih rečeh. Z odločanjem o svojem življenju vedno tvegamo, da se bomo zmotili, ampak imamo možnost stvari tudi popraviti. Uporabnikom velikokrat to možnost odvzamemo. Značilnosti načrtovanja sta prav tako refleksivnost in reflektivnost. Refleksivnost nam pomaga, da imamo možnost stvari preizkusiti, da vidimo, ali delujejo in načrt imamo nato možnost spreminjati in dopolnjevati (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajč, 2013).

#### 1.5.4 Vzpostavitev delovnega odnosa

Vzpostavitev delovnega odnosa vključuje predstavitev načrtovalca in načrtovanja, podelitev mandata za načrtovanje in sklenitev dogovora o načrtovanju. Stik lahko uporabnik z načrtovalcem vzpostavi posredno ali neposredno, lahko se nanj obrne sam ali ga poveže kdo drug oziroma lahko načrtovalec naveže stik z uporabnikom. Po vzpostavitvi stika načrtovalec seznaní uporabnika z nameni srečanj in vlogi načrtovalca ter prav tako, kakšna je vloga v celotnem procesu uporabnika. Prav tako pojasni formalnosti in predstavi možen potek srečanj. Uporabniku predstavi metodo individualnega načrtovanja ter pravice, ki jih ima pri tem uporabnik. Seznaní ga s procesom načrtovanja, namenom in produktom. Potrebno je pojasniti odgovornost načrtovalca in uporabnika ter kdo bo imel vpogled v dokumentacijo. Uporabnik se po predstavitvi odloči, ali bo sodeloval ali ne (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013).

#### 1.5.5 Raziskovanje življenjskega sveta

Uspešno socialno delo je, da z uporabnikom delamo na mikro, mezo in makroravni. Mikroraven dela se nanaša na posameznika, družine in skupine, medtem ko mezoraven vključuje neformalne in formalne vire pomoči v okolju posameznika. Makroraven vključuje družbeni in politični kontekst obravnave socialnih problemov. Raziskovanje življenjskega sveta uporabnika ne more potekati ločeno od ljudi in njihovega življenjskega okolja. Raziskujemo potrebe in možne rešitve v okolju, kjer uporabnik živi, vključimo družino, sosese in formalno mrežo. Na nas je tudi raziskovanje različnih storitev v obstoječi mreži ter preverjanje ustreznosti in kakovosti le-teh. Raziskujemo tudi nove možnosti in priložnosti v okolju. Pri raziskovanju življenjskega sveta izhajamo iz perspektive moči (Šugman Bohinc, Rapoša Tajnšek, Škerjanc, 2007).

Dejavnike, ki vplivajo na to, kako uspešen bo človek pri svojih ciljih in kako kakovostno bo njegovo življenje Rapp v Šugman Bohinc, Rapoša Tajnšek, Škerjanc (2007) razdeli v dve skupini osnovnih virov, in sicer iz posameznika in iz socialnega okolja.

Individualni dejavniki, ki so med seboj povezujejo in so v interakciji (*ibid.*):

- Pričakovanja: ljudje, ki so v življenju uspešni, imajo cilje in sanje; ljudje, ki so prikrajšani za normalne življenjske razmere, so prikrajšani tudi za sanje, cilje,

pričakovanja in upanje. Pri delu z uporabniki so ključni cilj, kakovost življenja, zadovoljstvo, dosežki in ne le preživetje.

- Sposobnost: vsi ljudje imamo spretnosti, vire oziroma zmožnosti; potrebno jih je le prepoznati in graditi na njih. Socialno delo je le v pomoč pri prepoznavanju.
- Zaupanje: Ljudje, ki so uspešni v življenju, zaupajo vase in v svoje odločitve. Zaupanje povežemo z močjo, vplivom in vero vase.

Dejavniki v okolju, ki se med seboj povezujejo in so v interakciji (*ibid.*):

- Sredstva: ljudje potrebujejo dostop do sredstev in storitev, s katerimi lahko dosežejo cilj. Ljudje, ki živijo v prikrajšanosti, imajo omejen dostop do sredstev in storitev oziroma jim je le-ta onemogočen.
- Priložnosti: prav tako morajo ljudje imeti dostop do priložnosti, ki so pomembne za uresničevanje njihovih ciljev.
- Socialni stiki: ljudje v življenju potrebujejo vsaj en odnos s sočlovekom, ki je zanje smiseln in pomemben.

Socialno delo ima dvojno nalogo, konkretno pomoč posamezniku, in opozarjati na pomankanje sredstev in priložnosti v okolju (Šugman Bohinc, Rapoša Tajnšek, Škerjanc, 2007).

### **1.5.6 Ustvarjalne metode pri raziskovanju življenjskega sveta uporabnika**

Tri splošne metode raziskovanja življenjskega sveta uporabnikov so pogovor, eko-zemljevid in individualno načrtovanje. Ostale metode so opazovanje, obisk na domu, terensko delo, analiza in ocena potreb v skupnosti ... Raziskujemo vedno v dogovoru z uporabnikom, izhajamo iz uporabnika in iz tega, kar prinese s seboj (vire moči, vizije, cilje ...) Predvsem je poudarek na temu, kako raziskujemo, saj izhajamo iz uporabnikovih želja in njegovega videnja situacije. Raziskovanje sveta uporabnika ni predpisano; predvsem se moramo izogibati utečenim anketnim vprašalnikom. Bolje je, da uporabnik pripoveduje svojo zgodbo, raziskuje svoj življenjski prostor, razpoložljiva sredstva in vir moči. Pridružimo se mu in pomagamo z vprašanji. Predvsem raziskovanje življenjskega sveta ne sme postati rutina; razvijamo partnerski odnos z uporabnikom, ki vodi smer dela. V procesu raziskovanja je potrebno ustvariti spodbudno klimo za delo, prostor za izražanje uporabnikovih pričakovanj, odpirati priložnosti za razvijanje rešitev, dogovarjati se za skupno načrtovanje o vključevanju drugih ljudi in podobno (Šugman Bohinc, Rapoša Tajnšek, Škerjanc, 2007).

Kombiniramo različne metode dela, predvsem pogovor in katerokoli metodo grafične ponazoritve situacije. Pisana beseda ima mnogo večjo težo kot ustno izgovorjena. Uporaba grafičnih shem omogoča obema, strokovnemu delavcu in uporabniku, bolj kompleksno, trajnejše in jasnejše razumevanje situacije. Z uporabo teh metod uporabnik lažje sodeluje in ima kontrolo nad procesom dela (Šugman Bohinc, Rapoša Tajnšek, Škerjanc, 2007). V pogovor lahko vključimo tudi druge udeležence situacije, ki so običajno svojci, bližnji, lahko pa tudi delavci v različnih organizacijah, ki že oziroma še bodo sodelovali. Drugi nam lahko pomagajo razumeti določene situacije; skupaj z njimi preverjamo izvedljivost ciljev, lahko tudi ponudijo pomoč pri izvedbi. Druge vključujemo tudi takrat, ko uporabnik z nami ne more govoriti in se z njim ne moremo pogovarjati. Pozorni moramo biti, da ohranjamo moč uporabnika in njegov vpliv (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013).

Pri zapisovanju načrta si lahko pomagamo tudi z opazovanjem, ki ga lahko uporabljamo kot osnovno ali dodatno tehniko. Osnovna tehnika nam predstavlja takrat, ko uporabnik ni zmožen ali sposoben govoriti. Kot dodatna tehnika pripomore, da prepoznamo dodatna dejstva in okoliščine, ki nam jih uporabnik ni omenil. Z opazovanjem se lahko na lastne oči prepričamo o življenjskem svetu uporabnika. Lahko pa uporabimo tudi metodo eksperimenta, ki jo kombiniramo z opazovanjem. Preučujemo lahko vzročno posledične odnose. Preizkušamo lahko vedno znova, kaj deluje in kaj ne (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013).

Pri raziskovanju življenjskega sveta uporabnika Čačinovič, Kobal, Mešl in Možina (2005) predstavijo tudi druge načine raziskovanja, kot na primer postavljane odnosnih vprašanj, ki pomagajo uporabniku, da pogleda na situacijo s perspektive drugega. Lahko raziskujemo izjeme oziroma situacije, ko ni bilo problemov ali so se njimi uspešno soočili. Prav tako je uporabna lestvica za določanje teže problema, ki je zelo uporabna za pojasnitev in za raziskovanje napredka. Uporabimo lahko tudi vprašanja o čudežu, ki odpira nov pogled na zaželeno; s tem se morda razkrivajo rešitve, ki jih uporabnik ubesedi, pri čemer lahko dodamo tudi odnosna vprašanja, s katerimi vključimo ostale družinske člane oziroma druge pomembne osebe. Ne smemo pa pozabiti na dajanje pohval in nalog, kar naj bi pomenilo, da socialni delavec da uporabniku ob koncu štiri do pet avtentičnih pohval ali priznanj za sodelovanje v procesu pomoči (*ibd.*).

### **1.5.7 Življenjska zgodba v zavodih in vsakdanjih kontekstih**

Ljudje s psihiatrično diagnozo ali katerokoli stigmo se pogosto predstavijo kar z njo; s tem človek sam postane ta problem. Zavodi spodbujajo priznanje o svoji bolezni, hendikepu. Središče zapisov v zavodih so težave in vedenje, kaj naj bi bilo pravilno ali ne. Izpuščajo izkušnje uporabnikov in jim tako odvzemajo moč. Za strokovnjake je pomembno, da izbiramo informacije zunaj diagnoze in gradimo na pripovedovanju, ki bo človeka opolnomočilo. Ljudje veliko več povedo o tem kaj jih zanima, kaj imajo radi, bolj bo razvidno kdo so, kaj jim je pomembno in kakšni so njihovi načrti, če jim damo priložnost, da se sami predstavijo. Zapisovanje je lahko v prvi ali tretji osebi; načrt v prvi osebe je bolj izrazen in neposreden, s takšnim zapisom dajemo moč uporabniku, da je slišan (Urek, 2005).

### **1.5.8 Spoznavni intervju in izdelava profila sogovornika**

Z modelom Getting to know you (Rad bi te spoznal) M. Brosta in T. Johnsona v Urek (2005) pogovor začnemo s temami, ki se ne nanašajo neposredno na težave, stiske, stigme. Pogovor naj bo vsakdanji, takšen, kot bi ga imeli z novimi znanci, predvsem enakopraven. Torej v vsakdanjih pogovorih človeka ne sprašujemo o težavah, zato tudi pri uporabniku te teme vpeljemo kasneje. V pogovoru iščemo skupne točke, zanimanja, dobre lastnosti, torej domnevamo, da je sogovornik dober in zanimiv človek. Pomembno je, da se z uporabnikom srečamo na nevtralnem mestu, kar omogoča enakopravnost, saj zgodbe ki nastanejo v vsakodnevnih pogovorih in vsakdanjih prostorih, niso obremenjene z institucionalnim prostorom, vlogami. Komunikacija naj ne poteka samo enosmerno, to pomeni, da tisti, ki je v vlogi spraševalca, pove tudi kaj o sebi. Pogovor naj traja eno do dve uri oziroma lahko tudi več krajših srečanj. Bistvo pogovora ni analizirati vso življenjsko zgodovino, namreč sestaviti uporabnikov profil. Uporabnika predstavimo kakor prijatelja ali zanimivega človeka, ki smo ga imeli možnost spoznati. Naša vloga v zapisovanju naj ne izgine, saj je življenjska zgodovina seštevka dinamike med tistim, ki pripoveduje, in raziskovalcem, ki posluša. Pri zapisu je vendarle bolj pomembno, da v prvem delu predstavimo človeka kot človeka in ne kot nosilca stigme, ter v nadaljevanju opišemo njegovo situacijo in okoliščine, kjer smo ga spoznali. Pri zapisovanju uporabljamo njegove besede in opise dogodkov. Vključimo tudi opis stigme in težave; samo to naj ne bo središče zapisa oziroma glavna značilnost človeka. Poznavanje ljudi zlasti s strani, ki jih krepijo, je zelo pomembno – kot kompas pri strokovnem delu (Urek, 2005).

### 1.5.9 Zgodba v individualnem načrtu

Izdelovanje življenjske zgodbe je naš temelj za izdelavo individualnega načrta. Človeka najprej spoznamo; nato začnemo skupaj z njim z raziskovanjem spretnosti, želja, moči, bolečine ter ga lahko podpremo in okrepimo. Izdelujemo zemljevid pomembnih dogodkov, ljudi, spretnosti, da lahko pomagamo pri načrtovanju njegovega življenja. Pri raziskovanju življenjskega sveta človeka upoštevamo etnografska načela, ki jih peljemo v dialogu in refleksiji in si pri tem pomagamo z matrico, ki uokvirja pogovor. Primer področji matrice v Urek (2005, str. 170-171):

- podoba življenjskega prostora (kako oseba živi, kje, njeno okolje, tipičen dan),
- želje, aspiracije, hotenja, potrebe,
- socialna mreža,
- moč (kako vpliva na svoje življenje),
- spretnosti,
- osebne spretnosti,
- socialne spretnosti in
- socialne vloge, statusi.

### 1.5.10 Zapisovanje načrta

Zapis načrta mora vključevati uporabnikov jezik, besede in njegovo voljo, ne sme biti zapisan v strokovnem jeziku, ki uporabniku ni razumljiv. Načrt lahko zapišejo tudi sami uporabniki, pri čemer jim lahko nudimo pomoč. Pogovore zapisujemo čimbolj natančno, lahko si delamo zapiske sproti ali pa samo oporne točke. Pogovor zapisuje načrtovalec in ga zapiše v urejeni obliki pred naslednjim srečanjem, kjer ga prebere uporabniku ter se prepriča, da se uporabnik z njim strinja. Zapis lahko uporabnik vedno spremeni, dopolni, izbriše ali napiše na novo. S tem se načrt vedno dopolnjuje in nadgrajuje. Načrt običajno zapisujemo v elektronski obliki, ki je lažja za spremljanje in možno dopolnitev ter popravke (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013).

## 2 FORMULACIJA PROBLEMA

Večina varovanih oddelkov v slovenskih socialnovarstvenih zavodih je obstajala že v osemdesetih letih. Zavodi so se delili na posebne socialnovarstvene zavode, namenjene osebam s težavami v duševnem zdravju, na domove za starejše in tako imenovane kombinirane socialnovarstvene zavode, ki so v praksi domovi za starejše s posebnimi enotami za odrasle s težavami v duševnem zdravju do 65. leta starosti in v zakonu s področja socialnega varstva niso posebej opredeljeni.

Leta 2008 je bil sprejet Zakon o duševnem zdravju in leta 2009 Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije. Od leta 2009 so štiri posebni zavodi pričeli s postopkom prenove in verifikacije oddelkov v skladu z omenjenim pravilnikom. Ocenjuje se, da se je okvirno od leta 2011 naprej število sprejemov oseb s sklepom sodišča za namestitev brez privolitve na varovane oddelke začelo postopoma višati.

Posebni socialno varstveni zavodi v Sloveniji, ki imajo verificirane varovane oddelke, so: SZV Hrastovec, Dom Lukavci, Dom Nine Pokorn Grmovje in Dom na Krasu. Med posebnimi zavodi samo Prizma Ponikve nima varovanega oddelka.

Med kombinirane socialnovarstvene zavode, med katerimi vsi nimajo varovanih oddelkov, sodijo: Center slepih in slabovidnih Škofja Loka, Dom upokojencev Idrija, Dom starejših občanov Ilirska Bistrica, Dom Danice Vogrinc Maribor, Dom upokojencev Podbrdo, Dom upokojencev Ptuj. Le Dom upokojencev Idrija ima varovani oddelek, ki pa zaradi neustreznih prostorskih pogojev ne more biti verificiran.

Ostali socialnovarstveni zavodi so domovi za starejše, ki sprejemajo predvsem osebe, ki imajo upad kognitivnih sposobnosti in ne zmorejo skrbeti zase.

Vsi zgoraj navedeni posebni socialnovarstveni zavodi so varovane oddelke verificirali. Prvi posebni socialnovarstveni zavod, ki je varovani oddelek verificiral, je bil socialnovarstveni zavod Hrastovec, ki je prenovo oddelka izvedel že v letu 2009.

Vsi socialnovarstveni zavodi sprejemajo stanovalce na varovane oddelke ne glede na to, ali imajo verificirani oddelek ali ne, s sklepom sodišča po 75. členu Zakona o duševnem zdravju.

Zaradi stopnjujoče se prezasedenosti v zadnjih letih se posebni zavodi trudijo prostorsko stisko v varovanih oddelkih blažiti na različne načine: prenočevanje na odprtem oddelku, čez dan

vključitev v zaprto enoto, rizično nameščanje v odprte enote zavodov, bivanjske skupine, odpusti pred iztekom sklepa o namestitvi. Stiska se kaže tudi v poizkusih predlogov sodiščem za napotitev v nadzorovano obravnavo, čeprav socialnovarstveni zavod po 40. členu Zakona o duševnem zdravju (2008) ni upravičen za podajo tovrstnega predloga.

Socialnovarstveni zavodi imajo prav tako težave s sodišči, ki nameščajo osebe brez soglasja zavodov, ki jih morajo socialnovarstveni zavodi sprejeti ne glede na njihove osebne okoliščine in zasedenost na varovanem oddelku. Namen varovanih oddelkov naj bi bil čimprejšnja okrepitev osebe s ciljem vrnitve v skupnost ali v manj omejujočo obliko institucionalnega varstva. Njihov namen ni, da se jih ustanavlja in polni, temveč sočasne narave kot podpora osebam v krizi in možnost za intenzivno obravnavo, ki pripelje do opolnomočenja.

Zavedati se je potrebno, da so v varovane oddelke v domovih za starejše nameščene predvsem osebe z upadom kognitivnih sposobnosti, kjer izboljšanja stanja ni pričakovati, vendar je pri teh osebah prav tako potrebno zasledovati koncept normalizacije in iskati drugačne možnosti nameščanja brez strogega zapiranja in omejevanja. Nekateri socialnovarstveni zavodi že delujejo po konceptu osebne spremljanja namesto nameščanja oseb v varovane oddelke.

Trenutno stanje v Sloveniji kaže na prezasedenost varovanih oddelkov, zato je potreben pregled stanja na varovanih oddelkih in njihovo delo. S pregledom dela z osebami, nameščenimi na varovanih oddelkih, in razvidom stanja bomo dobili vpogled v trenutno situacijo in možne rešitve za nadaljnje delo.

## **2.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA:**

Zasedenost in kapaciteta po vrstah varovanih oddelkov?

Kakšen je povprečen čas bivanja na varovanem oddelku?

Vrsta sprejema na oddelku?

Kolikšno je število novih sprejemov v letu 2020?

Kolikšno je število odpustov v letu 2020?

Kakšna je značilnost oseb sprejetih na varovani oddelek?

Kako se zagotavljajo pravice oseb na varovanem oddelku?

Kateri posebni varovalni ukrepi se izvajajo v zavodu?

Kateri kadri so zaposleni v varovanem oddelku in katera posebna znanja potrebujejo za delo ter ali so udeleženi v superviziji?

Katere metode dela prevladujejo pri delu z osebami v varovanem oddelku?

V kakšni meri zavodi omogočajo normalizacijo na varovanem oddelku?

Kakšen je individualni načrt, kdo je vključen v pripravo, katere tehnike pri izdelavi načrta uporabljajo v varovanem oddelku, koliko je oseba udeležena v pripravo in kolikokrat se individualni načrt evalvira?

Katere dnevne aktivnosti imajo na voljo osebe in kako se razlikujejo v primerjavi s tistimi pred odpustom?

Kako pogosto je sodelovanje med institucijami?

Kateri so razlogi za predčasen odpust osebe in ali spremljajo osebo po odpustu?

Kam gre oseba po odpustu?

## **2.2 HIPOTEZE:**

**H1** Oddelki za osebe s težavami v duševnem zdravju so bolj zasedeni kot oddelki za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkciji potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor.

**H2** V vseh varovanih oddelkih je nameščenih več oseb s sklepom sodišča kot s privolitvijo.

**H3** Socialnovarstveni zavodi v večjem številu pri sprejemu osebe na varovani oddelek sodelujejo z zunanjimi deležniki, kot da pri sprejemu ne sodelujejo z zunanjimi deležniki.

**H4** Najmanj 80 % socialnovarstvenih zavodov izraža potrebo po dodatnem številu zaposlenih v varovanih oddelkih.

**H5** Najmanj 80 % socialnovarstvenih zavodov deluje po konceptu normalizacije.

**H6** Vsaj 80 % socialnovarstvenih zavodov evalvira individualni načrt vsaj na pol leta.

**H7** V več kot polovici socialnovarstvenih zavodov se dnevne aktivnosti pred odpustom razlikujejo od siceršnjih dnevnih aktivnosti.

**H8** 70 % socialnovarstvenih zavodov sodeluje na izobraževanjih, posvetih in kongresih vsaj dvakrat letno, pri izmenjavi informaciji o uporabnikih vsaj mesečno in v medinstitucionalnem sodelovanju vsaj trikrat letno.

**H9** Osebe po odpustu gredo v vsaj 50 % v odprt oddelek istega zavoda.

### Spremenljivke (Tabela 1 – Spremenljivke):

Spremenljivke	Indikator	Vrednost spremenljivke
Zasedenost na dan	Št. oseb	Poljubno število
Vrsta sprejema na oddelek	Št. oseb, nameščenih s sklepom sodišča	Poljubno število
	Št. oseb, nameščenih s privolitvijo	Poljubno število
Sprejem osebe	Št. oseb, sprejetih brez vnaprejšnjega sodelovanja z zunanjimi deležniki	Poljubno število
	Št. oseb, sprejetih v sodelovanju z zunanjimi deležniki	
Potreba po dodatnem kadru	Ali imate potrebe po dodatnem kadru?	DA/NE
Koncept normalizacije	Odgovor vsaj na 5 vprašanj z DA – zasleduje koncept normalizacije  Oseba ima vpliv na dnevni ritem, življenjski ritem, spolno življenje, medsebojne odnose, sodelovanje v skupnosti, osebnostni razvoj in druženje zunaj zavoda.	DA ali NE
Evalvacija individualnega načrta	Kolikokrat evalvirate individualni načrt?	Enkrat na mesec, na tri mesece, na pol leta, letno, po potrebi ali vsaj na pol leta, po potrebi ali vsaj na eno leto
Dnevne aktivnosti	Vpis dnevnih aktivnosti in vpis dnevnih aktivnosti pred odpustom	Poljubno naštevaje
Sodelovanje socialnovarstvenih zavodov	Sodelovanje na posvetih in izobraževanjih  Sodelovanje pri izmenjavi informacij o uporabniku	Enkrat letno, dvakrat letno, trikrat letno, štirikrat letno, mesečno, tedensko

	Medinstitucionalno sodelovanje	
Osebe po odpustu	Št. oseb, ki gredo po odpustu domov	Poljubno število

Tabela 1 – Spremenljivke

### 3 METODOLOGIJA

#### 3.1 VRSTA RAZISKAVE

Raziskava, ki sem jo izvedla, je deskriptivna ali opisna raziskava, saj je namen raziskave količinsko opredeliti ali oceniti osnovne značilnosti proučevanega pojava ali ugotoviti obstoj med dvema ali več pojavi (Mesec, 2009). Značilnost raziskave je, da sem zbirala novo gradivo s spraševanjem, vendar je potrebno poudariti, da sem pri tem izhajala iz teoretičnega razmišljanja. Gradivo, ki sem ga pridobila, sem uporabila za preverjanje hipotez, zato je raziskava tudi empirična ali izkustvena. Ne nazadnje je raziskava kvantitativna, saj sem zbirala številčne podatke o pojavih, ki so me zanimali (*ibid.*).

#### 3.2 MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV

Metoda raziskovanja je spraševanje in merski inštrument je vprašalnik, saj so mi nosilci lahko dali zanesljive informacije. Zaradi aktualne epidemiološke situacije v socialnovarstvenih zavodih sem uporabila pisno spraševanje, ker so respondenti dobili vprašalnik, ki so ga izpolnjevali sami. Prednost pisnega spraševanja je, da so bila vsa vprašanja enaka za vse in s tem sem lahko v krajšem času vključila vse respondente (*ibid.*). Pri posredovanju vprašalnika sem sodelujoče nagovorila in jim pojasnila namen in cilj raziskave. Da bi se izognila nesporazumom, sem pri vprašanjih dopisala dodatna pojasnila; prav tako sem respondentom v primeru nejasnosti bila na voljo preko telefona in elektronske pošte. Ker so bila vsa vprašanja sestavljena vnaprej, urejena v določeni vrstni red in zapisana v obliki vprašalnika, v katerem so lahko vnaprej predvideni tudi možni odgovori, sodi metoda raziskovanja v standardizirano spraševanje. S tem sem dosegla večjo preverljivost odgovorov, večjo veljavnost, objektivnost, zanesljivost in natančnost. Spraševanje je potekalo posredno preko elektronske pošte. Večina vprašanj je zaprtega tipa, kar omogoča respondentom lažje reševanje. Vprašanja sem oblikovala na podlagi raziskovalnih vprašanj, ki so me zanimala, in oblikovanih hipotez. Vprašalnik sem

predhodno preverila, saj sta ga izpolnili dve strokovni delavki socialnovarstvenih zavodov in podali svoje mnenje. Na podlagi njunih mnenj sem dve stvari zapisala drugače.

Število sklopov vprašanj je devet in imajo tudi podvprašanja. Vprašalnik je priložen na koncu raziskave.

Sklopi vprašanj se delijo na:

- splošne informacije,
- sprejem in sprejete osebe,
- kadre,
- koncept dela
- individualni načrt,
- dnevne aktivnosti,
- sodelovanje med institucijami,
- odpuste in
- predloge.

### 3.3 ENOTA RAZISKOVANJA IN VZORČENJE

Enoto raziskovanja sestavljajo socialnovarstveni zavodi ne glede na to, ali že imajo oddelke, verificirane po Zakonu o duševnem zdravju v Sloveniji z dne 23. 3. 2021. Enota raziskovanja je številčno majhna, zato sem se odločila, da jo vključim v celoti, to je 28 socialnovarstvenih zavodov, navedenih v spodnji tabeli (Tabela 2 – Seznam socialnovarstvenih zavodov z varovanimi oddelki).

VERIFICIRANI VAROVANI ODDELKI V POSEBNIH ZAVODIH IN DOMOVIH ZA STAREJŠE	
ZAP. ŠT.	SV ZAVOD od 1 – 4 posebni SV zavodi za odrasle 5 – 12 domov za starejše
1	Socialno varstveni zavod Hrastovec
2	Dom Nine Pokorn Grmovje
3	Dom Lukavci
4	Dom na Krasu, enota Dutovlje
5	Obalni dom upokoencev Koper
6	Dom počitka Mengeš
7	DEOS d. d., P. E. Center starejših Cerknica

8	DEOS d. d., P. E. Center starejših Zimzelen Topolšica
9	Zavod Župnije Trnovo-Karitas, Dom Janeza Krstnika
10	Zavod svetega Martina
11	RIVE d. o. o., Dom starejših občanov Ribnica
12	DEOS d. d., P. E. Center starejših Trnovo
VAROVANI ODDELKI V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH IN DOMOVIH ZA STAREJŠE V POSTOPKU VERIFIKACIJE	
ZAP. ŠT.	SV ZAVOD
1	Dom Lukavci
2	DEOS d. d., P. E. Center starejših Medvode
3	DEOS d. d., P. E. Center starejših Horjul
4	DEOS d. d., P. E. Center starejših Notranje Gorice
5	Dom starejših občanov Fužine
6	Dom dr. Janka Benedika Radovljica
7	Dom starejših občanov Trebnje
8	Dom upokojencev Idrija
9	Dom starejših občanov Ilirska Bistrica
10	Dom upokojencev Nova Gorica, enota Podsabotin
11	Zavod Vipava, Center starejših Pristan
12	Dom Tisje Šmartno pri Litiji
13	Dom upokojencev Franc Salamon Trbovlje
14	Socialnovarstveni dom Taber
15	Dom upokojencev Ptuj, enota Ptuj, enota Kidričevo, enota Koper
16	Zavod Karion, Dom Danijela Halasa Velika Polana
17	Dom Danice Vogrinc
VAROVANI ODDELKI SVZ, KI ZARADI ARHITEKTURNIH OVIR NE IZPOLNJUJEJO MERIL PRAVILNIKA	
ZAP. ŠT.	SV ZAVOD
1	Dom upokojencev Idrija d. o. o., enota Marof
2	Dom starejših občanov Trebnje

Tabela 2 – Seznam socialnovarstvenih zavodov z varovanimi oddelki (Vir: MDDSZ)

### 3.4 ZBIRANJE PODATKOV

Vprašalnik sem s predstavitvijo sebe, svoje magistrske naloge in z namenom raziskovanja ter navodili o izpolnjevanju preko elektronske pošte 23. 3. 2021 posredovala vsem socialnovarstvenim zavodom na elektronske naslove, ki so navedeni na spletišču državne uprave skupaj s seznamom varovanih oddelkov. Glede na epidemiološko situacijo s covidom-

19 in občutljivim stanjem v socialnovarstvenih zavodih ter prezasedenostjo oddelkov sem sprva bila deležna majhnega odziva socialnovarstvenih zavodov, zato sem jih 7. 4. 2021 ponovno pozvala k izpolnitvi. Do 30. 4. 2021 sem dobila 14 izpolnjenih vprašalnikov. Za osip izpolnjenih vprašalnikov je kriva epidemiološka situacija v socialnovarstvenih zavodih in s tem povečan obseg rednega in izrednega dela.

### **3.5 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV**

Za obdelavo in analizo podatkov sem uporabila kvantitativno analizo. Izpolnjene vprašalnike sem pregledala in jih označila z imenom socialnovarstvenega zavoda. Vse datoteke sem združila v eno Microsoft Excel datoteko, po listih za vsak socialnovarstveni zavod posebej. Liste sem označila s kratico socialnovarstvenega zavoda. Pri analizi podatkov sem, kjer je bilo mogoče, uporabila formule programa Microsoft Excel; drugje sem podatke ročno preštevala in vpisovala. V novem dokumentu sem za vsako vprašanje pripravila tabelo, kjer sem izračunala tudi procentni delež odgovorov. Iz pripravljenih tabel sem pripravila grafe za boljši pregled. Nekateri vprašalniki so bili izpolnjeni nepopolno, vendar sem kljub temu vse vprašalnike vključila v analizo in pri rezultatih tudi napisala, koliko izpolnjenih odgovorov sem obdelovala pri vsakem vprašanju.

## **4 REZULTATI**

### **4.1 SPLOŠNE INFORMACIJE**

#### **4.1.1 Seznam socialnovarstvenih zavodov, ki so odgovorili na anketo.**

Na anketni vprašalnik je odgovorilo 14 socialnovarstvenih zavodov (Tabela 1 – Seznam socialnovarstvenih zavodov).

SVZ Dom Nine Pokorn Grmovje
Dom Danice Vogrinec Maribor
DEOS d. o. o., Center starejših Zimzelen Topolšica
Dom Lukavci

Dom upokojencev Franc Salamon Trbovlje
DEOS D. o. o., Center starejših Horjul
Dom Tisje
DEOS d. o. o., PE Center starejših Cerknica
DSO Trebnje
SVZ Hrastovec
Obalni dom upokojencev Koper – Casa costiera del pensionato Capodistria
Center starejših Medvode
Zavod sv. Martina
DEOS d. o. o., Center starejših Trnovo

Tabela 3 – Seznam socialnovarstvenih zavodov

#### 4.1.2 Vrste in zasedenost varovanih oddelkov

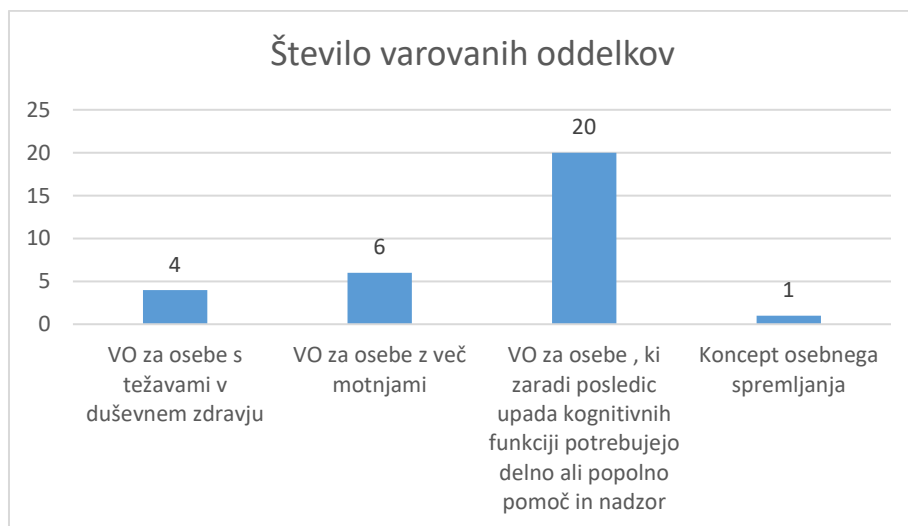
	število oddelkov	število oddelkov v procentih	skupno število mest v vseh oddelkih	število mest v procentih	število verificiranih oddelkov	število oddelkov v postopku verifikacije
VO za osebe s težavami v duševnem zdravju	4	13,3	44	8,5	3	0
VO za osebe z več motnjami	6	20,0	72	13,8	2	1
VO za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkcij potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor	20	66,7	404	77,7	8	8
Koncept osebnega spremljanja	1		12		0	0

Tabela 4 – Vrste varovanih oddelkov

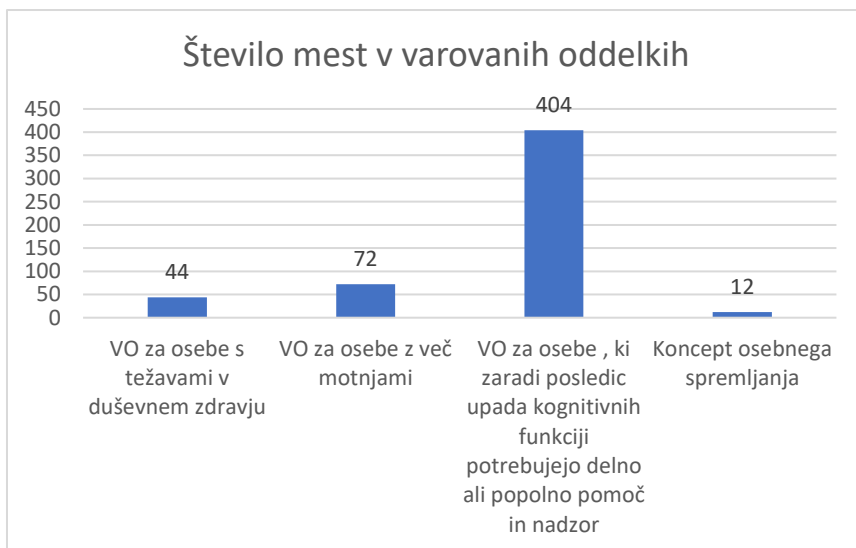
Na vprašanje o vrstah, številu varovanih oddelkov, zasedenosti, številu verificiranih oddelkov in številu oddelkov v postopku verifikacije je odgovorilo vseh 14 socialnovarstvenih zavodov (Tabela 2 – Vrste varovanih oddelkov). Iz rezultatov je razvidno, da je največ, 66,7 % varovanih oddelkov za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkciji potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor. Temu sledijo varovani oddelki za osebe z več motnjami v deležu 20,0 % in

nazadnje varovani oddelki za osebe s težavami v duševnem zdravju v deležu 13,3 %. Delež mest v varovanih oddelkih procentualno sledi deležu varovanih oddelkov; torej imajo največ mest v socialnovarstvenih zavodih oddelki za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkcij potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor s 77,7 %; sledijo varovani oddelki za osebe z več motnjami v deležu 13,8 % in nazadnje varovani oddelki za osebe s težavami v duševnem zdravju v deležu 8,5 %.

Skupno število oddelkov v socialnovarstvenih zavodih je 30, od tega 20 varovanih oddelkov za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkcij potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor s 404 mesti, šest oddelkov za osebe z več motnjami z 72 mesti in štirje oddelki za osebe s težavami v duševnem zdravju s 44 mesti. Samo en socialnovarstveni zavod ima en oddenek, ki ni varovani oddenek, ampak deluje po konceptu osebnega spremljanja z 12 mesti (Graf 1 – Število varovanih oddelkov in Graf 2 – Število mest v varovanih oddelkih). Varovanih oddelkov, ki so verificirani, je 15, kar predstavlja 50 % varovanih oddelkov.

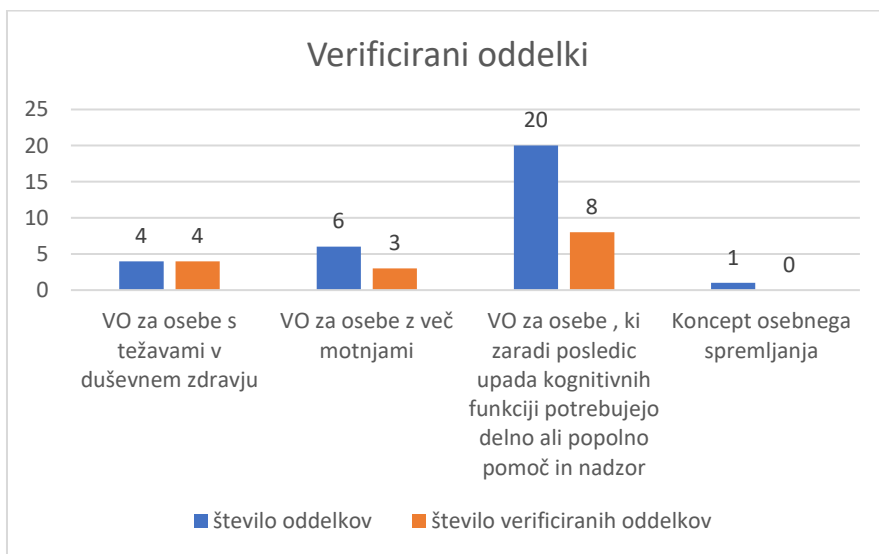


Graf 1 – Število varovanih oddelkov



Graf 2 – Število mest v varovanih oddelkih

Varovanih oddelkov, ki so verificirani je 15, kar predstavlja 50 % varovanih oddelkov (Graf 3 – Število verificiranih oddelkov).

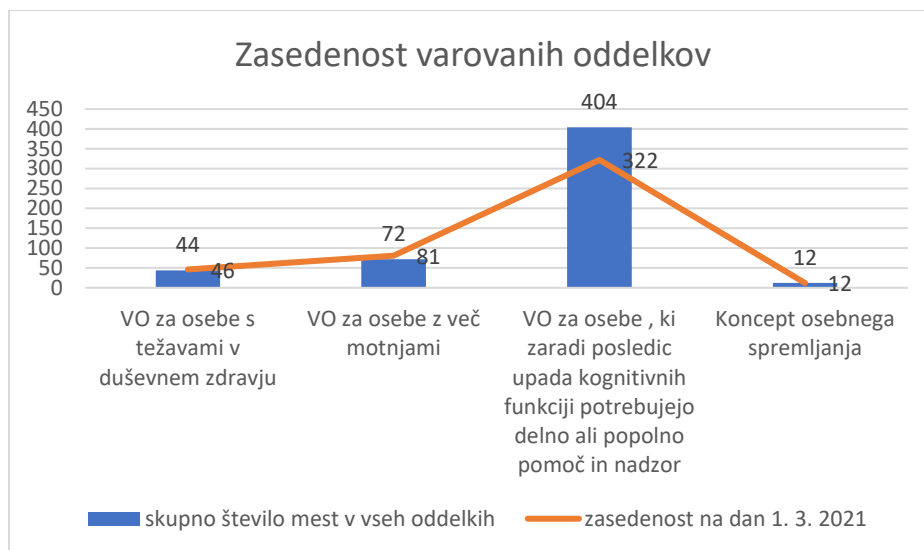


Graf 3 – Število verificiranih oddelkov

## Zasedenost varovanih oddelkih

Zasedenost varovanih oddelkov je v varovanih oddelkih za osebe s težavami v duševnem zdravju za dve osebi večja od števila mest, kar predstavlja 104,5 %; v varovanih oddelkih za osebe z več motnjami je zasedenost večja za devet oseb, kar predstavlja 112,5 %. Iz ankete ni možno razbrati, na kakšen način imajo zasedenost večjo od kapacitet. Medtem je v varovanih

oddelkih za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkciji potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor, število nameščenih oseb manjše za 82, kar predstavlja 79,7 %. V oddelku, ki deluje po konceptu osebnega spremljanja, je zasedenih vseh 12 mest in je zasedenost 100 % (Graf 4 – Zasedenost varovanih oddelkov). Prezasedena sta dva posebna socialnovarstvena zavoda. Zasedenost se je vpisovala na dan 1. 3. 2021.



Graf 4 – Zasedenost varovanih oddelkov

#### 4.1.3 Povprečen čas bivanja v varovanem oddelku

	moški v letih	ženske v letih
SVZ Dom Nine Pokorn Grmovje	0,5	0,5
Dom Danice Vogrinec Maribor	1	1
Dom upokojencev Franc Salamon Trbovlje	2	2
DEOS d. o. o. Center starejših Horju	1	1
Dom Tisje	1	1
DEOS d. o. o., PE Center starejših Cerknica	0,75	0,75
DSO Trebnje	2	5
Obalni dom upokojencev Koper - Casa costiera del pensionato Capodistria	4	4
Center starejših Medvode	2	4
Zavod sv. Martina	1	2
DEOS d. d., P. E. Center starejših Trnovo	1,5	2
Skupno povprečje	1,5	2,1

Tabela 5 - Povprečen čas bivanja v varovanem oddelku

Na vprašanje o povprečnem času bivanja v varovanem oddelku v letu 2020 je odgovorilo 11 socialnovarstvenih zavodov. Rezultati so v razponu med 0,5 let in 5 let; v poprečju so ženske nameščene daljše obdobje, in sicer 2,1 leta, in moški krajše obdobje 1,5 let (Tabela 3 – Povprečen čas bivanja v varovanem oddelku).

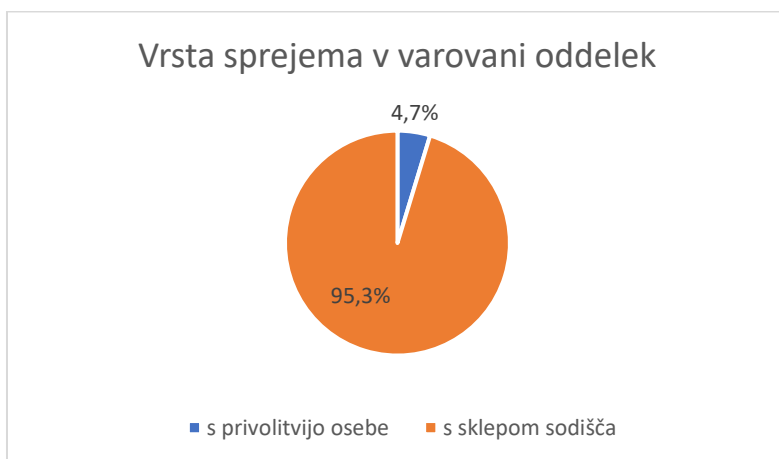
## 4.2 SPREJEM IN SPREJETE OSEBE

### 4.2.1 Vrsta sprejema na oddelek

vrsta sprejema na oddelek	s privolitvijo osebe	s sklepom sodišča	povprečna dolžina bivanja v varovanem oddelku na podlagi sklepa sodišča	število oseb, ki jim je bilo bivanje na podlagi sklepa podaljšano
število	16	326	1,5	238

Tabela 6 – Sprejem oseb na varovani oddelek

Na vprašanje o vrsti sprejema je odgovorilo 12 socialnovarstvenih zavodov; vpisovalo se je podatke na dan 31. 12. 2020. V varovane oddelke je bilo skupaj nameščenih 16 oseb s privolitvijo in 326 oseb s sklepom sodišča, kar predstavlja 95,3 % nameščenih s sklepom sodišča in 4,7 % nameščenih s privolitvijo. Povprečna dolžina določenega obdobja bivanja v varovanem oddelku na podlagi sklepa sodišča je 1,5 leta. Število oseb, ki jim je bilo bivanje na podlagi sklepa podaljšano je 238, kar predstavlja 73,0 % oseb (Tabela 4 – Sprejem oseb na varovani oddelek in Graf 5 – Vrsta sprejema na varovani oddelek).



Graf 5 – Vrsta sprejema na varovani oddelek

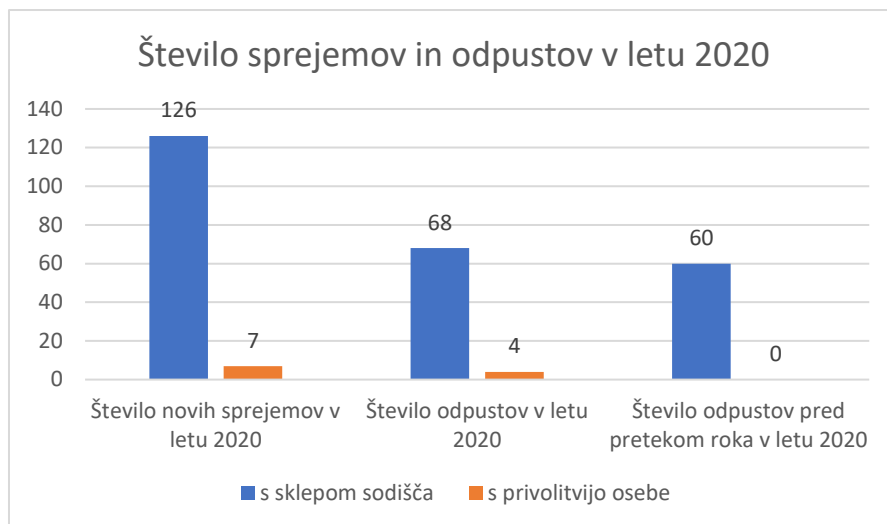
#### 4.2.2 Število novih sprejemov in odpustov v letu 2020

Na vprašanje o številu novih sprejemov in odpustov v letu 2020 je odgovorilo 13 socialnovarstvenih zavodov. V letu 2020 je bilo s sklepom sodišča na varovani oddelek sprejetih 133 oseb, od tega 126 oseb sprejetih na podlagi sklepa sodišča, kar predstavlja 94,7 %, in 7 oseb s privolitvijo osebe, kar predstavlja 5,3 %. Število sprejemov v letu 2020 se procentualno ujema s prejšnjim rezultatom, kjer je bilo ugotovljen delež vseh sprejetih oseb v varovane oddelke. Torej, večinski delež oseb, ki so nameščene v varovane oddelke predstavljajo osebe, ki so nameščene s sklepom sodišča (Graf 6 – Število sprejemov v letu 2020).



Graf 6 – Število sprejemov v letu 2020

Število odpustov oseb, nameščenih v varovane oddelke v letu 2020, je 72, kar je za 61 manj od sprejemov. Od 68 oseb, ki so bile nameščene s sklepom sodišča, je bilo pred pretekom roka odpuščenih 60 oseb (Graf 7 – Število sprejemov in odpustov v letu 2020).



Graf 7 – Število sprejemov in odpustov v letu 2020

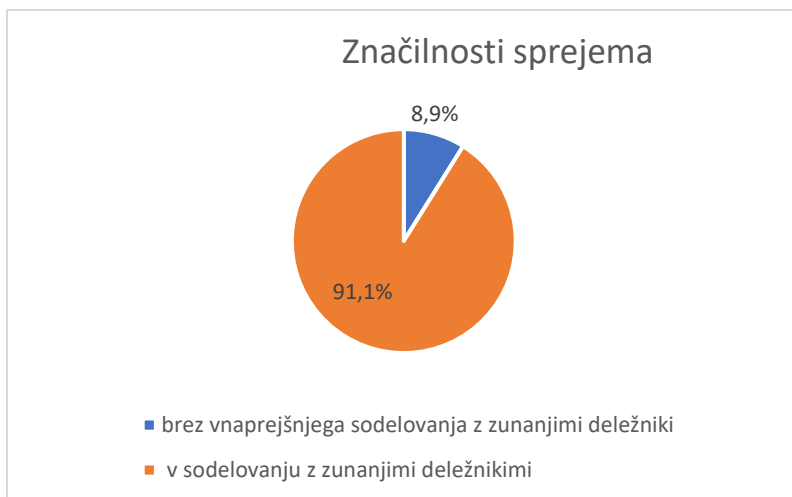
#### 4.2.3 Značilnosti sprejema

sprejem	brez vnaprejšnjega sodelovanja z zunanjimi deležniki <sup>2</sup>	v sodelovanju z zunanjimi deležniki	osebe, ki so prvič sprejete na varovani oddelek (v nadaljevanju VO)	osebe, ki so ponovno sprejete v VO (ne glede na zavod)	osebe, ki so sprejete iz drugih oddelkov zavoda (notranji sprejemi)	osebe, ki so sprejete od drugod (zunanji sprejemi)
število	23	233	186	2	33	90

Tabela 7 – Značilnost sprejema

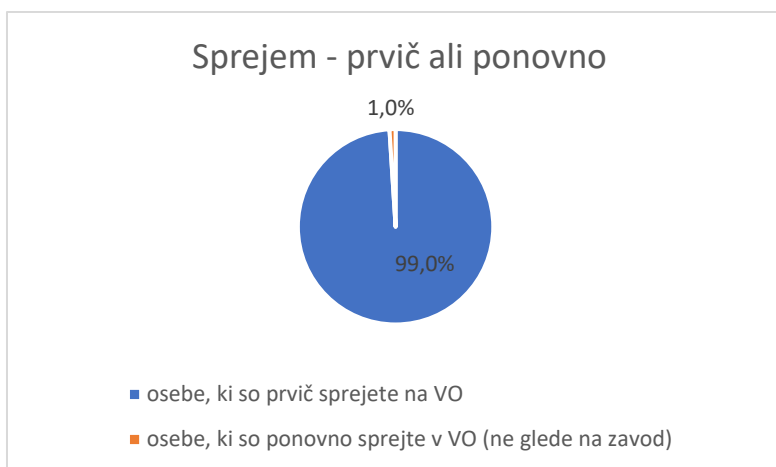
Na vprašanje o značilnosti sprejema je odgovorilo 12 socialnovarstvenih zavodov. V 91,1 % je sprejem potekal v sodelovanju z zunanjimi deležniki in v 8,9 % brez sodelovanja z zunanjimi deležniki (Tabela 5 – Značilnosti sprejema in Graf 8 – Značilnosti sprejema).

<sup>2</sup> Zunanji deležniki so druge institucije in drugi ključni strokovnjaki, povezani z osebo, ter ključne osebe.



Graf 8 – Značilnosti sprejema

Izkazalo se je, da je bilo v varovane oddelke prvič prejetih 99,0 % oseb; 1,0 % so predstavljale osebe, ki so bile predhodno že nameščene v varovani oddelek (Graf 9 – Sprejem – prvič ali ponovno).



Graf 9 – Sprejem – prvič ali ponovno

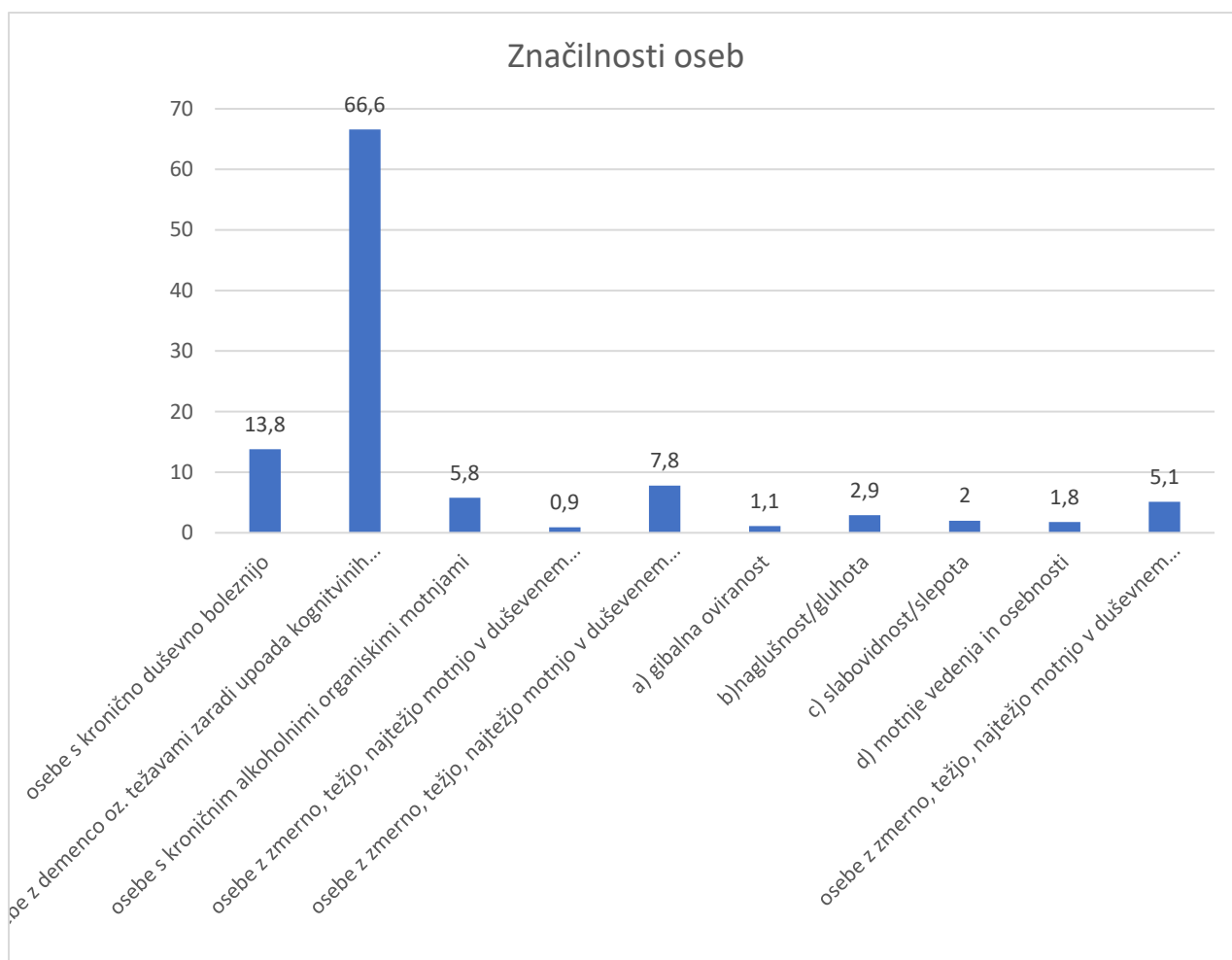
Osebe so v večji meri, 73,2 %, sprejete od zunaj socialnovarstvenega zavoda; v 26,8 % gre za notranje sprejem iz drugih oddelkov socialnovarstvenega zavoda (Graf 10 – Sprejem – od kod?).



Graf 10 – Sprejem – od kod?

#### 4.2.4 Značilnost oseb

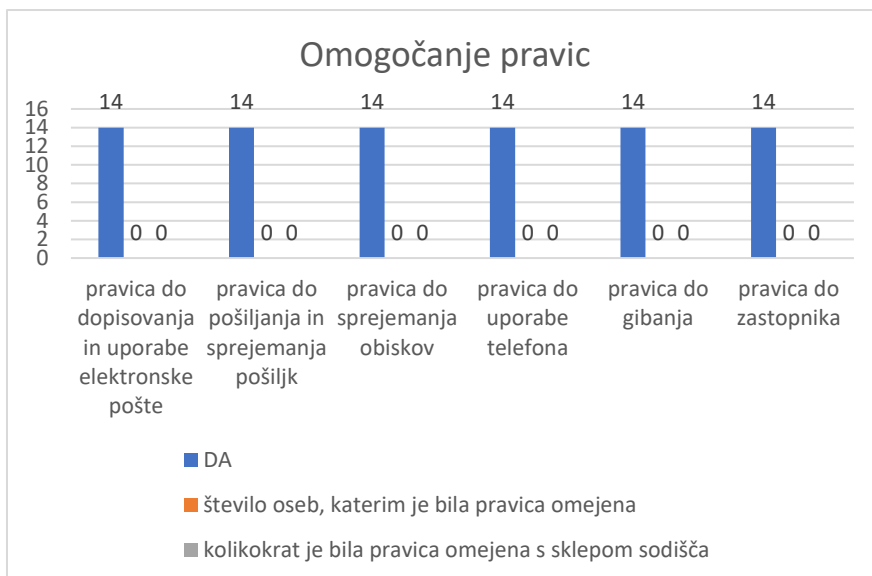
Na vprašanje o značilnosti nameščenih oseb v varovanih oddelkih je odgovorilo vseh 14 socialnovarstvenih zavodov. Največji delež 66,6 % je oseb z demenco oziroma s težavami zaradi upada kognitivnih funkciji; sledijo osebe s kronično duševno boleznijo v deležu 13,8 %, osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju z dodatnimi kombiniranimi težavami z deležem 7,8 % (gibalna oviranost 1,1 %, naglušnost/gluhota 2,9 %, slabovidnost/slepota 2 %, motnje vedenja in osebnosti 5,1 %), osebe s kroničnimi alkoholnimi organskimi motnjami z deležem 5,8 %, osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju z duševno boleznijo predstavljajo 5,1 % in nazadnje so osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju z deležem 0,9 % (Graf 11 – Značilnosti oseb).



Graf 11 – Značilnosti oseb

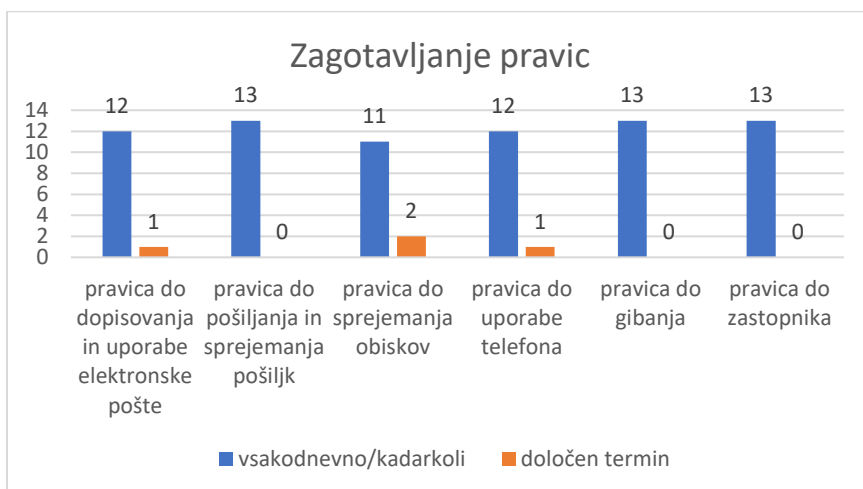
#### 4.2.5 Zagotavljanje pravic oseb

Na vprašanje o pravicah oseb v varovanem oddelku je odgovorilo vseh 14 socialnovarstvenih zavodov. Vsi socialnovarstveni zavodi nameščenim osebam omogočajo koriščenje vseh pravic skladno z Zakonom o duševnem zdravju; prav tako niso nobeni osebi omejili pravice oziroma pravica ni bila omejena s sklepom sodišča (Graf 12 – Omogočanje pravic).



Graf 12 – Omogočanje pravic

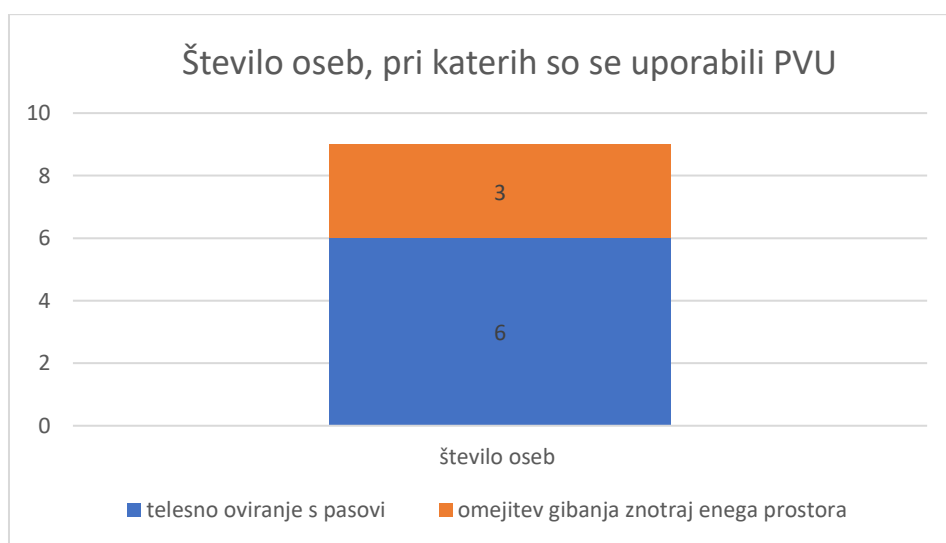
Na vprašanje, na kakšen način socialnovarstveni zavodi zagotavljajo pravice nameščenim osebam, je odgovorilo 13 zavodov. Večina je odgovorila, da zagotavljajo pravice vsakodnevno. Pravico do dopisovanja in uporabe elektronske pošte vsakodnevno zagotavlja 92,3 %, torej 12 socialnovarstvenih zavodov, ob določenem terminu pa 7,7 % en zavod. Pravico do pošiljanja in sprejemanja pošiljk zagotavlja vseh 13 zavodov vsakodnevno. Pravico do sprejemanja obiskov zagotavlja 84,6 % zavodov vsakodnevno, kar predstavlja 11 zavodov; 15,4 % zavodov zagotavlja pravico ob določenih terminih, kar predstavlja 2 zavoda. Pravico do uporabe telefona zagotavlja 92,3 % zavodov vsakodnevno, torej 12 zavodov in 7,7 % zavodov ob določenih terminih, kar predstavlja en zavod. Pravico do gibanja in pravico do zastopnika zagotavljajo vsi zavodi vsakodnevno (Graf 12 – Zagotavljanje pravic).



Graf 13 – Zagotavljanje pravic

#### 4.2.6 Število oseb, pri katerih se uporabljajo posebni varovalni ukrepi

Na vprašanje o uporabi posebnih varovalnih ukrepov v socialnovarstvenih zavodih v letu 2020 je odgovorilo 13 socialnovarstvenih zavodov. Skupno število oseb, pri katerih so uporabili posebne varovalne ukrepe, je devet, od tega šest, pri katerih so uporabili telesno oviranje s pasovi, in tri osebe, pri katerih so omejili gibanje znotraj enega prostora (Graf 14 – Število oseb pri katerih so se uporabili PVU).

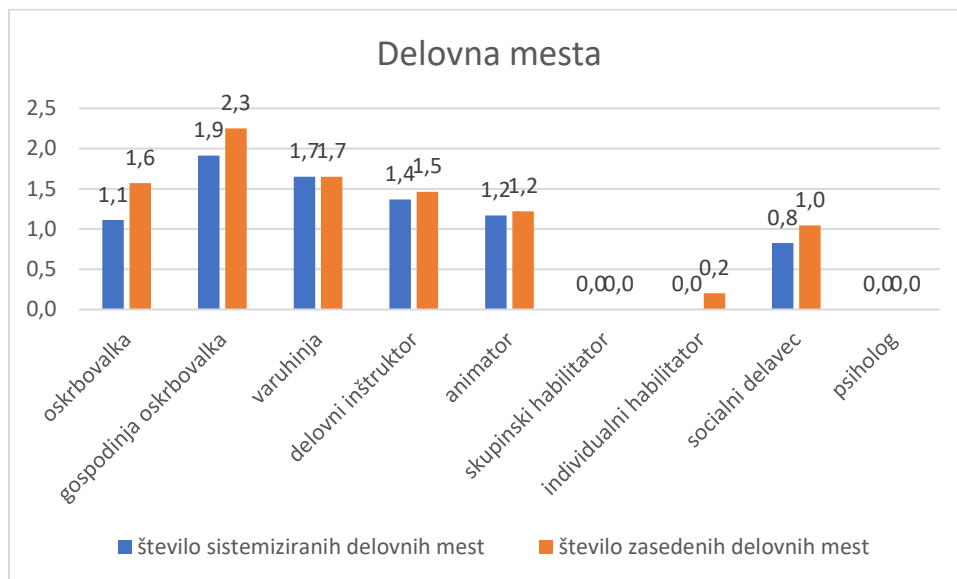


Graf 14 – Število oseb, pri katerih so se uporabili PVU

#### 4.3 KADRI

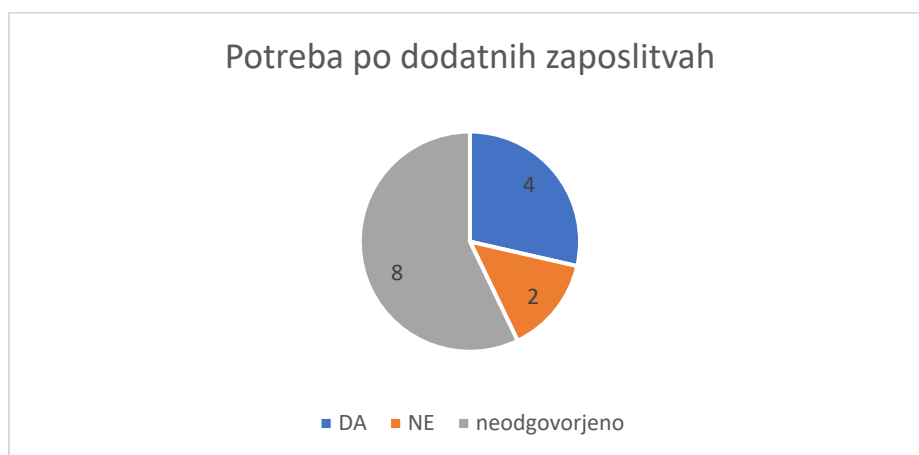
Na vprašanje o številu sistemiziranih in dejansko zasedenih delovnih mest na področju socialne oskrbe je odgovorilo 12 socialnovarstvenih zavodov. Število dejansko zasedenih mest je v vseh primerih enako ali večje od sistemiziranih delovnih mest, vendar ne odstopa za več kot 0,5 delovnega mesta. Največje število zaposlenih v varovanih oddelkih je 2,3 zaposlitve gospodinje oskrbovalke; sledi z 1,7 zaposlitve varuhinje; zatem je z 1,6 zaposlitve oskrbovalka; sledi ji z 1,5 zaposlitve delovni inštruktor; zatem je z 1,2 zaposlitve animator; z 1 zaposlitvijo sledi socialni delavec; z 0,2 zaposlitve sledi individualni habilitator. Skupinski habilitator in psiholog

nimata deleža zaposlitve v varovanih oddelkih (Graf 15 – Delovna mesta v varovanem oddelku).



Graf 15 – Delovna mesta v varovanem oddelku

Na vprašanje, ali ocenjujejo, da bi potrebovali dodaten kader, je odgovorilo samo šest socialnovarstvenih zavodov, in sicer štirje z da in dva z ne. Torej 28,6 % socialnovarstvenih zavodov trdi, da potrebujejo dodatne zaposlitve, 14,3 %, da ne potrebujejo dodatnih zaposlitev; 57,1 % socialnovarstvenih zavodov ni odgovorilo. Noben socialnovarstveni zavod ni navedel, kateri dodatni kader bi potrebovali (Graf 16 – Potreba po dodatnem kadru).

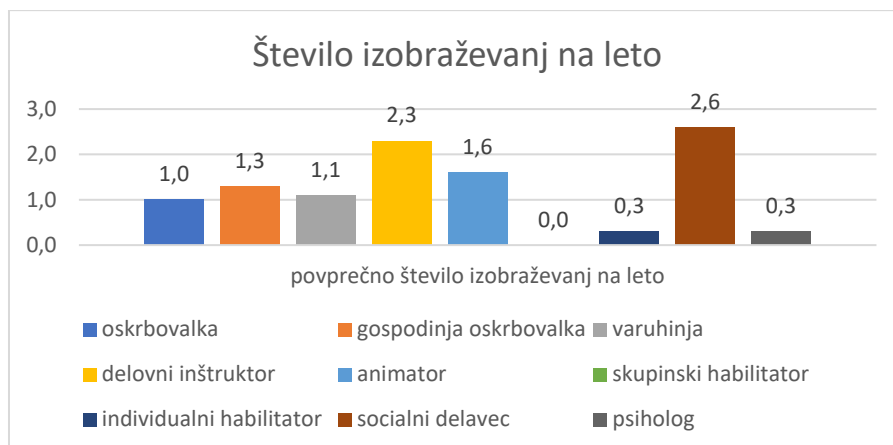


Graf 16 – Potreba po dodatnem kadru

Prav tako je bilo nizko število odgovorov pri posebnih zahtevah za zaposlitev oziroma potrebna dodatna znanja. Na to so odgovorili samo trije zavodi, in sicer so napisali, tolerantnost, komunikativnost, prijaznost, čustveno stabilnost, iniciativnost, znanje gerontologije, skupinskega dela in strokovni izpit iz socialnega varstva za socialnega delavca.

#### 4.3.1 Socialna oskrba

Na odgovor o številu izobraževanj zaposlenih je odgovorilo 11 socialnovarstvenih zavodov. Povprečno število izobraževanj na delovno mesto niha med 0 in 2,6 na letni ravni. Največ izobraževanj je deležen socialni delavec, 2,6 letno; sledi delovni inštruktor, 2,3 letno, animator, 1,6 letno, gospodinja oskrbovalka, 1,3 letno, varuhinja, 1,1 letno, animator, 1 letno in individualni habilitator ter psiholog, 0,3 izobraževanja letno (Graf 17 – Število izobraževanj na leto).



Graf 17 – Število izobraževanj na leto

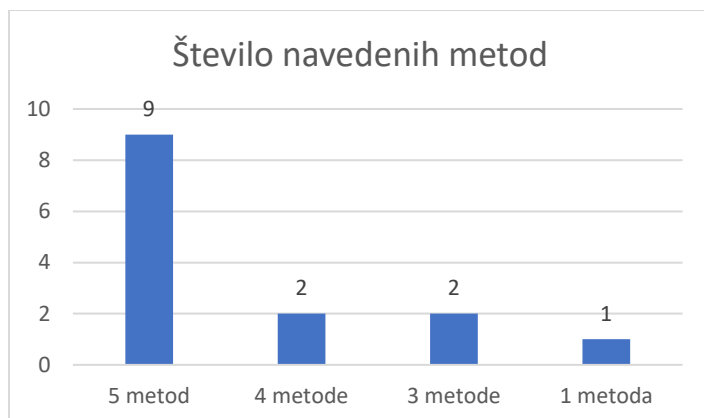
Prevladujoče vsebine izobraževanj zaposlenih so: preprečevanje in obvladovanje okužb z virusom SARS–COV–2 z uporabo osebne varovalne, umetnost poslušanja, lasten odnos do življenja in soočenje s smrtjo, pomen duhovnosti v času hude bolezni ali umiranja in žalovanja, delo s starejšimi, senzorna integracija, supervizijska srečanja, izzivi in priložnosti izvajanja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, nasilje in konstruktivni odzivi, komunikacija z osebami s težavami v duševnem zdravju, pravilno pristopanje in obravnava oseb z izstopajočim vedenjem, deeskalacijske tehnike, vloga odnosa pri delu z uporabniki, posebni varovalni ukrep, zakonodaja in pravilniki v povezavi z vsebinami na varovanem oddelku, krizna stanja v psihiatriji, demenca, trening socialnih spretnosti in veščin, stanje in izzivi na področju Alzheimerjeve demence, individualno načrtovanje, validacija, normalizacija, stres in

izgorevanje, etični kodeks, delovna okupacija, komunikacija, novi koncepti dela in soočanje s konfliktnimi situacijami.

#### 4.4 KONCEPT DELA

##### 4.4.1 Metode dela, ki najbolj prevladujejo pri vašem delu

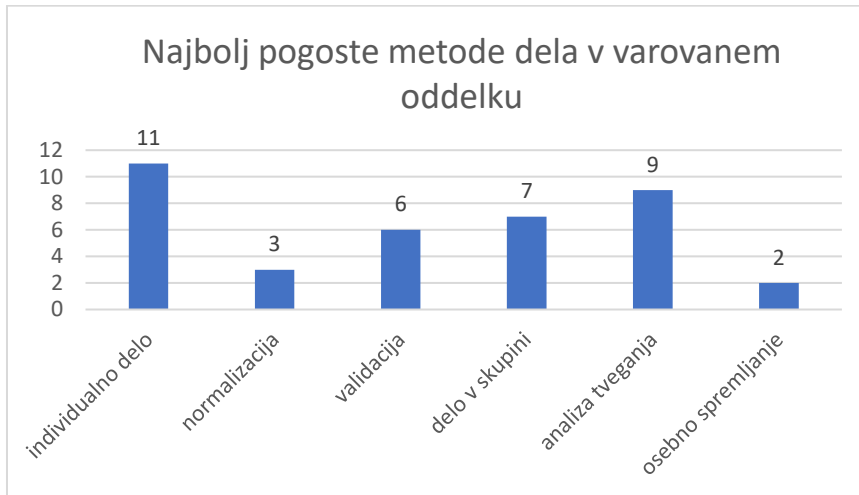
Na vprašanje o prevladujočih metodah dela v varovanem oddelku je odgovorilo vseh 14 socialnovarstvenih zavodov. Potrebno je bilo naštetih vsaj pet metod dela, ki jih uporabljajo pri svojem delu; pri tem je 9 zavodov naštel vsaj pet metod dela, kar predstavlja 64,3 %; dva zavoda sta naštela štiri metode dela, kar predstavlja 14,3 %; prav tako sta dva zavoda naštela tri metode dela, kar predstavlja 14,3 %; en zavod je naštel eno metodo, kar predstavlja 7,1 % (Graf 18 – Število navedenih metod).



Graf 18 – Število navedenih metod dela

Med naštetimi metodami dela je prevladovalo individualno delo, ki ga je navedlo 11 socialnovarstvenih zavodov, kar predstavlja 78,6 %; sledi analiza tveganja, ki jo je navedlo devet socialnovarstvenih zavodov, kar predstavlja 64,3 %; sedem socialnovarstvenih zavodov je navedlo delo v skupini, kar predstavlja 50 %; šest socialnovarstvenih zavodov je navedlo validacijo, kar predstavlja 42,9 %; trije socialnovarstveni zavodi so navedli normalizacijo, kar predstavlja 21,4 %, in dva socialnovarstvena zavoda sta navedla osebno spremljanje, kar predstavlja 14,3 % (Graf 19 – Najbolj pogoste metode dela v varovanem oddelku). Ostale metode dela so bile navedene samo s strani enega socialnovarstvenega zavoda: aktivacija, sprotno prepoznavanje stisk in odzivanje ter vključevanje drugih strokovnih služb, deeskalacijske metode, povečanje pozornosti za posebnost človeka, nizka stopnja obrambe pri

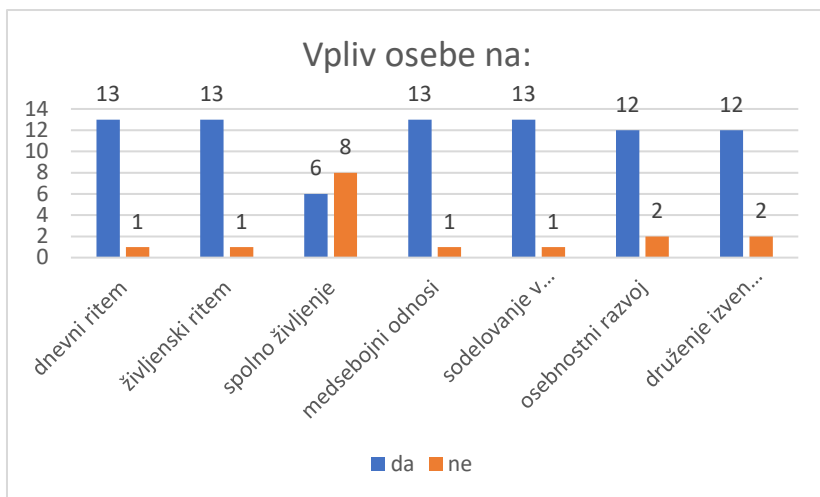
zaposlenih, konfluentna odnosna nega, upoštevanje temeljnih potreb človeka, razgovor, svetovanje, integracija, osebni načrt, terapija spominjanja, bazalna stimulacija, orientacija v realnost, telesna aktivnost in terapevtsko delo.



Graf 19 – Najbolj pogoste metode dela v varovanem oddelku

#### 4.4.2 Normalizacija

Na vprašanje vpliva na različne vidike življenja oseb, nameščenih v varovane oddelke, pri čemer zasledujemo koncept normalizacije, je odgovorilo vseh 14 zavodov. Odgovorili so, da ima oseba vpliv na dnevni ritem, življenjski ritem in medsebojne odnose v 13 zavodih, kar predstavlja 92,9 % socialnovarstvenih zavodov; samo en socialnovarstven zavod je odgovoril, da oseba na to nima vpliva, kar predstavlja 7,1 %. Na vpliv na osebni razvoj in druženje zunaj socialnovarstvenega zavoda imajo osebe vpliv v 12 socialnovarstvenih zavodih, kar predstavlja 85,7 %; dva socialnovarstvena zavoda sta odgovorila, da oseba na to nima vpliva, kar predstavlja 14,3 %. Vpliv na spolno življenje imajo osebe v šestih socialnovarstvenih zavodih, kar predstavlja 42,9 %; v osmih socialnovarstvenih zavodih osebe nimajo vpliva na to, kar predstavlja 57,1 % (Graf 20 - Vpliv osebe).

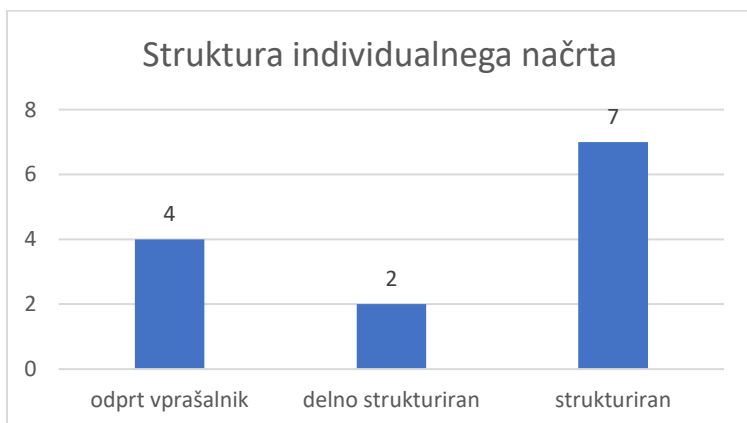


Graf 20 – Vpliv osebe

## 4.5 INDIVIDUALNI NAČRT

### 4.5.1 Struktura individualnega načrta

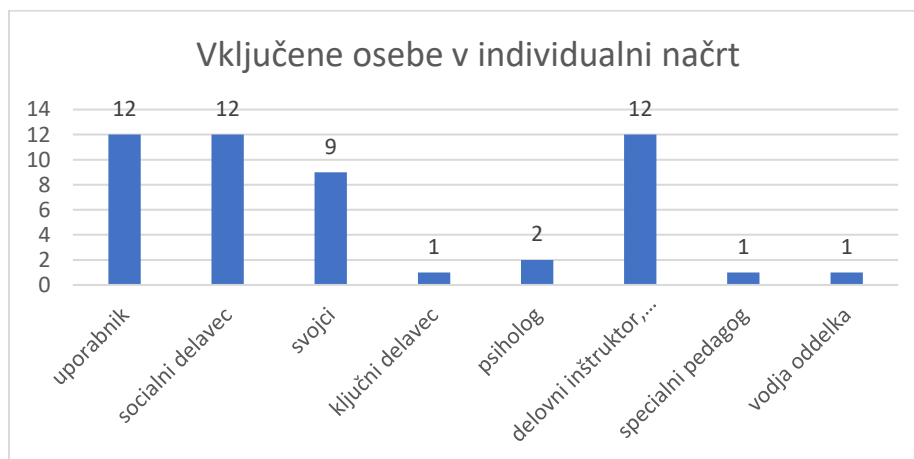
Na vprašanje o strukturi individualnega načrta je odgovorilo 13 socialnovarstvenih zavodov. Iz odgovorov je bilo razbrati, da sedem socialnovarstvenih zavodov uporablja strukturirano strukturo individualnega načrta, kar predstavlja 53,8 %, štirje socialnovarstveni zavodi uporabljajo odprt vprašalnik, kar predstavlja 30,8 %, in dva socialnovarstvena zavoda uporabljata delno strukturiran individualni načrt, kar predstavlja 15,4 % (Graf 21 – Struktura individualnega načrta).



Graf 21 – Struktura individualnega načrta

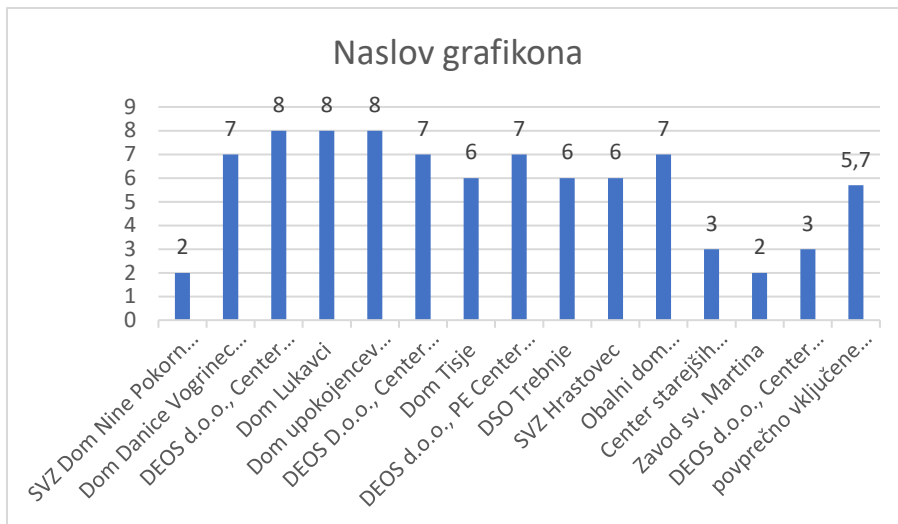
#### 4.5.2 Osebe vključene v pripravo individualnega načrta

Na vprašanje o vključenih osebah pri pripravi individualnega načrta je odgovorilo vseh 14 socialnovarstvenih zavodov. 12 socialnovarstvenih zavodov je odgovorilo, da je v načrt vključen uporabnik, socialni delavec, delovni inštruktor, delovni terapevt, zdravstvena nega in fizioterapevt, kar predstavlja 85,7 %. Devet socialnovarstvenih zavodov je odgovorilo, da so v načrt vključeni svojci, kar predstavlja 64,3 %; dva socialnovarstvena zavoda sta odgovorila, da je v načrt vključen psiholog, kar predstavlja 14,3 %, in po en socialnovarstveni zavod je odgovoril, da so v načrt vključeni ključni delavci, specialni pedagogi in vodja oddelka (Graf 22 – Vključene osebe v individualni načrt).



Graf 22 – Vključene osebe v individualni načrt

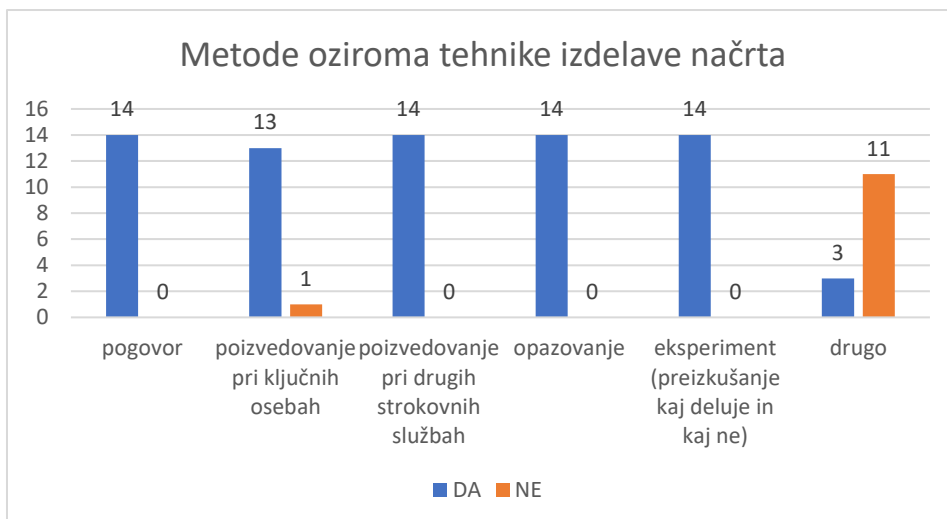
V socialnovarstvenih zavodih je povprečno število vključenih oseb 5,7; številke vključenih oseb nihajo med dve in osem. Najmanj vključenih oseb, torej dve osebi, imata v načrt vključena dva socialnovarstvena zavoda, kar predstavlja 14,3 %; tri osebe vključene v načrt imajo tudi dva socialnovarstvena zavoda, kar predstavlja 14,3 %. Šest vključenih oseb v načrt imajo trije socialnovarstveni zavodi, kar predstavlja 21,5 %; sedem vključenih oseb imajo štirje socialnovarstveni zavodi, kar predstavlja 28,6 %; osem vključenih oseb v načrt imajo trije socialnovarstveni zavodi, kar predstavlja 21,4 % (Graf 23 – Vključene osebe po zavodih).



Graf 23 – Vključene osebe po zavodih

#### 4.5.3 Metode oziroma tehnike pri izdelavi individualnega načrta

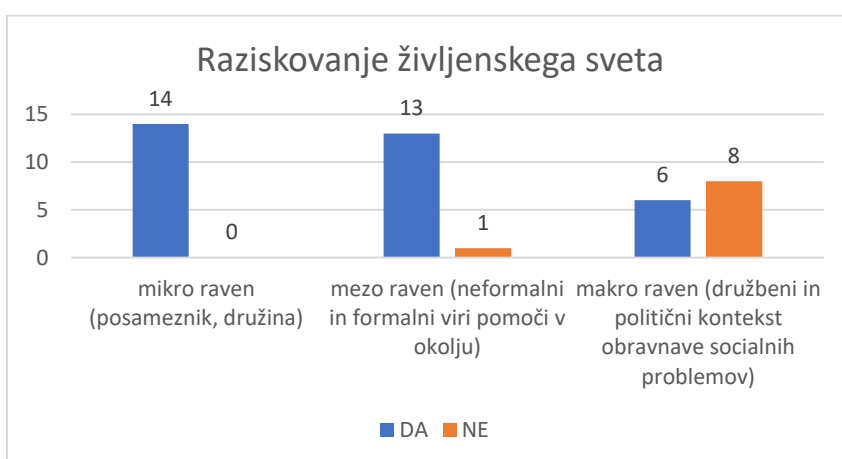
Na vprašanje o metodah oziroma tehnikah izdelave individualnega načrta je odgovorilo vseh 14 socialnovarstvenih zavodov. Metode oziroma tehnike, ki jih uporabljajo vsi socialnovarstveni zavodi, so pogovor, poizvedovanje pri drugih strokovnih službah, opazovanje in eksperiment (preizkušanje, kaj deluje in kaj ne). Metoda oziroma tehnika poizvedovanja pri ključnih osebah uporablja 13 socialnovarstvenih zavodov, kar predstavlja 92,9 %; en socialnovarstveni zavod, ki te metode oziroma tehnike ne uporablja, kar predstavlja 7,1 %. Socialnovarstveni zavodi so imeli možnost napisati tudi druge metode oziroma tehnike izdelave načrta, pri čemer je 11 socialnovarstvenih zavodov pustilo polje prazno, kar predstavlja 78,6 %; trije socialnovarstveni zavodi so napisali, da uporabljajo druge metode oziroma tehnike, kar predstavlja 21,4 %, vendar odgovora niso utemeljili; en socialnovarstveni zavod je navedel implicitno in eksplicitno načrtovanje (Graf 24 – Metode oziroma tehnike izdelave načrta).



Graf 24 – Metode oziroma tehnike izdelave načrta

#### 4.5.4 Raziskovanje življenjskega sveta nameščenih oseb

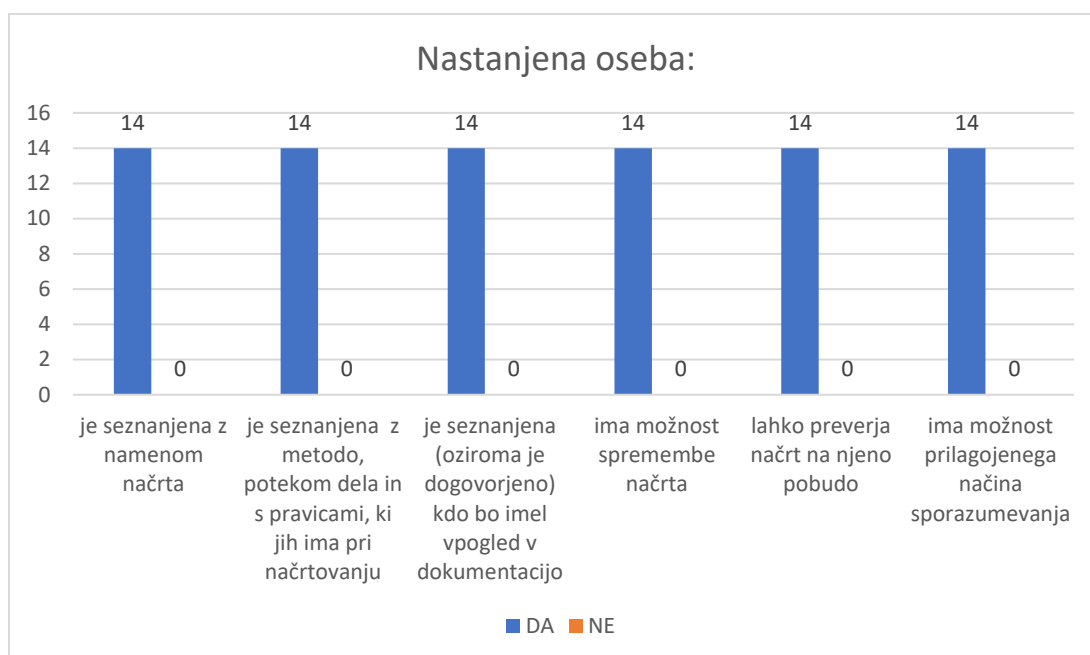
Na vprašanje raziskovanja življenjskega sveta nameščene osebe je odgovorilo vseh 14 socialnovarstvenih zavodov. Vseh 14 socialnovarstvenih zavodov trdi, da raziskujejo mikroraven življenjskega sveta uporabnika, torej 100 %. 13 socialnovarstvenih zavodov raziskuje tudi mezoraven življenjskega sveta uporabnika, kar predstavlja 92,9 %; en socialnovarstveni zavod ne raziskuje mezoravni, torej 7,1 %. Makroraven raziskuje šest socialnovarstvenih zavodov, kar predstavlja 42,9 %, in osem socialnovarstvenih zavodov ne raziskuje makroravni, kar predstavlja 57,1 % (Graf 25 – Raziskovanje življenjskega sveta).



Graf 25 – Raziskovanje življenjskega sveta

#### 4.5.5 Seznanjenost in možnosti nameščene osebe

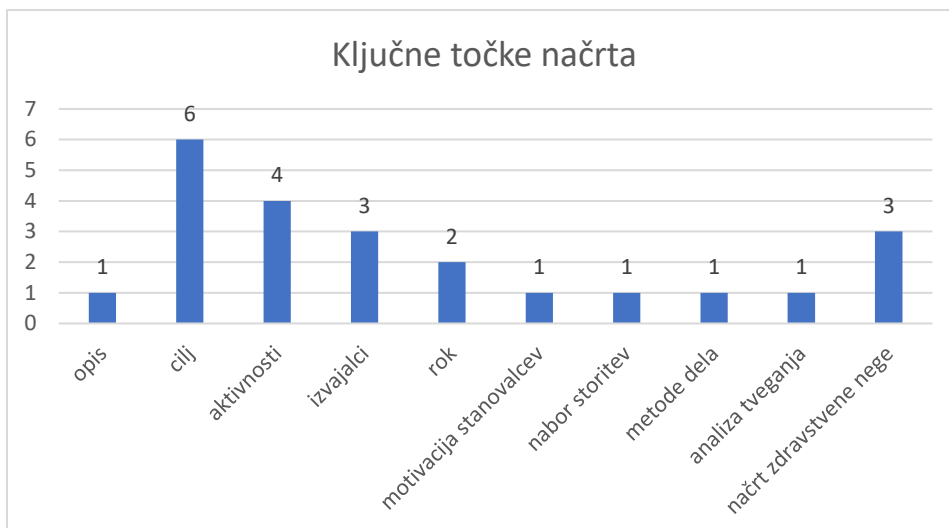
Na vprašanje o seznanjenosti nameščene osebe so odgovorili vsi socialnovarstveni zavodi. Pri vseh možnih odgovorih je vseh 14 socialnovarstvenih zavodov odgovorilo, da je oseba seznanjena z namenom načrta, metodo, potekom dela in pravicami, kdo bo imel vpogled v dokumentacijo, da lahko preverja načrt na svojo pobudo in ima možnost prilagojenega načina sporazumevanja (Graf 26 – Seznanjenost nameščene osebe).



Graf 26 – Seznanjenost nameščene osebe

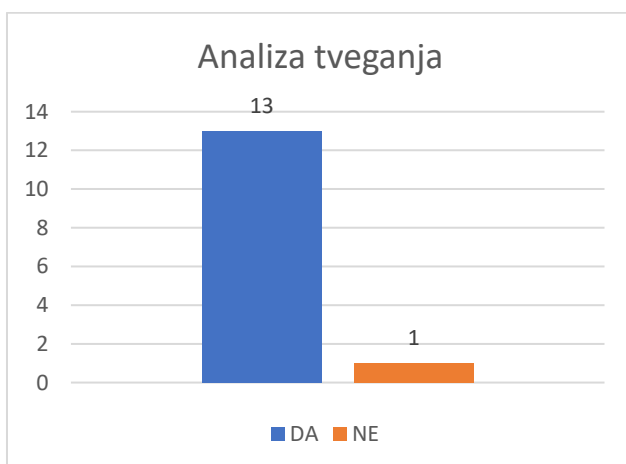
#### 4.5.6 Izvedbeni načrt in cilji

Pri vprašanju o ključnih točkah načrta so socialnovarstveni zavodi najbolj pogosto našli, ključno točko cilj individualnega načrta, ki ga je navedlo šest socialnovarstvenih zavodov, kar predstavlja 42,9 %; štiri socialnovarstveni zavodi so kot ključno točko navedli aktivnosti, kar predstavlja 28,6 %; trije socialnovarstveni zavodi so kot ključno točko načrta navedli izvajalce in načrt zdravstvene nege, kar predstavlja 21,4 %. Dva socialnovarstvena zavoda sta navedla ključno točko rok načrta, kar predstavlja 14,3 %, in po en socialnovarstveni zavod je navedel ključno točko načrta opis, motivacija stanovalcev, nabor storitev, metode dela in analiza tveganja, kar predstavlja 7,1 % (Graf 27 – Ključne točke načrta).



Graf 27 – Ključne točke načrta

Analizo tveganja pri individualnem načrtu uporablja 13 socialnovarstvenih zavodov, kar predstavlja 92,9 %; samo en socialnovarstveni zavod ne uporablja analize tveganja, kar predstavlja 7,1 % (Graf 28 – Analiza tveganja).

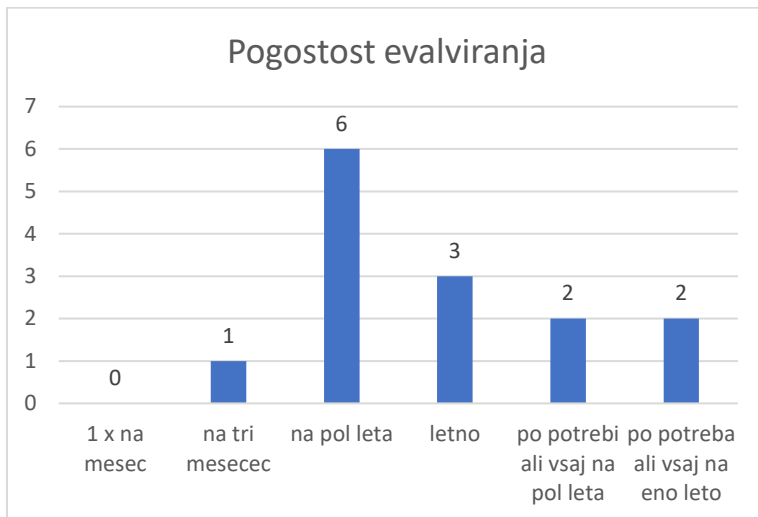


Graf 28 – Analiza tveganja

#### 4.5.7 Evalvacija individualnega načrta

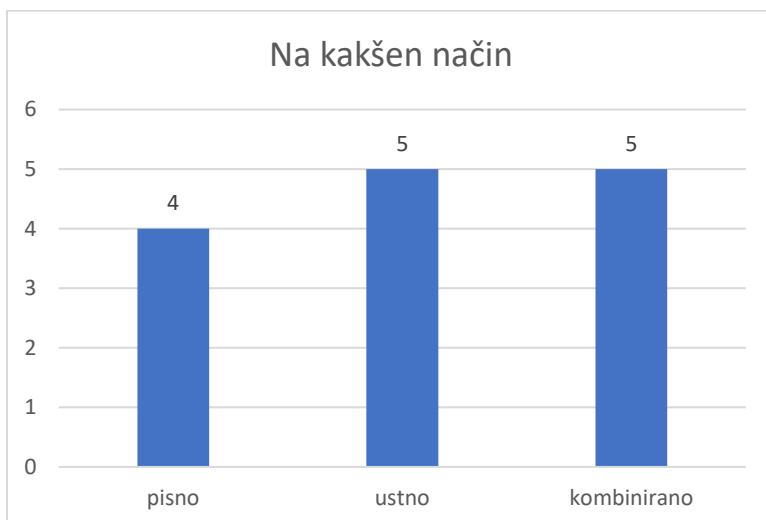
Na vprašanje o evalvaciji individualnega načrta je odgovorilo vseh 14 socialnovarstvenih zavodov. Šest socialnovarstvenih zavodov evalvira individualni načrt na pol leta, kar predstavlja 42,9 %; trije socialnovarstveni zavodi evalvirajo načrt letno, kar predstavlja 21,4 %; dva socialnovarstvena zavoda izvajata evalvacijo po potrebi ali vsaj na pol leta in dva

socialnovarstvena zavoda po potrebi ali vsaj na eno leto, kar predstavlja 14,3 %. En socialnovarstveni zavod evalvira individualni načrt na tri mesece, kar predstavlja 7,1 % (Graf 29 – Pogostost evalviranja).



Graf 29 – Pogostost evalviranja

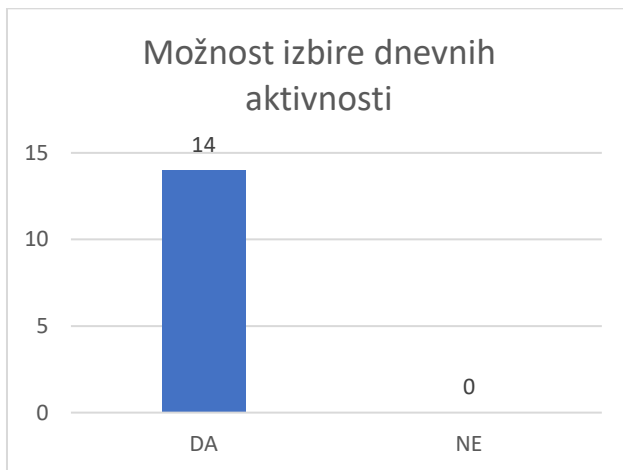
Pet socialnovarstvenih zavodov ustno evalvira individualni načrt, kar predstavlja 35,7 %; enako pet socialnovarstvenih zavodov evalvira načrt kombinirano, ustno in pisno, kar predstavlja 35,7 %, štiri socialnovarstveni zavodi evalvirajo načrt pisno, kar predstavlja 28,6 % (Graf 30 – Način evalviranja).



Graf 30 – Način evalviranja

## 4.6 DNEVNE AKTIVNOSTI

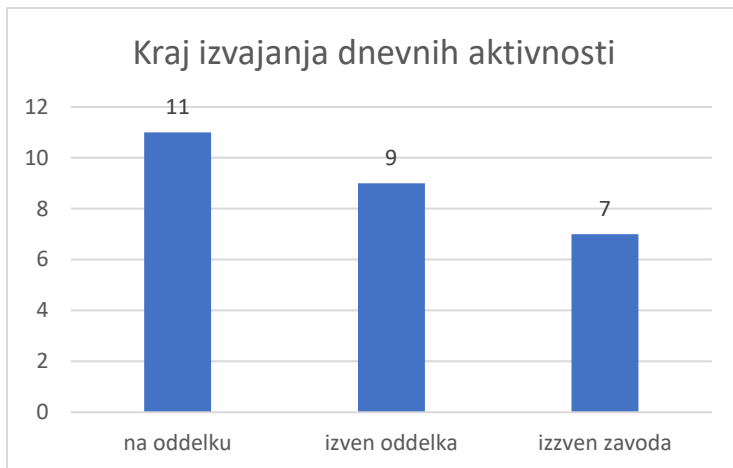
Na vprašanje o možnostih izbire dnevnih aktivnostih so odgovorili vsi socialnovarstveni zavodi. Vseh 14 socialnovarstvenih zavodov je odgovorilo, da imajo osebe, nameščene v varovanih oddelkih, možnost izbire vseh dnevnih aktivnosti<sup>3</sup> (Graf 31 – Možnost izbire dnevnih aktivnost).



Graf 31 – Možnost izbire dnevnih aktivnost

Na vprašanje o kraju izvajanja dnevnih aktivnosti je odgovorilo 11 socialnovarstvenih zavodov. Vseh 11 socialnovarstvenih zavodov izvaja dnevne aktivnosti v varovanem oddelku, kar predstavlja 100 %; zunaj oddelka izvaja dnevne aktivnosti devet socialnovarstvenih zavodov, kar predstavlja 64,3 %; sedem socialnovarstvenih zavodov izvaja dnevne aktivnosti tudi zunaj zavoda, kar predstavlja 50 % zavodov (Graf 32 - Kraj izvajanja dnevnih aktivnosti).

<sup>3</sup> Dnevne aktivnosti, ki so jih navajali socialnovarstveni zavodi, so: fizioterapija, delovna terapija, delavnice, telovadba, sprehodi, družabne igre, individualni pogovori, gospodinjske delavnice, miselne vaje, ustvarjalne delavnice, praznovanja ob praznikih, glasbene urice, pogovorne skupine, sprehodi, aktivnosti delovne terapije, aktivnosti fizioterapije, gospodinjska opravila, vaje za spomin, bralna urica, sveta maša, terapija s psom, aromaterapija, izleti, prostočasne dejavnosti, bazen, računalnik, aktivnosti v sklopu družabništva in animacije na ravni zavoda, individualni projekti izven zavoda, urejanje skupnih prostorov, kreativne delavnice, grafomotorika, individualno usmerjena aktivnost, trening dnevnih aktivnosti (umivanja, oblačenja), prireditve, družabni dogodki, aktivnosti na oddelku, vodene s strani strokovnih služb, skupina za samopomoč, sestane s stanovalci, aktivnosti na X-box-u, kuharske urice, individualne in skupinske aktivnosti delovne terapije, orientacija, pogovor na temo, zaposlitvene aktivnosti, kino ogled filma, individualna aromaterapija, kreativne delavnice, terapevtski vrt in vključevanje v širše življenjsko okolje.



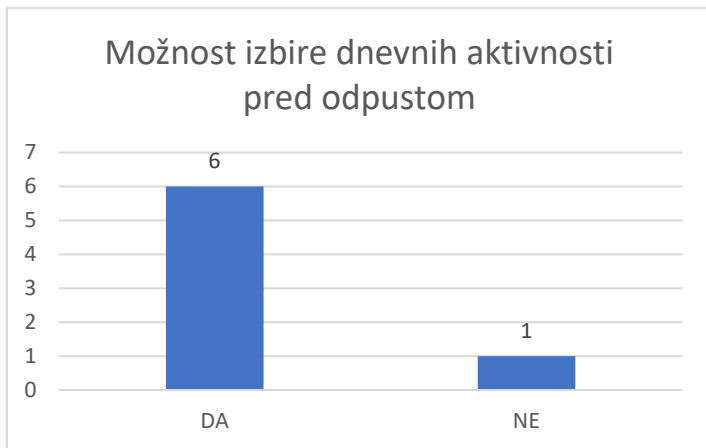
Graf 32 – Kraj izvajanja dnevnih aktivnosti

Pri primerjavi dnevnih aktivnosti v času bivanja na varovanem oddelku in pred odpustom so se dnevne aktivnosti razlikovale pri sedmih socialnovarstvenih zavodih, kar predstavlja 50 %; pri ostalih socialnovarstvenih zavodih aktivnosti ostajajo iste ali niso navedli aktivnosti pred odpustom (Graf 33 – Različne aktivnosti pred odpustom).



Graf 33 – Različne aktivnosti pred odpustom

Pri odgovoru, ali imajo osebe možnost izbire dnevnih aktivnosti pred odpustom, imajo pri šestih socialnovarstvenih zavodih to možnost, kar predstavlja 85,7 %; pri enem socialnovarstvenem zavodu nimajo možnosti izbire, kar predstavlja 14,3 % (Graf 34 – Možnosti izbire dnevnih aktivnosti pred odpustom).



Graf 34 – Možnosti izbire dnevnih aktivnosti pred odpustom

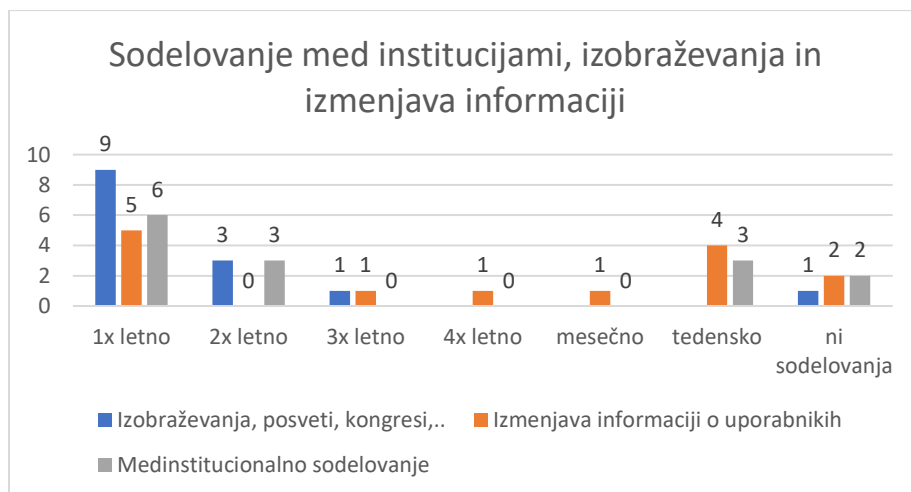
#### **4.7 SODELOVANJE MED INSTITUCIJAMI, IZOBRAŽEVANJE IN IZMENJAVA INFORMACIJ**

Na vprašanje o sodelovanju med institucijami, izobraževanju in izmenjavi informaciji je odgovorilo vseh 14 socialnovarstvenih zavodov.

Na vprašanje o izobraževanju, posvetih, kongresih je devet socialnovarstvenih zavodov odgovorilo, da poteka enkrat letno, kar predstavlja 64,3 %; trije socialnovarstveni zavodi so odgovorili, da se jih udeležijo dvakrat letno, kar predstavlja 21,4 %; en socialnovarstveni zavod je odgovoril, da se jih udeležuje trikrat letno, kar je 7,1 %; en socialnovarstveni zavod je odgovoril, da ne sodeluje pri izobraževanju, posvetih, kongresih, kar predstavlja 7,1 % (Graf 35 – Sodelovanje med institucijami, izobraževanja in izmenjava informaciji).

Na vprašanje o izmenjavi informaciji o uporabnikih med ključnimi institucijami, strokovnjaki in bližnjimi osebami je pet socialnovarstvenih zavodov odgovorilo, da izmenjava poteka enkrat letno, kar predstavlja 35,7 %; štiri socialnovarstveni zavodi so odgovorili, da tedensko izmenjujejo informacije o uporabnikih, kar predstavlja 28,6 %. Dva socialnovarstvena zavoda sta odgovorila, da ni izmenjave informaciji o uporabnikih, kar predstavlja 14,3 %; po en socialnovarstveni zavod je odgovoril, da izmenjavajo informacije trikrat letno, štirikrat letno in mesečno, kar predstavlja dvakrat po 7,1 % (Graf 35 – Sodelovanje med institucijami, izobraževanja in izmenjava informaciji).

Medinstitucionalno sodelovanje v petih socialnovarstvenih zavodih poteka enkrat letno, kar predstavlja 42,9 %. V treh socialnovarstvenih zavodih sodelovanje poteka dvakrat letno in prav tako v dveh tedensko, kar predstavlja 21,4 %. V dveh socialnovarstvenih zavodih ne sodelujejo medinstitucionalno, kar predstavlja 14,3 % (Graf 35 – Sodelovanje med institucijami, izobraževanja in izmenjava informaciji).

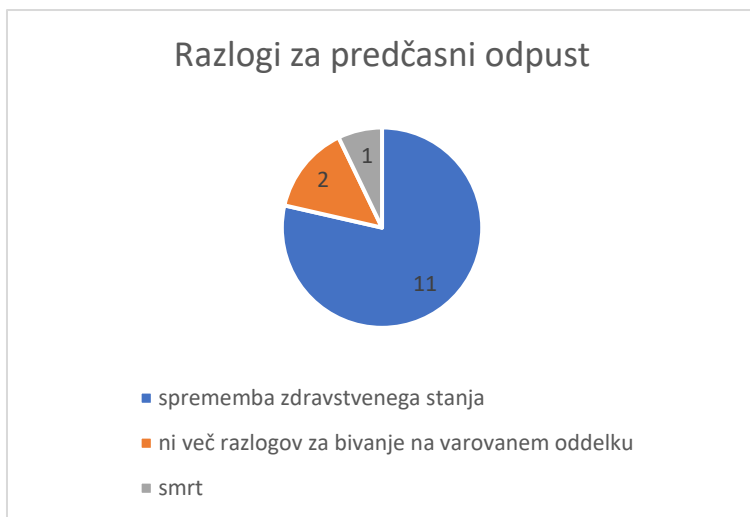


Graf 35 – Sodelovanje med institucijami, izobraževanja in izmenjava informaciji

## 4.8 ODPUST

### 4.8.1 Razlogi za odpust pred rokom določenim s sklepom sodišča

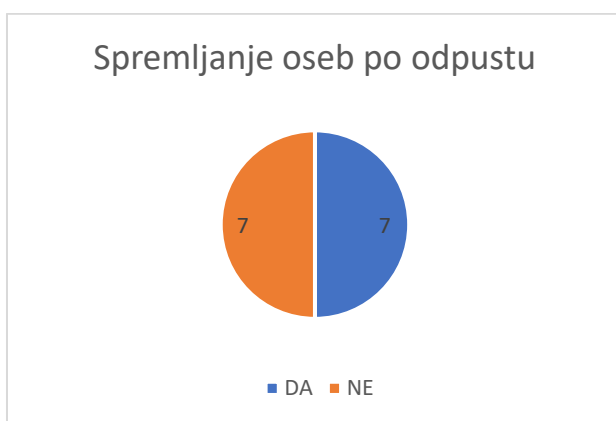
Na vprašanje o razlogih odpusta pred rokom, določenim s sklepom sodišča, je odgovorilo vseh 14 socialnovarstvenih zavodov. 11 socialnovarstvenih zavodov je za predčasni odpust navedlo razlog spremembo zdravstvenega stanja, kar predstavlja 78,6 %; dva socialnovarstvena zavoda sta navedla, da ni več razlogov za bivanje na varovanem oddelku, kar predstavlja 14,3 %; en socialnovarstveni zavod navaja kot razlog smrt, kar predstavlja 7,1 % (Graf 36 – Razlogi za predčasen odpust).



Graf 36 – Razlogi za predčasen odpust

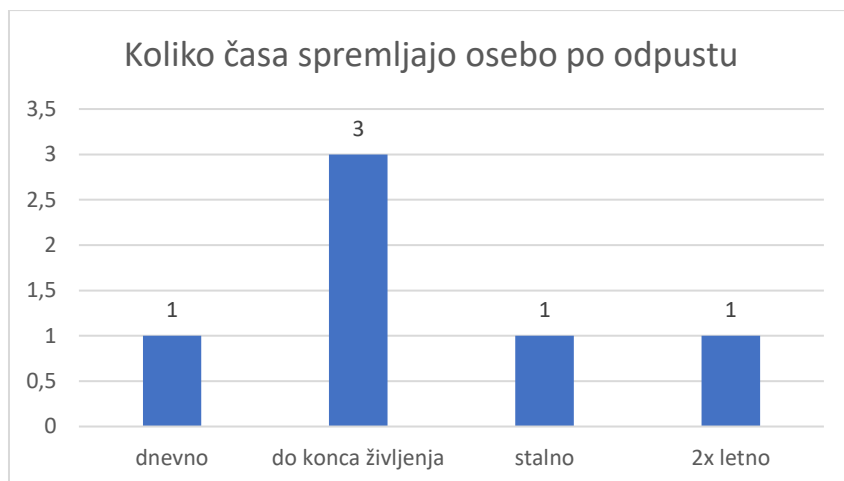
#### 4.8.2 Spremljanje oseb po odpustu

Na vprašanje, ali spremljajo osebe po odpustu iz varovanega oddelka, je odgovorilo vseh 14 zavodov, in sicer sedem socialnovarstvenih zavodov z odgovorom da, kar predstavlja 50 %, in sedem socialnovarstvenih zavodov z odgovorom ne, kar prav tako predstavlja 50 % zavodov (Graf 37 – Spremljanje osebe po odpustu).



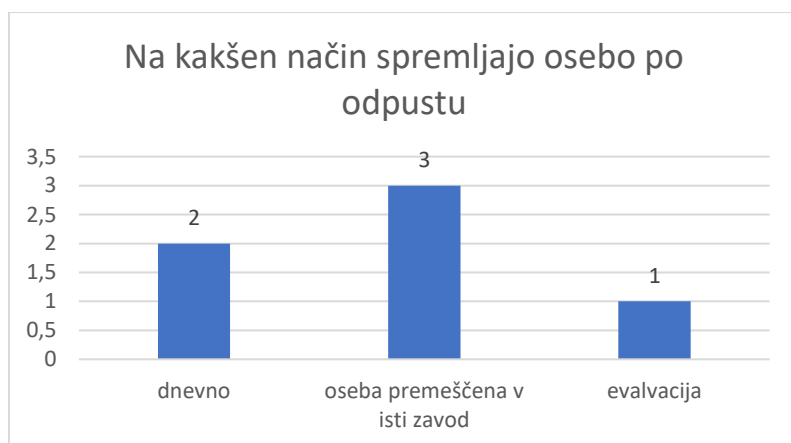
Graf 37 – Spremljanje osebe po odpustu

Dodatno je šest socialnovarstvenih zavodov odgovorilo, koliko časa spremljajo osebo po odpustu. Trije socialnovarstveni zavodi spremljajo osebo do konca življenja, kar predstavlja 50 %; en socialnovarstveni zavod spremlja osebo stalno, kar predstavlja 16,7 %; prav tako en socialnovarstveni zavod spremlja osebo stalno; kar predstavlja 16,7 % in en zavod dvakrat letno, kar predstavlja 16,7 % (Graf 38 – Koliko časa spremljajo osebo po odpustu).



Graf 38 – Koliko časa spremljajo osebo po odpustu

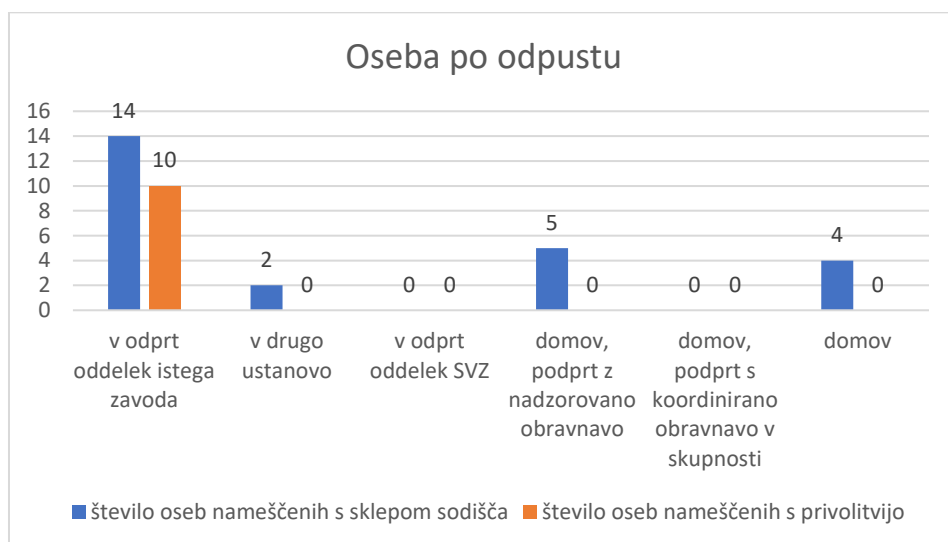
V treh socialnovarstvenih zavodih spremljajo osebo, ker je nameščena v isti zavod, kar predstavlja 50 %; dva socialnovarstvena zavoda ponovita, da spremljata osebo dnevno, kar predstavlja 33,3 %; en socialnovarstveni zavod spremlja osebo z evalvacijo, kar predstavlja 16,7 % (Graf 39 – Na kakšen način spremljajo osebo po odpustu).



Graf 39 – Na kakšen način spremljajo osebo po odpustu

Na vprašanje, kam gre oseba po odpustu, je odgovorilo 10 socialnovarstvenih zavodov. Največ oseb gre po odpustu v odprt oddelek istega zavoda; v letu 2020 jih je odšlo 14 takšnih, ki so bili nameščeni s sklepom sodišča, in 10, ki so bili nameščeni s privolitvijo, kar predstavlja 68 %. V

drugo ustanovo sta odšla dva uporabnika, nameščena s sklepom sodišča, in noben s privolitvijo, kar predstavlja 5,7 %. V odprt oddelek SZS ni odšel nobeden. Domov, podprt z nadzorovano obravnavo, je odšlo pet oseb, nameščenih s sklepom sodišča, in noben s privolitvijo, kar predstavlja 14,3 %. Domov, podprt s koordinirano obravnavo v skupnosti, ni odšel nobeden. Domov brez podpore so odšli štirje, ki so bili nameščeni s sklepom sodišča, in noben s privolitvijo, kar predstavlja 11,4 % (Graf 40 – Oseba po odpustu).



Graf 40 – Oseba po odpustu

#### 4.9 PREDLOGI SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODOV

Pri zaključnem vprašanju, kjer so imeli socialnovarstveni zavodi možnost po želji napisati predloge oziroma komentar, je odgovorilo devet socialnovarstvenih zavodov. Predlogi, ki jih navajajo, so naslednji:

- Osebe z demenco, ki so nameščene na varovano enoto doma, ne bi smeli obravnavati po Zakonu o duševnem zdravju oz. bi ta zakon moral vsebovati posebno poglavje, ki bi bilo prilagojeno starejšim z diagnozo demenca. Mnenje psihiatrično-nevrološke stroke bi moralo zadostovati za namestitve. Če bi se pojavile dileme glede namestitve na varovani oddelek, bi se vključilo sodišče. Pri starejših osebah z demenco prognoza bolezni ni v smeri izboljšanja stanja, zato obnavljanje namestitve s sklepom sodišča ni smiselno; povzroča zelo stresno situacijo stanovalcu.

- Večja vključitev strokovnih služb pred namestitvijo v varovani oddelek z namenom preprečitve namestitve v varovani oddelek. Ob prenehanju razlogov za zadržanje na varovanem oddelku prav tako večja vključitev zunanjih strokovnih služb in aktivno iskanje.
- Zakon o duševnem zdravju potrebuje novelo, ki se nanaša na osebe ki imajo demenco.
- Za osebe z demenco, ki so nameščene v institucionalno varstvo na varovani oddelek, se ne načrtuje vrnitev v domače okolje. Zaradi porasta oseb z demenco, ki potrebujejo varovani oddelek, je težava predvsem v majhnem številu kapacitet in dolgih čakalnih vrstah, zato posledično ob spremenjenem zdravstvenem stanju osebam ne podaljšujemo bivanja na varovanem oddelku in jih v soglasju s svojci (skrbnikom) in na podlagi mnenja psihiatra premestimo zunaj varovanega oddelka (na navadni oddelek).
- Večje sodelovanje s svojci, ko bo to mogoče glede na epidemiološko stanje. Odgovori so vezani na leto 2020, ki je bilo pogojeno z epidemiološko sliko.
- Načrtovanje varovane enote v pritličju zavoda, možnost stopiti na zelenico, velik ograjen vrt. Omogočiti jim stik z živalmi, otroci.
- To so ljudje, ki ne morejo samostojno funkcionirati doma. Običajno so tudi že izčrpane vse vrste pomoči v domačem okolju. Svojci so utrujeni, izčrpani, sami zbolijo. Osebe niso vodljive, so begave, neorientirane, nemalokrat agresivne.

#### 4.10 PREVERJANJE HIPOTEZ

**H1** Oddelki za osebe s težavami v duševnem zdravju so bolj zasedeni kot oddelki za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkciji potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor.

Glede na pridobljene rezultate lahko hipotezo **potrdim**, saj je zasedenost v varovanih oddelkih za osebe s težavami v duševnem zdravju za 24,8 % višja kot v varovanih oddelkih za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkciji potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor.

**H2** V vseh varovanih oddelkih je nameščenih več oseb s sklepom sodišča kot s privolitvijo.

V varovane oddelke je bilo 95,3 % nameščenih oseb s sklepom sodišča in 4,7 % nameščenih oseb s privolitvijo.

Podatki kažejo, da je razlika med številom oseb, nameščenih s sklepom sodišča, in oseb, nameščenih s privolitvijo, za 90,6 % v prid nameščenim osebam s sklepom sodišča, torej lahko hipotezo **potrdim**.

**H3** Socialnovarstveni zavodi v večjem številu pri sprejemu osebe na varovani oddelek sodelujejo z zunanjimi deležniki, kot da pri sprejemu ne sodelujejo z zunanjimi deležniki.

V 91,1 % je sprejem potekal v sodelovanju z zunanjimi deležniki in v 8,9 % brez sodelovanja z zunanjimi deležniki. Razlika med sprejemom v sodelovanju z zunanjimi deležniki in brez sodelovanja z zunanjimi deležniki je 82,2 % v prid sprejemom v sodelovanju z drugimi deležniki, torej lahko hipotezo **potrdim**.

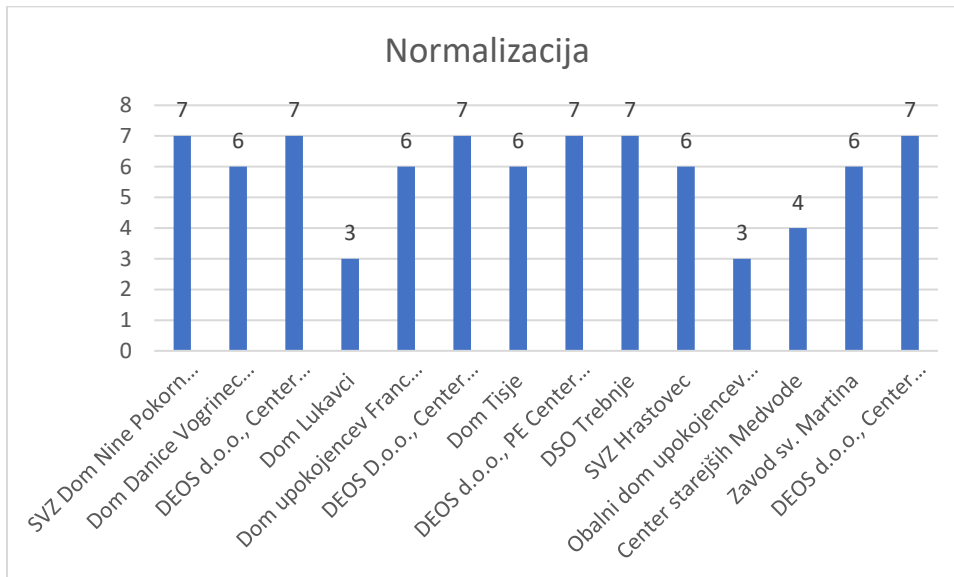
**H4** Najmanj 80 % socialnovarstvenih zavodov izraža potrebo po dodatnem številu zaposlenih v varovanih oddelkih.

Na vprašanje, ali ocenjujejo, da bi potrebovali dodaten kader, je odgovorilo samo šest socialnovarstvenih zavodov, in sicer štirje z da in dva z ne. Torej 28,6 % zavodov trdi, da potrebujejo dodatne zaposlitve in 14,3 % da ne potrebujejo dodatnih zaposlitev; 57,1 % zavodov ni odgovorilo. Ker na postavljeno vprašanje ni odgovorila niti polovica socialnovarstvenih zavodov, hipoteze ne morem ne potrditi ne zavreči.

**H5** Najmanj 80 % socialnovarstvenih zavodov deluje po konceptu normalizacije.

Socialnovarstveni zavodi so odgovorili, da ima oseba vpliv na dnevni ritem, življenjski ritem in medsebojne odnose v 13 zavodih, kar predstavlja 92,91 % zavodov; samo en zavod je odgovoril, da oseba na to nima vpliva, kar predstavlja 7,1 %. Na vpliv na osebnostni razvoj in druženje zunaj zavoda imajo osebe vpliv v 12 zavodih, kar predstavlja 85,7 %; dva zavoda sta odgovorila, da oseba na to nima vpliva, kar predstavlja 14,3 %. Vpliv na spolno življenje imajo osebe v šestih zavodih, kar predstavlja 42,9 %; v osmih zavodih osebe nimajo vpliva na to, kar predstavlja 57,1 %.

Iz spodnjega grafa je razvidno, da je socialnovarstvenih zavodov, ki so odgovorili, da ima oseba vsaj pri petih zgoraj navedenih področjih vpliv 11, kar pomeni 78,6 %, ter trije socialnovarstveni zavodi, kjer ima oseba vpliv samo na 3 do 4 področji. Menim, da ne sledijo konceptu normalizacije. To predstavlja 21,4 %. Iz podatkov je razvidno, da je manj, kot 80 % socialnovarstvenih zavodov, ki sledijo konceptu normalizacije, torej lahko hipotezo **ovržem**.



Graf 41 – Normalizacija

**H6** Vsaj 80 % socialnovarstvenih zavodov evalvira individualni načrt vsaj na pol leta.

Zavodi, ki evalvirajo individualni načrt na pol leta, predstavljajo 42,9 %; zavodi, ki evalvirajo načrt letno, predstavljajo 21,4 %; zavodi, ki izvajajo evalvacijo po potrebi ali vsaj na pol leta, predstavljajo 14,3 %; zavodi, ki evalvirajo po potrebi ali vsaj na eno leto predstavljajo 14,3 %; zavodi, ki evalvirajo individualni načrt na tri mesece, predstavljajo 7,1 %.

Če seštejemo socialnovarstvene zavode, ki evalvirajo individualni načrt na tri mesece, pol leta in po potrebi ali vsaj na pol leta, dobimo 60,3 %, kar pomeni, da manj kot 80 % socialnovarstvenih zavodov evalvira načrt vsaj na pol leta in lahko hipotezo **ovržem**.

**H7** V več kot polovici socialnovarstvenih zavodih se dnevne aktivnosti pred odpustom razlikujejo od siceršnjih dnevnih aktivnosti.

Pri primerjavi dnevnih aktivnosti v času bivanja na varovanem oddelku in pred odpustom so se dnevne aktivnosti razlikovale pri sedmih socialnovarstvenih zavodih, kar pomeni 50 %; pri ostalih zavodih aktivnosti ostajajo iste ali pa niso navedli aktivnosti pred odpustom.

Glede na pridobljene rezultate moram hipotezo **ovreči**, saj se v točno 50 % dnevne aktivnosti razlikujejo pred odpustom.

**H8** 70 % socialnovarstvenih zavodov sodeluje na izobraževanjih, posvetih in kongresih vsaj dvakrat letno, pri izmenjavi informaciji o uporabnikih vsaj mesečno in v medinstitucionalnem sodelovanju vsaj trikrat letno.

Na vprašanje o izobraževanju, posvetih in kongresih je 64,3 % zavodov odgovorilo, da potekajo enkrat letno, 21,4 %, da se udeležijo dvakrat letno; 7,1 % jih je odgovorilo, da se jih udeležujejo trikrat letno in 7,1 %, da ne sodelujejo pri izobraževanju, posvetih, kongresih, kar predstavlja 7,1 %. Skupni seštevek zavodov, ki sodelujejo na izobraževanjih, posvetih in kongresih vsaj dvakrat letno je 14,2 %.

Na vprašanje o izmenjavi informaciji o uporabnikih jih je 35,7 % odgovorilo, da izmenjava poteka enkrat letno; 28,6 % jih je odgovorilo, da tedensko izmenjujejo informacije o uporabnikih; 14,3 % jih je odgovorilo, da ni izmenjave informaciji o uporabnikih; 7,1 % jih je odgovorilo, da izmenjavajo informacije trikrat letno; 7,1 % jih je odgovorilo, da izmenjavajo informacije štirikrat letno in 7,1 %, da izmenjavajo informacije mesečno. Skupni seštevek zavodov, ki izmenjavajo informacije vsaj mesečno, je 21,4 %.

Medinstitucionalno sodelovanje v 42,9 % zavodih poteka enkrat letno; v 21,4 % zavodih sodelovanje poteka dvakrat letno, v 21,4 % tedensko in 14,3 % zavodov ne sodeluje medinstitucionalno. Skupni seštevek zavodov, ki medinstitucionalno sodeluje vsaj trikrat letno, je 21,4 %.

Glede na pridobljene podatke lahko dano hipotezo **ovržem**.

**H9** Osebe po odpustu gredo v vsaj 50 % v odprt oddelek istega zavoda.

68 % oseb gre po odpustu v odprt oddelek istega zavoda; 5,7 % jih je odšlo v drugo ustanovo; 0 % jih je odšlo v odprt oddelek SZS; 14,3 % jih je odšlo domov podprt z nadzorovano obravnavo; 0 % jih je odšlo domov podprto s koordinirano obravnavo v skupnosti; 11,4 % jih je odšlo domov brez podpore.

Iz podatkov lahko sklepam, da je 68 % oseb odšlo v odprt oddelek istega zavoda, kar pomeni, da lahko hipotezo **potrdim**.

## 5 RAZPRAVA

### 5.1 SPLOŠNE INFORMACIJE

V raziskavi je sodelovalo 14 socialnovarstvenih zavodov, od tega trije posebni socialnovarstveni zavodi, ki imajo vzpostavljene varovane oddelke po Zakonu o duševnem zdravju (2008). Po analizi dobljenih podatkov se je izkazalo, da so v raziskavo vključeni štirje oddelki za osebe s težavami v duševnem zdravju, šest oddelkov za osebe z več motnjami in 20 oddelkov za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkcij potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor. Osebe, ki so vključene v te tri vrste oddelkov se med seboj razlikujejo, vendar jim je skupno, da so vse nameščene v institucionalnem varstvu, ki je po Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010) oblika obravnave v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, ki upravičencem nadomešča, dopolnjuje ali zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine. Iz te opredelitve izhaja, da je naloga zavoda, da se poizkusi osebam, nameščenim v katerikoli oddelek, približati občutek vpliva na lastno življenje kot doma. Zapis negirata Flaker in Urek (1988), ki zapišeta, da ustanova skrbi za osebe, ki so nameščene, vendar s tem posega na vsa njena področja življenja in dela, tako da je nemogoče ustvariti domače okolje. Ko osebo omejujemo, moramo pred tem preizkusiti, ali so bile izčrpane vse ostale možnosti, ki bi osebo omejevale v najmanjši možni meri (Flaker in Grebenc, 2011). Med tem je varovani oddelek še bolj omejujoča oblika namestitve oseb v institucionalno varstvo, saj je v Pravilniku o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (2009) zapisano, da so v njem stanovalci zaradi svojih potreb,

povezanih s težavami v duševnem zdravju, nepretrgoma deležni posebne zaščite in varstva ter oddelka oziroma zavoda ne morejo zapustiti po lastni volji.

Osebam, nameščenim v varovalnih oddelkih, je potrebno zagotavljati pravice, ki jim pripadajo, delovati po konceptih normalizacije ter si zastaviti individualni načrt in cilje, o čemer govorijo avtorji Lamovec, Flaker, Mali, Urek in sodelavci.

Izkazalo se je, da so varovani oddelki za osebe s težavami v duševnem zdravju in varovani oddelki za osebe z več motnjami prezasedeni, na kar zavodi opozarjajo že nekaj let. Potrebno je opozoriti, da se v raziskavo ni vključil posebni socialnovarstveni zavod Dom na Krasu – enota Dutovlje, ki bi omogočil pridobitev celostnega vpogleda v zasedenost in delo na varovanem oddelku posebnih socialnovarstvenih zavodov. Zaradi prezasedenosti socialnovarstveni zavodi ne morajo nuditi enake obravnave vsem nameščenim osebam; zavodi kljub prevelikemu številu oseb v varovanem oddelku skušajo zagotoviti čim boljše razmere bivanja, primerljivo s pogoji drugih stanovalcev, vendar so nekatere osebe po poročilu Varuha človekovih pravi nameščene na hodniku, v dnevnih prostorih oziroma socialnovarstveni zavodi dodajo posteljo v sobo, ki postane iz dvoposteljne, triposteljna; nekateri so celo preuredili sobo za umirjanje. Že leta 2009, ko je stopil v veljavo Zakon o duševnem zdravju (2008), se je opozarjalo na težave s prezasedenostjo varovanih oddelkov. Problematika ostaja enaka oziroma še bolj pereča vse do sedaj, ko so razmere za stanovalce in zaposlene vse bolj nevzdržne (Šelih, 2017). Potrebno je opozoriti, da nas tudi Ustava Republike Slovenije (1991) zavezuje po spoštovanju osebnega dostojanstva in varnosti in prav tako Zakon o duševnem zdravju (2008), ki v 3. členu ponovno poudari, da se mora osebi pri obravnavi zagotoviti varstvo njenega osebnega dostojanstva in drugih človekovih pravic in temeljnih svoboščin, individualno obravnavo in dostopnost do obravnave. Socialnovarstveni zavodi opozarjajo na problematiko in izdajajo negativna mnenja v zvezi s sprejemom osebe zaradi neizpolnjevanja prostorskih in kadrovskih pogojev, pri čemer se sodišče sklicuje, da neizpolnjevanje prostorskih in kadrovskih pogojev ni odločilno; če gre za sodni ukrep sprejema v varovani oddelek, morajo socialnovarstveni zavodi osebo sprejeti. Kot zapiše Šelih (2017), z nameščanjem večjega števila oseb od kapacitet in z veliko koncentracijo števila oseb z najhujšimi motnjami osebnosti in vedenja, storilcev kaznivih dejanj, pomeni za nameščene osebe nevarnost in nezmožnost nujenja obravnave, ki bi jo potrebovali in s tem socialnovarstveni zavodi kršijo Ustavo Republike Slovenije (1991) in določbe Zakona o duševnem zdravju (2008).

V raziskavo je bilo vključeno 30 varovanih oddelkov, od tega je le polovica verificiranih, nekateri so še v postopku verifikacije, ostali ostajajo neverificirani. Od 12 socialnovarstvenih zavodov, ki imajo verificirane varovane oddelke, jih je v raziskavi sodelovalo osem. Zavodi se imajo možnost verificirati od leta 2009, ko je stopil v veljavo Zakon o duševnem zdravju (2008). Teče že 13. leto od sprejema Zakona o duševnem zdravju (2008) in se kljub temu vsi socialnovarstveni zavodi še niso uspeli verificirati, pri čemer bi formalno izpolnili vse predpisane standarde in normative, ki jih predpiše Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (2009).

Pri pregledu odgovorov o povprečnem času bivanja oseb na varovanem oddelku se številke ne razlikujejo bistveno in se gibljejo med pol leta in dvema letoma; izstopata samo dva socialnovarstvena zavoda, kjer so osebe nameščene od dve do pet let. V Zakonu o duševnem zdravju (2008) v členih, kjer je opredeljen postopek sprejema v varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda (34. do 68. in 74. do 79. člen Zakona o duševnem zdravju, 2008), je zapisano, da se osebo sprejme in določi tudi čas zadržanja, ki ne sme biti daljši od enega leta, če sodišče ugotovi, da so izpolnjeni pogoji za sprejem na varovani oddelek in odloči s sklepom. Po preteku tega obdobja je možno bivanje na podlagi sklepa podaljšati. Predvsem na oddelkih, kjer so nameščene osebe z demenco in podobnimi stanji, kjer ni pričakovanega izboljšanja zdravstvenega stanja, je obdobje bivanja na varovanih oddelkih daljše. Varuh človekovih pravic v Posebnem poročilu poudarja in se zaveda, da je neprostovoljna namestitev oseb v varovanih oddelkih velik poseg v človekove pravice, zato je cilj čim krajše pridržanje ter obravnava oseb v skupnosti (Šelih, 2017).

## **5.2 SPREJEM IN SPREJETE OSEBE**

Pri rezultatih o trenutnem stanju o vrstah sprejema v varovane oddelke se je izkazala bistvena razlika, saj je kar 95,3 % trenutno nameščenih oseb s sklepom sodišča, torej proti lastni volji. Rezultati so pokazali, da je bilo v letu 2020 prav tako podobno število (94,7 %) sprejemov oseb na podlagi sklepa sodišča. To so posebej ranljivi posamezniki, kot pravi Wright, Haycox in Ledham (1994), vsi ljudje potrebujemo v življenju različne pozitivne izkušnje, saj pri tem uresničujemo temeljne potrebe, med katerimi so prisotnost in sodelovanje v skupnosti, možnost izbire, informiranost, možnost samoodločbe in osebna kontinuiteta, ki se nanaša na trajajoče

odnose s ključnimi ljudmi v našem življenju, na potrebo po domu in posedovanju stvari, ki nam dajejo občutek kontinuirane osebne/kolektivne zgodovine. Večina teh potreb je z nameščanjem oseb v varovane oddelke omejena ali onemogočena. Zato je še toliko bolj pomembno, da strokovne službe tem osebam omogočajo zgoraj naštete izkušnje v največji možni meri. Sodišča poročajo, da je zaznati povečevanje predlogov za sprejem in premestitev oseb; čedalje pogosteje je, da socialnovarstveni zavodi, ki so že tako polni in presegajo kadrovske in prostorske zmogljivosti, sprejemajo tudi nekdanje forenzične bolnike in osebe iz zapora, pri čemer je še dodatno ogrožena varnost nameščenih oseb in zaposlenih. Skupnost socialnih zavodov opozarja tudi na plačilo stroškov oskrbe za osebe, ki so nameščene proti svoji volji, namreč osebe morajo kljub temu, da jim je odvzeta prostost, plačevati svojo oskrbo (Šelih, 2017). Lamovec (1999) opozori, da bi morala biti v demokratični družbi vsakemu državljanu zagotovljena osebna nedotakljivost, dokler ne prekrši zakona. Pri tem nekdo, ki prekrši zakon in je obsojen na zaporno kazen, bivanja in oskrbe ne doplačuje, torej ne gre za enako obravnavo oseb, ki jim je odvzeta prostost.

Število odpustov oseb, nameščenih v varovane oddelke v letu 2020, je 72, kar je za kar 61 manj od sprejemov. Iz rezultatov je razvidno, da so socialnovarstveni zavodi sprejeli v letu 2020 več oseb, kot jih odpustili, kar še povečuje kadrovsko in prostorsko stisko prezasedenih varovanih oddelkov. Na strani Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ni podatkov o sprejemu ali odpustu oseb v prejšnjih obdobjih, zato podatkov ne morem primerjati, da bi lahko sklepala, ali gre za trend povečevanja sprejemov.

Ko pogledam število odpuščenih pred pretekom roka, je to število visoko, saj je bilo od 68 oseb, ki so bile nameščene s sklepom sodišča, odpuščenih pred pretekom roka 60 oseb. Rezultati kažejo, da gre največ oseb po odpustu v odprt oddelek istega zavoda. Na podlagi rezultatov ne morem sklepati, ali gre za osebe, nameščene na negovalni oddelek zaradi poslabšanja stanja, ali zaradi izboljšanja stanja na odprti oddelek, kot manj omejujočo obliko.

91,1 % socialnovarstvenih zavodov pri sprejemu osebe sodelujejo z zunanjimi deležniki, kar pomeni, da en socialnovarstveni zavod pri sprejemu ne sodeluje z zunanjimi deležniki. Kot pravijo Šugman Bohinc, Rapoša Tajnšek in Škerjanc (2007), je uspešno socialno delo, da delamo z uporabniki na mikro, mezo in makroravni. Ena izmed vlog socialnega delavca pri vstopu osebe v zavod je ravno povezovanje z drugimi strokovnjaki in sodelovanje s svojci. Socialni delavec razpolaga z največ informacijami o osebi v primerjavi z drugimi strokovnjaki, ki so vključeni v proces sprejema osebe v zavod, in sodeluje z ostalimi strokovnjaki iz drugih

instituciji ter od njih pridobiva informacije za dopolnitev slike o življenjskem svetu osebe. Naloga socialnega delavca je predvsem povezovanje med ključnimi strokovnjaki in zaposlenimi v korist osebe. S seznanitvijo s socialno mrežo osebe raziskuje tudi vire in oblike pomoči za možnosti vračanja v skupnost (Mali, 2008).

Večina, kar 99 % oseb, je nameščenih v varovane oddelke prvič; med njimi je 26,8 % oseb, kjer gre za notranje sprejem z drugih oddelkov socialnovarstvenega zavoda; ostale osebe so nameščene od drugod. Tukaj ne morem sklepati, da so osebe nameščene samo doma; lahko so nameščene tudi iz psihiatrične bolnišnice ali drugega socialnovarstvenega zavoda.

Že pri številu varovanih oddelkov predstavljajo večje število varovani oddelki, kjer gre za upad kognitivnih funkcij, zato je pričakovano največji delež nameščenih oseb v varovanih oddelkih oseb z demenco oziroma s težavami zaradi upada kognitivnih funkcij; za tem sledijo osebe s kronično duševno boleznijo, osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju z dodatnimi kombiniranimi težavami (gibalna oviranost, naglušnost/gluhota, slabovidnost/slepota, motnje vedenja in osebnosti), osebe s kroničnimi alkoholnimi organskimi motnjami, osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju z duševno boleznijo in nazadnje osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije, kjer lahko razberem podatke ( od leta 2010 do 2013) o posebnih socialnovarstvenih zavodih, je nameščenih največ oseb z več motnjami, katerim sledijo osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, pri čemer je najmanj oseb s težko motnjo v duševnem razvoju in gibalno ali senzorno oviranostjo. Število vseh nameščenih oseb v letih od 2010 do 2013 pada. V Posebnem poročilu Varuha človekovih pravic (Šelih, 2017) socialnovarstveni zavodi opozarjajo na strukturo nameščenih oseb, ki ne sodijo skupaj; zaradi različnih potreb nameščenih oseb so zaposleni, ki so že tako kadrovsko podhranjeni, še bolj obremenjeni. Nekateri socialnovarstveni zavodi opozarjajo, da imajo nameščene osebe, ki ne sodijo skupaj. Naveden je primer, kjer imajo skupaj nameščene osebe, ki so deložirane iz svojih stanovanj, nekdanje forenzične bolnike, osebe s težavami v duševnem razvoju in osebe z demenco. Nameščene osebe so nepredvidljive, pri čemer prihaja do konfliktov, zato zaposleni ne zmorejo nuditi celostne obravnave vsem.

Socialnovarstveni zavodi so dolžni osebam v skladu z Zakonom o duševnem zdravju (2008), v poglavju Pravice oseb v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi (12. do 27. člen), zagotavljati pravice do dopisovanja in uporabe elektronske pošte, pošiljanja in sprejemanja pošiljk, sprejemanja obiskov, uporabe telefona,

gibanja in zastopnika. Vsi socialnovarstveni zavodi nameščenim osebam omogočajo koriščenje vseh; prav tako nobeni osebi niso omejili pravice oziroma pravica ni bila omejena s sklepom sodišča. Večina socialnovarstvenih zavodov je odgovorila, da zagotavljajo pravice vsakodnevno; nekaj jih je odgovorilo, da omogočajo pravice ob določenem terminu, kar pomeni, da slednji kršijo zakon. Zato je toliko bolj potrebno in temeljno pri zagotavljanju pravic oseb zagovorništvo, ki osebam omogoča slišati njihov glas, ki ga potrebujejo, vendar ga sami ne zmorejo za doseg svojih pravic (Urek, 2013). Lamovec (1998) nadaljuje, da je pri tem potrebno zagotoviti zagovornike, ki so neodvisni od zavoda. Krepitev moči oziroma zagovorništvo vključuje informiranje, pomoč pri uresničevanju pravic, zavzemanje za spremembe zakonodaje in diskriminacije (Zaviršek, Zorn in Videmšek, 2002 in Holec, Rovšek, Žerdin, 1999).

Posebni varovalni ukrepi opredeljeni po Zakonu o duševnem zdravju (2018, 29.člen) se lahko uporabljajo v varovanih oddelkih. Pod posebne varovalne ukrepe sodita telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. Posebni varovalni ukrep je opredeljen kot nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom. Ukrepa se uporabljata le izjemoma in naj bi trajala le toliko časa, kolikor je nujno potrebno. O izvedenih ukrepih je potrebno voditi zdravstveno dokumentacijo. Število ukrepov, uporabljenih v socialnovarstvenih zavodih je nizko; uporabljeni so bili le na devetih osebah, in sicer šest oseb, pri katerih so uporabili telesno oviranje s pasovi, in tri osebe, pri katerih so omejili gibanje znotraj enega prostora. Na vprašanje o uporabi posebnih varovalnih ukrepov ni odgovoril posebni socialnovarstveni zavod Hrastovec; predvidevam, da so v Hrastovcu uporabi tudi posebni varovalni ukrepi, torej bi bilo dejansko število višje, vendar mislim, da na skupni rezultat bistveno ne vpliva. Iz rezultatov lahko sklepam, da posebni varovalni ukrepi niso pogosta praksa in da je možno osebe tudi v času krize obravnavati na milejši način. Po navedbah Varuha človekovih pravic, gre v praksi za zelo različno izvajanje določb Zakona o duševnem zdravju (2008) (Šelih, 2017), kadar gre za izvajanje posebnega varovalnega ukrepa, predvsem za telesno oviranje s pasovi. Telesno oviranje s pasovi je hud poseg v človekove pravice in izvajanje le-tega bi bilo po mnenju Varuha človekovih pravic potrebno bolj jasno opredeliti in ustrezno prilagoditi izvedbo posebnega varovalnega ukrepa v Zakonu v duševnem zdravju (2008). Predvsem bi omejitev telesnega oviranja s pasovi morale

biti jasnejše časovno opredeljena, saj nekateri zavodi izvajajo ukrep, ki ga podaljšujejo nepretrgoma, nekateri s prekinitvami. Časovna omejite v zakonu je štiri ure z možnostjo podaljšanja, vendar naj bi ukrep trajal čim krajše časovno obdobje in ne avtomatsko maksimalne omejitve.

### **5.3 KADRI**

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010) opredeli izvajalce v institucionalnem varstvu, Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (2009) opredeli kadrovski normativ v varovanih oddelkih, ki naj se za socialno oskrbo povečajo tako, da se v posamezni bivalni enoti na eno osebo zagotovi 0,17 strokovnega sodelavca. Število zasedenih delovnih mest v varovanih oddelkih je v vseh primerih enako ali večje od sistemiziranih delovnih mest, vendar ne odstopa za več kot 0,5 delovnega mesta. Največje število zaposlenih v varovanih oddelkih so gospodinje oskrbovalke, varuhinje, oskrbovalka, delovni inštruktor, animator, socialni delavec in individualni habilitator. Vloga socialnega delavca kot povezovalnega člana med vsemi zaposlenimi je izredno pomembna za obravnavo osebe, vendar je šele na predzadnjem mestu po številu zaposlitev. Rezultati so pokazali, da imajo v povprečju socialnovarstveni zavodi zaposlenega enega socialnega delavca na varovani oddelek. Naloga socialnega delavca na oddelku je, da nameščeni osebi zagotavlja čimbolj optimalne pogoje za bivanje ob tem, da se čim bolje vživi v novo okolje in medtem ohranja povezanost s primarnim okoljem. Socialni delavec bi moral sodelovati pri vseh dejavnostih v zavodu, saj s tem spoznava vedenje in počutje nameščenih oseb. Pri tem, ko osebe dobro pozna, lahko ustrezneje reagira ob slabem počutju osebe in vključi ostale potrebne zaposlene ali svojce pri izboljšanju stanja. Socialni delavec tudi podpira svojce in jih vključuje v dejavnosti in izobraževanja, delavnice skupine za samopomoč in drugo. Na varovanem oddelku posreduje v konfliktih med nameščenimi osebami ali zaposlenimi. Prav tako socialni delavec sodeluje pri organizaciji prostočasnih in drugih aktivnosti (Mali, 2008). Delo socialnega delavca je kompleksno, zato je zaposlitev le enega na oddelek, kjer so osebe nameščene 24 ur na dan in 7 dni v tednu prenizko, da bi zagotavljali celostno obravnavo in dostopnost nameščenim osebam.

Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (2009) opredeli, da morajo zaposlene osebe, ki izvajajo socialno oskrbo na varovanem oddelku, obvladati teoretična znanja in praktične veščine s področja nevarnega vedenja, njegovih vzrokov, oblik in posledic, poznati strokovna priporočila za uporabo posebnih varovanih ukrepov ter biti usposobljene za pristop in pogovor z osebo. V raziskavi se je izkazalo, da so prevladujoče vsebine izobraževanja, ki jih naštevajo socialnovarstveni zavodi, podobne vsebinam, ki jih predpisuje omenjeni pravilnik, ter dodajajo še dodatne vsebine izobraževanja. Vsebine izobraževanja so zelo raznolike, saj vsebujejo zakonsko zavezana področja (nevarno vedenje, strokovna priporočila, uporabo posebnih varovalnih ukrepov ...), področja socialnega dela, kvalitetnega preživljanja prostega časa, izobraževanja na področju zakonodaje in trenutno aktualno izobraževanje na področju širjenja okužb z virusom SARS-CoV-2. Vsebine izobraževanj, ki jih socialnovarstveni zavodi omogočajo zaposlenim, se navezujejo na koncepte in metode socialnega dela, ki jih omenjajo avtorji Lamovec, Flaker, Mali, Zaviršek, Videmšek in sodelavci (supervizijska srečanja, poslušanje, vloga odnosa pri delu z uporabniki, trening socialnih spretnosti in veščin, individualno načrtovanje, validacija, normalizacija, etični kodeks, komunikacija, novi koncepti dela).

Kot posebne zahteve za zaposlitev oziroma dodatna znanja, ki jih navajajo socialnovarstveni zavodi, so tolerantnost, komunikativnost, prijaznost, čustvena stabilnost, iniciativnost, znanje gerontologije, skupinskega dela in strokovni izpit iz socialnega varstva za socialnega delavca. Povprečno število izobraževanj na delovno mesto niha med 0 in 2,6 na letni ravni. Največ izobraževanj je deležen socialni delavec, sledijo delovni inštruktor, animator, gospodinja oskrbovalka, varuhinja, animator in individualni habilitator ter psiholog. Oskrbovalka po podatkih ni deležna izobraževanja<sup>4</sup>. Varuh človekovih pravic v Posebnem poročilu opozarja, da morajo biti vse osebe, ki delajo z osebami s težavami v duševnem zdravju, dodatno usposobljene za delo. Zaposleni bi morali obvladati tehnična znanja in praktične veščine s področja nevarnega vedenja, vzroke, oblike in posledice, poznati strokovna priporočila za uporabo posebnega varovalnega ukrepa ter biti usposobljeni za pristop k taki osebi in pogovor z njo (Šelih, 2017). Socialnovarstveni zavodi kot posebne zahteve za zaposlitev ne navajajo nič od zgoraj naštetega, za kar naj bi bile usposobljene osebe pri delu. Čeprav podatke zaradi

---

<sup>4</sup> Navedeni podatki se nanašajo na 3 zavode, ki so na vprašanja o kadrih odgovorili, zato jih ne moremo posploševati.

nizkega števila odgovorov ne morem posploševati, je število izobraževanj, ki so jih deležni zaposleni, nizko, medtem ko nekateri niti niso deležni dodatnih izobraževanj.

Potreba po dodatnem kadru je bila navedena v štirih socialnovarstvenih zavodih; šest socialnovarstvenih zavodov se v svojem odgovoru ni opredelilo; dva socialnovarstvena zavoda nista izrazila potrebe po dodatnem kadru. Varuh človekovih pravic v Posebnem poročilu opozarja na prenovitev kadrovskih normativov in zagotovitev dovolj usposobljenega kadra, vsaj kadar je varovani oddelek prezaseden oziroma so v njem nameščene osebe, ki so med seboj nezdržljive. V poročilu je razvidno, da nekateri zavodi zagotavljajo več kadra, kolikor ga določajo normativi, saj to izhaja iz potrebe, da sta na oddelku vedno prisotna vsaj dva zaposlena in zaradi potreb po pokrivanju dopustov, bolniških in podobno. Zavodi opozarjajo, da je pri težavnih stanovalcih kadra hitro premalo; že v manjši skupini do 12 stanovalcev se je težko hitro in pravočasno odzvati, še veliko težje pa je, kadar je skupina večja. Medtem tudi Skupnost socialnih zavodov opozarja, da je potrebno stanovalce, ki so nasilni, obravnavati drugače, z drugo kadrovske zasedbo. Prav tako je vrhovno sodišče v sklepu št. II Ips 149/2016 z dne 2. 6. 2016 opozorilo, da je velika koncentracija oseb v varovanem oddelku, predvsem oseb z najhujšimi oblikami motenj in vedenja, storilcev kaznivih dejanj, grožnja za nameščene osebe in zaposlene in je izrecno opozorilo, da mora država posebnim socialnovarstvenim zavodom zagotoviti dodatne kadrovske zmožnosti. Pri tem so socialni delavci kljub temu, da jih je premalo, usmerjeni v pretežno birokracijo in ne vsebinsko delo, ki je potrebno za kvalitetno obravnavo oseb (Šelih, 2017).

## **5.4 KONCEPT DELA**

Glede na dobljene podatke iz dela o vsebini dela lahko sklepamo, da pri delu z uporabnikom strokovni delavci uporabljajo veliko več metod dela, kot so jih ubesedili. Med naštetimi metodami dela je prevladovalo individualno delo, sledijo analiza tveganja, delo v skupini, validacija, normalizacija in osebno spremljanje. Ostale metode dela so razgovor, svetovanje, osebni načrt, telesne aktivnosti, terapevtsko delo, aktivacija in drugo. Metode in koncepti socialnega dela na področju duševnega zdravja, ki jih na področju socialnega dela z osebami s težavami v duševnem zdravju omenjajo avtorji Flaker, Ratajc, Lamovec, Mali, Videmšek in sodelavci, so pogovor, normalizacija, asertivnost, opolnomočenje, krepitev moči, okrevanje,

uporabniška evalvacija, analiza tveganja, individualni načrt in multidisciplinarni tim. Če dodam, je v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010, 8. člen) zapisano, da so metode, ki se izvajajo pri storitvah institucionalnega varstva individualno in timsko delo, pri čemer je potrebno upoštevati strokovna načela aktivnosti in avtonomije, možnosti izbire in dostopnosti, domicilnosti, disperzije, integracije in inkluzije ter posebnih strokovnih načel, kot so individualizacija, normalizacija, celovitost in kontinuiranost obravnave ter multidisciplinaren pristop. Pri tem je opazna razlika med literaturo ter zakonskimi in podzakonskimi akti, saj je zakonodaja usmerjena v medicinski model obravnave oseb, ki se osredotoča na lastnosti in sposobnosti, medtem ko je literatura na področju socialnega varstva usmerjena v socialni model obravnave oseb. Kot pravi Škerjanc (2006), se socialni model osredotoča na odpravljanje ovir v okolju, prilagajanje okolja, doma, delovnega okolja, zagotovitev ustreznih tehničnih pripomočkov, zagotavljanje obravnave v skupnosti in pomoč na domu; če raziskujemo okolje, ki ljudi potiska na obrobje, lahko prepoznamo vzroke in smernice, da odpravimo ovire. Potrebno je raziskati, kaj oseba potrebuje za opolnomočenje. Nekaj naštetih metod dela je skupnih literaturi in odgovorom socialnovarstvenih zavodov; nekatere metode dela sicer ne sodijo v metode socialnega dela, kot so telesna aktivnost, terapevtsko delo, nizka stopnja obrambe pri zaposlenih oziroma konfuentna odnosna nega in so del celostne obravnave posameznika kar kaže na multidisciplinarni pristop. Kot pravi Overtviet (1993, str. 8), so strokovnjaki v multidisciplinarni tim oziroma obravnavo združeni, da bi prispevali k skupnem cilju, zadovoljevanju zdravstvenih in socialnih potreb uporabnikov. Flaker (1997) poudari korist multidisciplinarne obravnave, saj je to v korist uporabniku, ker se le tako lahko zadovoljujejo kompleksne potrebe. Predvsem uporabniki s področja duševnega zdravja, ki so uporabniki zdravstvenih in socialnih storitev, se soočajo s kompleksno življenjsko situacijo, s katero se ne more ukvarjati en sam strokovnjak.

Pomembno načelo dela z osebami v varovanih oddelkih je zasledovanje koncepta normalizacije, ki jo med najpogostejše metode dela ne naštejejo vsi socialnovarstveni zavodi, zato se nadalje osredotočim samo na to. Normalizacija je proces, kjer poizkušamo ustvariti enake razmere za življenje za vsakega posameznika ne glede na to, ali imajo težave v duševnem zdravju ali ne. Gre za pravico posameznika, da lahko ne glede na stanje telesa ali duševno počutje živi enako kot vsi državljani (Videmšek: 2013). V večini socialnovarstvenih zavodov, vključenih v raziskavo, imajo osebe vpliv na dnevni ritem, življenjski ritem in medsebojne odnose; manj imajo vpliva na osebni razvoj in druženje zunaj zavoda; vpliva na spolno življenje osebe nimajo več kot v polovici socialnovarstvenih zavodov. Pri raziskovanju, ali v

socialnovarstvenih zavodih zasledujejo koncept normalizacije, sem postavila mejo, da imajo osebe možnost vpliva vsaj na pet zgoraj naštetih področjih. Izkazalo se je, da imajo osebe vpliv na več kot pet področji v 11 socialnovarstvenih zavodih (78,6 %); v treh socialnovarstvenih zavodih imajo osebe vpliv samo na tri do štirih področja. Z vidika normalizacije to nikakor ne pomeni popolnega zagotavljanja »normalnih« oziroma običajnih pogojev bivanja, saj želimo s konceptom normalizacije osebi omogočiti čim boljše kakovost življenja ne glede na to, kje biva. Nirje (1969) opozori, da je potrebno ljudem omogočiti življenjske izkušnje, kot jih imajo ljudje, ki nimajo težav z duševnim zdravjem. Normalizacija se osredotoča na zadovoljevanje temeljnih človekovih pravic, med katere uvršča pravico do normalnega dnevnega ritma, pravico do normalnega ritma življenja, pravico do izbire ter pravico do spolnega življenja, kar osebam, nameščenim na varovanih oddelkih, ni omogočeno (*ibid.*). Tem pravicam je potrebno dodati ključne vsebine po Brandon in Brandon (1992), ki opišeta pet principov normalizacije, v katerih poudarjata razvijanje participacije, torej možnosti, da osebe vplivajo na službe, ki jih uporabljajo, in udeležbo oseb v lokalni skupnosti, možnost oziroma večanje resničnih izbir, poglobljanje odnosov oziroma krepitev medsebojnih odnosov, možnost osebnega razvoja in možnost druženja in povezovanja tudi zunaj zavoda. Iz rezultatov je razvidno, da nameščene osebe ne živijo enako in nimajo istih možnosti, kot če bi živele doma, zato je potrebno koncept normalizacije v praksi še nadgraditi in osebam omogočiti več vpliva na življenje in boljše kakovost življenja. Tudi glede na prejšnje rezultate raziskave, ki kažejo, da je večina oseb nameščenih proti svoji volji, s sklepom sodišča, v nekaterih primerih v prezasedene varovane oddelke, principi normalizacije niso upoštevani.

## **5.5 INDIVIDUALNI NAČRT**

Ena izmed ključnih metod in usmeritev pri delu z ljudmi v socialnem delu je individualno načrtovanje, ki omogoča sledenje željam uporabnikov, uporabnike spodbuja k razmišljanju o svojih željah, njihovem izražanju in omogoča uresničevanje le-teh. Že pri vzpostavitvi delovnega odnosa z uporabnikom Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc (2013) poudarijo, da vzpostavitev delovnega odnosa z uporabnikom vključuje predstavitev načrtovalca in načrtovanja, podelitev mandata za načrtovanje in sklenitev dogovora o načrtovanju. Po vzpostavitvi stika načrtovalec seznanja uporabnika z nameni srečanj in vlogi načrtovalca ter prav tako, kakšna je vloga uporabnika v celotnem procesu. Prav tako pojasni formalnosti in predstavi

možen potek srečanj. Osebi se predstavi metodo individualnega načrtovanja in pravice, katere ima pri tem. Seznanj se jo s procesom načrtovanja, namenom in produktom. Potrebno je pojasniti odgovornost načrtovalca in uporabnika ter kdo bo imel vpogled v dokumentacijo (*ibid.*).

V raziskavi se je izkazalo, da približno polovica socialnovarstvenih zavodov izvaja strukturiran individualni načrt, polovica pa izvaja odprt vprašalnik oziroma delno strukturiran načrt. Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc (2013) zapišejo, da mora biti načrt zapisan tako, da je uporabniku razumljiv; načrt lahko napišejo tudi uporabniki sami. Torej bi bila bolj ustrezna različica strukture individualnega načrta odprt oziroma delno strukturiran vprašalnik, ki bi sledil potrebam uporabnika. Strukturiran načrt je pripravljen z namenom poenotenja postopkov, vendar ne smemo pozabiti, da je potrebno k vsakemu uporabniku pristopiti individualno in temu primerno prilagajati individualni načrt. Šugman Bohinc, Repoša Tajnšek in Škerjanc (2007) dajejo poudarek temu, kako raziskujemo, saj izhajamo iz uporabnikovih želja in njegovega videnja situacije. Sicer raziskovanje sveta uporabnika ni predpisano, ampak se moramo izogibati utečenim anketnim vprašalnikom. Bolje je, da sam uporabnik pripoveduje svojo zgodbo, sam raziskuje svoj življenjski prostor, razpoložljiva sredstva in vir moči. Pridružimo se mu in pomagamo z vprašanji.

Pri odgovorih, kdo vse je vključen v pripravo individualnega načrta, socialnovarstveni zavodi v večini naštejejo naslednje osebe: uporabnik, socialni delavec, delovni inštruktor, delovni terapevt, zdravstvena nega in fizioterapevt; več kot polovica zavodov vključuje tudi svojce, nekateri pa tudi psihologe, ključne delavce, specialne pedagoge in vodje oddelka. Dva socialnovarstvena zavoda med vključene osebe v pripravo individualnega načrta nista vključila uporabnika, kar je v nasprotju z rezultati, kjer vsi socialnovarstveni zavodi navajajo, da je nameščena oseba seznanjena z načrtom in ima vpliv nanj; v nasprotju z načeli socialnega dela, kjer se uporabnika seznanja s potekom zapisa načrta, se z njim dogovorimo o načinu zapisa, zagotavljamo enakovreden odnos; skupaj se določi prioritete uporabnikove želje in potrebe; uporabniku se prebere zapisan načrt; skupaj se dogovorimo, kdo vse bo pri načrtu sodeloval; seznanj se ga, kdo ima vpogled v načrt (Zaviršek, Zorn in Videmšek, 2002).

Za uspešno socialno delo z uporabnikom je potrebno delati na mikro, mezo in makroravni. Mikroraven se nanaša na posameznika, družino in skupine; mezoraven vključuje neformalne in formalne vire pomoči v okolju posameznika. Makroraven vključuje družbeni in politični kontekst obravnave socialnih problemov. (Šugman Bohinc, Repoša Tajnšek in Škerjanc, 2007).

Iz rezultatov je razvidno, da vsi socialnovarstveni zavodi raziskujejo mikroraven življenjskega sveta uporabnika; prav tako večina zavodov raziskuje tudi mezoraven življenjskega sveta uporabnika; medtem manj kot polovica socialnovarstvenih zavodov raziskuje še makroraven. Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc (2013) zapišejo, da lahko v pogovor vključimo tudi druge udeležence situacije, ki so običajno svojci, bližnji in tudi delavce v različnih organizacijah, ki že oziroma še bodo sodelovali. Drugi nam lahko pomagajo razumeti določene situacije; skupaj z njimi preverjamo izvedljivost ciljev; lahko tudi ponudijo pomoč pri izvedbi. Druge vključujemo tudi takrat, ko uporabnik z nami ne more govoriti in se z njim ne moremo pogovarjati. Pozorni moramo biti, da ohranjamo moč uporabnika in njegov vpliv (*ibid.*).

Tehnike, ki jih socialnovarstveni zavodi uporabljajo za izdelavo individualnega načrta, so v vseh socialnovarstvenih zavodih pogovor, poizvedovanje pri drugih strokovnih službah, opazovanje in eksperiment. Večina socialnovarstvenih zavodov uporablja tudi tehnike poizvedovanja pri drugih ključnih osebah. Socialnovarstveni zavodi so imeli možnost dopisati tudi druge tehnike oziroma metode dela, kjer je samo en zavod dopisal implicitno in eksplicitno načrtovanje. Šugman Bohinc, Repoša Tajnšek in Škerjanc (2007) poudarijo, da je pomembno kombinirati različne metode dela, predvsem pogovor in katerokoli metodo grafične ponazoritve situacije, kar ni navedel nobeden od socialnovarstvenih zavodov.

Rezultati kažejo, da so v vseh socialnovarstvenih zavodih nameščene osebe seznanjene z namenom načrta, metodo, potekom dela in pravicami, kdo bo imel vpogled v dokumentacijo, da lahko preverjajo načrt na svojo pobudo in ima možnost prilagojenega načina sporazumevanja. Rezultati se skladajo s tem, kar zapišejo Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc (2013), in sicer da je potrebno uporabniku predstaviti metodo individualnega načrtovanja in jih seznaniti s pravicami, ki jih ima. Seznanjeni se ga s procesom načrtovanja, namenom in produktom. Potrebno je pojasniti odgovornost načrtovalca in uporabnika ter kdo bo imel vpogled v dokumentacijo (*ibid.*).

Odgovori na ključne točke načrta so skopi, saj jih socialnovarstveni zavodi naštejejo le nekaj; noben zavod ni naštel ključnih točk, ki jih razvijamo skupaj z uporabnikom. Naštete točke individualnega načrta s strani socialnovarstvenih zavodov so cilj, aktivnosti, izvajalci, načrt zdravstvene nege, rok načrta, opis, motivacija stanovalcev, nabor storitev, metode dela in analiza tveganja. Naštete točke so zelo skope, sicer se nekako prekrivajo s točkami, ki jih naštejejo Zaviršek, Zorn in Videmšek (2002), kjer v uvodu individualnega načrta predstavimo posameznika, temu sledi tako imenovanih pet magnetov (vpliv uporabnika, spretnosti, stiki,

bolečina, želje pri zapisu le-teh), nato zapis ciljev in zaključek z refleksijo, ki ji sledi implementacija individualnega načrta. Toda manjka predvsem vidik uporabnika, njegova predstavitev, njegove spretnosti, vpliv, socialna mreža, želje in refleksija. Socialnovarstveni zavodi so bolj osredotočeni na cilje in načrt in ne na samo osebo in njene želje, pri čemer izhajajo iz pozicije strokovnjaka, ki ve, kaj je najboljše za uporabnika, in ne iz metod socialnega dela.

Metodo analizo tveganja pri individualnem načrtu uporablja večino socialnovarstvenih zavodov, kar, kot zapiše Rafaelič (2015, str.79), da si s tem lahko pomagajo razširiti možnosti in zmanjšati oziroma nevtralizirati tveganje, pri čemer se omeji možnosti uporabe prisile in zapiranja. Pri omejevanju človeka je potrebno preizkusiti, ali so bile pred tem izčrpane vse manj omejevalne možnosti (Flaker in Grebenc, 2011). Goffman (1961, str. 16-17) doda, da s tem, ko ljudi zapiramo v zavode, ker naj bi bilo tam za njih poskrbljeno in bodo na varnem, jim omejimo možnosti tveganja. Ko jim omejujemo možnosti tveganja, jim omejimo tudi možnost odločanja o svojem življenju.

Individualni načrt je potrebno tudi redno evalvirati, saj pri tem ocenjujemo uspešnost izvedbe načrta. Zaviršek, Zorn in Videmšek (2002) evalvacijo predvidijo po enem letu, kjer skupaj z uporabnikom ocenimo, kaj smo uspeli uresničiti. Evalvacija nam prav tako daje smernice za delo vnaprej. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010) v 8. členu evalvacijo načrta s strani upravičenca in celotnega tima predvideva vsakih šest mesecev. Glede na to, da so namestitve v varovane oddelke kratkotrajnejše narave, bi bilo smiselno, da bi izvajalci pogostost evalvacije izvajali po določbi pravilnika. Rezultati so pokazali, da socialnovarstveni zavodi sledijo določbi pravilnika, saj jih več kot polovica evalvira individualni načrt vsaj na pol leta.

Tretjina socialnovarstvenih zavodov evalvacijo izvaja ustno; v podobnem deležu uporabljajo kombinirano metodo ustne in pisne evalvacije in podoben delež je tistih, ki izvajajo evalvacijo pisno. Pri zapisovanju evalvacije načrta bi se morali socialnovarstveni zavodi dogovoriti o načinu zapisa, kdo bo zapisovalec in v kateri osebi bo zapisan individualni načrt (Zaviršek, Zorn in Videmšek, 2002). Sicer pa ima pisana beseda mnogo večjo težo kot ustno izgovorjena (Šugman Bohinc, Rapoša Tajnšek, Škerjanc, 2007).

## 5.6 DNEVNE AKTIVNOSTI

Večino naštetih aktivnosti, ki so jih navajali socialnovarstveni zavodi, bi lahko povzeli v sklope prostočasnih dejavnosti, zdravstvene terapije, aktivnega preživljanja prostega časa, šport, vaje in terapije, prireditve in animacijo. Lahko bi rekli, da prav raznovrstnost aktivnosti omogoča osebam možnost udeležbe na tistih, ki so zanjo pomembne, in s tem kontrole nad lastnim življenjem. Wright, Haycox in Ledham (1994), opišejo temeljne potrebe, ki jih ljudje želimo uresničiti; glavne izmed njih so prisotnost v skupnosti, izbira, možnost, da smo avtonomni pri odločanju o majhnih in velikih zadevah, zavedanje priložnosti in zavedanje ovir, možnost samoodločbe in sodelovanje v skupnosti. V rezultatih se je izkazalo, da imajo nameščene osebe v vseh socialnovarstvenih zavodih možnost izbire vseh dnevnih aktivnosti, ki so raznovrstne in na razpolago vsem. Pri aktivnostih, kot so sestanek s stanovalci, trening dnevnih aktivnosti (umivanja, oblačenja), aktivnosti delovne terapije, aktivnosti fizioterapije, gospodinjska opravila, se mi poraja dvom, ali ima oseba možnost resničnih izbir. O možnostih izbire se sprašujeta tudi zakonca Brandon in Brandon (1992), ki svojo misel nadgradita z vprašanji, ali imajo ljudje dejanski nadzor nad svojim življenjem in ali imajo možnosti izbire na vseh nivojih svojega življenja. Uporabnikom je potrebno dati možnost resničnih izbir, saj s tem pridobivajo občutek, da obvladujejo svoje življenje, pri čemer se veča tudi njegovo samospoštovanje v primeru uspešne izbire. Ljudem moramo ponuditi izkušnje in informacije in pri tem opredeliti posledice dane izbire. Za uspeh uporabnika so potrebni osebna moč, znanje, informacije in podpora ustanove (*ibid.*). Socialnovarstveni zavodi sicer trdijo, da imajo nameščene osebe možnost izbire med vsemi aktivnostim, vendar manjka informacija o njihovem uresničevanju.

Vsi socialnovarstveni zavodi, ki so odgovorili, dnevne aktivnosti izvajajo v sklopu varovanega oddelka; malo več kot polovica dnevnih aktivnosti izvaja tudi zunaj varovanega oddelka in polovica socialnovarstvenih zavodov tudi zunaj socialnovarstvenega zavoda. Kot navajajo Wright, Haycox in Ledham (1994), je za osebo pomembno, da pridobi izkušnje tudi v skupnosti, in sicer da imajo v skupnosti možnost sodelovanja. Brandon in Brandon (1992), ki sledita načelu normalizacije, pojasnita, da morajo uporabniki uporabljati skupne prostore tudi na nivoju lokalne skupnosti, ki so namenjene vsem prebivalcem (knjižnice, javni prevoz ...), saj s tem uporabniki širijo svoj krog poznanstev; tako tudi ostali dobijo priložnost spoznati ljudi s težavami in imajo na ta način priložnost odkrivati njihovo življenje. Goffman (1961) pri analizi življenja v totalnih ustanovah zapiše, da so totalne ustanove tiste, ki vključujejo vse vidike posameznikovega življenjskega kroga in so tudi velikokrat fizično oddaljene od preostalega

okolja. Temeljna značilnost totalnih ustanov je, da se vsi vidiki življenja dogajajo na istem kraju in pod isto oblastjo. Iz rezultatov je razvidno, da se v polovici socialnovarstvenih zavodov aktivnosti dogajajo na istem kraju in pod isto oblastjo, s čimer omejuje možnost izbire in uresničevanja potreb, kar pomeni, da skladno z literaturo sodijo med totalne ustanove, pri čemer prav tako ne sledijo načelom normalizacije.

Pri primerjavi dnevnih aktivnosti v času bivanja na varovanem oddelku in pred odpustom so se dnevne aktivnosti razlikovale pri polovici socialnovarstvenih zavodov; pri ostalih socialnovarstvenih zavodih aktivnosti ostajajo iste ali niso navedli aktivnosti pred odpustom. Rezultati kažejo na to, da samo polovica socialnovarstvenih zavodov izvaja naloge pred odhodom stanovalca, ki vključuje pripravo nameščene osebe v domače okolje, v drug zavod ali novo okolje oziroma če gre stanovalec v drug zavod, je naloga socialnega delavca, da prevzame vlogo zagovornika in svetovalca. Naloge socialnega delavca vključujejo predhodne faze pred odpustom iz oddelka (Mali, 2008).

## **5.7 SODELOVANJE MED INSTITUCIJAMI**

Največ socialnovarstvenih zavodov se izobraževanj, posvetov in kongresov udeležuje enkrat letno; manj se jih udeležuje dvakrat ali trikrat letno; en socialnovarstveni zavod ne sodeluje pri izobraževanju, posvetih, kongresih. Povprečen rezultat udeležbe predstavlja 1,2-krat letno. Prisotnost na izobraževanjih, posvetih in kongresih je nizka, kar vzbuja dvom o kvaliteti dela, saj je za to potrebno stalno izobraževanje in vključevanje v posvete in kongrese, ki poleg novih znanj omogočajo možnost izmenjave dobre prakse in celostno obravnavajo tematike s področja. Tudi Varuh človekovih pravic v Posebnem poročilu opozarja, da morajo biti vse osebe, ki delajo z osebami s težavami v duševnem zdravju, dodatno usposobljene za delo (Šelih, 2017).

Število izmenjav informaciji o uporabnikih je nizko; izmenjava informacij o uporabnikih najpogosteje poteka enkrat letno; dva socialnovarstvena zavoda ne izmenjujeta informaciji o uporabnikih.

Medinstitucionalno sodelovanje najpogosteje poteka enkrat letno; dva zavoda ne sodelujeta z drugimi institucijami. Medinstitucionalno sodelovanje je povezano z odgovori o izobraževanju, posvetih in kongresu; prav tako tudi pri izmenjavi informaciji o uporabnikih. Pri celostni

obravnavi uporabnikov in pri razvoju dela z uporabniki na področju duševnega zdravja sta potrebna kontinuirano izobraževanje in medinstitucionalno sodelovanje. Potek dela z osebami pred namestitvijo je bistveno lažji, predvsem če poteka sodelovanje z drugimi potrebnimi institucijami ter pogovor s svojci oziroma ključnimi osebami. Pri tem je celostna obravnava oseb možna le s timskim delom, ki je tudi predpisano v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010), kjer gre za povezovanje znanj in strokovnjakov z zdravstvenega in socialnega področja (Milošević Arnold, 2006). Flaker (1997) navaja, da je predvsem pri uporabnikih s področja duševnega zdravja, ki se soočajo s kompleksno življenjsko situacijo, potrebno sodelovanje strokovnjakov, saj osebe ne potrebujejo le zdravljenja, ampak pomoč pri nastanitvi, krepitevi socialne mreže, zaposlitvi in ostalih vidikih življenja, tako da je celostna obravnava mogoča le z usklajevanjem med delavci na več področjih. To potrdi tudi Mali (2008), ki pravi, da se je potrebno povezati z ostalimi institucijami, da pridobimo čim več podatkov o celotnem socialnem kapitalu posameznika.

V raziskavi je bilo sicer ugotovljeno, da večina zavodov že pri nameščanju in pri izdelavi individualnega načrta sodeluje z ostalimi deležniki. Toda rezultati o izmenjavi informaciji o uporabnikih in medinstitucionalnem sodelovanju kažejo, da je tega občutno premalo, da bi socialnovarstveni zavodi celostno obravnavali posameznika, kot navajajo avtorji Milošević Arnold (2006), Flaker (1997) in Mali (2008).

## **5.8 ODPUSTI**

V večini socialnovarstvenih zavodov do predčasnega odpusta pride zaradi spremembe zdravstvenega stanja, prenehanja razlogov za bivanje na varovanem oddelku ali smrti. Rezultati so pričakovani, saj so osebe nameščene v varovane oddelke na podlagi sklepa sodišča zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja, kot v Zakonu o duševnem zdravju pri poglavju Postopek sprejema v varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda (2010, 34. člen do 68. člen in 74. člen do 79. člen) določa pogoje za sprejem v varovani oddelek. Eden izmed pogojev: če je ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovanja svojega ravnanja. Posledično, če se zdravstveno stanje spremeni, ni več razlogov za bivanje na varovanem oddelku. Nekaterim – predvsem v oddelkih za upad kognitivnih funkcij – se stanje poslabša in jih premeščajo na odprte oddelke, kjer potrebujejo stalno nego.

Če se zdravstveno stanje izboljša, se osebo namešča zunaj varovanega oddelka, čemur je sledilo vprašanje, kam gre oseba po odpustu. Največ uporabnikov iz varovanega oddelka po odpustu premestijo na odprt oddelek istega socialnovarstvenega zavoda. Torej lahko sklepam, da se jim je zdravstveno stanje poslabšalo in potrebujejo dodatno nego, so manj pokretni in ne ogrožajo več sebe in ostalih okoli sebe oziroma se je stanje osebe izboljšalo in ne potrebuje več tako intenzivne obravnave. V manjšem številu so zastopani odgovori, kjer so osebe odšle v drugo ustanovo, domov, podprte z nadzorovano obravnavo, in domov brez podpore. Na podlagi rezultatov lahko sklepamo, da osebam v skupnosti ni na voljo dovolj oziroma dovolj ustreznih skupnostnih služb, ki bi jim po odpustu omogočale bivanje v skupnosti. Evropska mreža za neodvisno življenje v ključnih pojmi za neodvisno življenje opisuje storitve v skupnosti, ki so skupek političnega in družbenega pristopa ter zakonodaje, ki ureja stanovanjsko politiko, šolanje, javni prevoz, zdravstvene storitve in druge javne storitve, ki morajo biti oblikovane tako, da so dostopne vsem, ki jih potrebujejo. To pomeni, da je potrebno storitve preoblikovati in prilagoditi tako, da so na voljo tudi osebam s težavami v duševnem zdravju. S preoblikovanjem se zmanjšuje potrebo po posebnih storitvah, kot so na primer socialnovarstveni zavodi. Skupnostne službe so eden izmed gradnikov dezinstucionalizacije, saj je poleg zapiranja zavoda potrebno vzporedno omogočati in razvijati skupnostno obliko pomoči in zmanjšanje kapacitete zavodov. Flaker, Ficko, Grebenc in ostali (2019) kot procese, ki sovpadajo z dezinstiucionalizacijo, naštejejo še ureditev dolgotrajne oskrbe, normalizacijo, samostojno življenje, neposredno financiranje in vmesne strukture. Evropske smernice o prehodu iz institucionalne v skupnostno oskrbo definirajo dezinstiucionalizacijo kot zapiranje institucij ter razvijanje skupnostnih služb, vključujoč preventivne skupnostne službe, s katerimi izničimo potrebo po institucijah (*ibid.*).

Socialnovarstveni zavodi v polovici primerov osebe spremljajo tudi po odpustu, kar bi lahko pripisali temu, da je zastopanost oddelkov za upad kognitivnih funkcij višja in osebe po odpustu v večji meri odhajajo v oddelek istega zavoda.

## **5.9 PREDLOGI SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODOV**

Socialnovarstveni zavodi, vključeni v raziskavo, večinoma opozarjajo na obravnavo oseb z demenco po Zakonu v duševnem zdravju, ki je združena z obravnavo ostalih oseb s težavami v

duševnem zdravju. Predlog je, da bi se osebe z upadom kognitivnih funkcij obravnavalo v ločenem poglavju. Pri starejših osebah z demenco prognoza bolezni ni v smeri izboljšanja stanja, zato obnavljanje namestitve s sklepom sodišča ni smiselno, povzroča pa zelo stresno situacijo stanovalcu. Opozorijo tudi na porast oseb z demenco, ki potrebujejo varovani oddelek. Težava je predvsem v majhnem številu kapacitet in dolgih čakalnih vrstah, zato posledično ob spremenjenem zdravstvenem stanju osebam ne podaljšujejo bivanja na varovanem oddelku in jih v soglasju s svojci (skrbnikom) in na podlagi mnenja psihiatra premestijo ven iz varovanega oddelka (na navadni oddelek). V Posebnem poročilu varuha človekovih pravic prav tako Skupnost socialnih zavodov opozarja na pomanjkanje prostora v zavodih, saj zaradi visokega števila nameščanja oseb z demenco s sklepom zavodi nameščajo zasilne postelje; v nekaterih primerih premeščajo osebe z demenco na splošne oddelke; pri tem zavodi nosijo odgovornost. Zaradi izpolnjevanja sodnih odločb zavodi izgubljajo mesta na oddelkih za svoje stanovalce z demenco, za katere je stresno nameščanje drugam in so zaradi svojega zdravstvenega stanja zelo ranljivi. Socialnovarstveni zavodi opozorijo, da zaradi zelo različnih potreb nameščenih osebe prihaja do velikih obremenitev zaposlenih (Šelih, 2017).

Nadalje socialnovarstveni zavodi pojasnjujejo, da ljudje z demenco ne morejo samostojno funkcionirati doma. Običajno so tudi že izčrpane vse vrste pomoči v domačem okolju. Svojci so utrujeni, izčrpani, sami zbolijo. Osebe niso vodljive, so begave, neorientirane, nemalokrat agresivne. Pri tem se izkaže, da je skupnostnih služb premalo in premalo razvitih, da bi omogočale podporo osebam doma. Kot že zgoraj navajajo avtorji Flaker, Ficko, Grebenc in ostali (2019), je potrebno razvijati skupnostne službe, da bi omogočali proces dezinstucionalizacije.

Socialnovarstveni zavodi navajajo, da pogrešajo pogostejše sodelovanju s svojci predvsem zaradi trenutnega epidemiološkega stanja<sup>5</sup>.

En socialnovarstveni zavod izraža željo po načrtovanju varovanega oddelka v pritličju, kjer bi pridobili možnost stopiti na zelenico, velik ograjen vrt; tako bi jim omogočili stik z živalmi, otroci in ostalimi. Želja nakazuje na to, da želi socialnovarstveni zavod prilagoditi okolje bivanja nameščenim osebam bolj prijazno in domače ter jim omogočiti stike z zunanjimi osebami, s čimer sledijo konceptu normalizacije.

---

<sup>5</sup> Odgovori so vezani na leto 2020, ki je bilo pogojeno z epidemiološko sliko.

Socialnovarstveni zavodi podarjajo potrebo po večji vključitvi strokovnih služb pred namestitvijo v varovani oddelek z namenom preprečitve namestitve v varovani oddelek in ob prenehanju razlogov za zadržanje na varovanem oddelku večjo vključitev zunanjih strokovnih služb in aktivno iskanje. Iz prejšnjih rezultatov je razvidno, da socialnovarstveni zavodi redko sodelujejo z drugimi institucijami; hkrati je njihova želja večje sodelovanje. Socialnovarstveni zavodi sami nosijo del odgovornost do sodelovanja, ki ga morajo v prihodnosti okrepiti in se povezati z ostalimi ključnimi institucijami.

## 6 SKLEPI

### 6.1 SPLOŠNE INFORMACIJE

- V raziskavi se je izkazalo, da so oddelki za osebe s težavami v duševnem zdravju in oddelki za osebe z več motnjami prezasedeni.
- V raziskavi je bilo vključenih 30 varovanih oddelkov; od tega je le polovica verificiranih, nekateri so še v postopku verifikacije, ostali ostajajo neverificirani.
- Povprečen čas bivanja oseb na varovanem oddelku je za moške 1,5 leta in ženske 2,1 leta. Večina rezultatov se giblje med pol leta in dvema letoma; izstopata samo dva socialnovarstvena zavoda, kjer so osebe nameščene od dve do pet let.

### 6.2 SPREJEM IN SPREJETE OSEBE

- 95,3 % oseb v varovanih oddelkih je nameščenih s sklepom sodišča.
- 73 % oseb je bivanje v varovanem oddelku na podlagi sklepa sodišča podaljšano.
- V letu 2020 je več sprejemov v varovane oddelke kot odpustov.
- V 91,1 % socialnovarstvenih zavodov pri sprejemu osebe sodelujejo z zunanjimi deležniki.
- 99 % oseb je nameščenih v varovane oddelke prvič.
- 26,8 % oseb je nameščenih z notranjim sprejemom.
- Delež oseb, nameščenih v varovanih oddelkih, ki imajo naslednje značilnosti, je največji pri osebah z demenco oziroma s težavami zaradi upada kognitivnih funkcij; za tem sledijo osebe s kronično duševno boleznijo, osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju z dodatnimi kombiniranimi težavami (gibalna oviranost, naglušnost/gluhota, slabovidnost/slepota, motnje vedenja in osebnosti), osebe s kroničnimi alkoholnimi organskimi motnjami, osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju z duševno boleznijo in nazadnje osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju.

- Vsi socialnovarstveni zavodi nameščenim osebam omogočajo koriščenje vseh zakonsko določenih pravic; prav tako nobeni osebi niso omejili pravice oziroma pravica ni bila omejena s sklepom sodišča.
- Število posebnih varovalnih ukrepov, uporabljenih v socialnovarstvenih zavodih, je nizko; uporabljeni so bili na devetih osebah, in sicer šest oseb, pri katerih so uporabili telesno oviranje s pasovi, in tri osebe, pri katerih so omejili gibanje znotraj enega prostora.

### **6.3 KADRI**

- Število dejansko zasedenih delovnih mest v varovanih oddelkih je v vseh primerih enako ali večje od sistemiziranih delovnih mest, vendar ne odstopa za več kot 0,5 delovnega mesta.
- Največje število zaposlenih v varovanih oddelkih so gospodinje oskrbovalke, varuhinje, oskrbovalka, delovni inštruktor, animator, socialni delavec in individualni habilitator. Skupinski habilitator in psiholog nimata deleža zaposlitev v varovanih oddelkih.
- Povprečno število izobraževanj na delovno mesto niha med 0 in 2,6 na letni ravni. V povprečju 1,2 na zaposlenega.
- Največ izobraževanj je deležen socialni delavec; sledijo delovni inštruktor, animator, gospodinja oskrbovalka, varuhinja, animator in individualni habilitator ter psiholog.
- 2/3 socialnovarstvenih zavodov ni izrazilo potrebe po dodatnemu številu zaposlenih v varovanih oddelkih.

### **6.4 KONCEPT DELA**

- Metode dela, ki prevladujejo pri delu v varovanih oddelkih, so individualno delo, analiza tveganja, delo v skupini, validacija, normalizacija in osebno spremljanje.
- Osebe, nameščene v varovanem oddelku, imajo vpliv na dnevni ritem, življenjski ritem in medsebojne odnose v večini socialnovarstvenih zavodov; manj imajo vpliva na osebni razvoj in druženje zunaj zavoda; medtem vpliva na spolno življenje nimajo v več kot v polovico socialnovarstvenih zavodov.

- 78,6 % socialnovarstvenih zavodov zasleduje koncept normalizacije.

## 6.5 INDIVIDUALNI NAČRT

- Strukturiran individualni načrta uporablja 53,8 % socialnovarstvenih zavodov, delno strukturiran individualni načrt 15,4 % in odprt vprašalnik 30,8 % socialnovarstvenih zavodov.
- Osebe, ki so vključene pri pripravi individualnega načrta: uporabnik, socialni delavec, delovni inštruktor, delovni terapevt, zdravstvena nega in fizioterapevt. V več kot polovici zavodov so odgovori še svoji, sledijo psiholog, ključni delavec, specialni pedagog in vodja oddelka.
- Vsi socialnovarstveni zavodi raziskuje mikroraven življenjskega sveta uporabnika, 92,9 % socialnovarstvenih zavodov raziskuje tudi mezoraven življenjskega sveta uporabnika in 42,9 % tudi makro raven.
- Tehnike, ki jih socialnovarstveni zavodi uporabljajo za izdelavo individualnega načrta so v vseh zavodih pogovor, poizvedovanje pri drugih strokovnih službah, opazovanje in eksperiment. Večina zavodov uporablja tudi tehnike poizvedovanja pri drugih ključnih osebah.
- Nameščene osebe so v vseh socialnovarstvenih zavodih seznanjene: z namenom načrta, metodo, s potekom dela in pravicami, s tem kdo bo imel vpogled v dokumentacijo, s tem, da lahko preverjajo načrt na svojo pobudo in da imajo možnost prilagojenega načina sporazumevanja.
- Odgovori na ključne točke načrta so skopi, saj jih socialnovarstveni zavodi naštejejo le nekaj. Naštete točke individualnega načrta s strani socialnovarstvenih zavodov so cilj, aktivnosti, izvajalci, načrt zdravstvene nege, rok načrta, opis, motivacija stanovalcev, nabor storitev, metode dela in analiza tveganja.
- Metodo analizo tveganja pri individualnem načrtu uporablja 92,9 % socialnovarstvenih zavodov.
- Rezultati so pokazali da 60,3 % socialnovarstvenih zavodov evalvira individualni načrt vsaj na pol leta.

- 35,7 % socialnovarstvenih zavodov ustno evalvira individualni načrt in prav tako 35,7 % evalvira individualni načrt kombinirano, ustno in pisno; 28,6 % jih evalvira individualni načrt pisno.

## **6.6 DNEVNE AKTIVNOSTI**

- Nameščene osebe imajo v vseh socialnovarstvenih zavodih možnost izbire vseh dnevnih aktivnosti.
- Vsi socialnovarstveni zavodi, ki so odgovorili, dnevne aktivnosti izvajajo v sklopu varovanega oddelka, 64,3 % socialnovarstvenih zavodov dnevne aktivnosti izvaja tudi zunaj varovanega oddelka, 50 % pa tudi zunaj socialnovarstvenega zavoda.
- Dnevne aktivnosti v času bivanja na varovanem oddelku in pred odpustom se razlikujejo pri 50 % socialnovarstvenih zavodih. Osebe imajo v 85,7 % možnost izbire dnevnih aktivnosti pred odpustom.

## **6.7 SODELOVANJE MED INSTITUCIJAMI**

- Socialnovarstveni zavodi se udeležujejo izobraževanj, posvetov in kongresov najpogosteje enkrat letno, sledi odgovor dvakrat letno, trikrat letno in en zavod ne sodeluje pri izobraževanju, posvetih in kongresih.
- Socialnovarstveni zavodi si izmenjujejo informacije o uporabnikih najpogosteje enkrat letno, sledi odgovor tedensko, ni izmenjave informaciji o uporabnikih, trikrat letno, štirikrat letno in mesečno.
- Socialnovarstveni zavodi medinstitucionalno sodelujejo najpogosteje enkrat letno, sledi odgovor dvakrat letno, tedensko in ne sodelujejo.

## **6.8 ODPUSTI**

- Večina socialnovarstvenih zavodov je za predčasni odpust navedlo razlog spremembo zdravstvenega stanja, sledi odgovor, da ni več razlogov za bivanje na varovanem oddelku in v enem socialnovarstvenem zavodu smrt.

- V 68 % grede osebe po odpustu v odprt oddelek istega zavoda. 5,7 % je odšlo v drugo ustanovo; 14,3 % oseb je odšlo domov, podprtih z nadzorovano obravnavo; 11,4 % oseb je odšlo domov brez podpore.
- 50 % socialnovarstvenih zavodov spremljajo osebe tudi po odpustu.

## 6.9 PREDLOGI SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODOV

- Obravnava demence v posebnem poglavju Zakona v duševnem zdravju.
- Opozarjajo na porast oseb z demenco.
- Želijo si večjega sodelovanja s svojci.
- Ljudje z demenco ne morejo samostojno funkcionirati doma. Običajno so tudi že izčrpane vse vrste pomoči v domačem okolju. Svojci so utrujeni, izčrpani in sami zbolijo. Osebe niso vodljive, so begave, neorientirane, nemalokrat agresivne.
- Želja po načrtovanju varovanega oddelka v pritličju, kjer bi pridobili možnost stopiti na zelenico, velik ograjen vrt – tako bi jim omogočili stik z živalmi, otroci in ostalimi.
- Poudarek na večji vključitvi strokovnih služb pred namestitvijo v varovani oddelek z namenom preprečitve namestitve v varovani oddelek. Ob prenehanju razlogov za zadržanje na varovanem oddelku je prav tako poudarek na večji vključitvi zunanjih strokovnih služb.

## 7 PREDLOGI

- Verifikacija vseh varovanih oddelkov – tako bi ministrstvo, pristojno za socialno varstvo imelo boljši pregled nad stanjem v varovanih oddelkih in vsi varovani oddelki bi izpolnjevali predpisane standarde in normative.
- Potreben je razmislek o prihodnosti varovanih oddelkov glede na prezasedenost varovanih oddelkov, ki se je izkazala v raziskavi in na katero že dolga leta opozarjajo socialnovarstveni zavod, Varuh človekovih pravic in Skupnost socialnih zavodov.
- Nameščenim osebam v varovane oddelke je potrebno povečati vpliv na osebni razvoj, druženje zunaj zavoda in na spolno življenje; tako bi tudi bolj zasledovali koncept normalizacije.
- Socialnovarstveni zavodi bi lahko v večji meri uporabljali odprt ali delno strukturiran individualni načrt, saj bi s tem imele osebe večji vpliv na izdelavo in načrt bi bil bolj prilagojen posamezniku.
- Vsi socialnovarstveni zavodi bi morali vključiti v izdelavo individualnega načrta širši krog oseb oziroma vse ključne osebe v življenju osebe (predvsem svojce).
- Socialnovarstveni zavodi bi pri pripravi načrta lahko v večji meri vključevali makro raven življenjskega sveta uporabnika, ki vključuje družbeni in politični kontekst obravnave socialnih problemov, saj raziskovanje življenjskega sveta uporabnika ne more potekati ločeno od ljudi in njihovega življenjskega okolja.
- Potrebno bi bilo jasno opredeliti ključne točke individualnega načrta in pri tem vključevati uporabnika, torej na primer vpliv uporabnika, spretnosti, stiki, bolečina, želje pri zapisu le-teh, zapis ciljev ter refleksija, ki ji sledi implementacija individualnega načrta.
- Socialnovarstveni zavodi bi morali okrepiti možnost izvajanja dnevnih aktivnosti zunaj oddelka in zunaj zavoda.
- Bolj redna udeležba socialnovarstvenih zavodov na izobraževanjih, posvetih in kongresih, kot tudi bolj redna izmenjava informaciji o uporabnikih in bolj redno medinstitucionalno sodelovanje, saj je za kvalitetno delo potrebno stalno izobraževanje in vključevanje v posvete in kongrese, ki poleg novih znanj omogočajo možnost izmenjave dobre prakse in celostno obravnavajo tematike s področja.

- Obravnava demence v posebnem poglavju Zakona v duševnem zdravju, saj pri starejših osebah z demenco prognoza bolezni ni v smeri izboljšanja stanja, zato obnavljanje namestitve s sklepom sodišča ni smiselno, povzroča pa zelo stresno situacijo stanovalcu.
- Poudarek na večji vključitvi strokovnih služb pred namestitvijo v varovani oddelek z namenom preprečitve namestitve v varovani oddelek in ob prenehanju razlogov za zadržanje na varovanem oddelku.
- Magistrska naloga predstavlja splošni pregled nad delom v varovanem oddelku, zato predlagam nadaljevanje raziskave s poglobljenimi intervjuji strokovnih delavcev v varovanem oddelku in ločeno analiza glede na tip varovanega oddelka.
- Ocena uporabljenega merskega inštrumenta: pomanjkljivosti uporabljenega merskega inštrumenta je velika obsežnost vprašanj, nemožnost dodatnega pojasnjevanja odgovorov, posledično pomanjkljivo izpolnjeni odgovori. Za boljše rezultate bi bilo smiselno opraviti kvalitativne intervjuje z manjšim obsegom socialnovarstvenih zavodov oziroma vprašalnik z manj, a bolj fokusnimi vprašanji.

## 8 LITERATURA

1. Brandom, D., Brandom, A. (1992). *Praktični priročnik za delo z ljudmi s posebnimi potrebami*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo in PEF.
2. Brandom, D., Brandom, A. (1994). *Jin in jang načrtovanja psihosocialne skrbi*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
3. Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. (2012) Brussels: European Expert Group on the Institutional to Community-based Care. Dostopno dne 16. 6. 2021 na [Guidelines-new.indd \(wordpress.com\)](#).
4. Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N., Možina, M. (2005). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebne stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
5. Čačinovič Vogrinčič, G. (2006). *Socialno delo z družinami: razvoj doktrine*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Članek letnik 45, številka 3/5. Dostopno dne 16. 3. 2021 na <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-MOZHKWR5>.
6. Čačinovič Vogrinčič, G. (2010). *Soustvarjanje pomoči v jeziku socialnega dela*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Članek letnik 49, številka 4. Dostopno dne 11. 3. 2021 na <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-8WEWOOF9>.
7. Dragoš, S., Leskovšek, V., Petrovič, P., Škerjanc, J., Urh, Š., Žnidarec, S. (2008). *Krepitev moči*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
8. Erlah, P., Žnidarec Demšar, S. (2004). *Asertivnost: zakaj jo potrebujemo in kako si jo pridobimo*. Nazarje: Agros.
9. Evropska mreža za neodvisno življenje. Definicije ključnih pojmov s področja neodvisnega življenja. Dostopno dne 16. 6. 2021 na [ENIL – European Network on Independent Living | Definitions - ENIL - European Network on Independent Living](#).
10. Flaker, V., Urek, M. (1988). Hrastovski anali za leto 1987. Ljubljana: Republiška konferenca ZSMS, Center za mladinsko prostovoljno delo.
11. Flaker, V. (1994). *Analiza tveganja*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Članek letnik 33, številka 3. Dostopno dne 18. 3. 2021 na <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-YRLXVWSM>.
12. Flaker, V. (1997). *Timi kot način interdisciplinarnega sodelovanja*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Članek letnik 36, številka 1. Dostopno dne 14. 3. 2021 na <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-QSIPVL89>.

13. Flaker, V., (2003). *Oris metod socialnega dela: uvod v katalog centrov za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
14. Flaker, V., Grebenc, V. (2011). *Analiza tveganja*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Interno gradivo.
15. Flaker, V., Mali, J., Rafaelič A., Ratajc, S. (2013). *Osebno načrtovanje in izvajanje storitev*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
16. Glasser, W. (2006). *Duševno zdravje – problem javnega zdravja*. Ljubljana: Društvo za realitetno terapijo.
17. Goffman, E. (1961) *Asylums*. New York: Pelican edition 1968.
18. Holec, D., Rovšek, M., Žerdin, T. (1999) *Naš zbornik 1999*. Ljubljana: Zveza Sožitje.
19. Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., Hočevar Grom, A., (ur.) (2018). *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji*. Ljubljana: NIJZ.
20. Kemshall, H., Littlechild, R. (2000). *User Involvement and Participation in Social Care Research Informing Practice*. London and Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publisher.
21. Klančar, T., Hodnik, T., Maraž, D. (ur.) (2015). *Za duševno zdravje v Ljubljani*. Ljubljana: Mestna občina Ljubljana.
22. Lamovec, T., Flaker, V. (1993). *Kaj je duševna bolezen?* Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Članek letnik 32, številka ¾. Dostopno dne 3. 3. 2021 na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-64CZKL6S/?euapi=1&query=%27keywords%3dkaj+je+du%27%a1evna+bolezen%27&sortDir=ASC&sort=date&pageSize=25>.
23. Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
24. Lamovec, T. (1999). *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
25. Mali, J. (2008). *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
26. Mali, J. (2012). *Uvajanje dezinstucionalizacije na področju oskrbe starih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Članek letnik 40, številka 250. Dostopno dne 1. 6. 2021 na <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-JZ95KRJX>.
27. Marušič, A., Temnik, S. (2009). *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Moharjeva družba.
28. Maučec Zakotnik, J., Švab, V., Anderluh, M., Zvezdana Dernovšek, M., Konec Juričič, N., Dominkuš, D., Ferlan Istinič, M., Čobal, N., Zupančič, A., Vinko, M., Makivić, I. (2019). *MIRA za duševno zdravje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
29. Mesec, B. (2009a). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1: Načrtovanje raziskav*. (študijsko gradivo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

30. Mesec, B. (2009b). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2 (študijsko gradivo)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
31. Mesec, B. (2009c). *Načrtovanje raziskave (študijsko gradivo)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
32. Milošević Arnold, V. (2006). *Celostna obravnava oseb z demenco v domu za stare*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Članek letnik 45, številka 3/5. Dostopno dne 17. 6. 2021 na <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-PKYEW75W/99f4603a-35d3-4b0d-b452-00812d3128c5/PDF>.
33. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Dostopno dne 1. 3. 2021 na <https://www.nijz.si/sl/podrocja-dela/moj-zivljenjski-slog/dusevno-zdravje>.
34. Nirje, B. (1969). *The normalization principle and its human management implications*. In R. Kugel, & W. Wolfensberger (Eds.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded*. Washington, D.C.: President's Committee on Mental Retardation.
35. Oevretveit, J. (1993). *Coordinating Community Care: Multidisciplinary teams and care management*. Buckingham: Open University Press.
36. Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (Uradni list RS, št. 97/09).
37. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Uradni list RS, št. 45/10, 28/11, 104/11, 111/13, 102/15 in 76/17).
38. Price, R., H., Denner, B. (1973). *The making of a mental patient*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
39. Rafaelčič, A. (2015). *Pomen povezovanja in vključevanja pri oskrbi po meri človeka in procesih dezinstitutionalizacije*. (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
40. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (Uradni list RS, št. 24/18).
41. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020 (Uradni list RS, št. 39/13).
42. Saleebey, D. (2009). *The strengths perspective in social work practice (5th ed)*. Boston: Allyn and Bacon/Pearson.
43. Smonker, T. (2007). *Perspektiva moči na področju duševnega zdravja v skupnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Članek letnik 46, številka 1/2. Dostopno dne 2. 6. 2021 na <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC->

[QUAFC3W8/?euapi=1&query=%27keywords%3dkrepitev+mo%c4%8di%27&sortDir=ASC&sort=date&pageSize=25.](https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-X8E0A8DA)

44. Solomon, B. B. (1976). *Black empowerment: social work in oppressed communities*. New York: Columbia University Press.
45. Statistični urad Republike Slovenije, dostopno dne 16. 6. 2021 na <https://pxweb.stat.si/SiStat/sl/Podrocja/Index/45/socialna-zascita>.
46. Sundel Stone, S., Sundel, M. (1981). *Be assertive*. California: SAGE Publication, Inc.
47. Šabič, A., Grebenc, V. (2012). *Izobraževanje za dobro promocijo duševnega zdravja: uvodnik*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Članek letnik 51, številka 5. Dostopno dne 20. 3. 2021 na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-X8E0A8DA>.
48. Šelih, I., (2017). *Posebno poročilo Varuha človekovih pravic Republike Slovenije o kršitvah človekovih pravic oseb z duševno motnjo pri njihovem neprostovoljnem nastanjanju in obravnavi v varovanih oddelkih socialnovarstvenih zavodov* / [uredila Ivan Šelih in Liana Kalčina]. Ljubljana: Varuh človekovih pravic.
49. Škerjanc, J. (1996). Zgodba o ekologiji in moči. Ljubljana: Članek letnik 35, številka 4. Dostopno dne 2. 6. 2021 na <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-2OYBSRUA>.
50. Škerjanc, J. (2006). *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev*. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje in usposabljanj.
51. Škerjanc, J. (2011). *Individualizacija storitev socialnega varstva*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
52. Urek, M. (2005). *Zgodbe na delu. Pripovedovanje, zapisovanje in poročanje v socialnem delu*. Ljubljana: Založba/\*cf.
53. Urek, M. (2013). Zagovorništvo. Priprave na prakso 3. letnika. Dostopno dne 1. 6. 2021 na [https://www.fsd.uni-lj.si/mma/praksa\\_3\\_zagovornistvo/2012031911465205/](https://www.fsd.uni-lj.si/mma/praksa_3_zagovornistvo/2012031911465205/).
54. Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a)
55. Ustavno sodišče. Odločba Ustavnega sodišča številka U-I-477/18-19 in Up-93/18-37, z dne 23. 5. 2021.
56. Varuh človekovih pravic - Časovna omejitev trajanja posebnih varovalnih ukrepov po zakonu o duševnem zdravju, Dostopno dne 15. 6. 2021 na <https://www.varuh-rs.si/obravnavane-pobude/primer/casovna-omejitev-trajanja-posebnih-varovalnih-ukrepov-po-zakonu-o-dusevnem-zdravju/>.
57. Videmšek, P. (2013). *Iz instituciji v skupnost*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

58. Wolfensberger, W. (1972). *The principle of normalization in human services*. Toronto, Canada: National Institute on Mental Retardation.
59. Wright, K., Haycox, A. & Ledham, I. (1994). *Evaluating Community care, services for people with learning difficulties*. Philadelphia: Open University Press.
60. Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08 in 46/15 – odl. US).
61. Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A in 28/19).
62. Zakonu o ustanovah (Uradni list RS, št. 70/05 – uradno prečiščeno besedilo in 91/05 – popr.)
63. Završsek, D., Zorn, J., Videmšek, P. (2002). *Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočene ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba.
64. Žnidarec Demšar, S. (2004). *Uvod v razumevanje skupnostnega socialnega dela. Delno študijsko gradivo za predmet Skupnostno socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

## 9 PRILOGE

Anketni vprašalnik:

### 1. SPLOŠNE INFORMACIJE

Zavod	
-------	--

		DA/NE	število oddelkov	skupno število mest v vseh oddelkih	zasedenost na dan 1. 3. 2021	število mest – ženske	število mest – moški	število verificiranih oddelkov	skupno število mest v vseh oddelkih	zasedenost na dan 1. 3. 2021	število mest – ženske	število mest – moški	število oddelkov v postopku verifikacije	skupno število mest v vseh oddelkih	zasedenost na dan 1. 3. 2021	število mest – ženske	število mest – moški
Vrste varovanih oddelkov	VO za osebe s težavami v duševnem zdravju																
	VO za osebe z več motnjami																

	VO za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkcij potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor																		
	Koncept osebnega spremljanja																		

	moški	ženske
Povprečen čas bivanja v varovanem oddelku		

**2. SPREJEM IN  
SPREJETE  
OSEBE**

Vrsta sprejema na oddelek?	s privolitvijo osebe	s sklepom sodišča	povprečna dolžina določene obdobja bivanja v varovanem oddelku na podlagi sklepa sodišča	število oseb, ki jim je bilo bivanje na podlagi sklepa podaljšano

	s sklepom sodišča	s privolitvijo osebe
Število novih sprejemov v letu 2020		

Število odpustov v letu 2020		
Število odpustov pred pretekom roka v letu 2020		

Sprejem	brez vnaprejšnjega sodelovanja z zunanji deležniki	v sodelovanju z zunanji deležniki	osebe, ki so prvič sprejete na VO	osebe, ki so ponovno sprejete v VO (ne glede na zavod)	osebe, ki so sprejete iz drugih oddelkov zavoda (notranji sprejemi)	osebe, ki so sprejete od drugod (zunanj i sprejemi)

Značilnosti oseb	osebe s kronično duševno boleznijo	
	osebe z demenco oz. težavami zaradi upada kognitivnih funkcij	
	osebe s kroničnim alkoholnimi organskimi motnjami	
	osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju	

	osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju z dodatnimi kombiniranimi:	
	a) gibalna oviranost	
	b) naglušnost/gluhota	
	c) slabovidnost/slepota	
	d) motnje vedenja in osebnosti	
	osebe z zmerno, težjo, najtežjo motnjo v duševnem razvoju z duševno boleznijo	

	pravica	DA/NE	na kakšen način se zagotavlja	povprečno število omejitev (na osebo)	število oseb, katerim je bila pravica omejena	povprečen čas omejitve (na osebo)	kolikokrat je bila pravica omejena s sklepom sodišča
Zagotavljanje pravic oseb	pravica do dopisovanja in uporabe elektronske pošte						
	pravica do pošiljanja in sprejema						

	nja pošiljk						
	pravica do sprejemanja obiskov						
	pravica do uporabe telefona						
	pravica do gibanja						
	pravica do zastopnika						

		število oseb	povprečno število ukrepov na osebo	povprečen čas izvajanja ukrepov na osebo
Število oseb, pri katerih se uporablja PVU (letno)	telesno oviranje s pasovi			
	omejitev gibanja			

	znotraj enega prostora			
--	------------------------------	--	--	--

### 3. KADRI

	delovno mesto	število sistemiziranih delovnih mest	število zasedenih delovnih mest	posebne zahteve za zaposlitev oz. dodatna znanja	povprečno število izobraževanj na leto	vpišite prevladujoče vsebine izobraževanj	če je supervizija zagotovljena, napišite povprečno število srečanj na leto	potrebe po dodatnem kadru
Socialna oskrba	oskrbovalka							
	gospodinja oskrbovalka							
	varuhinja							
	delovni inštruktor							
	animator							
	skupinski habilitator							

	individualni habilitator							
	socialni delavec							
	psiholog							

**4. KONCEPT  
DELA**

Napišite vsaj pet metod dela, ki najbolj prevladujejo pri vašem delu	
--	--

	Vpliv na:	DA/NE	če želite, dopolnite na kakšen način
Normalizacija	dnevni ritem		
	življenjski ritem		
	spolno življenje		
	medsebojni odnosi		

	sodelovanje v skupnosti		
	osebni razvoj		
	druženje zunaj zavoda		

**5. INDIVIDUALNI NAČRT**

Struktura individualnega načrta	
---------------------------------	--

Vse osebe, vključene v pripravo individualnega načrta	

DA/NE

Tehnike pri izdelavi individualnega načrta	pogovor	
	poizvedo vanje pri ključnih osebah	
	poizvedo vanje pri drugih strokovnih službah	
	opazovanje	
	eksperiment (preizkušanje, kaj deluje in kaj ne)	
	drugo	

		DA/NE	na kakšen način
Raziskovanje življenjskega sveta nameščenih oseb	mikroraven (posameznik, družina)		
	mezoraven (neformalni in		

	formalni viri pomoči v okolju)		
	makroraven (družbeni in politični kontekst obravnave socialnih problemov)		

		DA/NE
Nameščena oseba	je seznanjena z namenom načrta	
	je seznanjena z metodo, potekom dela in s pravicami, ki jih ima pri načrtovanju	

	je seznanje na (oziroma je dogovorjeno), kdo bo imel vpogled v dokumentacijo	
	ima možnost spremembe načrta	
	lahko preverja načrt na njeno pobudo	
	ima možnost prilagoditve načina sporazumevanja	

Izvedben načrt in cilji	izvajalci	
	ključne točke	

	ali se pripravi analiza tveganja	
--	----------------------------------	--

Evalvacija individualnega načrta	kolikokrat	na kakšen način	sodelujoči

**6. DNEVNE  
AKTIVNOSTI**

	katere	pogostost	možnost izbire	kraj izvajanja
Dnevne aktivnosti				
Aktivnosti pred odpustom (povezovanje z deležniki)				


**7.  
SODELOVANJE  
MED  
INSTITUCIJAM  
I**

	pogostost/leto
Izobraževanja, posveti, kongresi ...	
Izmenjava informacij o uporabnikih	
Medinstitucionalno sodelovanje	

**8. ODPUST**

Razlogi za odpuste pred rokom, določenim s sklepom sodišča	
--	--

Ali spremljate osebe po odpustu?	
Če DA, koliko časa?	
Na kakšen način?	

		število oseb, nameščenih s sklepom sodišča	število oseb, nameščenih s privolitvijo
Oseba po odpustu	v odprt oddelek istega zavoda		
	v drug zavod		
	v odprt oddelek SVZ		
	domov, podprt z nadzorovano obravnavo		
	domov, podprt s koordinirano obravnavo v skupnosti		
	domov		

## 9. PREDLOGI

Kaj bi bilo potrebno za bolj smotrno nameščanje in večjo fluktucijo oseb ter čimprejšnje opolnomočenje oseb za vrnitev v domače okolje?	
Kakšen je vaš predlog za nadaljnje delo?	
Drugi predlogi	

Kraj in datum:	
Izpolnil:	
Tel. št.:	

Hvala za vaš trud in čas.

Primer analize<sup>6</sup>:

1. Splošne informacije:

Vrste varovanih oddelkov:	število oddelkov	število oddelkov v procentih	skupno število mest v vseh oddelkih	skupno število mest v vseh oddelkih v procentih	zasedenost na dan 1. 3. 2021	zasedenost v procentih
VO za osebe s težavami v duševnem zdravju	4	13,33%	44	8,46%	46	104,50%
VO za osebe z več motnjami	6	20%	72	13,85%	81	112,50%
VO za osebe , ki zaradi posledic upada kognitivnih funkciji potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor	20	66,66%	404	77,69%	322	79,70%
Koncept osebnega spremljanja	1		12		12	100%

<sup>6</sup> Druga raziskovalna gradiva so dostopna pri avtorici.

