

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Monika Bohinec

Naslov naloge: Institucionalizacija ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami

Podnaslov naloge: Študija primera človeka v primežu psihiatrije

Mentorica: doc. dr. Jana Mali

Kraj: Ljubljana

Leto: 2011

Št. strani: 161

Št. tabel: 3

Št. slik: 0

Št. zgledov: 0

Št. bibl. opomb: 0

Št. virov: 22

Št. prilog: 6

Deskriptorji: Institucionalizacija, prisilno zdravljenje, dolgotrajna oskrba, duševno zdravje, skupnost, duševne stiske, potrebe.

Povzetek: Za slovenski sistem socialnega in zdravstvenega varstva ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami je značilno: neustreznost metod pomoči, utrjevanje družbene vloge »duševnega bolnika« in mit o nevarnosti ljudi s psihiatričnimi diagnozami. Duševno zdravje v skupnosti in dolgotrajna oskrba sta pomembna alternativna pojma, saj temeljita na poznavanju življenjskega sveta ljudi z duševnimi stiskami in njihovih potreb. V študiji primera se osredotočim na institucionalno kariero, potrebe in odgovore, vlogo centrov za socialno delo v poteku življenja posameznika. Študija pokaže, da je posameznik v življenju padel v krute mehanizme institucij in po triintridesetih letih iz njih izstopil v okviru družbenega gibanja. Želi živeti med drugimi ljudmi v skupnosti, ob podpori skupnostne službe in svoje življenje aktivirati z delom, druženjem in različnimi aktivnostmi. Njegove potrebe in želje so podobne željam tisočih v Sloveniji, vendar mora država za to spremeniti institucionalen model skrbi v skupnostnega.

Title: Institutionalisation of people with long- term health mental distress

Subtitle: Case study of person in the grip of psychiatry

Descriptors: Institutionalisation, forced treatment, long-term care , mental health, community, long-term health mental distress, needs.

Abstract: Slovenian system of social and health care for people with long-term mental distress is inadequate in term of methods of support and help. The role of "mental patient" is portrayed and the myth danger attached to the people with psychiatric labels criticised. Further, I deal with the idea of community mental health and long-term care, the life-world of people with mental health distress and their needs. Case study focuses on one case of the institutional career, needs and responses; and the role of centres of social work. The study shows that the main actor of a study has fallen into the cruel institutional mechanisms for thirty-three years, and went out of them trough the social movement. He wants to live among other people in the community, with the support of community services and activate his life with work, socializing and various activities. His needs and desires are similar to the wishes of thousands in Slovenia, but for that, the state has to change institutional model of care in the community care system.



Univerza v Ljubljani
Fakulteta *za socialno delo*

DIPLOMSKA NALOGA

Institucionalizacija ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami

Študija primera človeka v primežu psihiatrije

Mentorica: doc. dr. Jana Mali

Avtorica: Monika Bohinec

Ljubljana 2011

Mami, očetu in sestri, ki so bili moji največji učitelji življenja

in

vsem, ki delite njegovo usodo,

v upanju in borbi za smrt sistemov trpinčenja.

KAZALO VSEBINE

1. TEORETSKI UVOD.....	7
1.1. INSTITUCIONALIZACIJA IN HOSPITALIZACIJA	7
1.2. PRISILNA HOSPITALIZACIJA IN ZAPRTI ODDELKI	11
1.3. POJEM DUŠEVNE BOLEZNI	16
1.4. VLOGA DUŠEVNEGA BOLNIKA	20
1.5. PRISILNO ZDRAVLJENJE IN MIT O NEVARNOSTI LJUDI S PSIHIATRIČNIMI DIAGNOZAMI.....	23
1.6. DUŠEVNO ZDRAVJE V SKUPNOSTI	27
1.7. DOLGOTRAJNA OSKRBA	30
1.8. ŽIVLJENJSKI SVET LJUDI Z DOLGOTRAJNIMI DUŠEVNIMI STISKAMI	36
1.8.1. Namesto hospitalizacije in institucionalizacije.....	36
1.8.2. Stanovanje	38
1.8.3. Delo in denar	39
1.8.4. Vsakdanje življenje.....	41
1.8.5. Nelagodje v interakciji.....	43
1.8.6. Stiki in družabnost	44
1.8.7. Institucionalna kariera	46
1.8.8. Neumeščенost in pripadnost.....	49
2. PROBLEM	52
3. METODOLOGIJA	54
3.1. VRSTA RAZISKAVE, MODEL RAZISKAVE IN SPREMENLJIVKE	54
3.2. MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV	54
3.3. POPULACIJA IN VZORČENJE.....	56
3.4. ZBIRANJE PODATKOV	57
3.5. OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV	58
4. REZULTATI.....	65
4.1. NAMESTO HOSPITALIZACIJE IN INSTITUCIONALIZACIJE	65
4.2. DELO IN DENAR	67
4.3. VSAKDANJE ŽIVLJENJE	68
4.4. NELAGODJE V INTERAKCIJI	68
4.5. STIKI IN DRUŽABNOST.....	68
4.6. INSTITUCIONALNA KARIERA.....	70
4.7. NEUMEŠČENOST IN PRIPADNOST	75
5. RAZPRAVA	77
6. SKLEPI	89
7. PREDLOGI.....	93
8. VIRI.....	98
10. POVZETEK	159

KAZALO TABEL

TABELA 3.1: PRIMER – ŠTEVILO ENOTE KODIRANJA IN PRIPISANI POJMI.....	59
TABELA 3.2: PRIMER KATEGORIZIRANJA POJMOV	60
TABELA 3.3: PRIMER IZBORA RELEVANTNIH POJMOV IN KATEGORIJ	62

PREDGOVOR

Med svojim delom sem v nevladni organizaciji, ki izvaja, posreduje in koordinira različne socialne storitve, še prej pa kot prostovoljka v različnih službah duševnega zdravja v skupnosti, spoznala ogromno ljudi. Nekateri so s storitvami in delom psihiatričnih ustanov zadovoljni, veliko število ljudi pa je nezadovoljnih. Največkrat mi niso znali razložiti, kakšnih sprememb si želijo, vedeli pa so, da nenehno korigiranje terapije – povečevanje, zmanjšanje in zamenjava zdravil ter visenje v bolnišnici, niso pravi odgovori na njihovo stisko. Nekateri od njih so svoje izkušnje v bolnišnicah doživeli kot travmatične, del travme pa je po njihovih besedah povzročilo kršenje njihovih pravic. Sčasoma, ko sem začela poklicno sodelovati z uporabniki socialnih in psihiatričnih služb, sem pod njihovim mandatom sodelovala s psihiatričnimi bolnišnicami, v teh opravljala zagovorniško vlogo, hotela pa sem tudi več kot to – postati del tima, ki skrbi za dobrobit človeka, to pa mi nemalokrat ni uspelo. Seveda se zdravstvene in socialne službe kljub nekaterim podobnostim (npr. medicinski model delovanja) razlikujejo. Poglavitna razlika je v tem, da je zdravstvena služba (bolnišnica ali klinika) namenjena zdravljenju in je čas, ki ga človek tam preživi, precej krajši kot v socialnem zavodu, saj v zavodu človek preživi daljše obdobje svojega življenja. Nekateri ljudje se po hospitalizaciji preselijo v socialni zavod, drugi se med bivanjem v zavodu še vračajo v bolnišnice, redkim pa se uspe iz zavodov preseliti domov, v skupnost, v civilno življenje.

Pri študiju in praktičnem delu sem, tudi zaradi zgodovine in duha Agencije IN, dolžna uporabljati načela duševnega zdravja v skupnosti in normalizacije, krepitev moči, delovati zagovorniško – za človeka. Srečevala sem se tudi z nekaterimi zdravstvenimi ustanovami, ki se seveda v določenih vidikih razlikujejo med seboj, vendar se nisem mogla znebiti občutka, da se nahajam v dveh različnih svetovih, kdaj pa tudi v galaksijah, kar pa se mi ne zdi učinkovito, saj bi vse službe, ki imajo opravka s skupino ljudi, ki je v šibkejšem družbenem položaju, morale imeti skupne temelje. Nekajkrat, ko sem skušala v situaciji, ko je bil uporabnik hospitaliziran, enakovredno sodelovati tako, da bi bila uporabniku v korist (s predstavitvijo analize tveganja, osebnega načrta in načrtovanja dela vnaprej), sem od psihiatrov dobila komentarje, ki so se nanašali na mojo neizkušenost in mladost, čeprav je bila moja argumentacija močno podkovaná s strokovnimi metodami socialnega dela. Slišala sem, da je zakon (o duševnem zdravju) samo papir, človekovo nepriznavanje statusa duševnega

bolnika pa dovolj dober razlog, da ga prisilno hospitalizirajo in zdravijo. Zgodilo se mi je tudi že to, da s socialnimi ustanovami nisem našla skupnega jezika glede določenega posameznika v povezavi z delom in poslanstvom, ki naj bi ga službe opravljale, npr.: socialna delavka iz nevladne organizacije me je poučevala, kako naj uporabnika iz stanovanjske skupine »spravim« v zavod, druga, iz centra za socialno delo, pa me je, ko sem urejala formalnosti, skušala prepričati, da je za uporabnika bolje, da gre nazaj v zavod, čeprav ga je v življenju videla le enkrat. Tovrstne izkušnje bi še lahko naštevala, prav tako druge, ki so bile »vzor« dobre prakse socialnega dela in sem se v sodelovanju z drugimi socialnimi delavkami ter profesoriciami in profesorji s Fakultete za socialno delo veliko naučila. S svojo praktično izkušnjo sem hotela opozoriti na to, da so službe obsedene z institucionalizmom in velikokrat nekritične do sistema, ki to podpira. To me je ustrašilo in užalostilo, saj sem od starejših kolegic in kolegov, ki imajo dolgoletne izkušnje, pričakovala neke vrste mentorstvo, pomoč in podporo pri socialnem delu v skupnosti, kar zaradi pomanjkanja izkušenj in zahtevnega dela potrebujem.

Zahvalila bi se vsem pobudnicam, pobudnikom, udeleženkam in udeležencem gibanja Iz-hod. Načrtovanje socialne akcije, ki je v pravem pomenu besede bila gibanje in 37 dni, ki smo jih preživeli skupaj, je neopisljiva, nepozabna, lepa, čustvena in radikalna življenjska izkušnja, ki smo jo ustvarili skupaj. Upam, da bodo tudi prepočasne spremembe kdaj postale gibljive in radikalne.

Posebna zahvala gre še eni »Iz-hodovki«, moji mentorici Jani Mali, za podporo, nasvete, uporabne predloge, popravke in potrpežljivost ter pomoč, ki ju je v osebni odnosu izkazala ob mojem nenehnem spreminjanju idej in spraševanju.

1. TEORETSKI UVOD

1.1. INSTITUCIONALIZACIJA IN HOSPITALIZACIJA

V Sloveniji osebam z dolgotrajnimi duševnimi stiskami različne ustanove zagotavljajo bivanjsko in psihosocialno, predvsem pa zdravstveno pomoč. Na področju socialnega varstva je razvita institucionalna pomoč, ki jo zagotavljajo posebni socialno varstveni zavodi in domovi. V sistemu zdravstvenega varstva pa ljudem z dolgotrajnimi duševnimi stiskami zagotavljajo pomoč psihiatrične bolnišnice. Nekateri ljudje pridejo po pomoč v bolnišnico sami – prostovoljno, nekateri pa brez svoje privolitve. Za slednje ureja pogoje zadržanja pod posebnim nadzorom Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008).

V Sloveniji primanjkuje skupnostnih služb za ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo in za ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami. Področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji (še) ni sistemsko urejeno. To pomeni, da ljudje prejemajo storitve in prejemke za dolgotrajno oskrbo na način, ki ga urejajo ločeni sistemi socialne varnosti in ločeni sistemi zagotavljanja oskrbe (socialno in zdravstveno varstvo) (Flaker *et. al.* 2011: 244).

Druga značilnost zdajšnje ureditve dolgotrajne oskrbe v Sloveniji je njena izrazita institucionaliziranost. Večina oskrbe je namreč zagotovljena v institucijah, predvsem v domovih za starejše, in ti imajo tudi najdaljšo tradicijo. Poleg njih dolgotrajno oskrbo zagotavljajo še v posebnih socialno varstvenih zavodih in varstveno-delovnih centrih (*op. cit.:* 244–245).

V Sloveniji je bilo na začetku leta 2010 na voljo 19.087 mest v 94 domovih in posebnih zavodih na 112 lokacijah (<http://www.ssz-slo.si>). Od tega v:

- javnih domovih za starejše 13.706 mest v 55 zavodih na 73 lokacijah,
- zasebnih domovih za starejše 3.865 mest pri 34 izvajalcih s koncesijo na 34 lokacijah,
- posebnih zavodih za odrasle 1.516 mest v 5 zavodih na 5 lokacijah.

Če naredimo hitro in preprosto primerjavo glede na število uporabnikov med najbolj razširjeno storitvijo skupnostne službe (pomoč na domu) in najbolj razširjeno storitvijo institucionalnega varstva (dom za stare) dobimo precej neugodno razmerje. Opozarja, da v

domovih za stare živi skoraj trikrat več ljudi, kot pa jih prejema pomoč na domu, torej oskrbo doma (Flaker *et. al.* 2011: 247).

Torej je za ljudi, kot pravijo Flaker in sodelavci (2008: 30), ki doživljajo dolgotrajno stisko, odhod v zavod ali v bolnišnico skorajda neizogibno dejstvo, stvarnost, v kateri živijo, če ni stvarnost, pa zelo stvarna grožnja.

Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008) v drugem členu akutno bolnišnično zdravljenje razlaga kot zdravljenje v bolnišnici zaradi akutne duševne motnje ali akutnega poslabšanja kronične duševne motnje.

V Sloveniji imamo šest psihiatričnih bolnišnic: Psihiatrično bolnišnico Begunje, psihiatrično bolnišnico Idrija, Psihiatrično kliniko Ljubljana, samostojni oddelek za psihiatrijo v sklopu UKC Maribor, Psihiatrično bolnišnico Ormož in Psihiatrično bolnišnico Vojnik.

Dejstvo je, da je v Sloveniji veliko ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki so v psihiatričnih bolnišnicah (po ocenah psihiatričnih bolnišnic naj bi bilo v novembru 2008 teh ljudi 1.516) ali drugih institucijah in bi za preselitev potrebovali ustrezno bivanje (Videmšek 2011: 138).

Hospitalizacija je za uporabnike psihiatrije skupna realna osnova, dogodek, ki definira dominanten okvir skupne izkušnje. Brez hospitalizacije je namreč diagnoza duševne bolezni le hipoteza, domneva, izgovor ali opravičilo. Brez nje hipoteza duševne bolezni nima materialne podlage. Hospitalizacija ima objektivizacijski učinek – ker je človek odsoten in se nahaja v bolnišnici, lahko občinstvo sklepa in sodi, da je bolan. Tako hospitalizacija brez posebnega napora vsili interpretacijski okvir bolezni. Težko je namreč nekomu, ki je v bolnišnici, reči kaj drugega kot to, da je (duševno) zbolel (Flaker *et. al.*: 37).

Hospitalizacija ima status družbenega dejstva. Je dogodek, o katerem so lahko vsi udeleženci soglasni, da se je zgodil, ne glede na razlike v mnenjih, kako je do dogodka prišlo, ali je bil potreben itn. (*op. cit.*: 38). Hkrati je tudi jasna zmotnost take ideologije, saj lahko človek večino pomoči in strokovne obravnave, ki jo prejme v ustanovi (še zlasti, ko gre za dolgotrajno oskrbo), prejme doma. Jasna je tudi škodljivost institucionalizacije, saj je človek, ki je institucionaliziran, prikrajšan za življenje med drugimi in vse dobrine civilnega življenja, vključno s svobodo odločanja, poleg tega pa mora trpeti življenje v instituciji. Zaradi nujne

etikete je simbolično izločen in stigmatiziran in s tem še dodatno in trajno oškodovan. Lahko bi sicer menili, da ustanova streže potrebam skupnosti (npr. po redu in miru). V tem primeru je ustanova za posameznega človeka v bistvu nepotrebna in narobe, posameznikove potrebe so za ustanovo nepotrebne (*op. cit.*: 45–46).

Osnovni obrazec institucionalizacije je namreč enostaven:

- označi posameznega udeleženca kot bolnega (norega, dementnega, nesposobnega, deviantnega ipd.),
- ga premesti iz domače, civilne, vsakdanje situacije v institucijo,
- pri tem pa mora nujno sodelovati strokovnjak, ki ima pooblastilo in moč, da izvede zgornjo operacijo. Pri odhodu v bolnišnico je to zdravnik, pri odhodu v socialno varstveni zavod pa socialni delavec. Strokovno odločitev o namestitvi proti volji uporabnika pa zaradi varovanja pravic presodi sodišče (*op. cit.*: 44–45).

Zaradi teme naloge in izkušnje osebe, ki mi služi kot študija primera, se bom v nadaljevanju bolj kot na socialne zavode usmerila na psihiatrične bolnišnice.

Vsaka institucija, ne glede na svojo ideologijo, mora imeti osnovno dejavnost, vizijo, cilje in metode dela. Primer predstavitve dejavnosti, vizije in metodološkega pristopa psihiatrične klinike (PK) (<http://www.psih-klinika.si/>):

- dejavnosti: PK opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni ter izobraževalno in raziskovalno dejavnost na področju zdravstva kot temeljne dejavnosti. PK zagotavlja tudi preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin v okviru službe za prevencijo samomora ter zdravstveno vzgojo in svetovanje v okviru službe "Telefonski klic v duševni stiski" na primarni ravni po pridobitvi soglasja Ministrstva za zdravje in po predhodnem mnenju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. PK opravlja tudi druge dejavnosti, ki so potrebne za izvajanje temeljne dejavnosti, kot dejavnosti skupnega pomena. Vizija temelji na presoji in ocenah obstoječih zakonskih podlag, pričakovanih oziroma napovedanih zakonskih spremembah v zdravstvu in javnih zavodih, usmeritvi in razvojnih dosežkih v psihiatriji ter poslovanju zdravstvenih ustanov v nekaterih razvitih državah članicah EU ter naložbenih možnosti PK Ljubljana v obdobju petih let. Razvojne usmeritve

temeljijo na kreativni presoji dosedanjih trendov v sekundarnih in terciarnih psihiatričnih storitvah, na podlagi prihodnjega oziroma pričakovanega poslanstva medicinske in še posebej psihiatrične stroke, dosedanjih razvojnih ciljev ter družbene vloge psihiatrije v slovenskem in evropskem prostoru.

- metodološki pristop k viziji razvoja PK Ljubljana je zato »brain storming« in »norming« razvojnih možnosti in sinoptičnih ciljev PK Ljubljana, kar pa temelji tako na obstoječih podatkih in informacijah kot na preverjenih in domnevnih predpostavkah o spremembah pomembnih dejavnikov okolja za PK Ljubljana (dejavniki so medicinskostrokovni, pravni, statusni in družbeni).
- cilj vizije razvoja je opredeliti doseženi položaj PK Ljubljana na medicinskostrokovnem ter poslovnem področju do konca leta 2010. To pomeni doseči kvalitativni in kvantitativni premik v razvoju sekundarne in terciarne medicinske dejavnosti PK Ljubljana ob izvedbi določenih naložb ter ob določenih spremembah pri načrtovanju, organizaciji, informiranju, nadzoru ter vodenju PK Ljubljana. Namen vizije razvoja je opredelitev osrednjih ciljev ter razvojnih in naložbenih usmeritev, kar bo osnovalo določanje strateških ciljev in posameznih strategij ter vmesnih časovnih strateških ciljev tako v razvoju psihiatrične stroke kot poslovanja PK Ljubljana.

Iz pregleda spletne strani (zapisala sem le delček, ki me je zanimal, saj lahko bralka in bralec sama pregledata stran) nisem zasledila konkretnih metod in načinov dela (z ljudmi) ter razlag za njih. Na strani so napisane koristne informacije, kot so telefonske številke, čakalne dobe, lokacije oddelkov ipd. in osnovni podatki (status zavoda, naslov). Dejavnosti ter poslanstvo in vizija so se mi zdeli pojmi za pridobitev informacij o delu z ljudmi, timske delu in viziji organizacije, ki se tiče njenih uporabnikov, a predstavljajo bolj splošne usmeritve in klavzule. V eni izmed podtočk glede razvoja sem našla del, ki zadeva človekove pravice:

»Sestavni del kakovostnega zdravljenja je tudi upoštevanje in varovanje pravic pacientov (in vseh zaposlenih). Pri tem ne gre le za tiste pravice, ki jih varuje zakonodaja, marveč za splošno znane pravice, ki zadevajo moralno in etično držo zaposlenih. V PKL se človekove pravice pacientov spoštujejo. Tudi sporni postopek sprejema in zdravljenja psihiatričnega pacienta brez njegove privolitve poteka v skladu s predpisi in zadnjo odredbo Ustavnega sodišča« (*ibid.*).

1.2. PRISILNA HOSPITALIZACIJA IN ZAPRTI ODDELKI

Prisilna hospitalizacija je gotovo ena izmed najbolj perečih tem med uporabnicami in uporabniki storitev služb duševnega zdravja ter strokovnjaki s socialnih, zdravstveno-medicinskih, pedagoških, socioloških in pravnih področij. Kako se ukrep izvaja v praksi, kako se človek pri tem počuti in kaj s seboj prinaša, pa zagotovo najbolje vedo ljudje, nad katerimi se ukrep izvaja. Ukrep ni enoznačna in po enakem postopku uvedena praksa. Nekatere ljudi proti njihovi volji in v spremstvu policije tja pripeljejo. Drugi gredo na pogovor sami, nakar strokovnjak oz. strokovnjakinja določi, da je zdravljenje nujno, tudi če se oseba s tem ne strinja. Spet drugi v bolnišnico pridejo prostovoljno in bi nato po določenem času radi odšli, a zdravnik meni, da za odhod še ni pravi čas, zato človeka zadržijo proti njegovi volji. Zdravljenje brez privolitve osebe se dogaja na oddelku pod posebnim nadzorom (zaprti oddelek), včasih tudi na odprtem oddelku, a se osebo potem, ko hoče oditi, premesti nazaj na zaprti oddelek. Sprejem v bolnišnico poteka na sprejemnih oddelkih, ki so pod posebnim nadzorom.

Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008) določa postopke sprejema na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom:

a) s privolitvijo (36. člen zakona):

Oseba je sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom z napotnico ali brez nje, če sprejemni zdravnik ugotovi, da so izpolnjeni vsi pogoji iz prvega odstavka 39. člena zakona ter oseba v sprejem in načrt zdravljenja pisno privoli.

V drugi alineji zakon navaja, da mora privolitev biti izraz svobodne volje osebe, ki temelji na razumevanju položaja in je izoblikovana na podlagi primernega pojasnila o:

- zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni,
- cilju, vrsti in načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega zdravljenja,
- možnih tveganjih, neželenih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve,
- morebitnih drugih možnosti zdravljenja.

Zakon v tretji alineji navaja, da sprejemni zdravnik da pojasnilo osebi v neposrednem stiku, obzirno, na njej razumljiv način, v celoti in pravočasno.

b) brez privolitve (39. člen zakona):

Zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

- če ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,
- če je ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in
- če navedenih vzrokov in ogrožanja ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo).

Sprejem na zdravljenje brez privolitve iz prejšnjega odstavka se opravi:

- a) na podlagi sklepa sodišča, ki se izda po predlogu za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom, ali
- b) v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča, če so izpolnjeni pogoji iz 53. člena tega zakona.

Torej bolnišnica lahko, v nujnih primerih in pod določenimi pogoji, osebo zadrži tudi brez sklepa sodišča, pred izdajo le-tega in v nadaljevanju navajam te pogoje in posebne primere.

Po Zakonu o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008) je oseba lahko sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve in pred izdajo sklepa sodišča, če so podani pogoji iz prvega odstavka 39. člena tega zakona, kadar je zaradi narave duševne motnje osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja oziroma preprečijo stiki z okolico, še preden se izpelje postopek za sprejem brez privolitve iz 40. do 52. člena tega zakona. 40. člen v prvi točki navaja, da se postopek za sprejem osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča začne na predlog izvajalca psihiatričnega zdravljenja, centra za socialno delo, koordinatorja nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državnega tožilstva. 52. člen pa pravi, da na podlagi sklepa o sprejemu iz prvega in drugega odstavka 48. člena tega zakona psihiatrična bolnišnica oziroma socialno varstveni zavod v treh dneh od vročitve sklepa pozove osebo, da se določenega dne, najkasneje v sedmih dneh po pozivu, zgledi v psihiatrični bolnišnici oziroma socialno varstvenemu zavodu. Izvod poziva pošlje tudi sodišču, ki je izdalo sklep, in odvetniku osebe. V drugi točki navaja, da če oseba določenega dne ne pride v psihiatrično bolnišnico oziroma socialno varstveni zavod in svojega izostanka

ne opraviči, direktor psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda o tem obvesti sodišče, ki je izdalo sklep, izbranega osebnega zdravnika in odvetnika osebe ter odredi prevoz osebe z reševalnim vozilom. Direktor psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda lahko pri izvedbi nujnega prevoza zahteva pomoč policije.

Oseba, ki je nasilno pripeljana v bolnišnico, se znajde v prejudiciranem položaju. Po vseh stroških, ki jih je imela bolnišnica z reševalnim vozilom, si težko privoščijo, da bi večje število »osumljencev« spoznala za nedolžne, čeprav od časa do časa katerega le oprosti. Tak postopek je nedopusten. Treba bi bilo uzakoniti prakso, da prizadetega najprej na domu obišče strokovnjak. Izkušnje iz tujine kažejo, da posredovanje tretje osebe pogosto pomaga uskladiti konfliktno težnjo v družini, zlasti če ponudimo družini tudi pomoč pri skrbi za človeka v krizi. Zdravniški pregled, ki sledi privedbi v bolnišnico, poteka v okoliščinah, ki so za pripeljano osebo skrajno oteževalne. Po eni strani je pravkar doživela najhujši napad na osebno integriteto, ugrabitev z lastnega doma. Še huje je, da pri tem pogosto sodelujejo svojci, pogosto za njenim hrbtom ali pa celo kljub danim obljubam, kar prizadeti doživlja kot izdajstvo (Lamovec 1999: 42–43).

Lamovec (*ibid.*) nadaljuje, da je po zakonu bolnišnica dolžna v treh dneh javiti sodišču vsako prisilno hospitalizacijo. Glede tega moramo priznati, da so dosledni. Poleg prisilno hospitaliziranih namreč prijavijo tudi vse tiste, ki so prišli prostovoljno, a so jih po čudni bolnišnični logiki stlačili na že tako prenapolnjen zaprti oddelek. Človek bi mislil, da tisti, ki prostovoljno pride, lahko prostovoljno odide, a kaj, ko v psihiatriji logika ne šteje kaj dosti.

V številnih evropskih državah so uvedli posebno službo – pri nas jo imenujemo zagovorništvo, ki ugotavlja, da imajo njeni predstavniki v vsakem času dostop do vseh oddelkov bolnišnice in tudi do vseh arhivov (*ibid.*).

Prve oblike zagovorništva na področju duševnega zdravja so se pojavile že pred 200 leti, skoraj takoj po nastanku psihiatričnih azilov in ne dolgo po deklaraciji človekovih pravic (Flaker *et al.* 2009: 10). Eden prvih zagovornikov je bil sir John Perceval, ki je bil tudi sam zaprt v norišnici in je kasneje ustanovil Društvo prijateljev dozdevnih lunatikov (*ibid.*).

Avtorji (*op. cit.*: 11) razlagajo, da se zagovorništvo kot gibanje napaja iz dediščine antipsihiatričnih gibanj v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, hkrati pa tudi iz reartikulacije

problema človekovih pravic v osemdesetih. Gibanjem je bila skupna zagovorniška drža do ljudi, ki so jim kršene temeljne človekove pravice in svoboščine in so v mnogočem predhodnice današnjih služb duševnega zdravja v skupnosti oz. demokratizacije psihiatrije.

Zagovorniška vloga temelji na tradiciji borbe za družbeno emancipacijo obrobni družbenih skupin (delavcev, žensk, etničnih in rasnih manjšin ...) (*op. cit.*: 9). Namenjena je zastopanju interesov ljudi, je odvetniška in zastopniška vloga, namenjena zagotavljanju polnopravnosti in nadomeščanja primanjkljajev tistih posameznikov, katerih moč je šibka, prezrta in neenakovredno zastopana v primerjavi z polnopravnimi člani družbe. Po drugi strani pa je tudi in predvsem strokovna drža, ki upošteva perspektivo možnosti in si prizadeva za krepitev družbenega položaja posameznika (*ibid.*).

Zagovorništvo kot storitev se pojavlja pogosto v smislu odgovorov na potrebe gotovosti uporabnikov (negotovo življenje uporabnikov, pa tudi zavarovanje gotovosti svojcev), potrebo biti nekje (stanovanje) in pa odgovor na potrebe, ki izhajajo iz institucionalne kariere (bivanje v ustanovah, varnost pri institucionalizaciji, stik z drugimi službami), manj pri delu in osamosvajanju (Čačinovič Vogrinčič *et. al.* 2008: 233).

Tanja Lamovec (1999: 49) je v svojem delu veliko razpravljala o prisilni hospitalizaciji. To družbeno dejstvo je postavila v okvir demokracije – od duševnega bolnika do državljana. V demokratični družbi je vsakemu državljanu zagotovljena pravica do osebne nedotakljivosti, dokler ne prekrši zakona. Pravi (*ibid.*), da pa imamo tudi skupino ljudi, za katere ta pravica ne velja. To so osebe s psihiatrično diagnozo.

Avtorica razlaga (*ibid.*), da ima psihiatrična diagnoza veliko moč, po svojem statusu pa je sodba, mnenje, ki ga da oseba, ki je opravila specializacijo na psihiatriji. Za dajanje te sodbe niso predpisani nikakršni medicinski postopki, laboratorijske preiskave itn., kot smo vajeni v medicini, zato take sodbe ni upravičeno imenovati diagnoza v pravem pomenu besede. Tuje raziskave kažejo, da je to, kakšno »diagnozo« bo oseba dobila, bolj odvisno od okoliščin (socialno-ekonomskega statusa, usmerjenosti zdravnika, države, v kateri se oseba nahaja itn.) kot pa od samega obnašanja. Skladnost diagnoz, ki jih dajejo neodvisni ocenjevalci – psihiatri, ni posebno velika.

V pravnem smislu velja za osebo s psihiatrično diagnozo drugačna zakonodaja. To praktično pomeni, da je povsem brezpravna. Kadar koli se bo kateremu od svojcev zahotelo, da bi se osebe za nekaj časa znebil, lahko pokliče psihiatrijo in ta mu bo po navadi rada ustregla. Že res, da je potrebna napotnica, a te stvari je mogoče ponavadi urediti pozneje (*op. cit.:* 49–50).

Szasz (1970: 114, v Lamovec 2006: 23) pravi, da v svobodnih družbah temelji razmerje med zdravnikom in pacientom na zakonski osnovi, po kateri je vsak posameznik lastnik svojega telesa in svoje osebnosti. Ima vso svobodo, da odkloni obravnavo. Prisilna hospitalizacija ni v skladu s tem moralnim načelom.

Tanja Lamovec (*op. cit.:* 27) je opisala svoje občutenje tik pred začetkom prostovoljne hospitalizacije. Vidimo, da je hospitalizacija brez direktne prisile lahko proti volji človeka: »Nikomur nisem bila nevarna, le nekoliko slabše volje sem bila. Vedela sem pa tudi, da se to ne sme stopnjevati. Nihče ne bi mogel reči, da sem psihotična. Celó ona tega ni trdila. Nikogar na svetu nimam, ki bi se zavzel zame. Nikogar, ki bi mi verjel, da se mi godi krivica. Moji "najbližji so me izdali". Če ne bi bilo tistega telefonskega pogovora, bi me mogoče še spustila. Potem sem podpisala, da sem prišla prostovoljno. Gnusila sem se sama sebi, a preveč sem se jih bala. Bala sem se njihovega mučenja s prevelikimi dozami zdravil, ki jih včasih uporabljajo kot kazen.«

1.3. POJEM DUŠEVNE BOLEZNI

Definicij duševne bolezni je veliko. Prikazala bom različne razlage, in sicer definicijo duševne motnje v Zakonu o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008), definicijo dr. Tanje Lamovec, znanstvenice z dvojno perspektivo – uporabnice in strokovnjakinje na področju duševnega zdravja, definicije s spletnih strani in na koncu kritične poglede tujih avtorjev.

Duševna motnja je oznaka za bolezni, ki so jim skupne različne kombinacije bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja, motenega obnašanja (vedenja), in prizadetosti spoznavanja ter spomina. Zaradi teh simptomov je bolnik prizadet, njegovo funkcioniranje je slabše, manj učinkovito rešuje vsakdanje probleme. Bolj verjetno je, da bo zaradi te motnje pri bolniku prišlo do posledic, kot so: telesne posledice ali poškodbe, izguba svobode (npr. hospitalizacija brez soglasja), smrt (npr. zaradi samomora) ali splošno zmanjšanje sposobnosti in učinkovitosti. Duševne motnje so manifestacije bolezensko spremenjenih vedenjskih, psiholoških ali bioloških funkcij posameznika. Duševne motnje diagnosticira zdravnik – psihiater po dveh uveljavljenih klasifikacijskih sistemih. V Evropi je to Mednarodna klasifikacija bolezni (skrajšano ICD-10), v ZDA pa Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM-IV). Drugi izrazi za duševne motnje so: duševne bolezni, psihiatrične motnje, mentalne motnje itd. Izraz »norost« se ne uporablja v psihiatriji, temveč pogovorno in ga povezujejo s predsodki in neznanjem. Med duševne motnje ne uvrščamo deviantnega vedenja, kjer gre v bistvu za konflikt med posameznikom in družbo. Motnja torej po mojem mnenju ni nekaj blažjega od bolezni, nekaj, kar bo minilo, tudi če je ne zdravimo. Motnja in bolezen imata v mojih razlagah (pa tudi v večini psihiatričnih učbenikov) isti pomen (<http://www.psihiater-leser.com/>).

Duševna motnja ali duševna bolezen je bolezen psihične narave, posebej nevroze in psihoze. Z zdravljenjem teh bolezni se ukvarjata psihologija in psihiatrija (<http://sl.wikipedia.org>).

Duševna bolezen je motnja, ki vpliva na čustva in vedenje. Le malo duševnih bolezni lahko preprečimo, skoraj vse pa lahko uspešno obvladamo in zdravimo. V svojem življenjskem obdobju duševno zbolijo ali pridobijo vedenjske motnje 25 % vseh ljudi. Vzroki za duševno bolezen so zapleteni in pogojeni z dednostjo (geni), stresnimi življenjskimi situacijami, težkimi razmerami v družini, fizično boleznijo ipd. Ljudje z duševnimi težavami pogosto ne

zmorejo obvladovati pritiskov vsakdanjega življenja, izgubijo službo, razne podpore, starševske pravice in tudi osnovne življenjske pravice (<http://www.zveza-sozitie.si>).

Duševna motnja je po Zakonu o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008) začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Ne prilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo.

Iz zgoraj navedenih definicij duševne motnje vidimo, da se razlage po eni strani nanašajo na spremenjene motnje vedenja, čustvovanja, mišljenja in zaznavanja. Po drugi strani pa ena od definicij razlaga, da ti simptomi povzročajo manj učinkovito reševanje vsakdanjih problemov in kot bolj verjetne posledice navede telesne posledice ali poškodbe, izguba svobode (npr. hospitalizacija brez soglasja), smrt (npr. zaradi samomora) ali splošno zmanjšanje sposobnosti in učinkovitosti. Ob hospitalizaciji je izguba svobode in s tem temeljne človekove pravice zagotovo med najpomembnejšimi, vprašljiva pa je povezava med samomorom in smrtjo ter duševno motnjo. V definicijah so vzroki motnje povezani z različnimi dejavniki: z dednostjo (geni), stresnimi življenjskimi situacijami, težkimi razmerami v družini, fizično boleznijo ipd. Ljudje z duševnimi težavami pogosto ne zmorejo obvladovati pritiskov vsakdanjega življenja, izgubijo službo, razne podpore, starševske pravice in tudi osnovne življenjske pravice. Ta poudarek se mi zdi pomemben, saj upravičeno pokaže kompleksnost tako imenovanih motenj, pomembni vzroki so zagotovo tudi socialne narave – pritiski vsakodnevnega življenja, zaposlitev, izguba pravic in težke družinske situacije. Iz vzrokov lahko sklepamo tudi to, da morajo biti tudi odgovori na stiske na več ravneh, ne zgolj na medicinski, saj ljudje poleg zdravniške pomoči potrebujejo tudi podporo pri razreševanju težkih družinskih situacij, ustrezen dohodek, pomoč pri organizaciji življenja. Torej morajo biti tudi vse službe, ki delujejo na področju duševnega zdravja, občutljive in dovzetne za socialne okoliščine posameznika.

Lamovec (2006: 16–18) pravi, da je pojem »duševne bolezni« nenavadno raztegljiv in spremenljiv. Nekoč je bila tudi masturbacija »duševna bolezen«. Še nedavno je bila to tudi homoseksualnost. Na srečanju ameriškega ortopsihiatričnega društva leta 1975 so razglasili rasizem za »edino nalezljivo duševno bolezen«. Kmalu bo edini pogoj za »duševno bolezen«, da si živ, kajti truplo je ne more imeti. Svoje razumevanje nam pojasni z definicijo: »Duševna bolezen sta dve besedi.«

Uporabnice in uporabniki psihiatričnih služb so v svojem glasilu razložili, kaj pomeniti biti duševni bolnik (*op. cit.*: 103):

- duševni bolnik pomeni biti stigmatiziran, patroniziran, psihiatriziran;
- biti duševni bolnik pomeni, da tvoje življenje nadzorujejo vsi, razen tebe;
- neprestano te opazujejo – tvoj psihiater, prijatelji, družina – nato pa dobiš diagnozo, da si paranoiden;
- biti duševni bolnik pomeni, da živiš s stalno grožnjo, da te zaprejo, kadar koli, zaradi skoraj katerega koli razloga;
- biti duševni bolnik pomeni jemati zdravila, ki te poneumljajo, mrtvičijo tvoje čute, povzročajo, da se opotekaš in delaš grimase, nato pa jemati še več zdravil, da zmanjšaš stranske učinke;
- biti duševni bolnik pomeni, da si nepomemben;
- biti duševni bolnik pomeni nositi oznako, ki se je nikoli ne znebiš, ki malo pove o tem, kaj si, in še manj, kdo si;
- biti duševni bolnik pomeni delati se veselega, kadar si žalosten, in mirnega, kadar si besen;
- in tako postaneš nič [*no thing*] v ne-svetu [*no-world*] in te ni.

Definicija lastnih izkušenj uporabnic in uporabnikov pa nam razlaga, kaj pomeni biti duševni bolnik – iz lastne izkušnje. To pomeni stigmatizacijo, izgubo nadzora nad lastnim življenjem, biti v nenehnem strahu pred izgubo svobode, pretirano medikamentalizacijo, dobiti oznako, ki prikrije identiteto človeka in pogosto prikrivanje pristnega doživljanja in čustvovanja.

Psihiater bo človeški stiski nadel znanstveno zvoneče ime, »diagnozo«, ki nima ničesar skupnega z diagnozami, kakršne poznamo v medicini, temveč je sodba, prepričanje, vera. Pri »nalepkah« pa se vsa »znanstvenost« psihiatrije tudi konča. Psihiater ničesar ne ve o naravi fenomena, ki mu je podelil status »bolezni«. Tega statusa ne more dokazati, zato toliko bolj vneto širi svojo religijo. Za cilj si je postavil, da bo to, kar je razglasil za »bolezen«, tudi ozdravil. Tega mu ne gre zameriti, saj je vendar zdravnik. Zamerimo pa mu lahko, da je čisto slep za človeka, ki stoji pred njim (*op. cit.*: 17).

Gallagher (1995: 40–42, v Flaker *et al.* 2008: 317) našteje številne raziskave, ki opozarjajo na nezanesljivost diagnoz. Na postavljanje diagnoz zelo vplivajo predsodki glede rase, spola,

celo debelosti. Psihiatrične diagnoze so odvisne od usmeritve psihiatra, med različnimi deželami so lahko razlike med številom diagnoz zelo velike (bistveno več diagnoz shizofrenije v primerjavi z manično depresijo postavijo v ZDA kot v Veliki Britaniji). Veliko je odvisno, kakšne informacije imajo o uporabnikih. Rosenhan (1991, v *ibid.*) je s svojim znanim eksperimentom pokazal, da psihiatri zlahka diagnosticirajo povsem normalne ljudi.

Psihiatri v sloviti bolnišnici Maudsley so v diskusiji na to temo, ali obstaja shizofrenija, prišli do sklepa, da je nalepka shizofrenije nerealen in škodljiv konstrukt, ki je poleg tega neuporaben za snovanje obravnave in ne pove nič o tem, kaj človek potrebuje od služb, ki naj bi mu pomagale (Van Os *et al.* 2003, v Flaker *et al.* 2008: 318).

1.4. VLOGA DUŠEVNEGA BOLNIKA

Za Parsonsa (1951, v Flaker 1995: 205) je vloga bolnika sredstvo za nevtralizacijo deviantnosti posameznika, ko ne more opravljati dolžnosti, ki mu jih narekujejo njegove siceršnje vloge. Je družbeno strukturirana in institucionalizirana. V naši družbi ima štiri značilnosti. Prvič – bolna oseba je oproščena določenih normalnih dolžnosti. To odpira možnosti sekundarnih pridobitev, zato mora biti družbeno potrjena. Drugič – bolna oseba je oproščena odgovornosti za svoje stanje, zanj ni kriva in ga ne more popraviti zgolj s svojo voljo. Zato pa je delno prikrajšana za polno legitimnost. Tretjič – status bolnika je nezaželen in od osebe, ki ima vlogo bolnika, pričakujemo, da se bo »spravila iz nje« brž, ko bo mogoče. Četrtrič – biti bolan pomeni biti »potreben pomoči«. To pomoč bolnemu nudi zdravnik. Po Parsonsdu duševni bolnik v moderni dobi z vlogo bolnika ni pridobil samo pri bolj blagi, v pomoč usmerjeni obravnavi; razlika med njim in norcem ali blaznežem se kaže predvsem v pojmovanju odgovornosti, ki jo bolnik v svoji vlogi obdrži.

Flaker (*op. cit.*: 206) v nadaljevanju ne vidi vloge duševnega bolnika kot prehodne, kot je na primer pri somatski bolezni. Za duševnega bolnika je emocionalna cena, ki jo mora plačati, visoka, vloge se težko znebi in v procesu zdravljenja (predvsem v psihoterapiji) nihče ne pričakuje, da se bo zdravljenje vrnilo na izhodiščni položaj, pač pa vsi predvidevajo in celo zahtevajo večje identitetne spremembe. To pa je hkrati dvorezen meč »uspešne terapije«, saj socialna in osebna identiteta, ki si jo pacient duševne bolnišnice oblikuje v bolnišnici, temelji ravno na vlogi pacienta.

Ko govorimo o vlogi duševnega bolnika (Flaker *et al.* 2007) imamo v mislih tudi etiketo, stigmo in kariero duševnega bolnika, kar je neposreden produkt institucionalizma in njegov izraz, sploh če hospitalizaciji v bolnici sledi še bivanje v zavodih tipa Hrastovec. Vse to povzroča revščino, izoliranost, negativna pričakovanja ostalih, vlogo grešnega kozla, vidnost in občutek neprestanega opazovanja in nadzora ter pomanjkanje spodbud in aspiracij. Vloga duševnega bolnika je bolj trdoživa od institucij, kar dokazujejo postopki dezinstitutionalizacije in vračanja ljudi s težavami v duševnem zdravju ipd. nazaj v skupnost, medtem ko se jih stigma, ki jo prinaša dejstvo, da so npr. živeli v zavodu ali že samo bivali nek čas v bolnišnici, še kar drži.

Vloga bolnika je sestavljena iz številnih protislovij (Erikson, 1957, v Flaker *et al.* 2007), ki težko dokaže svojo bolezen (ni vidnih znakov, zato jih mora poudariti), težko zapusti vlogo in se vrne v svojo staro vlogo (ljudje smatrajo, da je duševna bolezen »neozdravljiva«), nova vloga se gradi na mestu, ki ga zaseda v bolnišnici (socializira se v vlogo stanovalca bolnišnice, nekoga, ki je nemočen in potreben nadzora). Tudi terapevt ima težave, njegovo poimenovanje vloge in svojega početja se bistveno razlikuje od pojmovanja duševne bolezni v splošni javnosti (trajanje, vzroki, itn.), hkrati, občinstvo ne more razlikovati med normalnimi in boleznimi in zato tudi on mora sodelovati v dramatizaciji razlik (npr. uniforme, pižame).

Iz zgornjih, sociološko usmerjenih razlag vidimo, da je vloga somatskega bolnika drugačna od vloge duševnega bolnika. Pri somatski diagnozi je človek nekako ločen od svoje bolezni, ljudje večinoma bolezen prebolijo. Vloga duševnega bolnika pa traja, človek več ne bo viden tako, kot je bil prej. Tanja Lamovec (1999: 37) je v tem kontekstu zveneče poimenovala podnaslov poglavja »Človek kot privesek svoje diagnoze«.

Lamovec (2006: 22–23) razlaga, da psihiatrija, kot jo poznamo danes, ne koristi uporabnikom, temveč potrebam družbe. Duševna bolezen ima družbeno funkcijo, opravlja družbeno koristno vlogo. Po eni strani ljudje potrebujejo odgovor, kako naj živijo. Ker ni na voljo pozitivnih odgovorov, se morajo zadovoljiti z negativnimi. Duševne bolnišnice so namenjene tistim zunaj, pojem duševne bolezni pa deluje kot pretveza – odvrta pozornost od nasprotujočih si človeški potreb, stremljenj, vrednost in interesov ter ponuja neosebno razlago, bolezen. Po drugi strani pojem »duševne bolezni« rabi zlasti ohranjanju družbenega nadzora.

Potem ko so začeli uvajati skupnostne oblike, so pričakovali, da bodo vloge duševnih bolnikov izginile. Pa niso. Razloge za vztrajanje v vlogi duševnega bolnika v skupnosti lahko najdemo (Estroff: 1985, v Flaker 2007 *et. al.*) v tem, da:

- *Azil*, zaprte ustanove še vedno realno obstajajo – kljub temu da ustanove zapirajo, v sosednji pokrajini še vedno obstajajo in s svojim obstojem grozijo uporabnikom, tako določajo njihovo vedenje in tudi omogočajo ponovno zapiranje (če je treba) in dejansko udejanjanje ekstreme vloge.
- Službe v skupnosti so še vedno »svet zase« – *geto*. Uporabniki se družijo predvsem z uporabniki in osebjem.

- *Zdravila* – sama po sebi (ker jih je potrebno jemati) vzpostavijo vlogo in človeku govorijo o tem, da sodi v vlogo, poleg tega spremenijo vedenje, ki ga loči od ljudi, ki zdravil ne jemljejo. Stranski učinki povzročajo vsakdanje prekrške (človek se prestopa na mestu, težko zdrži v enem prostoru, ima suha usta ali pa se mu cedi slina itn.).

- *Socialne dajatve* – da bi dobil socialno pomoč, mora uporabnik ostati v vlogi, pri nekaterih dajatvah (invalidska pokojnina) je to odločujočega pomena.

- *Prepad med uporabniki in osebjem* vztraja tudi izven ustanove.

Koncept vloge duševnega bolnika pa dopolnjuje kariera duševnega bolnika, koncept, ki izhaja iz proučevanja etiketiranja (Becker 1953, 1963, v Flaker 1995: 211) in nam govori o poti (lat. *carrus* – voz, se pravi, kariera so kolesnice), ki jo nekdo v svojem življenju opravi. Goffman (1961b: 118, v *ibid.*) pravi, da je ena od vrednosti pojma kariere v njegovi dvostranskosti. Po eni strani je kot podoba o sebi in občutena identiteta povezana z notranjimi zadevami, po drugi strani pa govori o uradnem položaju, pravih odnosih, življenjskem stilu in je del javno dostopnega institucionalnega kompleksa.

Glavne poteze kariere duševnega bolnika so neprostopoljnost, odtujevalna koalicija, ki ga spravi v bolnišnico, in občutek prevaranosti ali, bolje rečeno, izdajstva v predpacientni fazi, umik, privajanje in privzemanje pojmovanja o sebi, ki ga nudi bolnišnica preko oddelkov, konstruiranja identitete bolnika (kot predvsem zunanje zgodbe o njem), ki ga moralno zavezuje in jo tako v smislu *Catcha 22* samo še naprej potrjuje (Flaker 1995: 212).

Duševne bolnišnice so ekstremni zgled, kako organizacija okolja vpliva na identitetni izraz posameznika. Take niso zaradi izredno degradirane življenjske ravni, ampak zaradi vztrajne neposrednosti in brutalnosti, s katerima pacientu neprestano govorijo, kdo je. Bivanje na nekem oddelku je nameravan del njegove obravnave, del njegovih potreb v določenem času in torej izraz njegovega stanja. Pripadanje nekemu oddelku ni predstavljeno kot nagrada ali kazen, temveč kot izraz njegovega splošnega funkcioniranja, njegovega osebnega statusa. Bolnica je ogledalo stanja pacienta (*op. cit.*: 216).

Flaker (*op. cit.*: 216–217) v nadaljevanju pravi, da ta točka njegove kariere daje človeku perspektivo, da skonstruira zgodbo, v kateri pokaže, da ni kriv, predstavi žalostno zgodbo, da je življenje prej potekalo po pravih tirih in da je krivično, da ga bolnišnica sili v status duševnega bolnika.

1.5. PRISILNO ZDRAVLJENJE IN MIT O NEVARNOSTI LJUDI S PSIHIATRIČNIMI DIAGNOZAMI

V poglavju o prisilni hospitalizaciji sem razložila postopek zdravljenja brez soglasja. Zdravljenje brez privolitve se izvaja v oddelkih pod posebnim nadzorom – zaprtih oddelkih. Človeku je torej brez njegovega soglasja odvzeta svoboda in se mora prisilno zdraviti – uživati medikamentozno terapijo. Odvzem svobode in prisilno zdravljenje pa sta zakonsko dovoljena v primerih, če oseba ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, če je ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in če navedenih vzrokov in ogrožanja ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo).

Raziskava Nacionalnega inštituta za pravičnost iz Washingtona je leta 1996 (<https://www.ncjrs.gov/pdffiles/mentilln.pdf>) na vprašanje povezave med duševnimi motnjami in nasilnim vedenjem odgovorila, da bistvenih povezav med temi ni, so pa statistično pomembne razlike pri nasilju ljudi, ki zlorablajo substance. V povzetku predstavitve profesorja Johna Monahana iz pravne fakultete je zapisano, da je skozi zgodovino večina družb imela močno prepričanje, da so duševne motnje povezane z nasiljem. Takšne predstave so imele posledice za javno politiko, kot je neprostovoljna hospitalizacija posameznikov z duševnimi motnjami. Temeljna problema lahko definiramo v dveh vprašanjih: ali obstaja pomembna – bistvena povezava med duševno motnjo in nasiljem in če obstaja, ali lahko razlikujemo tiste, ki bodo nasilni, od tistih, ki ne bodo. Pred nekaj leti je raziskava povezave med duševnimi motnjami in nasilnim vedenjem potekala samo na institucionalizirani populaciji. Nedavna raziskava, ki se je ozirala tudi na splošno populacijo, je našla statistično pomembne povezave med duševnimi motnjami in nasiljem, vendar je na splošno gledano povezava skromna, minimalna. Druga študija je pokazala, da je tri odstotke variance v nasilnem vedenju v Združenih državah mogoče pripisati duševnim motnjam, druge študije so pa pokazale, da so ljudje z duševnimi motnjami bolj verjetno žrtve kot storilci nasilnih dejanj. Najbolj značilna povezava duševnih motenj in nasilnega vedenja ne temelji na diagnozah duševnih bolezni, ampak na trenutnih psihotičnih simptomih. Raziskave, ki beležijo statične napovedi glede posameznikove nevarnosti do drugih ljudi, niso realne. Ena

glavnih študij je pokazala povezavo med simptomi sovražnosti in blodenj s kombinacijo zlorabe različnih substanc. Po drugi strani so se demografski dejavniki, kot so leta in spol, pokazali pomembnejši za napovedovanje nasilja med splošno populacijo kot duševne motnje. Rezultati študije Univerze v Teksasu, ki je vključevala 10.000 intervjujev, so pokazali, da so ljudje s prevladujočimi duševnimi motnjami, kot je na primer shizofrenija, imeli statistično pomembno višjo stopnjo nasilja – največja povezava pa je bila z zlorabo substanc.

Glede stanja omamljenosti s substancami in oseb s težavami v duševnem zdravju je razlika tudi v kaznovanju. Kazenski zakonik (Ur. l. RS, št. 55/2008) v 29. členu navaja, da kdor ob storitvi kaznivega dejanja ni bil prišteven, ni kriv. Neprišteven storilec je tisti, ki ob storitvi kaznivega dejanja ni mogel razumeti pomena svojega dejanja, ali ni mogel imeti v oblasti svojega ravnanja zaradi duševne motnje ali duševne manjrazvitosti. Kriv pa je storilec kaznivega dejanja, ki si je z uporabo alkohola, drog ali kako drugače sam povzročil neprištevnost, če je bila pred tem za kaznivo dejanje ugotovljena njegova krivda, ki jo zakon določa za to dejanje.

Tipična prekinitev gotovosti vsakdanjega življenja je nasilje. Nasilje ruši gotovost in narobe, vpad v našo gotovost je nasilno dejanje. Pri tem je treba opozoriti, da so skupine ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, praviloma bolj izpostavljene nasilju, kot pa da bi bili storilci nasilnih dejanj. To velja tudi za ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami. Povezovanje nasilja z norostjo je večidel mit. Res je, da ljudje z nalepko duševne bolezni včasih nasilno in burno reagirajo, vendar je njihovo nasilje pogosto, skorajda praviloma, odgovor na nasilje nad njimi (npr. prisilna hospitalizacija) in izraz ultimativne nemoči, pogosto nemoči, da bi ljudi prepričali v svoj prav; posledica je, da ne morejo z besedami povedati, kar je nujno povedati, pogosto zaradi tega, ker jih nočejo poslušati (Flaker *et. al.* 2008: 59).

Lamovec (2006: 9) pravi, da se kaznovanje drugačnosti odvija v okviru prevladujočega sistema verovanj in ga s tem potrjuje. Če smo obtoženi duševne »bolezni«, smo zato v marsičem v enakem položaju kakor oseba, ki so jo v srednjem veku obtožili čarovništva, pravi Thomas Szasz (1982 v *ibid.*). Če priznamo, je krivda očitna.

Nekoč bi domnevali, da nam pri tem pomaga hudič, danes pa razlog, da »ne priznamo«, pripisujejo biokemičnim spremembam možganov, za katere je približno toliko dokazov, kakor za to, da je posredi hudičevo delo. Podobnost je v tem, da se tožniki v nobenem primeru ne

morejo zamotiti, obtoženi pa ne more imeti prav. Beseda obtoženih ne šteje, zato ni načina, da bi dokazali svojo nedolžnost. Tako kakor obtožena čarovnica tudi oseba, ki je razglašena za duševno bolno, ne more z ničimer prepričati sodnikov, da ni storila nič nezakonitega. Sicer pa nezakonita dejanja sploh niso potrebna. Tako za čaravnice, kakor za »duševno bolne« obstajajo posebni zakoni (*ibid.*).

Tanja Lamovec (*op. cit.*: 13) nadaljuje z ideologijo prisile, ki jo izvajajo ustanove in pravi, da je pri nas zelo močna. Glavne družbene ustanove, vključene v teorije in prakso psihiatričnega nasilja, so poleg njih samih tudi država in družina. Država uzakonja prisilno zapiranje »nevarnih duševnih bolnikov«, družina daje pristanek in ima od tega korist, psihiatrija pa upravlja ustanovo in si tako zagotavlja ugledna delovna mesta.

Seveda *možnost*, da bi bili nekateri nasilni, ne opravičuje *dejanskega* nasilja večine. Pa vendar se sklicujejo ravno na to. Duševni bolnik, pravijo, je lahko nevaren, lahko poškoduje sebe ali drugega. V resnici so nevarni tisti, ki drugim jemljejo ugled in svobodo ter jih izpostavljajo mučenju, ki ga imenujejo zdravljenje. Duševni bolnik se nam zgolj zdi nevaren, ker ga vidimo kot drugačnega, nerazumljivega in nepredvidljivega (*ibid.*). Lamovec meni, da je bilo storjeno dosti več nasilja nad »duševnimi bolniki«, kako so ga storili oni sami (*op. cit.*: 14).

V socialnem delu in sorodnih znanostih se vedno bolj pojavljajo vprašanja ustreznosti obstoja zaprtih oddelkov. Tanja Lamovec je prisilo in zaprte oddelke povezovala z odvzemom osnovnih državljskih pravic na podlagi duševne bolezni, ki jo postavlja kot že samo po sebi vprašljivo sodbo. Verjetno se večina ljudi iz različnih poklicev, ki imajo opravka z ljudmi z duševnimi stiskami, sprašuje o ustreznosti načina pomoči, ki ga nudijo psihiatrične bolnišnice in socialni zavodi. Vprašanje je še toliko bolj zanimivo, saj je naša sosednja država z zakonom prepovedala psihiatrične bolnišnice in zapiranje ljudi. Civilna iniciativa Iz-hod (www.iz-hod.info) je v manifestu zapisala, da je zločin zapiranja toliko večji, ker poznamo načine, kako ljudem pomagati brez zapiranja. Tudi tisti, ki potrebujejo največjo možno podporo, lahko živijo med drugimi.

Kompleksnost duševnih stisk in vprašljivost strokovne pomoči slikovito uprizarja zgodba ženske v knjigi Jožeta Felca in Lorenza Toresini (2010), ki pravi, da psihiatrijo včasih obravnavajo kot znanost vnaprej napovedanih zločinov (*ibid.*: 81). Knjiga predstavlja tragično zgodbo Michele, ki je ubila svojega štiriletnega otroka in nekaj let za tem, na forenzičnem

oddelku psihiatrije, še sebe. Michele je imela zapleten čustven odnos s svojimi najbližjimi, po poroki in kmalu po rojstvu otroka so se začele pojavljati migrene in kasneje duševne stiske. Nekajkrat je bila hospitalizirana. Dogajalo se ji je, da je otroka dajala v hladilnik. Ko sta z možem izčrpala obstoječe možnosti za pomoč, se je Michele odločila, da bo poskusila z lobotomijo oziroma eno od njenih verzij levkotomijo.

V zgodbi o Michele Terni se poraja pomembno vprašanje o smiselnosti instituta prisilnega zdravljenja v umobolnicah, zapuščini nekega obdobja v preteklosti psihiatrije. V ospredju je problem (prisilne) hospitalizacije, ki ni ponudil rešitve oziroma ozdravitve, temveč je ponudil zgolj nadzor. Vendar pa sistem sam po sebi ni zmožen nadzorovati ali preprečiti samomorilnosti med pacienti. Presoja o nevarnosti samemu sebi ali drugim je tako postala domena tistih sodnikov oziroma razsodnikov, ki razsojajo o problemih, za katere ni ne preprostih definicij in ne rešitev. S tem se nasilje, ki tako postane del »zakona in pravil«, oddeli od institucionalnega področja. Takšna ločenost pa ne more biti nič drugega kot odsotnost ustavnih in demokratičnih zagotovil, ki jih pa vsaka zaporna institucija do določene mere vendarle lahko zagotovi: kajti tam pravo zagotavlja zaščito in obrambo (*op. cit.:* 155).

Zgodba Michele Terni Lorenzi (*op. cit.:* 157) se s tem tretjim tragičnim dejanjem, samomorom njenega moža, tako končno zaključí. Vendar se hkrati poraja pomembno spoznanje: norosti ni mogoče preprosto klasificirati in opisati s splošnimi kategorijami. Odgovora na psihično trpljenje ne morejo dati institucije, kjer ni zavzetosti in vneme strokovnjakov, ki obravnavajo osebe s psihičnimi motnjami. Klinike, bolnišnice, umobolnice in forenzični oddelki ne prispevajo k okrevanju in ozdravitvi, temveč bolnikovo stanje samo vzdržujejo, da postane kronično. Po besedah Klause Dörnerja (*v ibid.*) je edino orodje, s katerim razpolagamo pri lajšanju trpljenja osebam s psihičnimi motnjami, zgolj naša lastna osebnost.

Tehnološki napredek pri obravnavi duševnih motenj je in bo ostal nekakšno varljivo upanje pri soočanju z duševnim trpljenjem. Kirurški poseg na možganih zaradi poškodb brez dvoma dolgoročno pusti nepopravljive posledice kljub kratkotrajnem uspehu. Razum, modrost ter razumevanje neugodja ter življenjskega nemira lahko v takih primerih stori več kot neprimernost tehnoloških metod (*ibid.*).

1.6. DUŠEVNO ZDRAVJE V SKUPNOSTI

Duševno zdravje v skupnosti je konkretna in realna podlaga za raziskovanje duševnega zdravja in norosti na zgodovinski, politični, ekonomski, sociološki in splošni sistemski ravni. Kot smer študija nam je sproti kazala spremembe v paradigmi in praktične metode socialnega dela. Je tudi osnova za rekonstrukcijo in predrugačenje stigmatizirajočega pojma duševnih stisk in kriz. Delovanje v skupnosti je v socialnem delu bistvenega pomena. Skupnostno načelo je tudi uporaba proti vedno bolj neoliberalističnim in tekmovalnim družbeno-političnim težnjam. Kapitalizem zahteva obrobje družbe, ki jo sestavljajo zaprte, totalne institucije, ki velikokrat predstavljajo odlagališče »neproduktivne delovne sile«. Ta vidik bom posebej omenjala v temi dolgotrajne oskrbe. Družbene neenakosti in odstopanja od splošno veljavnih norm ter delitev na vredne in nevredne (ki se je začela že pred industrializacijo), skupaj z binarnimi opozicijami, so konstruirane in trdneje zasidrane mreže v zdajšnje pojmovanje resničnosti. Na žalost pa imajo tovrstni konstrukti konkretne (negativne) posledice v življenjih posameznikov.

Duševno zdravje v skupnosti je interdisciplinarno področje delovanja, ki se je razvilo na terenu psihiatrije, z namenom zasledovanja emancipatoričnih ciljev ob upoštevanju skupnostnih načel. Ti cilji so izboljšanje življenjskega položaja ljudi z duševno stisko, izboljšanje in spreminjanje služb, da bodo bolj sledile potrebam, željam in nujam uporabnikov, družbeno prevrednotenje duševne stiske in norosti ter vzpostavljanje takih družbenih pogojev, ki bodo onemogočali destruktivne izide in vzpodbujali ustvarjalno reševanje človeških stisk (Flaker *et al.* 2007).

Flaker (1995: 15) razlaga interdisciplinarnost, duševno zdravje v skupnosti kot prostor, kjer se srečujejo sociološke, psihološke, psihiatrične, psihoanalitične, zgodovinske, filozofske in druge teorije ter nenazadnje teorije socialnega dela. Zanj so prav te tisto presečišče, oprijemališče ali celo platforma, s katere je možna integracija, ki se bo izognila nekritičnemu eklekticizmu in bo omogočala teoretizacijo smiselne akcije. Duševno zdravje v skupnosti v prehodu iz institucionalne v skupnostno obravnavo duševnih stisk namreč najbolj determinirata koncepta dezinstitutionalizacije in normalizacije.

Skupno vseh situacijam duševnega zdravja v skupnosti je tudi skupnostno načelo. To pomeni, da je prostor delovanja kjerkoli v skupnosti, v stanovanju, klubu, parku, prostorih krajevne

skupnosti, predvsem da ljudi z našim delovanjem ne izoliramo, ne ločimo od drugih. V smislu akterjev to pomeni, da sodelujejo pri različnih procesih zelo pisane zbirke akterjev, različnih strokovnjakov, uporabnikov, njihovih bližnjih, prostovoljcev ipd. Hkrati pa to pomeni, da so ti akterji v razmeroma in vsaj a priori enakopravnih odnosih ter da si k skupnim ciljem trudijo s skupnimi močmi. Skupnostno načelo tudi pomeni, da ni več predmet delovanja individuum in njegova bolezen oz. motnja temveč skupnost, od odnosov v dvojicah ali med bližnjimi do družbenih sprememb. Tudi če je delovanje osredotočeno na nekega posameznika, ga še vedno razume kot posameznika v skupnosti. V smislu metode pa skupnostno načelo pomeni, da se uporabljajo tista sredstva, ki so v neki skupnosti na volji in ki obravnavajo nek pojav znotraj konteksta njegovega porajanja (*ibid.*).

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

Flaker in sodelavci (*ibid.*) pravijo, da se je pri nas, za razliko od institucionalne oskrbe, oskrba v skupnosti začela razvijati šele v devetdesetih letih. Poleg oskrbe na domu so se začele razvijati še nekatere druge neinstitucionalne oblike, na primer dnevni centri, stanovanjske skupine, oskrbovana stanovanja, varovanje na daljavo, tele-medicina, pametni dom ipd.

Videmšek (2011: 138–139) pravi, da je v Sloveniji razmeroma malo stanovanjskih skupin, ki bi ljudem ponudile bivanje. V času raziskave (2007–2009) je delovalo 45 stanovanjskih skupin, ki jih zagotavlja pet nevladnih organizacij. V njih je v času raziskave bivalo 242 stanovalcev.

Še manj je novih oblik bivanja, ki bi se razvile iz stanovanjskih skupin in bi pomenile nadgradnjo obstoječemu sistemu. Samo dve nevladni organizaciji zagotavljata podporno bivanje v lastnem stanovanju ali bivalni enoti občine. Podpora je zagotovljena le petim ljudem. Vsi statistični podatki kažejo, da je potrebna rekonstrukcija programa stanovanjskih skupin, če hočemo zagotoviti temeljno človekovo pravico do ustreznega bivanja in želimo ljudi podpreti v skupnosti (*ibid.*).

Videmšek (*op. cit.*: 44–45) nadalje razlaga, da je preseljevanje ljudi iz institucij v skupnost mogoče, ko so zagotovljeni pogoji za preselitev. Ključni proces, ki je vplival na preseljevanje ljudi, je dezinstitutionalizacija, ki je ne razumemo zgolj kot ukinjanje in zapiranje institucij (psihiatričnih bolnišnic, zavodov), ampak kot proces zmanjševanja postelj ter ustanavljanja služb, ki nadomestijo institucije. Pri procesu ne gre samo za premestitev ljudi v drugo okolje, temveč predvsem za to, da so ljudje s težavami z duševnim zdravjem kar najbolj vključeni v običajno življenje in imajo pri tem zagotovljeno podporo, ki jo potrebujejo. Prav tako proces temelji na različnih konceptualnih izhodiščih. Na eni strani lahko dezinstitutionalizacijo opredelimo kot zdravljenje zunaj institucije (bolnišnice) z namenom, da posameznik prejme podporo, ki jo potrebuje v skupnosti, in se mu zagotavlja vključenost v omenjeno skupnost. Na drugi strani koncept označuje družbeno spremenjeno vlogo ljudi, ki so bivali v instituciji. Flaker (1998a: 157 v *ibid.*) meni, da je dezinstitutionalizacija premik iz azila v družbo in hkrati tudi družbeno gibanje, ki si za ta premik prizadeva. Koncept dezinstitutionalizacije tako zagotavlja vstop v manj restriktivno okolje, ki je čim bolj podobno običajnemu življenju.

1.7. DOLGOTRAJNA OSKRBA

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

Torej, dolgotrajno oskrbo potrebujejo ljudje, ki na različne načine ne (z)morejo popolnoma poskrbeti zase, ne obvladujejo vseh življenjskih situacij in potrebujejo kontinuirano pomoč in podporo za ohranjanje (kvalitete) svojega življenja. Ko so se v Sloveniji začela pojavljati vprašanja glede dezinstucionalizacije, so se hkrati postavljala vprašanja glede zagotovitve dolgotrajne oskrbe v skupnosti. Najbolj vidne institucije oziroma zavodi so domovi za stare, zavodi za ljudi s telesnimi in intelektualnimi oviranostmi, psihiatrične bolnišnice itd. Dolgotrajno oskrbo torej zagotavljajo in izvajajo različne ustanove. Ponavadi te ustanove pokrijejo življenje človeka kot celoto, povzročijo razvrednotenje, odvzem človekovega dostojanstva in svobode ter ga nasilno iztrgajo iz njegovega vsakdanjega okolja in navad. Zato je vedno bolj aktualna tema dolgotrajne oskrbe v skupnosti, odgovori na potrebe ljudi, ki jo potrebujejo, vprašanja glede tega, kako jo uspešno organizirati in vplesti v sistem socialne politike v povezavi s splošno obstoječim političnim sistemom.

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

Flaker in sodelavci (*op. cit.*: 22–26) razlagajo, da sistem dolgotrajne oskrbe terja številne spremembe na več ravneh. Sistem socialne varnosti mora preklopiti iz medicinskega modela na socialnega. Ustvariti se mora posebno polje dolgotrajne oskrbe, kjer si bo posameznik s pridobljenimi sredstvi sam zagotavljal storitve, ki jih potrebuje. Vloga uporabnika bi morala preiti iz vloge pasivnega pacienta v vlogo aktivnega oblikovalca svojega življenja ob ustrezni

podpori. Institucionalna oskrba se mora premestiti v skupnostno oskrbo – da ima uporabnik ob določeni stiski ali spremembi v življenju (ali ko začuti potrebo po trajnejši oskrbi) možnost, da ohrani vsaj večino svojih življenjskih vlog ter ostane v svojem okolju oziroma da živi tam, kjer mu ustreza. Za doseg skupnostne oskrbe se morajo preoblikovati storitve (vse od višjih in načelnih ravni, do nižjih in konkretnih, lokalnih ravni); iz standardnih v storitve po meri. Storitve morajo odgovoriti na potrebe ljudi, potreben je pogled od »spodaj navzgor« in ne obratno. Storitve največkrat oblikujejo strokovnjaki brez uporabniške perspektive in brez praktičnih izkušenj. Iz stisk in potreb ljudi ter iz ovir, ki jim povzročajo stisko, težave, bi se naj oblikovale storitve. Terapevtski model naj bi se preoblikoval v organizacijskega. Človek lahko sam izrazi željo po terapevtskih uslugah, ki pa niso zmeraj potrebne in so odvisne od volje posameznika. Velikokrat pa so stiske ljudi posledica konkretnih življenjskih okoliščin (stanovanjski problem, brezposelnost, revščina, nasilje). Ko so nekomu zagotovljena sredstva, stanovanje itd., se veliko lažje posveča platem življenja, ki niso neposredno povezana s stisko. Gre za organizacijo življenja, ki jo lahko dosežemo tudi z osebnim načrtom in koordiniranjem. Organizacija življenja lahko veliko doprinese ljudem s težavami v duševnem zdravju, saj je njihova realnost velikokrat zmedena in zapletena. Strokovnjaki, ki se ukvarjajo z ljudmi, pa bi morali že davno stopiti iz skrbniške vloge ter stopiti v zagovorniško. V socialnem delu bi moralo biti eno izmed moralno etičnih načel načelo partnerstva. Biti z ljudmi v enakovrednem partnerskem odnosu, ne glede na to, kakšna je njihova ovira.

Razlogi za uvajanje sistema dolgotrajne oskrbe so torej različni. Demografske spremembe, razvoj medicine in spremembe v neformalnih socialnih mrežah. Velik vpliv pa imajo politika in splošna prepričanja naše družbe. Nosilci politične in družbene oblasti z nacionalnimi programi in z netransparentno zakonodajo vedno bolj neoliberalistično stremijo h gospodarski rasti ter državi, ki je zakladnica znanja in ponosna predstavnica večje skupnosti. Pomanjkanje, revščina, izkoriščanje, brezposelnost, zaposleni revni, poniževanje, zapiranje, molk, krivda (položena na človeka, ljudi/ usodo) so temnejše in velikokrat prezrte plati doseganja razvitosti in konkurenčnosti. Prav v času pisanja naloge na Bavarskem dvoru pred Borzo poteka večdnevni protest proti vladavini finančnega kapitalizma. Temelj protesta sloni na tem, da država ne zagotavlja osnovnih človekovih pravic in ne udejanja vloge socialne države za upokojence, študente, zaposlene, brezdomce, migrante in brezposelne. Zahteve se nanašajo na dejansko socialno pravičnost, pravico do zdravja, izobrazbe, stanovanja, skratka na uresničevanja temeljnih potreb družbe za vse.

Na področju gospodarske dejavnosti in kapitala pomeni dajanje prednosti gospodarski rasti in svobodnemu trgu strogo nadzorovano javno porabo in uvedbo ukrepov za zaježitev inflacije. V socialni politiki pa to pomeni zmanjševanje socialnih pravic državljanov (in povečevanje individualne odgovornosti za posameznika), povečevanje marketizacije in včasih privatizacije javnih služb in vpeljevanje politik aktivnega trga delovne sile (Flaker *et al.* 2008: 16).

V zadnjem desetletju se v gospodarsko usmerjene politike okrepijo in prevzamejo končno dikcijo v predlogu Lizbonske pogodbe. V njej so države Evropske skupnosti zapisale cilj, postati najbolj razvita, na znanju in trajnostnem razvoju temelječa skupnost. Tekmovalni duh tržnega gospodarstva postane usmeritev, participacija državljanov in aktivno državljanstvo pa temeljni kamen demokratične ureditve skupnosti (*ibid.*).

Gospodarska rast je rast na račun revnih. Kdo so pa tisti, ki zaradi različnih razlogov ne morejo konkurirati, ne dosegajo standardov tekmovalnosti, potrošništva in družbenega dogajanja? Kdo so »outsiderji«? »Outsiderji« so – preprosto povedano – kakorkoli bolni, nori, kriminalci, narkomani, stari, čudaki, delomrzneži, pohabljeni, nedržavljeni itd. Ranljive družbene skupine.

To so skupine, ki se težje prilagajajo hitrim spremembam. To so revni, starejši, mladi, otroci, ljudje s posebnimi potrebami, bolni, predstavniki etničnih manjšin in drugih skupnosti, prebivalci manj razvitih območij, nezaposleni, ljudje po prestajanju kazni odvzema prostosti. Seznam ni dokončen. Verjetno bi bilo enostavneje povedati drugače – hitrim spremembam bodo sledili državljeni, ki so v polni življenjski formi in na višku svojih moči, izobraženi, zaposleni prebivalci razvitih območij, predstavniki večinske kulture (*ibid.*)

Ideologija popolnega telesa, oblikovana v času industrijske revolucije, definira zadnjih dvesto let kriterije za ugotavljanje delazmožnosti in se uspešno prenaša v tretje tisočletje postinformacijske družbe (*op. cit.:* 16–17).

Za to, da razumemo potrebe ljudi je ključnega pomena tudi razumevanje ovir, ki preprečujejo kvaliteto življenja posameznikov. Ovire je potrebno prepoznati, jih odpraviti. Ovire pri vzpostavljanju storitev dolgotrajne oskrbe so: centraliziran pristop in prezrto posameznikovo izvedenstvo pri določanju oblik pomoči in podpore, omejujoča politika, ki ne zagotovi dodatnih sredstev, pomanjkanje stanovanj, revščina uporabnikov, odsotnost ustreznih

skupnostnih oblik oskrbe, nevarnost birokratizacije postopkov, masifikacije dolgotrajne oskrbe in izguba vpliva uporabnikov, pomanjkljive metode dela pri vzpostavljanju dolgotrajne oskrbe, skrbniška strokovna kultura, pokroviteljstvo in nezaupanje uporabnikom, s formalizacijo postopkov onemogočeni izvorni nestandardni odgovori (Flaker *et al.* 2008: 28–29).

Flaker *et al.* (2011: 308) pravijo, da obstajajo različne ocene populacije ljudi v Sloveniji, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo. Ocene se gibljejo med 38.000 do 60.000, ocena avtoric in avtorja pa je okoli 50.000. Razlagajo, da je področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji izrazito institucionalno, saj na primer skoraj 40 % ljudi (20.000 ljudi), ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, živi v socialnih zavodih, več kot tri četrtine sredstev pa namenjenih institucionalni oskrbi.

Avtorji (*op. cit.*: 235–236) so opisali nekaj evropskih trendov dolgotrajne oskrbe. V Avstriji so področje dolgotrajne oskrbe celovito uredili z uveljavitvijo posebnega zveznega Zakona o dajatvi za dolgotrajno oskrbo, z enovito ureditvijo so leta 1993 v sistem vpeljali dajatev za dolgotrajno oskrbo. Namenjena je osebam s stalnim prebivališčem v Avstriji z duševno, telesno ali senzorno oviranostjo, ki potrebujejo več kot 50 ur podpore na mesec za obdobje najmanj šestih mesecev. Na višino dajatve vpliva količina pomoči, ki jo posameznik potrebuje in ne diagnoza. Oceno potrebe opravi zdravnik, ki se lahko posvetuje tudi z drugimi strokovnjaki. Nadzora nad porabo sredstev ni, prejemniki lahko denar porabijo po svoji volji. V Angliji ima pri financiranju socialne oskrbe najpomembnejšo vlogo država. Lokalne oblasti je pooblastila, da same odločajo o porabi sredstev. Imajo sedem različnih shem z dajatvami za oskrbo (*Disability Living Allowance, Attendance Allowance, Independent Living Extension, Foundm Independent Living 1993 Fund, Direct Payments, In Control in Individual Budgets*).

V Sloveniji se je začela uvajati metoda individualnega načrtovanja sredi devetdesetih, takrat so se pojavili prvi eksperimenti v neposrednem financiranju. Razvoju metode individualnega načrtovanja ni sledil razvoj organizacijskih in finančnih pogojev za neposredno in individualno financiranje (*op. cit.*: 248)

Metoda individualnega načrtovanja in izvajanja storitev izhaja iz osemdesetih let 20. stoletja, ko se je pojavila potreba po koordiniranem delovanju različnih služb in usklajevanju storitev v

skupnosti [...]. Metoda, kot jo poznamo danes, temelji na izročilu Davida Brandona (*op. cit.*: 111).

Flaker et. al. (*op. cit.*: 113–114) razlagajo, da metoda individualnega načrtovanja izhaja iz želja, potreb in predvsem ciljev posameznika in da so cilji ključni pojem in element metode. Če bi izhajali zgolj iz stiske, težave, problema, bi se vedno znova vračali k svoji nemoči, potrebi po pomoči. Metoda je sestavljena iz dveh procesov: načrtovanja in izvajanja. Mejniki, ki načrtovanje preobrazijo v izvajanje, je potrditev načrta. Takrat načrt dobi substanco. V primeru neposrednega financiranja ali naročanja storitev je ta substanca realna, saj organ ali instanca, ki potrdi načrt, s tem tudi potrdi realno možnost izvedbe, zagotovi realna sredstva za izvedbo.

V Sloveniji je ogromno ljudi, ki potrebujejo kontinuirano podporo in nove odgovore dolgotrajne oskrbe. Prevladujoč model, v katerega se izteka največ denarja, je institucionalen. Vse evropske smernice stremijo k premiku v skupnost. Kar nekaj evropskih držav ima dobre modele dolgotrajne oskrbe in denarne prejemke. Pri nas se metoda individualnega načrtovanja ni uveljavila v sistemu socialnega varstva. Strokovnjaki in strokovnjakinje iz Fakultete za socialno delo se vključujejo v razprave glede uvedbe novega zakona, ki bo nadomestil Zakon o socialnem varstvu, pišejo pripombe in strokovne predloge, nekaj od teh je zapisanih v letošnji prvi reviji Socialno delo.

Flaker (2011: 63) opozarja, da je Zakon o socialnem varstvu zastarel. Konkretno so lahko opazovali disfunkcionalnost zakona pri uvajanju skupnostnih oblik varstva – stanovanjske skupine še skoraj 20 letih po ustanovitvi prve nimajo ustrezne zakonske podlage in je financiranje njihovega delovanja provizorično – pri poskusih dezinstitutionalizacije, saj je bilo vsako delovanje zunaj ustanove rezultat improvizacije, še zlasti pa dobre volje strokovnjakov, pri uvajanju individualiziranih oblik oskrbe, saj so na vsakem koraku naleteli na institucionalne ovire, pomanjkanje pravnih podlag in nezmožnost socialne inovacije.

Mali (2011: 59) je pripombe podala iz vidika skrbi za stare ljudi. Na staranje bi morali biti ponosni, v političnih krogih pa ga označujejo s sintagmo demografski preplah. V resnici pa gre le za daljšanje življenjske dobe (staranje), ki je dosežek civilizacije. Eden ključnih problemov, ki se že dlje kaže in zavira razvoj skrbi za stare ljudi, je pomanjkanje skupnostnih

oblik skrbi, pretirana institucionalizacija, kratka tog sistem oblik skrbi, ki ne odgovarja na potrebe starih ljudi.

1.8. ŽIVLJENJSKI SVET LJUDI Z DOLGOTRAJNIMI DUŠEVNIMI STISKAMI

Eno izhodišče razprave avtorjev *Dolgotrajne oskrbe: očrt potreb in odgovorov nanje* (4–5) je odprava institucionalnih odgovorov na človeško stisko. Analizo situacij dolgotrajne oskrbe so začeli pred več kot petnajstimi leti, nastal je indeks potreb z imenom *Katalog potreb*, ki se je nadalje dopolnjeval. Na začetku so z njim opisovali zlasti potrebe ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami na podlagi kvalitativne analize intervjujev in osebnih načrtov. Na podlagi analize so nastale vse poglobitve kategorije. V naslednjih dopolnitvah so osnovo dopolnili tako, da je katalog oziroma indeks uporaben tudi za druge skupine ljudi (intelektualno, telesno in senzorno ovirane) in dodali kategorijo vsakdanje življenje. V tej knjigi so temeljito revidirali zemljevid. To so storili na podlagi dodatne analize različnega gradiva, ki smo ga zbrali pri raziskovalnem delu v zadnjih letih na področju demenc (Flaker *et al.* 2004, Mali 2007a, b), žrtev nasilja (Flaker *et al.* 2005), ljudi z dvojno označenostjo (Urek *et al.* 2008), z uporabniki stanovanjskih skupin (Flaker *et al.* 2007b), ob vzpostavljanju osebnih paketov storitev (Flaker *et al.* 2007a) in ob snovanju evalvacijskih orodij (Flaker *et al.* 2000). Knjiga je rezultat te revizije. Navznotraj so kategorije bistveno razširili in temeljito preuredili in spremenili. Spremenila se je struktura kategorij pa tudi njihova širina in globina. Če je bil prvi zemljevid neke vrste skica terena, pa pričujoči zemljevid že dobiva značilnosti dovolj kompletnega orisa vsakdanjega življenja ljudi z dolgotrajnimi potrebami. Kategorije dolgotrajne oskrbe so, namesto hospitalizacije in institucionalizacije, stanovanje, delo in denar, vsakdanje življenje, nelagodje v interakciji, stiki in družabnost, institucionalna kariera ter neumešččenost in pripadnost.

1.8.1. Namesto hospitalizacije in institucionalizacije

»Neizogibnost« ustanov ima svojo disciplinsko funkcijo: »Da ne bi bila več v bolnici, bom resno hodila na kontrole in ubogala svojega psihiatra. Redno jemljem minimalna zdravila.« Disciplinsko delovanje ustanov temelji na drugem dejstvu, namreč da si ljudje *ne želijo* življenja v instituciji, radi bi se mu izognili: »Da ne bi šla v bolnišnico, veliko naredim sama.« (Flaker *et al.* 2008: 30)

Ljudje, ki jim grozi odhod v ustanovo, ali ki tam že bivajo, si želijo navadnih, osnovnih reči. Želijo si zasebnosti, da bi odločali o majhnih rečeh v svojem življenju, želijo si, da bi bili

blizu ljudi, ki so jim blizu, ki jim nekaj pomenijo, da bi skupaj z njimi kaj počeli. Te navadne, skoraj praktične želje se pod grožnjo institucionalizacije izrazijo kot nekaj velikega (*op. cit.* 32).

Čeprav ljudje s kvaliteto svojega življenja po odpustu še zdaleč niso zadovoljni, tuje raziskave o kakovosti življenja bivših varovancev institucij kažejo, da si nihče ne želi nazaj v institucijo (Barham, Hayward 1991, Estrof 1981, v Flaker *et al.* 2008: 33).

Hospitalizacija je namreč, razen če jo hospitaliziranec načrtuje (npr. simulacije v vojski), zunaj osebnih življenjskih relevanc, neusklajena s tistim, kar človek misli, da je njegova trenutna življenjska pot, ne glede na to, ali te relevance izhajajo iz fantastičnih blodenj ali pa so čisto navadne in se tičejo gospodinjstva, službene kariere ipd. V tem smislu je hospitalizacija družbeni »judo prijem«, a podobna mu ni toliko v spretnosti in prefinjenosti prijema, temveč v učinku – nenadoma izgubi tla pod nogami. Presenečenje pa je enostransko – bolj kot preseneti hospitaliziranca, večja je gotovost tistega, ki hospitalizira. Okoliščine hospitalizacije so večinoma raznorodne in raznovrstne, prav ponovno sestavljanje gotovosti utegne biti tisto, čemur rabi dogodek hospitalizacije. To je rdeča nit, če že ne skupni imenovalac vsaj tistih situacij vsakdanjega življenja, ki nam jih predstavljajo sogovorniki z izkušnjo hospitalizacije (*op. cit.*: 39).

Avtorji (*op. cit.*: 51) opozarjajo, da so svojci najprej obremenjeni fizično, z delom, ki ga morajo opraviti, potem so obremenjeni s pozornostjo, ki jo zahtevajo ljudje v stiski; dolgotrajna oskrba zahteva veliko časa, včasih, kot da bi imeli dve službi ali da bi vodili dve gospodinjstvi. Delo, ki ga opravijo za svojce, včasih pride v navzkrižje s službo in onemogoči ljudem opravljati tudi druge stvari v svojem življenju. S skrbjo za bližnje imajo ljudje, ki opravljajo to delo, tudi neposredne ali posredne stroške. Obremenjuje tudi dolgotrajnost in bodočnost, kjer olajšanje pomeni izgubo. Življenje je bolj stresno zaradi skrbi in straha, kaj se utegne zgoditi, pa tudi zaradi možnih konfliktov. Poleg tega pa je lahko oskrba svojca samotno početje (*op. cit.*: 51).

Ljudje, ki jim grozi odhod v ustanovo, ali ki že tam bivajo, si želijo navadnih, osnovnih reči. Želijo si zasebnosti, da bi odločali o majhnih rečeh v svojem življenju, želijo si, da bi bili blizu ljudem, ki so jim blizu, ki jim nekaj pomenijo, da bi skupaj z njimi nekaj počeli. Te

navadne, skoraj pritlične želje, se pod grožnjo institucionalizacije izrazijo kot nekaj velikega (Čačinovič Vogrinčič *et. al.* 2008: 32).

Večina ljudi si zares ne želi iti v dom, ne ko so stari, ne ko potrebujejo posebno podporo. Tisti, ki so preživeli en del življenja v domovih ali v zavodih, si želijo vrniti. In tisti, ki se vrnejo ne želijo nazaj. Namestitev v zavod je ponavadi posledica življenjske nuje, in tudi ko si ljudje »želijo« v dom je to, ponavadi racionalizacija teiste nuje. »Da je bolje v domu kot doma« ne pomeni, da je v domu dobro, ampak, da je doma slabo (*op. cit.*: 34).

1.8.2. Stanovanje

Stanovanje je ena od temeljnih potreb, ki jih je oblikovala naša civilizacija. Poleg osnovne funkcije zavetja pred vremenskimi razmerami ima še celo vrsto socialnih funkcij. Stanovanje je prostor za druženje, za ustvarjanje družine, za shranjevanje stvari, prostor, ki nam omogoča varnost in zasebnost (Flaker *et. al.* 2008: 111).

Ljudje s potrebami po dolgotrajni oskrbi se v vsakdanjem življenju znajdejo v različnih stiskah in težavah, ki so lahko vzrok ali posledica stanovanjske stiske. Glede stanovanjskih rešitev so bolj ranljivi, imajo več stanovanjskih problemov, pomanjkanje stanovanj jih bolj pesti, a gotovo so stanovanjske stiske v sozvočju z drugimi stiskami bolj pereče. »Tako je gospod deset let bival v bolnišnici Polje predvsem zato, ker ni imel stanovanja. Bil je ločen, njegova matična družina pa ni hotela imeti z njim nikakršnih stikov.« (*op. cit.*: 112)

Življenje uporabnika psihiatričnih služb je večkrat tesno prepleteno s stanovanjskimi težavami. Četudi jih uporabnik ob hospitalizaciji ni imel, se kaj lahko zgodi, da naleti nanje ob odpustu ali med bivanjem v bolnišnici. Tako je npr. eden izmed naših sogovornikov ob odpustu odkril, da v stanovanju njegovih staršev sedaj živijo podnajemniki. Vrnil se je v bolnišnico. Drugemu se je spet zgodilo, da se mu je med njegovim podaljšanim bivanjem v ustanovi nekdo nasilno vselil v stanovanje. Včasih se tudi zgodi, da bodo zaradi stanovanjskega problema ob odpustu iz zapora pristojne službe za koga, ki ima psihiatrično diagnozo, iskale namestitev v bolnišnici ali v socialnem zavodu (*op. cit.*: 114).

V zvezi s stanovanjsko stisko beležimo naslednje situacije, v katerih se pogosto znajdejo ljudje z dolgotrajnimi stiskami (*op cit.:* 115):

- namestitev v bolnišnico ali socialni zavod ob stanovanjski stiski (tudi ob odpustu iz drugih ustanov, npr. zaporov, vzgojnih zavodov);
- ob odpustu ostanejo brez stanovanja (npr. svojci ga oddajo v najem, prodajo, stanodajalec odda stanovanje);
- uporabnice psihiatričnih ustanov, ki doživljajo nasilje v družini, se pogosto nimajo kam zateči;
- okolica zavrača uporabnika (je grešni kozel za vse, kar je narobe v soseski, bavbav, skregan s sosedi);
- živijo s starši v odvisnostni navezavi, iz katere se težko izkopljejo;
- živijo v neurejenih, zanemarjenih razmerah;
- ko gredo v bolnico ali zavod nimajo kje shraniti svojih potrebščin, pohištva, osebne lastnine.

Prostor bivanja, domovanje ali, kot rečemo v industrijski družbi, stanovanje, je v naši civilizaciji (in delno tudi klimi) temeljna eksistenčna in identitetna nuja (*op. cit.:* 116).

Čačinovič Vogrinčič et. al. (2008: 98) navajajo, da so potrebni tudi posebni prostori. Preselitev iz ustanove je tipičen primer, ko je potreben vmesni prostor, ki omogoča nekdanjemu stanovalcu spoznavanje (pozabljenih) želja, interesov, sposobnosti. Vmesni prostor kot začasna namestitev je potreben tudi v času krize. Zlasti ljudje z dolgotrajnimi duševnimi stiskami, ki živijo v skupnosti, bi v času krize potrebovali prostore za preživljanje krize v vsakdanjem okolju, kjer bi lahko ohranili stik z vsakdanjim okoljem.

1.8.3. Delo in denar

Delati je ena izmed osnovnih človeških potreb. Biti dejaven, ustvarjati, je določnica človeka, hkrati pa okoliščine dela, podobno kot stanovanje, zapolnjujejo veliko različnih človeških potreb glede organizacije identitete, družbenega statusa, preživetja, vzdrževanje družbenih standardov, organizacije identitetnih politik in še drugih (*op. cit.:* 142).

Ko ljudi vprašamo, kaj si želijo, je pogost odgovor tistih, ki ne delajo, da si želijo delati in pridobiti izkušnje z delom. Študije kažejo, da imajo bolniki z duševno boleznijo veliko željo po zaposlitvi, pri tem pa je stopnja zaposlenosti od 5 do 15 %. Želijo si pravice, ki jo imajo vsi »normalni državljani«, pravico do dela (Klančar 2007 v *ibid.*). Delo celo vidijo kot glavni vzrok pa tudi zdravilo za svojo stisko: »Pravzaprav je delo najboljši psihiater. Najpomembneje je, da se nam omogoči pravica do dela, kasneje si bo tisti, ki si bo želel pomagati, pomagal sam. Strokovnjaki bi morali razumeti, da delo preganja depresijo.« (Mladina, 23. 5. 2005 v *op. cit.*: 143).

Biti pacient je dober primer dela v senci. V tem smislu je tudi čakanje (Zaviršek 1994 v *op. cit.*: 145) delo. Če pacienti ne bi čakali strokovnega osebja, ampak bi kar odšli, kot se zgodi, ko se posameznik odloči, da se mu ne ljubi več čakati, strokovnjaki ne bi mogli opraviti svojega dela (*ibid.*).

Izvirnost postane norost, ko ostane sama. Delo je pomembna dejavnost v vsakdanjem urniku, razdeli dan, je priročen razlog, da zjutraj vstanemo, in je povezano z občim ritmom, v katerem živimo. Eden izmed naših sogovornikov je bil zelo vesel, ker je našel honorarno delo: »Že samo, da bom dobil en ritem življenja. Zdaj se zjutraj zbudim, pospravim in grem delat. Vidim sodelavce, ki so zelo prijazni, in zmerom se tam kaj dogaja. Tudi če ni dela in me vožnja tja več stane, kot zaslužim tisti dan, mi pride prav, da se moram zbuditi, da vidim ljudi, da spijem z njimi kavico.« Brez strukture delovnika, ritma odhoda v službo itn. se lahko čas spremeni v brezoblično, amebasto celoto. Denimo, za upokojujence pogosto velja, da nimajo časa. To je seveda paradoks, saj bi ga morali imeti več kot prej, glede na to, da niso več v delovnem razmerju, ki jim je določal porabo časa. V začarani krog pomanjkanja časa se prav tako lahko ujamejo brezposelni in ljudje z dolgotrajnimi stiskami, saj so pogosto brez formalne zaposlitve, ki bi jim določala organizacijo časa (*op. cit.*: 151–152).

Vlogo socialnega dela pri delu uporabnikov lahko vidimo v podpori pri pridobivanju delovnega mesta, vzdrževanju delovnega mesta, predvsem pa v iskanju možnosti za zaposlitveno rehabilitacijo, vključitvi v izobraževanja in usposabljanja.

Da ljudje potrebujejo denar, je odvečna ugotovitev. Med ljudmi z dolgotrajnimi stiskami je zelo malo takih, ki bi ga lahko dovolj zaslužili, po drugi strani pa so tudi njihovi drugi dohodki izredno majhni (tako kot so nizke dajatve, ki jih prejemajo). Večinoma prejemajo

denarno socialno pomoč ali živijo od pokojnine (invalidske ali po starših). Nekateri delajo nekaj malega na črno, nekaterim finančno še pomagajo starši, poleg tega se poskušajo znajti še drugače. Ljudje, ki bivajo v zavodih ali so nameščeni v stanovanjskih skupinah, dobijo le žepnino. S količino denarja, ki ga imajo, večinoma niso zadovoljni (*op. cit.:* 167).

Povzetek različnih virov dohodkov, ki jih pogosto prejemajo ljudje z dolgotrajnimi stiskami: invalidska pokojnina, nadomestilo za invalidnost, invalidnina, dodatek za pomoč in postrežbo, varstveni dodatek, nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije in začasno nadomestilo, dodatek za rekreacijo (*op. cit.:* 168–170).

Delo je nepogrešljiv del družbene konstrukcije našega življenja. Prvič, ker strukturira naš čas, določa ritem posameznega dne, meseca, leta in celoten življenjski cikel. Drugič, ker si z njim gradimo socialno mrežo, mrežo ljudi, s katerimi uresničujemo podobo socialnih bitij. Tretjič, ker nam delo omogoči identifikacijo, saj nam poklic, izdelek, spretnosti in dohodek omogočijo dostop do dobrin, s katerimi se identificiramo (*op. cit.:* 181).

Dejstvo pa je, da so ljudje z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami in ljudje z motnjami v telesnem razvoju v neprimerljivo slabšem položaju kot ljudje s senzoričnimi in telesnimi ovirami. Veliko bolj so izključeni iz trga delovne sile, imajo manjšo podporo v svojih združenjih, nimajo zastopnikov, iniciativ za zaposlovanje in izdelanih metod vključevanja v proces dela. Še bolj izključena skupina uporabnikov so ljudje, ki živijo v institucijah dolgotrajne namestitve. Ob uveljavljanju procesa dezinstytucionalizacije bo treba razmisliti, kakšne načine in oblike pomoči so potrebne, da bi spodbudili in aktivirali njihovo zaposlovanje ali vsaj uporabno nezaposlenost (*op. cit.:* 182).

1.8.4. Vsakdanje življenje

Vsakdanje življenje je na eni izmed svojih ravni sestavljeno iz ponavljanj, refrenov. Vsakdanje rutine, potek dneva, prekinitve ali okrepitve dejavnosti nam dajejo socialni občutek življenjskega ritma, samega sebe in pripadanja okolju, v katerem živimo. Ciklični ritmi dneva, tedna, leta – spanje, obedi, obiski, delo, šola omogočajo avtomatično nadaljevanje, prekinitev pa blokado, krizo, tudi novost in presenečenje (*op. cit.:* 191).

Običajni poteki dni so razdeljeni na časovne intervale, ki jih določajo momenti skrbi zase in prehodi v različna dnevna opravila. Jutro z vsemi aktivnostmi, vezanimi na vstajanje, prehod iz zasebne v javno sfero (na kavico, v dnevni center, po opravkih ...). Čas kosila, ki potek dneva prenese v popoldanske aktivnosti (obiski, fitness, počitek ...), in večer s televizijo ali družabnostjo in pripravami na spanje (*op. cit.:* 192).

Rutine so avtorji umestili v podkategorijo potreb vsakdanjega življenja. Pod rutine se zvrstijo naslednji pojmi: začetek dneva, zdravila, dnevne aktivnosti in odpravljanje k počitku (*op. cit.:* 193–203).

Kot smo videli, so običajni dnevni scenariji razdeljeni na časovne enote, ki jih konstruirajo gospodinjski dogodki – zajtrk, nakupovanje, kosilo, čas za druženje, obisk, delo, popoldanski počitek, večerni rituali pred spanjem in podobno. Gospodinjstvo in gospodinjsko delo je gotovo ena od najbolj prezrtih tem v družboslovju in vendar je gospodinjska tematika ena od najbolj pogostih v službah skupnostne skrbi. V nasprotju z zavodi se izvajalci skupnostne skrbi neprenehoma pogovarjajo o stvareh, kot so pospravljanje, kuhanje, pranje, pomivanje, nakupovanje, osebna higiena, skrb za onemogle otroke, vzgoja otrok itn. (*op. cit.:* 203)

Poleg gospodinjskih opravkov v kategorijo gospodinjstvo spadajo še naslednji pojmi: spretnosti vsakdanjega življenja, obleka, higiena, urejenost in vzdrževanje stanovanja, prehrana in gospodinjske skrbi, gospodinjstva brez gospodinj in industrijsko gospodinjstvo (*op. cit.:* 206–216).

Posebej zanimiva je tema *gospodinjstva brez gospodinj* (*op. cit.:* 214–215), izraz lahko uporabimo za situacije, kjer lik gospodinje ne obstaja (npr. stanovanjske skupine) in si ga morajo člani gospodinjstva razdeliti.

V gospodinjstvih te vrste del gospodinjskih vlog prevzamejo zaposleni (zlasti organizacijo časa), del vlog zunanji izvajalci (npr. dostava hrane), del vlog pa se prenese na stanovalce. Prav ta razdelitev vlog pa pomeni, da stalno potekajo pogajanja o tem, kaj kdo lahko naredi in kaj mora narediti: »Smo se z ostalimi sostanovalci dogovorili, da gospodu V. glede na to, da je star že 75 let, ni potrebno več opravljati gospodinjskih opravil, kot je na primer čiščenje stanovanja. Gospodu V. dopuščamo možnost, da si pospravi le svojo sobo, v okviru svojih

zmožnosti, ko pa potrebuje pomoč pri gospodinjskih opravilih, skupaj z njim izvedemo več čistilnih akcij.« (*ibid.*)

Potrebe, ki jih imajo ljudje v prostem času, so najbolj raznovrstne. Pogosto so družabne narave, ali pa gre za hobije, šport, zabavo. Prosti čas omogoči posebno vrsto družbene participacije, ki je v načelu prostovoljno in nevezana (*op. cit.:* 216).

Teme prostočasnih dejavnosti so zelo različne. Lahko so povezane s t. i. družbeno nadgradnjo, umetnostjo, kulturo, politiko in celo znanostjo. Lahko so ozko specializirane dejavnosti, kot so zbirateljski hobiji, naredi si sam, pa tudi avtomobilizem in motorizem. Med specializirane sodi tudi šport, ukvarjanje s telesom (fitnes) ali videzom (frizer, kozmetika, obleka), ukvarjanje z živalmi, tudi opoj in omama. To so dejavnosti, ki jih nedvomno počnemo večinoma v prostem času, vendar so za nekatere pomembne prostočasne dejavnosti, ki vsebujejo spodaj opisane značilnosti (rekreacije, pobega, neposledičnosti in družabnosti), za druge pa so predvsem instrumentalnega pomena, se pravi, jih opravijo, ker jih morajo, torej sodijo med opravke in delo v senci (v službi je treba biti urejen in postrizen). Lahko gre za splošne dejavnosti kot npr. ukvarjanje z mediji (časopis, TV, radio, internet), lahko je osrednju splošno dobro (gasilci, Rdeči križ, Karitas), erotika (seks in romantika), odkrivanje novega (potovanja, počitnice, izleti), potrošništvo (nakupi, katalogi). So pa tudi splošne dejavnosti družabnega tipa (npr. klepeti in kavice, zahajanje v gostilne, pohajanje), igre (karte, šah, namizne igre) (*op. cit.:* 217).

1.8.5. Nelagodje v interakciji

Ko govorimo o interakcijskih prekrških, imamo v mislih niz prekrškov, ki bi jim lahko rekli tudi vljudnostni (odmaknjen pogled, kršitev vljudnostne razdalje, pretirana neposrednost ali zadržanost itn.). Te prekrške dnevno delamo vsi brez izjeme in jih hkrati tudi popravljamo z opravičili, pojasnili ipd. Pri ljudeh s prizadetostjo je po eni strani teh prekrškov več, ali pa bolj izstopajo in se po pravilu povezujejo z njihovo stigmo ter manjšajo interakcijsko, posledično pa tudi pogodbeno kredibilnost posameznika (npr. invalid, ki formalno ustreza pogojem delovnega mesta, ga ne dobi, ko ga potencialni delodajalci vidijo in izkusijo interakcijske težave in zadrego) (*op. cit.:* 231).

Flaker et al. (*op. cit.*: 240–241) pravijo, da je najbolj osnovna taktika, ki ni stigmatizirajoča, pustiti človeka, ki dela interakcijske prekrške, pri miru. Druga alternativa stigmativni interakciji je »dedramatizacija«. To pomeni, da prekrškom ne dodajamo dramatičnih (stigmatizirajočih) pomenov oziroma da jim odvzamemo tak pomen, jih “banaliziramo” oz. trivializiramo. Pri tem gre za izločanje dramatičnih relevantnih situacij. Ljudje, ki slišijo glasove, se na primer dostikrat odločijo, da glasove ignorirajo: »Jih pustim, da gredo po svoje. Tako me ne zagrenijo.« Včasih se z njimi dogovorijo, da jih pustijo pri miru, med opravljanjem dela ali v drugih pomembnih situacijah, ali pa se odločijo, da bodo poslušali samo tiste, ki jim hočejo dobro (Romme, Escher 1993, v *ibid.*).

Nekateri svojci ali drugi sopotniki povzamejo našete taktike preokvirjanja, interesa za nenavadnost in možnosti uokvirjanja nenavadnih dogodkov in naredijo sintezo, ki jo poimenujemo *sprejemanje drugačnosti*. Za nekatere lahko bolezen svojca vsebuje posebno eksistencialno sporočilo. Za človeka, ki je bil vse svoje življenje posloven človek, je lahko stiska sorodnika opozorilo, da v življenju obstajajo tudi druge pomembne stvari – človeškost, umetnost, duhovnost, solidarnost. Nekateri poudarjajo zlasti duhovno dimenzijo drugačnosti, norosti, prizadetosti. Tudi uporabniki sami dostikrat svojo stisko pojmujejo kot pomembno duhovno izkušnjo, kot stik z ezoteričnim, izjemnim (*op. cit.*: 250).

Poleg sprejemanja drugačnosti sta še dve taktiki za preokvirjanje nenavadnih dogodkov: humor in spoštovanje (*op. cit.*: 251–252).

1.8.6. Stiki in družabnost

Potreba po stikih in druženju je ena temeljnih človekovih potreb. Človek je družbeno bitje, stiki z drugimi so fiziološka nuja, še toliko bolj pa nuja civilizacije. Brez drugega ne moremo obstati (tudi Robinson je potreboval Petka). Skozi življenje vzpostavljamo veliko zelo različnih stikov, od globokih trajnih vezi z najbližjimi do bežnih vsakdanjih stikov s prodajalko v trgovini. Stiki nas ne glede na vrsto in intenzivnost nekako zaznamujejo, govorijo o tem, kaj smo, govorijo o naši identiteti in lastni vrednosti in omogočijo, da ustvarjamo svet okoli sebe (*op. cit.*: 258).

Posebna vrsta stikov, ki jim ljudje pripisujemo velik pomen, so *usodni* stiki (ljubezen, prijateljstvo, strast). Za te stike je značilna močna, včasih globoka navezanost. Lahko jih

poimenujemo vezi. Ti stiki so še posebno pomembni, ko razmišljamo o dejanjih in odločitvah, ki so življenjskega pomena. So eno od glavnih gibal v posameznikovem življenju, veliko odločitev sprejmemo zaradi ljubezni ali prijateljstva. Zato so ti stiki še kako pomembni pri procesih, ko si ljudje hočejo izboljšati življenje, spremeniti stil, prevzeti druge vloge (*op. cit.:* 260).

Stiki so lahko simetrični ali asimetrični. Za simetrične je značilno, da so enakopravni, da je menjava (podpora, informacija, pričakovanja in zapovedi) dvosmerna in količinsko enaka. Narobe pa je pri asimetričnih stikih menjava enosmerna, ljudje v stiku niso enakopravni. Eden daje, drugi dobiva; eden zapoveduje, drugi uboga, eden sporoča, drugi prejema sporočilo. Simetrični stiki prevladujejo med enakimi, v enakovrednih odnosih, medtem ko so asimetrični stiki značilni za razmerja, ki so neenakopravna, pokroviteljska ali celo zatiralska (*op. cit.:* 260–261).

Značilnosti mrež uporabnikov:

- Šibke mreže. Stigma lahko bistveno preoblikuje odnose in je razlog, da se človek umakne oziroma pretrga stike. Stiki se večinoma ohranijo tam, kjer je uporabnik lahko še vedno človek, kjer ga sprejmejo takega, kot je, in njegova vloga ni omejena zgolj na vlogo osebe z določeno nalepko. Mreže uporabnikov, o katerih govorimo, lahko opišemo tudi kot *revne*, saj je pogosto v njih malo sredstev, informacij in virov pomoči, prav tako tudi spodbud in veselja.
- Otroci in starši. Ljudem z nalepko duševne bolezni se dostikrat zgodi, da jim zaradi življenjskih okoliščin, hospitalizacij in življenjskega stila otroke odvzamejo. Odvzem otroka lahko potem povzroči dodatno stisko in je tudi sam po sebi lahko vzrok za hospitalizacijo.
- Asimetričnost stikov. Asimetričnost stikov se najbolj izrazi v pokroviteljskih odnosih, kjer ima en udeleženec pobudo, odloča, skrbi za drugega, ta pa je od njega posledično odvisen, ostaja pasiven.
- Virtualni stiki.
- Plačani prijatelji. Pogosto so t. i. plačani prijatelji večinski del uporabnikove socialne mreže in so edini stik uporabnika z zunanjim svetom. Z vidika poklicnih pomočnikov se zastavljajo vprašanja bližine in oddaljenosti. Vprašanje izhaja iz tradicionalne

poklicne etike in sloga dela, iz socialne razdalje, ki po navadi loči strokovnjake od uporabnikov, iz praktičnih vprašanj preobremenjenosti strokovnjakov in strahu, da ne bi izgubili poklicne moči. Prijateljski odnosi ali celo prijateljstvo namreč postavi par uporabnik–strokovnjak v egalitarnejše odnose, zaveže strokovnjaka k sodelovanju, spoštovanju odločitev drugega in ustvari zagovorniško držo. Na ta način strokovnjak izgubi del mistike, ki mu pripada, izgubi apriorno moč, ki mu jo daje družbeni mandat, pridobi pa konkretno moč od uporabnika – z reševanjem stvarnih, konkretnih, za uporabnika pomembnih stisk.

- Vrstniške mreže.
- Drama v mreži. Dramatične interakcije ali prekrški se lahko širijo po mreži. Zadeve, ki so sicer situacijsko pogojene, potujejo po mreži, niso samo stvar interaktantov, temveč tudi njihovega omrežja. Da je to mogoče, se morajo pretvoriti v besede, v zgodbo. To pomeni, da se spremenijo iz dejanskih dogodkov v virtualne in poprimejo narativno strukturo drame, vloge, kar je podlaga za stigmatizacijo.
- Spolnost. Živeti v vlogi bolnika pomeni tudi pogrešati partnerstvo in spolnost: »Pogrešam zdravje in dogajanje s puncami, druženje, seks.« Spolnost ni misteriozna tema, o njej veliko in odkrito govorijo. Pogosto imajo vtis, da je njihovo spolno življenje zaradi okoliščin njihove stiske in vloge revno (*op. cit.:* 262–280).

Flaker (*op. cit.:* 284) pravi, da osamitvi uporabnikov prispeva tudi hospitalizacija. Drama hospitalizacije je proces, v katerem (bodočega) uporabnika oziroma pacienta očrnijo, da bi dokazali, da je hospitalizacija nujna. Preobrazi se v duševnega bolnika. Ta proces zbudi na obeh straneh, tako pri protagonistu kot pri njegovih bližnjih, občutek izdajstva temeljne zaveze družine ali prijateljstva – poskrbeti za človeka, ne delati proti njegovi volji, ne ga označiti. Razpoka v odnosih se lahko popravi, lahko pa tudi ne, lahko pride do pobotanja ali zapustitve.

1.8.7. Institucionalna kariera

Ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, velik del življenja preživijo v različnih ustanovah, institucijah, v katerih prihajajo v tesen stik z osebjem in strokovnjaki. Življenjske zgodbe uporabnikov institucije zaznamujejo dogodki, vezani na razmerja med uporabniki in osebjem, ki pogosto vplivajo tudi na subjektivno doživljanje posamezne vloge uporabnika institucije (*op. cit.:* 311).

Med uporabniki dolgotrajne oskrbe zasledimo uporabnike, ki niso bili v institucijah. Med tistimi, ki so bili, pa zasledimo take, ki so jim institucije ostale splošno v dobrem spominu, in take, ki imajo institucije v slabem spominu. Ne glede na to, ali je bila njihova izkušnja ugodna ali neprijetna, imajo podobne predloge in zahteve. Želijo si, da bi imeli večjo izbiro, da bi bili bolj informirani o zdravljenju in obravnavi, v stiki s službami si želijo več vpliva in varstvo ne le pravic, ampak tudi interesov. Mnoge od spodnjih ugotovitev ne veljajo samo za bolnišnice in socialne zavode, temveč tudi za skupnostne službe, ki pogosto prevzemajo institucionalne vzorce (*ibid.*)

Možnost izbire v instituciji ni samodejna, temveč je v korelaciji z značilnostmi posameznika (osebnih okoliščin, statusa, bolezni) in institucionalnega sistema (način, organizacija dela osebja), v katerem biva. Stopnja možnosti izbire je prav zato pri stanovalcih z demenco okrnjena, saj zaradi zmanjšane sposobnosti samoodločanja ne morejo vplivati na delovanje institucije. Osebjem ustreza pokroviteljska drža, da vzdržujejo in povečujejo interese institucije in obenem opravičujejo vlogo strokovnjakov v instituciji. Uporabnik institucije ni v položaju, da bi sploh lahko izbiral. Nima moči, da bi izbiro izpeljal, in je obenem brez pomoči drugih, kajti pomoč v instituciji je domena osebja. Hierarhično razmerje moči med posameznikom in osebjem lahko občasno porušijo zunanji dejavniki (svojci) ali status posameznika (pomembna življenjska zgodba), a so posledice zgolj začasne. Vzpostavitev prvotnega podrejenega položaja uporabnika institucije in nadrejenega položaja osebja je nujna za vzdrževanje institucionalnega sistema (*op. cit.: 314*).

Življenje v ustanovi ali uporaba storitev v skupnosti terja od uporabnika, če se hoče odločati, izbirati, včasih celo preživeti, da ima potrebne informacije. Precej naših sogovornikov ni bilo zadovoljnih s tem, kakšne informacije dobijo, in so večkrat govorili o tem, da si želijo ali potrebujejo informacije o življenju v ustanovi, o zdravlilih in njihovih stranskih učinkih, o poteku zdravljenja in možnih alternativah, o izvenbolnišničnih službah, o zagovorništvu in pravicah (*op. cit.: 316*)

Večje nezadovoljstvo je s tem, kako jih informirajo o zdravlilih. Nekateri zdravnikom zaupajo, češ, oni že vedo, kaj je najboljše, in prepustijo iniciativo zdravniku: »Najraje prepustim odločitev zdravniku glede zdravlil. Mislim, da so zdravniki odkriti z nami in da jim ne smemo nič prikrivati.« Na drugi strani pa imamo uporabnike, ki so čisto nasprotnega mnenja in imajo

povsem drugačne izkušnje z zdravniki in zdravstvenim osebjem: »Zdravnik mi ne pove, če lahko izbiram pri zdravilih, mi samo napiše recept.« V množici zdravil se nekateri ne znajdejo. Nekateri pravijo, da je bilo pred leti še slabše. Zdi se, da se zdravniki bolj potrudijo v zvezi s predpisovanjem in pojasnjevanjem. A se še vedno zgodi, da so uporabniki (npr. v psihiatričnih službah) povsem neinformirani o zdravilih in njihovih stranskih učinkih. Uporabnike najbolj skrbijo stranski učinki zdravil in so o njih tudi pomanjkljivo informirani: »Rad bi, da bi mi psihiater povedal, kakšni so stranski učinki pri tem, kar jemljem.« Prav tako pa ne vedo dovolj o možnostih in podpori prenehanja jemanja zdravil, na koga bi se lahko obrnili, če ne bi želeli več jemati zdravil, in bi jim bil pri tem pripravljen pomagati (*op. cit.:* 317).

Zapleteno je tudi vprašanje informiranja o diagnozah. Včasih kdo sploh ne ve, kakšno diagnozo ima, večkrat ne ve, ali ima tako ali drugačno. »Nekateri vseeno upajo, da diagnoze nimajo prave.« Diagnoze se namreč velikokrat spreminjajo (Rode 1995), so nezanesljive in imajo tudi zelo majhno moč predikcije. Dostikrat ljudje z njimi niso zadovoljni, ker vplivajo na potek njihovega življenja. Nezadovoljstvo je lahko glede tipa diagnoze (kdo je lahko zelo nezadovoljen z diagnozo raka in bi rajši videl, da se ugotovi, da je bila diagnoza napačna). Nekateri pa so na splošno nezadovoljni z nalepko, še zlasti, ko gre za diagnoze duševnih bolezni, pa tudi kakšnih trajnih motenj. Diagnoze niso vzročno-posledično povezane z obravnavo, ki sledi, in tudi ljudje jih zelo različno razumejo. Ravno tako so neinformirani o poteku zdravljenja in možnih alternativah. Pri nameščanju v zavod jim strokovnjaki dostikrat ne povedo, kam jih pošiljajo, jih pa prepričajo o nujnosti: »Še sreča, da je bil prostor, ni bilo kam drugam.« (*op. cit.:* 317–318).

Za institucionalno oskrbo je značilno večplastno prikrajšanje in odrekanje vsakdanjih preprostih pravic. Ljudje govorijo o pomanjkanju zasebnosti, seksualnega in ljubezenskega življenja itn. Pomanjkanje vpliva na življenje v zavodu in prikrajšanje sta posledici povsem strukturnih dejavnikov, ki neposredno izhajajo iz bivanja v ustanovi (izolacija od civilnega sveta, veliko ljudi na kupu itn.), pa tudi prav posebej iz statusa stanovalca ali bolnika, ki je šibek (*ibid.*).

1.8.8. Neumešččenost in pripadnost

Na eni strani so bližnji (starši), ki sinu ali hčeri želijo po najboljših močeh pomagati, čeprav je pogosto na delu še druge vrste ekonomija (na primer, skrb jih čustveno napolni, nahrani sicer izpraznjeno zakonsko življenje, najdejo svojo poklicanost kot aktivisti za pravice ljudi s težavami in duševnem zdravju in njihovih svojcev itn.). Načeloma nič od tega ne škodi, ravno narobe, lahko ima dobre učinke pri emancipaciji svojcev, vendar le, dokler v skrbi in zaščiti ne gredo predaleč in ne poskušajo preko skrbniškega odnosa ponovno pridobiti moči nad šibkim otrokom. Te meje je včasih težko prepoznati. Pogosto pa je uslužno in zaščitniško obnašanje tudi odraz njihove stiske in negotovosti, ko se uporabnik vrne domov, saj jih veliko ne ve, kako naj bi se »prav« obnašali. Občutki krivde, ljubezni in strahu pred prihodnostjo se izmenjujejo z jezo, razočaranjem in zavračanjem. Na drugi strani pa člani družine, ki so izkusili duševne težave, svoj odvisen odnos vzdržujejo iz več razlogov. Večinoma jim drugega ne preostane, saj se iz bolnišnice nimajo kam drugam vrniti kot v družino. Čutijo, da se je njihov položaj v njej spremenil (*op. cit.:* 346–347).

Flaker et. al. (*op. cit.:* 351) pravijo, da neodvisnega življenja se tako ne da reducirati na to, da človek »dela vse sam« in je samostojen pri izvajanju vseh vsakdanjih aktivnosti. Neodvisno življenje je lahko v določenih okoliščinah tvegano, saj je treba narediti korak v prazno, v negotovost. Če je v institucionalnih okvirih posameznikovo življenje zaščiteno, varovano in oskrbovano na način rutinskih praks, pa neodvisno življenje že po definiciji ne more biti predvidljivo, še manj pa se ga da nadzorovati (YHD 1999 v *ibid.*). Na seznamu metod socialnega dela je ocena tveganja tako rekoč kraljica med metodami, ki omogoči uporabnikom, da se izognejo pretirani zaščitniški skrbi strokovnjakov in da imajo možnost tvegati kot vsi polnopravni ljudje. Eno izmed udarnih gesel sodobne družbe je: »Kdor riskira, profitira!« (Flaker 2003: 60 v *ibid.*)

Uporabniki imajo le malo vpliva na pomembne odločitve o svojem življenju. Tega se zavedajo in si želijo, da bi bilo drugače, zlasti ko se odloča o njihovi hospitalizaciji v psihiatrični instituciji. O njihovem življenju odločajo najpogosteje svojci, pogosto pa tudi strokovni delavci (*op. cit.:* 354).

Zagovornika in zagovorniško vlogo so uporabniki (med njimi tudi stanovalci, ki so ključni delavci) opisali s pojmi: »Da te kdo zagovarja.«, »Reče dobro besedo zate.«, »Odvetnik na sodišču.«, »Zastavil je svoje ime.«, »Zastavil je svoj ugled.«, »S stanovalcem se je šel pogajat na tim.«, »Z njim šel do trgovine – sprejel odgovornost.«, »Sem videl, da je izzvan, in sem povedal sestram.«, »Opozorim delavce, če kaj potrebuje.«, »Če se komu godi krivica, povem jasno in glasno na timu.«, »Povem direktno – boljše prva zamera kot druga.«, »Pomagam vsem, najbolj pa moji.« »Ji kaj prinesem, če je žalostna, jo tolažim, če ima slab dan, jo skušam pomiriti in povem vsem, naj bodo potrpežljivi, ker takšna pač je.« (Strmšek 2007, v *op. cit.*: 356) Večina osebja vendarle vidi prednosti v stanovalcih – ključnih delavcih, zlasti zato, ker jih v marsičem razbremenijo njihovega dela, vendar žal stanovalci za to niso plačani. Pomanjkanje denarja in sredstev pa je na poti k samostojnosti in neodvisnemu življenju sploh velika ovira (*ibid.*).

K vsemu temu seveda sodi finančna neodvisnost (zlasti od strokovnjakov). Ideje, ki so v obtoku (tudi med uporabniki), so poleg plačanega dela še uvedba rente, državljski dohodek in neposredno financiranje uslug, na kar so opozorili tudi uporabniki društva Mostovi na javni tribuni (*ibid.*).

Samostojno življenje je pogojna kategorija, pomeni zlasti samostojnost pri odločanju in urejanju svojega življenja in s tem tudi osebno veljavo in manjšo stigmatizacijo [...] (*op. cit.*: 357).

Flaker et. al. (*op. cit.*: 362) razlagajo paradoksalnost tega, da ljudje nekomu pripadamo, a smo hkrati avtonomni posamezniki. Biti avtonomen in hkrati pripadati je mogoče takrat, ko ljudje počnemo pomembne stvari skupaj, se lahko izrazimo in se zabavamo. Biti avtonomen hkrati pomeni tudi, da skrbimo zase in da lahko skrbimo zase tudi takrat, ko drugi skrbijo za nas. Možnosti za pripadnost ponuja druženje z ljudmi, ki so v podobnem položaju, in po drugi strani druženje z različnimi ljudmi iz istega okolja (sosed, sodelavci ipd.). Vir občutka pripadnosti je tudi v vključevanju v različne organizacije in društva. Abstraktni način pripadanja je državljanstvo.

Ljudje, ki se preselijo iz zavoda v stanovanjsko skupino, imajo običajno kar veliko težav, da se vključijo v novo lokalno skupnost; bolje rečeno, »lokalci« imajo težave s tem, da bi prišleke sprejeli kot enakovredne in običajne sosede (*ibid.*).

Dolgotrajne stiske lahko povzročijo, da se mreža stikov in navezav zaradi pomanjkanja sredstev, stigme, hospitalizacije itn., zmanjšuje. Hkrati pa velja tudi, da stiska generira nove povezave. Nekdo, ki je sicer izgubil več prijateljev, je morda našel nove v uporabniškem društvu. Ljudje z dolgotrajnimi stiskami ostanejo povezani zlasti s sorodniki, plačanimi pomočniki in sotrpini. Ljudje, ki imajo izkušnjo dolgotrajne institucionalizacije, pa se bodo bolj verjetno navezali na sostanovalce ali na koga izmed osebja. Če so v teh letih izgubili stike s sorodniki, si morda želijo na novo navezati stike z njimi, kar ni lahko. Pri tem jih lahko spodbuja osebje, zlasti ključni delavec ali kdo drug v mreži pomoči (prostovoljci) (*op. cit.: 364*).

Sinteza pripadnosti in samostojnosti je mogoča zlasti prek solidarnosti, najbolj izražene prek kolektivne emancipacije (npr. boj za pravice, proti stigmatizaciji, proti ukinjanju služb ipd.). Dober zgled sta društvo Mostovi in YHD. Društvi sta tudi primer dobre prakse samozagovorništva, saj krepijo moč ljudi, da bi se znali sami postaviti zase, in vrstniškega zagovorništva, ki temelji na vzajemnosti in solidarnosti ljudi s podobnimi izkušnjami in je tesno povezano z delovanjem uporabniških skupin. Z izrazom kolektivno zagovorništvo navadno označujemo tisto, kar smo opredelili kot družbeno akcijo in se pogosto razvije kot rezultat drugih oblik zagovorništva, zlasti samozagovorništva in vrstniškega zagovorništva (*op. cit.: 364–365*).

2. PROBLEM

Glavni akter empiričnega dela mojega diplomskega dela je človek, ki je velik del svojega življenja preživel v institucijah, še posebej v psihiatričnih bolnišnicah. Je le en izmed mnogih, ki jim je določena institucija predstavljala »dom«. V socialnem varstvu socialne delavke in delavci delajo v različnih institucijah, se srečujejo z ljudmi, ki so v teh dolga leta živeli, nekateri pa se praktično srečujejo z vprašanji in s težavnostjo zagotavljanja oskrbe v skupnosti oziroma na domu človeka. Petrova življenjska zgodba je pomembna za socialno delo, saj se z njegovo situacijo pokažejo primeri konkretnih praktičnih vprašanj organizacije, ki opravlja socialno delo na področju duševnega zdravja v skupnosti z ljudmi, ki imajo dolgotrajne duševne stiske in izkušnje z življenjem v institucijah. Raziskava je pomembna tudi zato, da vidimo, kako se s situacijo posameznega človeka spoprijeti raziskovalno in sistematično ter kako najti odgovore na potrebe. Za socialno delo je pomembno tudi to, da na konkretnem primeru vidimo, kako so socialne in zdravstvene službe ravnale v življenju človeka, katera od teh ravnanj so bila uspešna in so pomenila korake naprej ter katera niso bila in so povzročila nazadovanje in kako so službe vplivale na usodo posameznika, najpomembneje pa je, da se iz tega nekaj naučimo in novo znanje uporabimo za naprej.

Peter je stanovalec stanovanjske skupine v kateri delam. Je eden izmed nekdanjih stanovalcev zavoda, ki se je v okviru gibanja Iz-hod preselil v Ljubljano. Njegova življenjska zgodba je zanimiva in zapletena ter v večjem delu in večini sodelavk in sodelavcev neznana. Pri praktičnem delu s Petrom sem se znašla v zagati. Meseca junija je namreč prostovoljno odšel na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico, vendar bi zdaj rad odšel nazaj domov, a to ni mogoče zaradi različnih razlogov. Pri njegovih interesih ga podpiram, vendar potrebujem novo znanje za nadaljnje delo in analizo različnih procesov v preteklosti. Ugotoviti želim, kakšne so bile njegove izkušnje z življenjem v različnih socialnih in zdravstvenih zavodih in kakšna je bila vloga centrov za socialno delo v njegovem življenju. Raziskala bi rada tudi njegove potrebe in odgovore nanje.

V raziskavi želim odgovoriti na naslednja vprašanja:

1. Kakšne so bile njegove življenjske izkušnje glede institucionalizacije in hospitalizacije – institucionalna kariera?
2. Katere so njegove potrebe in odgovori nanje?

3. Kakšna je bila vloga centrov za socialno delo v njegovem življenju?

3. METODOLOGIJA

3.1. VRSTA RAZISKAVE, MODEL RAZISKAVE IN SPREMENLJIVKE

Raziskava je singularna študija primera, saj je raziskovanje potekalo na podlagi posameznega primera – posamezne osebe in gre za, kot razlaga Mesec (1998: 45), opis značilnosti primera in dogajanja in opis procesa odkrivanja teh značilnosti, to je procesa raziskovanja samega.

Študija je kvalitativna, saj je raziskava pri kateri (*op. cit.:* 26) sestavljajo osnovno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, besedni opisi ali pripovedi, in v kateri je to gradivo tudi obdelano in analizirano na beseden način brez uporabne merskih postopkov.

Za raziskavo v obliki singularne študije primera sem se odločila zaradi praktičnega problema pri svojem delu, kar je tudi poglobilni kriterij tovrstne študije. Študijo posameznega primera sem izbrala zato, ker sem želela podrobneje raziskati uporabnikovo življenjsko zgodbo (posebej vidike, ki sem jih oblikovala v raziskovalna vprašanja), ki je zelo specifična, razumevanje njegove zgodbe pa ima vpliv na njegovo sedanost in nadaljnjo kvaliteto življenja. Mesec (*op. cit.:* 44) pravi, da nam pri proučevanju posameznega primera ni do tega, da bi ugotovili pogostost različnih značilnosti pri določeni vrsti primerov, da bi ugotovili, kaj je tipično in kaj izjemno, ampak da bi odkrili konkretne splete značilnosti, različne poteke dogodkov in raznolične možnosti doživljanja in ravnanja sistemov.

Spremenljivke, ki so me zanimale, so institucionalna kariera – izkušnje z institucionalizacijo in hospitalizacijo, vloga centrov za socialno delo pri tem in uporabnikove potrebe ter odgovori nanje.

3.2. MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV

Podatke za raziskavo sem dobila iz organizacijskih uradnih dokumentov (pogodb, delovnih poročil, dogovorov, dopisov, zapisnikov, dosjejev o primeru, zapisnikov in sklepov sodišča, iz analiz tveganja in osebnega načrta), iz organizacijskih neuradnih dokumentov (neformalnih

poročil in beležk ter zapisnikov delovnih sestankov) ter iz delno strukturiranega intervjuja z uporabnikom.

Zgoraj navedene sekundarne podatke sem dobila iz treh različnih ustanov, v delo katerih je bil uporabnik vključen: iz psihiatrične bolnišnice, centra za socialno delo in nevladne organizacije. Iz psihiatrične bolnišnice sem dobila uporabnikove odpustne liste. V večini teh dokumentov sem izvedela datum (od do) in trajanje hospitalizacije (število hospitalnih dni), diagnozo, ki so mu jo ob sprejemu določili, vzroke za prihod v bolnišnico (na primer: starši so opazili nenavadno obnašanje, njegovi svetovni nazori so postali ekstremni itd.) in način prihoda (na primer: prišel je v spremstvu staršev, prisilna hospitalizacija, pripeljali so ga iz druge bolnišnice itd.) ter povzetke njegovega zdravstvenega stanja in vedenja na oddelku in kako se je to sčasoma spreminjalo. V nekaterih listinah so bila zapisani stavki, ki so se nanašali na mnenje zdravnice ali zdravnika o njegovi možnosti za življenje izven institucije. Vsi navedeni podatki so bili pomembni za vprašanja, ki so me v raziskavi zanimala, vendar je vsebina dokumentacije prešibka, da bi lahko poglobljeno raziskala njegove okoliščine hospitalizacije, vzporedne procese in dogajanja, predvsem pa nisem dobila pogleda v socialni kontekst tega vidika zgodbe. Vsa dokumentacija iz bolnišnice skupaj znaša trinajst strani, kar je precej skopo gradivo, glede na to, da je njegova hospitalna kariera trajala več kot trideset let.

Na centru za socialno delo sem ob prisotnosti socialne delavke pregledala celoten spis. Vsebina spisa so bile kopije sklepov sodišča, dopisi in vabila iz sodišča, zapisnik timskega sestanka, dopis nepremičninske agencije, uradni zaznamki in povzetki dveh pogovorov z uporabnikom ter dopisi iz psihiatrične bolnišnice. Vsa dokumentacija je relevantna za raziskavo, še posebej za drugo raziskovalno vprašanje. Vsebina dokumentacije se je nanašala predvsem na delo, ki je bilo za uporabnika opravljeno in na urejanje njegovega statusa (opravilna sposobnost, postavitve skrbnika za poseben primer).

Najobsežnejše gradivo sem pridobila iz skupnostne službe v kateri delam in v katero je Peter vključen. Dokumentacija so osebni načrti in revizije, analize tveganja, dopisi, pritožbe, delovna poročila, zapisniki sestankov, dogovori in pogodbe. Gre za celotno dokumentacijo, ki je nastala v času uporabnikovega bivanja v stanovanjski skupini in se nanaša na urejanje njegovega financiranja in drugih formalnosti, na konkretne metode dela, dokumentacijo, ki je v osnovi bila napisano v zagovorniških procesih pri delu. Glede tretjega raziskovalnega

vprašanja so bili pomembni osebni načrt in revizije, analize tveganja, glede drugega vprašanja pa različni dopisi, delovne beležke in pritožbe. Dokumentacija se nanaša na življenje v skupnosti in ne na uporabnikovo preteklost, je obsežna in vsebinsko bogata, kar je poglobljena razlika med gradivom iz prejšnjih dveh ustanov. Kljub temu v raziskavi ni zavzela večine relevantnih pojmov, temveč podoben delež kot dokumentacija iz bolnišnice in centra za socialno delo, razmerje je približno enako.

Četrty vir empiričnih podatkov sem pridobila z intervjujem. Pri delno strukturiranem intervjuju sem naredila oporne točke (na primer: otroštvo, mladost, družina, prva hospitalizacija itd.) kot vodilo za pogovor, ki je potekal prosto. Teme pogovora sem zastavila širše – ne zgolj iz raziskovalnih vprašanj, saj velikokrat z »obrobnim« pogovorom izvemo kaj več o temi, ki nas zanima, tako se je izkazalo tudi pri pogovoru z uporabnikom. Vsebina pogovora se je nanašala na celotno Petrovo življenje, od otroštva do zdaj. V prvih dveh srečanjih sva govorila o njegovem življenju v skupnosti – v stanovanjski skupini. Pri vprašanjih so moji opomniki bile kategorije dolgotrajne oskrbe (Flaker *et. al.* 2008). Iz pogovora sem izvedela, kaj Peter misli o razlikah, prednostih in slabostih življenja v zavodu in življenja v skupnosti, o tem, kateri vidiki pomoči in podpore v vsakdanjem življenju so mu najpomembnejši, kaj pri delu skupnostne službe najbolj pogrša in kaj ceni, o lastnostih zaposlenih in prostovoljk in prostovoljcev, o denarju in delu. V naslednjih dveh srečanjih sva se pogovarjala o tem, kako je preživel otroštvo, kaj je rad počel, o družini in odnosih, o obdobju mladosti, o usodnem dogodku v njegovem življenju, o ljubezni, ženskah in otrocih, o njegovi religiji, življenjskih načelih in modrosti in stilu življenja ter o institucijah, v katerih je živel. Z intervjujem sem pridobila nekaj podatkov, ki so govorili o potrebah in odgovorih nanje, predvsem pa je intervju zaokrožil zgodbo in dodal širino in kontekst nekaterim drugim podatkom, kar pa je v socialnem najpomembneje, prikazal je uporabnika tako, kot se vidi sam in njegovo interpretacijo preteklih dogodkov.

3.3. POPULACIJA IN VZORČENJE

Raziskava temelji na posameznem primeru – eni osebi. Peter ima nekaj čez petdeset let in živi v stanovanjski skupini. Vključen je v program nevladne organizacije na področju duševnega zdravja v skupnosti. Pred tem je nekaj časa bival v socialnovarstvenem zavodu in se je v

okviru gibanja Iz-hod odločil za bivanje v Ljubljani. Od svojega dvajsetega leta naprej ima izkušnje s hospitalizacijami v psihiatričnih bolnišnicah.

3.4. ZBIRANJE PODATKOV

Vse podatke sem zbrala meseca septembra 2011. Z uporabnikom sem v štirih srečanjih opravila intervju. Na svojem delovnem mestu sem zbrala vso dokumentacijo, ki se nanaša nanj, šla sem na pristojni center za socialno delo in si v prisotnosti uradne osebe izpisala vse relevantne podatke za raziskavo. Iz psihiatrične bolnišnice pa so mi dokumentacijo poslali po pošti. Pred začetkom raziskovanja sem se o diplomski nalogi pogovarjala z uporabnikom, ki mi je dal pisno in ustno soglasje za študijo primera, prav tako je pisno in ustno dovolil vpogled v dokumentacijo v zgoraj omenjene ustanove, to dovoljenje sem priložila k prošnjam za vpogled v dokumentacijo.

Raziskovalno gradivo sem uredila tako, da sem vso pridobljeno dokumentacijo na vrhu vsakega posameznega dokumenta opremila z datumom, avtorjem oziroma avtorico in jih kronološko vložila v osnovni register (mapo). Iz kopij dokumentov sem oblikovala registre po stvarnih kriterijih – po področjih, ki so me v raziskovanju zanimala (institucionalna kariera, vloga centra za socialno delo in potrebe ter odgovori nanje). Znotraj treh tematskih registrov sem dokumente uredila kronološko. Kronološki in tematski vidik sem kombinirala.

Zaradi preobsežne dokumentacije sem nekatere dokumente z opuščanjem gradiva in izjav skrajšala ter oblikovala krajše povzetke. Na primer: dokumentacijo centra za socialno delo sem strnila v en obsežnejši zapis, ki je jasno določal datume in avtorje posameznih delov besedila dokumenta ter vsebino. Dokumentacijo iz nevladne organizacije sem pustila v začetni obliki, saj dodatno urejanje ni bilo potrebno, prav tako dokumente iz psihiatrične bolnišnice. Delno strukturiran intervju sem strnila v pripoved.

Po fazi urejanja podatkov sem ugotovila, da je bilo zbiranje v nekaterih delih pomanjkljivo. Dokumentacija, ki se nanaša na institucionalno kariero, bi morala biti obsežnejša oziroma bi nam morala povedati več. Podatki so iz psihiatrične bolnišnice, ki zavzema medicinski vidik, o tem delu njegovega življenja pa ne izvemo nič socialnih in drugih okoliščin. Raziskavo bi bilo smiselno dopolniti z zapisi pogovorov oseb, ki so bile del njegove preteklosti, saj nam

upoštevanje zgolj medicinskega vidika ne pojasni celotne slike. Dobimo sicer pomembne podatke – kot je npr. dejstvo glede tega, koliko let je preživel v bolnišnici in zavodu, ne izvemo pa, kako so na to gledali njegovi sorodniki in prijatelji, kakšne posledice je hospitalizacija prinesla.

3.5. OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Podatke sem obdelala kvalitativno.

Iz urejenega besedila sem določila enote kodiranja. Besedilo sem razčlenila tako, da sem določene dokumente in dele besedil izpuščala, podčrtala sem dele, ki sem jih nameravala kodirati. Nekatere nepodčrtane dele sem izpustila, ker niso bili relevantni, druge pa sem pustila, ker sem jih dojela kot pomembne za kontekst izbranih delov besedila. Enote sem po vrstnem redu oštevilčila. V tej fazi sem zaradi varstva osebnih podatkov spremenila uporabnikovo ime in ga poimenovala kot Petra W. Nekatera druga imena sem zaradi istega razloga spremenila ali navedla samo spremenjene začetnice imena in priimka.

Primer:

46. Želim takšnega prostovoljca, da želi pomagati ljudem v stiski in rešiti socialne probleme na moderen način. Da je odkritosrčen, do vzeten za duhovne vrline, da je religiozen, da se bori za pravičnost in da je iskren, da ima ljubezen v srcu, da ima ljubezen do otrok, da je pošten, da je iskren, da je praktičen, da kaj naredi in da je vegetarijanec, da je odprtega duha in nadarjen za umetnost. Če bi bilo več takšnih ljudi, bi bil svet lepši. S prostovoljci se pogovarjam, plešem na Metelkovi, skupaj še z drugimi puncami, poslušam glasbo, filozofiram, modrujem, se hecam in včasih norčujem iz drugih ljudi. Da je odprtega duha in nadarjen za umetnost.

Raziskovalnih enot kodiranja je skupaj 60 strani in zajemajo 283 pojmov. Zato sem v prvi prilogi obseg strani omejila in število prikazanih pojmov zmanjšala na 18 strani in 114 pojmov. Ostale enote kodiranja so dosegljive pri avtorici.

V fazi odprtega kodiranja sem enotam kodiranja pripisala pojme. Delno sem pojme določila zdravorazumsko, delno pa iz teorije: kategorij in podkategorij dolgotrajne oskrbe (Flaker *et.*

al. 2008). Zaradi lažjega pregleda sem izdelala tabelo, ki na eni strani vsebuje število enote besedila in na drugi strani pripisani pojem.

Primer pripisovanja pojmov:

46. Želim takšnega prostovoljca, da želi pomagati ljudem v stiski in rešiti socialne probleme na moderen način. Da je odkritosrčen, do vzeten za duhovne vrline, da je religiozen, da se bori za pravičnost in da je iskren, da ima ljubezen v srcu, da ima ljubezen do otrok, da je pošten, da je iskren, da je praktičen, da kaj nared in da je vegetarijanec, da je odprtega duha in nadarjen za umetnost. Če bi bilo več takšnih ljudi, bi bil svet lepši. S prostovoljci se pogovarjam, plešem na Metelkovi skupaj še z drugimi puncami, poslušam glasbo, filozofiram, modrujem, se hecam in včasih norčujem iz drugih ljudi. Da je odprtega duha in nadarjen za umetnost. *Lastnosti prostovoljca*

V drugi prilogi sem gradivo odprtega kodiranja zmanjšala na 17 strani in 103 pojme, saj je ena priloga na 60 strani preobsežna. Celotno odprto kodiranje je na voljo pri avtorici.

Tabela 3.1: Primer – število enote kodiranja in pripisani pojmi

43.	<i>Odnos zaposlenih</i>
44.	<i>Lastnosti zaposlenih</i>
45.	<i>Podpora</i>
46.	<i>Lastnosti prostovoljca</i>
47.	<i>Pomanjkljivost pri zaposlenih</i>
48.	<i>Socialna služba</i>
49.	<i>Kontrole pri psihiatrinji</i>

V drugi fazi sem pojme med seboj primerjala in jih združila v širše kategorije in podkategorije. Glavne kategorije so kategorije potreb dolgotrajne oskrbe (Flaker *et. al.* 2008). Prav tako sem nekatere podkategorije vzela iz indeksa potreb dolgotrajne oskrbe (npr. bivati v skupnosti, krivica nalepke), nekatere pa sem določila sama (npr. koordinacija obravnave v skupnosti, odnos do zdravja in bolezni).

Tabela 3.2: Primer kategoriziranja pojmov

1. NAMESTO HOSPITALIZACIJE IN INSTITUCIONALIZACIJE	
1.1. Bivati v skupnosti	
21.	<i>Razlika med življenjem v zavodu in življenjem v skupnosti</i>
22.	<i>Razlika med življenjem v zavodu in življenjem v skupnosti</i>
25.	<i>Zasebnost</i>
27.	<i>Razlika med življenjem v bolnišnici in življenjem v zavodu</i>
31.	<i>Razlika med življenjem v zavodu in življenjem v skupnosti</i>
35.	<i>Svoboda</i>
52.	<i>Napredovanje</i>
59.	<i>Svoboda</i>
78.	<i>Življenje v stanovanjski skupini</i>
90.	<i>Napredovanje</i>
1.2. Služba v skupnosti	
38.	<i>Socialna služba</i>
39.	<i>Moralna podpora</i>
40.	<i>Delo socialne službe</i>
41.	<i>Lastnosti zaposlenih</i>
43.	<i>Odnos zaposlenih</i>
44.	<i>Lastnosti zaposlenih</i>
45.	<i>Podpora</i>
46.	<i>Lastnosti prostovoljca</i>

Nato sem na kratko analizirala pojme in kategorije in odkrivala značilnosti pojmov in njihove vrednosti.

Primer:

Koordinacija obravnave v skupnosti prikaže uporabnikove izkušnje, način dela ter postopke z njim iz dveh različnih centrov za socialno delo ter treh različnih koordinatorjev oziroma koordinatorok obravnave v skupnosti. Vloga osebnega načrta v procesih dela v različnih institucijah in njegove vsebine. Podkategorija *center za socialno delo* prikaže nekatere vsebine dela centra za socialno delo – kaj je center za socialno delo opravil za uporabnika in kakšen je bil proces dela – kako je delo potekalo v povezavi z uporabnikom. V podkategoriji

krizni tim so vsebovani pojmi, ki pojasnijo vedenje uporabnika v krizi, odziv drugih ljudi na krizo (sostanovalcev, zaposlenih in drugih članov kriznega tima), vedenje uporabnika in odnos do okolja, ko ni v krizi, aktivnosti kriznega tima – kaj tim počne za uporabnika in z njim in odnos nekaterih zaposlenih do uporabnika v krizi in strategijo za razbremenitev uporabnika.

V naslednji fazi sem izmed velikega števila pojmov in podkategorij izbrala tiste, ki so se mi zdeli relevantni za problem in namen raziskave. Nekatere pojme, ki so se nanašali na podobno ali enako vsebino, sem združila. Zaradi lažje preglednosti in nadaljnjega definiranja kategorij in pojmov sem pojmom v tabeli dodala vsebino. Po tej ureditvi sem ugotovila, da sem nekatere pojme nesmiselno določila kot podkategorije, po vsebini pa so v bistvu bolj ustrezali v drugo kategorijo. V takšnih primer sem potem pojme premaknila v drugo kategorijo, nekatere podkategorije pa izbrisala. Na primer: *zagovornišтво* sem v prejšnji fazi kategoriziranja izbrala kot podkategorijo, v tej fazi sem ugotovila, da vsebina pojma *zagovornišтво* spada v podkategorijo *služba v skupnosti*, poleg tega ne tvori raznolike vsebine, ki bi zahtevala svojo kategorijo, in sem ga zato premestila tja.

Tabela 3.3: Primer izbora relevantnih pojmov in kategorij

1. NAMESTO HOSPITALIZACIJE IN INSTITUCIONALIZACIJE	
1.1. Bivati v skupnosti	
21.	<i>Razlika med življenjem v zavodu in življenjem v skupnosti</i>
22.	
31.	
59.	
<p>Med zavodom in stanovanjsko skupino je razlika 1000:1. V Ljubljani sem svoboden, imam iste pravice kot drugi ljudje, počutim se enakovrednega drugim ljudem, tam sem se počutil manjvrednega. Zdaj se počutim bolj kot drugi ljudje, lahko si poiščem delo, to tudi nameravam in bom lahko delal, če ne bo problem, ker sem invalidsko upokojen.</p> <p>V Hrastovcu si nisem mogel sam kuhati, zdaj si lahko sam skuham ali si s sostanovalci in socialnimi delavkami kaj skuhamo skupaj. Najbolj uživam, ko si sam pripravim hrano – zelo rad si sam skuham, pa tudi obiskom, ko pridejo – ena velika razlika v vsakdanjem življenju med zavodom in stanovanjsko skupino.</p> <p>Tekom Iz-hoda sem se preselil v Ljubljano, kjer je dosti boljše kot v Hrastovcu. Svoboden sem. Nihče me ne nadzira, ne rabim jest tablet, grem, kadar mi paše, pridem, kadar hočem.</p>	
25.	<i>Zasebnost</i>
V Hrastovcu smo bili štirje v sobi, tukaj imam svojo sobo in mi to ogromno pomeni.	
27.	<i>Razlika med življenjem v bolnišnici in življenjem v zavodu</i>
Bolje pa je bilo v Hrastovcu kot na psihiatriji, ker sem bolj svoboden, veliko sem hodil izven Hrastovca – veliko sem sprehajal okrog po vseh poteh, samo ob določeni uri sem prišel na kosilo/večerjo itd. V bolnici pa mi niso zaupali, sem bil zaprt, ker jih je bilo strah, da bom pobegnil. Sploh pa ne bi zdaj več nikamor pobegnil.	
52.	<i>Napredovanje</i>
Peter veliko bere, piše, slika in se pogovarja. V Ljubljani si je pridobil nove prijatelje ter prijateljice, osvojil gospodinjске navade, predvsem pa je razumljiv in spoštljiv sostanovalec.	
59.	<i>Svoboda</i>
255.	<i>Stanovanjska skupina</i>
V stanovanjski skupini imam enkratno sobico, uredil sem si jo po svoje. V stanovanju imam eno cimro in dva cimra. Prej je bil še A. Prostovoljko K., ki je prej bila pri nas na praksi, imam zelo rad. Komaj čakam, da pridem nazaj domov – v stanovanjsko skupino, to je zdaj moj cilj. Tam mi je res dobro in lepo. Vse bom upošteval, kar smo se dogovorili, ko smo delali načrt. Glasbo bom imel na tiho, nikogar ne bom budil.	
1.2. Služba v skupnosti	
38.	<i>Socialna služba</i>
IN Agencija je izredno pozitivna, toliko mi pomagajo, da kaj takega nisem pričakoval, presenečen sem, da se tako zavzimate za mene, vidim, da niste samo v službi, ampak da ste moji prijatelji. Iz Agencije mi pomagata tako, da čistite stanovanje, nakupujete.	
39.	<i>Moralna podpora</i>

Predvsem je za življenje zunaj potrebna moralna podpora, tega pa imam jaz v izobilju	
40.	<i>Delo socialne službe</i>
Potem pa tudi formalno – da se poštimate pogoji za bivanje. Jaz vidim, da vi delate samo dobro, skrbite za nas kot za majhne otroke, sploh ne rabimo s prstom migniti in imamo vse. Pa še ... pomagata, ki je invalid, pa ... pomagata, ki skrbi za vse.	
41.	<i>Lastnosti zaposlenih</i>
44.	
S strani zaposlenih mi veliko pomeni toplina, človeškost, prijateljski odnos, to najbolj. Pomembne lastnosti socialne delavke so pozitivna naravnost, prijaznost, odprta za pogovor, da govori resnico in mi nič ne prikriva, neposredna in prijateljsko naklonjena.	
43.	<i>Odnos zaposlenih</i>
Idealna socialna delavka bi bila takšna kot si ti. To pomeni, da je ful pozitivna, boljše bitje kot si ti, za mene ne more biti, da bi bila tako ustrezljiva in prijazna. Da je ustrezljiva, da ne ukazuje, me ne komandira, kot da sem otrok. Da razrešuje konflikte s pogovorom.	
45.	<i>Podpora</i>
Pomoč in podporo mi mora nuditi pri iskanju partnerke, saj je veliko deklet, ki so osamljene, telefon rabim.	

V zadnji fazi obdelave in analize podatkov sem kategorije, podkategorije in pojme definirala. Na podlagi empiričnega gradiva sem oblikovala besedilo, s katerim sem izrazila bistvo pojmov in kategorij ter jim določila pomen.

Primer:

Kategorija *institucionalna kariera* vsebuje podatke o večini uporabnikovih hospitalizacij, diagnozah, ki so mu jih določili pri sprejemih in vzrokih za hospitalizacije. Poleg tega je večini hospitalizacij vidno, kakšen je bil sprejem (z njegovim soglasjem ali brez), kakšen je v tistem trenutku bil njegov odnos do medikamentozne terapije, kako se je vedel in funkcioniral na oddelku in potem po odpustu. Posebej je obravnavana hospitalizacija tekom njegovega bivanja stanovanjski skupini, skupaj z vzroki za le-to in nekaterimi drugimi okoliščinami. Iz pojmov kategorije izvemo, da je uporabnik imel nekajletni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in različna dogajanja v bolnišnici in izven nje v tem času. Pomemben del kategorije so zdravila; iz več pojmov je razviden uporabnikov odnos do zdravil in želje glede tega, nekatera mnenja glede zdravil s strani zdravnikov oziroma zdravnic ter povezavo pojma *dobra socializacija* z zdravili. Iz prvega pojma lahko sklepamo, kako Peter vidi sebe v povezavi z »boleznijo«. Podkategorija *izkušnje s hospitalizacijami v psihiatrični bolnišnici* predstavlja dvanajst hospitalizacij tekom Petrovega življenja. Vsaka zapovrstna

hospitalizacija je navedena kot posebna podkategorija in pri vsaki nam pojem *trajanje hospitalizacije* pove, koliko časa je trajala hospitalizacija in datume (npr. prva hospitalizacija: 21. 12. 1977–9. 6. 1978), pri nekaterih hospitalizacijah pa je navedeno tudi točno število hospitalnih dni. Pri večini hospitalizacij je obrazložen vzrok hospitalizacije, kot so ga v poročilih zapisali zdravniki in uporabnikovo stanje ob prihodu, med hospitalizacijo in po odpustu. Vsaka podkategorija pove določeno diagnozo oziroma več diagnoz, ki so bile določene ob sprejemu.

4. REZULTATI

4.1. NAMESTO HOSPITALIZACIJE IN INSTITUCIONALIZACIJE

Peter opaža velike razlike med življenjem v zavodu in med življenjem v skupnosti. Odkar se je preselil v skupnost, se počuti bolj svobodnega in enakovrednega drugim ljudem, zdaj mu je boljše tudi zato, ker si lahko sam pripravlja hrano in ker ima v stanovanjski skupini svojo sobo, ki mu je zelo všeč. Pridobil si je nove prijatelje in prijateljice ter osvojil gospodinjske navade. Ko primerja življenje v bolnišnici in življenje v zavodu, pa pravi, da mu je bilo boljše v zavodu, ker je bil bolj svoboden. Vključen je v program službe v skupnosti, ki mu pomaga pri gospodinjskih opravilih, različnih formalnostih in zagovarjanju njegovih interesov, z njihovim delom je v osnovi zadovoljen. Za življenje zunaj zavoda se mu zdi pomembna predvsem moralna podpora, ki je ima v izobilju. Lastnosti zaposlenih, ki so mu najbolj pomembne, so toplina, človeškost in prijateljski odnos, poleg tega pa še prijaznost, odprtost za pogovor in ustrežljivost. Podpore potrebuje pri iskanju partnerke. Pri zaposlenih čuti pomanjkanje pomoči pri iskanju dela in uresničevanju ciljev iz osebnega načrta, želi si, da bi se to spremenilo. S prostovoljci gre rad na zabavo plesat, z njimi posluša glasbo, modruje in šali, kdaj tudi na račun drugih.

Peter se je takoj po začetku bivanja v stanovanjski skupini vključil v koordinacijo obravnave v skupnosti na pristojnem centru za socialno delo. Njegova koordinatorica obravnave v skupnosti je navedla, da je edina zahteva za vključitev v obravnavo uporabnikovo sodelovanje pri pripravi načrta in njegovem izvajanju ter sodelovanje vseh članov multidisciplinarnega tima, za sklic le-tega ima koordinatorica mandat. Načrt obravnave v skupnosti pomeni načrt podpore in pomoči pri življenju v skupnosti, ki ga dnevno izvajajo delavci službe v skupnosti. Izvajanje ciljev in ukrepov iz načrta koordinira in spremlja koordinatorica. Peter je s koordinatorico obravnave v skupnosti zelo zadovoljen. Meseca junija 2011 sta koordinatorja obravnave v skupnosti iz lokalnega centra za socialno delo brez vednosti delavk skupnostne službe in uporabnikove koordinatorice ter brez Petrove vednosti vpogledala v njegov spis v socialnovarstvenem zavodu. Odkrila sta, da je bil Peter pred približno trinajstimi leti obsojen za hujše kaznivo dejanje. Menila sta, da so drugi stanovalci stanovanjske skupine v nevarnosti. Zato sta od delavk skupnostne službe zahtevala mnenje Petrove psihiatrinje, ki bi

naj vsebovalo ocenitev primernosti oziroma sposobnosti Petra za življenje v stanovanjski skupini. Podala sta navodilo, da mora psihiatrinja pred izdajo mnenja pregledati vso Petrovo zdravstveno in drugo dokumentacijo. »Poseg X. D. in Y. F. koordinatorjev obravnave v skupnosti ni samo neupravičen, temveč je tudi etično, zakonsko vprašljiv in v marsičem škodljiv. Tudi če bi namreč bilo potrebno ukrepati zaradi pereče nevarnosti, bi to morala storiti v skladu s črko in duhom zakona o varovanju osebnih podatkov. Nedopustno je namreč mimo vedenja uporabnika zahtevati zelo intimne podatke iz njegovega spisa. Poleg tega nista imela nobenega drugega pooblastila (nista Petrova ključna delavca, koordinatorja ali karkoli drugega).«

Okrajno sodišče je 3. 5. 2004 na pristojni center za socialno delo poslalo prošnjo za postavitve skrbnika za posebni primer, zaradi zapuščinskega postopka in zaradi Petrovega zdravljenja v psihiatrični bolnišnici. 12. 5. 2004 je center za socialno delo sodišču odgovoril, da se Peter v postopku lahko zastopa sam, v primeru vprašljive opravilne sposobnosti pa so potrebne predhodne ugotovitve. 15. 10. 2004 se je center za socialno delo obrnil na psihiatrično bolnišnico, saj jim je nepremičninska agencija poslala dopis 12. 10. 2004, v katerem jih je zanimala Petrova sposobnost razpolaganja z lastnim premoženjem, saj jih je Peter želel pooblastiti za prodajo stanovanja. Center je ugotovil, da Peter ima opravilno sposobnost, vendar so želeli pridobiti mnenje psihiatrične bolnišnice: »Prosimo, da nam glede na njegovo zdravstveno stanje sporočite ali je imenovani sposoben razpolagati s svojim premoženjem (po sklepu o dedovanju), koliko časa bo predvidoma še hospitaliziran glede na varstveni ukrep iz leta 1999 ter ali bo po končanem zdravljenju sposoben samostojnega življenja«. V naslednjem dopisu se je bolnišnica glede Petrove sposobnosti opredelila na pravi način, zato je center za socialno delo 6. 12. 2004 še enkrat poslal dopis, v katerem je pozival bolnišnico k opredelitvi tega, ali Peter razume pomen svojih dejanj ali ne, saj so potrebovali zdravniško potrdilo. 16. 10. 2004 so se zaposleni na centru za socialno delo na timskem sestanku odločili, da za Petra skrbništvo za poseben primer ne pride v poštev, če bi ga pa bilo potrebno dejansko zaščititi, bi bil potreben predlog za odvzem poslovne sposobnosti. Še isti dan so svojo odločitev poslali bolnišnici. 24. 11. 2005 je Petra v bolnišnici obiskala socialna delavka iz centra za socialno delo, pogovarjala sta se o njegovem življenju in željah, povedal ji je, da je pooblastil prijateljico za prodajo stanovanja. Socialna delavka je omenjeni prijateljici še isti dan poslala vabilo na razgovor. 22. 12. 2005 je Petra ponovno obiskala v bolnišnici in mu povedala, da se njegova prijateljica ni odzvala vabilu in da je izvedela, da več ne živi na naslovu, na katerem je živela prej. Strinjala sta se, da zadevo prijavita policiji. 3. 3. 2009 je sodišče poslalo vabilo

na zaslišanje na center za socialno delo zaradi Petrovega pridržanja oziroma varovalnega ukrepa. 10. 3. 2009 je center za socialno delo sodišču odgovoril z dopisom, ki je vseboval naslednje besedilo: »V zvezi z vabilom, ki smo ga prejeli v zadevi pridržanja W. Petra roj. ..., stan. ..., sedaj varovanca zavoda Hrastovec-Trate, vam sporočamo, da je za imenovanega zaradi narave duševne bolezni oz. duševnega stanja pridržanje v zavodu Hrastovec-Trate primerno, saj je zagotovljen nadzor in varnost zanj, prav tako pa tudi varnost drugih ljudi in premoženja. Pridružujemo se mnenju zdravnika specialista psihiatra, ki bo v postopku podal svoje ugotovitve.«

Peter je okrog novega leta »padel« v krizo, postal je bolj aktiven, z njim se je bilo težko dogovarjati. Skupnostna služba je organizirala krizni tim, izdelali so analize tveganja, v stanovanjski skupini so povečali prisotnosti in delali intenzivnejše. Peter pravi, da je potreba po kriznem timu bolj v glavah drugih, a hkrati pravi, da kadar je še bolj nenavaden kot ponavadi, mu pomaga spanje in baldrijan in to, da je nekdo ob njem. V krizi je tim skupaj s Petrom določil naslednje aktivnosti: obiski in pitje kave ter čaja, učenje dela na računalniku in mobitelu, obiski muzejev, kina, gledališč, reševanje križank itd.

4.2. DELO IN DENAR

Peter se ni nikoli zares zaposlil, razen enkrat – zaposlen je bil dva dneva in pol. Ima pa izkušnje z delom v zavodu, kjer je pomagal v knjižnici. Zdaj si želi delati, da bi imel plačo in da bi zjutraj vstajal. Delal bi karkoli, pomembno mu je to, da bi bilo primerno plačilo – toliko, da bi lažje živel. Na začetku bi potreboval podporo pri delu – da bi nekdo hodil z njim v službo. Upokojil se je leta 1981.

Petru primanjkuje denarja, ima ga absolutno premalo. Če bi imel več denarja, bi si kupil boljšo hrano – več sadja, kupoval bi cigarete Marlboro. Obiskoval bi likovne razstave in šel gledat filme. Z njegovimi sredstvi razpolaga skupnostna služba za življenjske stroške in izvajanje programa in osebnega načrta. Tudi v preteklosti, ko je živel doma, je oče razpolagal z njegovim denarjem. Za nadalje ima v načrtu večjo moč pri razpolaganju z denarjem, da bi imel nekaj denarja zase, pri tem pa bo potreboval pomoč.

4.3. VSAKDANJE ŽIVLJENJE

Peter rad posluša rock glasbo. Uživa v sprehodih v naravi. Rad hodi tudi po mestu in velikokrat gre do Žmauca, po stari Ljubljani in na Metelkovo. Vesel je, da ima v Ljubljani veliko prijateljev in prijateljic. Želi si kupiti nove smuči, ker bi rad smučal, kar je počel svoji mladosti. Takrat je treniral gimnastiko in prakticiral jogo. Učil bi se igranja kitare in uporabe računalnika. Če bi imel denar, bi potoval. Z obiski bi učil dela z računalnikom in jim risal portrete in gledal televizijo. Peter se je v svoji preteklosti drogiral z različnimi drogami in živel burno nočno življenje, zdaj pa mu največ pomeni marihuana, ki mu predstavlja zakon življenja.

4.4. NELAGODJE V INTERAKCIJI

Peter prejema žepnino, ki znaša petdeset evrov mesečno. Včasih prosi za denar na ulici, pri tem mu je nerodno. Denar prosi za kavo, cigarete, da gre kaj pojest ali da kupi prijateljem skromna darila – nakit ali kadila. Zase pravi: »Že od nekdaj nosim dolge lase in sem zelo lep. Sem oče hipijev in kralj freakov. Imam izreden dar govora, sem iskren, rad filozofiram. Sem čisto preprost.« Je nenavaden in tega se morajo drugi navaditi: »Po naravi sem bolj tak, da živim, da me ptice na polju sejejo, me žanjejo in bog jih živi. Poglejte lilije na polju ne predajo se in ne trudijo se in tudi njih bog živi. Še sam Salamon se ni tako oblačil kakor ena izmed njih.« Na zaslišanju naroka sodišča je zdravnica povedala, da je Peter W. že dalj časa in še vedno psihotičen. Na oddelku pripoveduje, da ima več žensk, z eno pet otrok, pa vendar nima njenega telefona in da jo je spoznal že dolgo tega. Njegovo govorjenje ima veliko seksualnih vsebin, opisuje ženske, jih obožuje. Peter je v bolnišnici opisoval, da so ob dogodku z očetom stopile vanj tri čarovnice in da so se takrat dogajale čudne sile, ki so bile nenavadne. Na naroku sodišča so zaslihanje vseh pomembnih oseb pokazala, da ima Peter drugačen način razmišljanja, ki ga zaznamuje »svojska logika« ali »drugačen« način razmišljanja.

4.5. STIKI IN DRUŽABNOST

Petra osrečujejo kontakti z drugimi ljudmi. Odkar živi v stanovanjski skupini, ne bi več mogel živeti brez prijateljev in prijateljic. Največ od vsega mu pomeni to, da ni sam in da ima

družbo. Zdaj mu manjka partnerka, želi si punce, pa je ne more dobiti. V zavodu in v psihiatrični bolnišnici je vedno imel punce, odkar pa je v stanovanjski skupini, pa ni imel niti enkrat spolnih odnosov. »Rad bi imel punco, ki je razumna, nima predsodkov in ki je zelo lepa.« Med zadnjo hospitalizacijo so Petru na zaprtem oddelku prepovedali večino obiskov zaradi domnevnih motenj na oddelku. Ta motnja je bil pogovor Petrove zastopnice s fantom, ki je bil na istem oddelku kot Peter. Ko je v psihiatrični bolnišnici, mu ogromno pomeni, da ga ljudje pridejo obiskat in mu kaj prinesejo, so prijazni in se z njim pogovarjajo.

Peter je 29. 5. 1999 v jutranjih urah pretepel svojega očeta. Poškodbe podjezičnice in hrustanca grla so povzročile močno oteklost grla, zato je oče zaradi zadušitve umrl. Peter W. je na glavni obravnavi povedal, da se je kritične noči sprl z očetom zaradi prijatelja. »Takrat so se mu zvrstile pred očmi vse hudobije, ki jih je oče počenjal v enainštiridesetih letih.« Po tem, ko ga je pretepel, je oče obležal na tleh, Peter pa je skupaj s prijateljem zapustil stanovanje. »Čez tri dni se je s prijateljem vrnil, v stanovanju je močno smrdelo, mislil je, da so ga že odpeljali, vendar je ležal še vedno tam na tleh. Vzel je neke stvari iz stanovanja in se po tistem v stanovanje ni več vrnil. Očeta ni hotel ubiti.«

Pred tem dogodkom in tudi po njem ni bil do nikogar nasilen ali agresiven.

Za očeta Peter pravi, da je bil debil, alkoholik. »Tiraniziral je mamo, žalil je mamo, pa še kak, pa mene tudi. Predčasno jo je v grob spravil, če njega ne bi bilo, bi mama še dolgo živela. Mama je na primer skuhala juhico, za njega ni bila v redu, je mogla vse na novo narediti, pogosto jo je tako zajebaval. Vedno, ko se je napil, je takšne počel, nemogoče stvari je počel, ko je bil pijan, ko je bil trezen, je bil normalen.« Včasih se je umaknil v svojo sobo, saj ni vedel, kaj naj naredi. Peter pravi, da se je po mamini smrti njun odnos izboljšal, da je bil oče še zmeraj hudoben, a sam te hudobije ni več čutil.

Po dogodku z očetom je bil Peter štiri mesece v priporu. »V priporu mi je bilo lepo, imel sem svoj televizor, radio, kuhalnik, mir svoj sem imel, ponoči sem bedel, čez dan spal, kadil sem cigarete, ker ni bilo več nobenega, ki bi me tiraniziral kot foter ...«

4. 6. INSTITUCIONALNA KARIERA

Peter je bil v svojem življenju hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici vsaj štirinajstkrat. Prvič je bil hospitaliziran leta 1977. Takrat je bil star dvajset let. Prva hospitalizacija je trajala 169 dni. V bolnišnico je prišel v spremstvu staršev, ki so nekaj mesecev pred sprejemom opazili, da se je začel spreminjati – opustil je interese, ki jih je imel prej, postal je zamišljen, ukvarjati se je začel s filozofijo in psihologijo, z jogo, postal je vegetarijanec, imel je močne svetovne nazorske poglede. »Tik pred sprejemom je začel doživljati megalomanske blodnje, optične halucinacije, postal je avtističen, v mišljenju arhaičen, pojavljale so se tudi verske blodnje, od realnosti se je precej odmaknil. Tako počutje je na oddelku trajalo še dva do tri mesece, v začetku je odklanjal terapijo, pozneje pa se je pacient uredil, psihopatološka doživetja so izginila, megalomanske in verske blodnje je korigiral in v zadnjih dveh do treh mesecih je bil popolnoma urejen.« Diagnoza, ki so mu jo v bolnišnici postavili, je bila akutna psihoza.

Drugič je bil hospitaliziran čez 43 dni po prvem sprejemu. Hospitalizacija je trajala 76 dni. V bolnišnico je prišel v spremstvu staršev. »Kmalu po prvem odpustu je nehal uživati terapijo, počasi so se zopet pojavljale megalomanske blodnje, vedno bolj se je odmikal od realnosti, pojavile so se motnje v mišljenju, v smislu disociacije. Do bolezenskih pojavov je postal nekritičen, v vedenju pa so se pojavile stereotipije.« Dobil je diagnozo shizofrenija.

Tretja hospitalizacija je trajala 50 dni. Hospitaliziran je bil 17. 6. 1987 zaradi poskusa samomora, v bolnišnici so zapisali vzrok: »/.../ do katerega je prišlo v relapsu shizofrenske psihoze.« Nadalje so zapisali, da se je njegovo stanje izboljšalo in da je bil v zadnjem tednu obravnavan po principu dnevnega zdravljenja, a je 6. 8. 1987 doma ponovno poskusil narediti samomor z zastrupitvijo s plinom. Tokratni diagnozi sta bili poskus samomora in shizoafektivna psihoza.

Takoj po splošni bolnišnici, kjer je bil zaradi zastrupitve s plinom, je bil četrtič hospitaliziran na psihiatrični oddelek, kjer je preživel 63 dni. »Že pri sprejemu je bil miren in priseben in vsestransko orientiran. S tihim glasom je poskušal opravičiti svoje dejanje, ker trenutno po njegovem mnenju ni bilo drugega izhoda.« Na oddelku so njegovo vedenje definirali kot urejeno. V zdravljenje se je vključil oče.

Na isti datum kot leto prej je bil petič hospitaliziran, tokrat prisilno, ker zaradi izrazite nevodljivosti ni bilo mogoče ambulantno zdravljenje. »Tokrat je bil sprejet zaradi manične slike v okviru shizoafektivne psihoze. Do mamil (predvsem do marihuane) je pacient bil nekritičen in je brez adekvantne terapije ponovno duševno iztiral.« V bolnišnici je preživel 242 dni (približno devet mesecev). Po tem času je prišlo do ugodne remisije in so ga v dogovoru z njegovim očetom odpustili domov.

Pri šesti hospitalizaciji je imel Peter enaintrideset let. Hospitalizacija je trajala približno 195 dni. Hospitaliziran je bil zaradi poslabšanja osnovne bolezni. Pred sprejemom je opustil terapijo. »V momentu sprejema je ponujal poudarjeno paranoidnost na očeta, tudi je ponujal megalomanske vsebinske motnje. Za sebe je trdil, da je bog, drugače je časovno ter orientacijsko bil orientiran. Opisoval je, da kontakt z drugimi ljudmi izključno preko radioaparata s slušalkami.« Pripisani diagnozi sta bili shizoafektivna psihoza in narkofilija. Peter je sam, brez formalnega odpusta zapustil bolnišnico po približno sedmih mesecih. Naslednjič je bil hospitaliziran čez osem mesecev. Po osmih mesecih zadnjega odpusta je bil hospitaliziran sedmič.

Osmič je bil hospitaliziran 22. 1. 1992, ko je imel štiriintrideset let. Postavljeni diagnozi sta bili paranoidna shizofrenija in »narcomania (Cannabis, LSD)«. Hospitalizacija je trajala 95 dni, torej malo več kot tri mesece. 28. 4. 1992 se iz izhoda ni vrnil v bolnišnico. »Bolnik je nekaj mesecev prej opustil vso terapijo, jemal je le Akineton. Ob sedanjem sprejemu je bil v ospredju avtizem, z megalomanskimi idejami in formami, ne motnje mišljenja. Po izboljšanju je začel bolnik hoditi, v spremstvu očeta, na izhode in se sredi januarja prvič ni vrnil, kot je bilo dogovorjeno. Ponovno je bil sprejet 22. 1. 1992, ker v psihičnem statusu ni bilo opaziti poslabšanja, na drugi moški oddelek. 6. 2. 1992 je ponovno samovoljno zapustil oddelek in se vrnil po petih dneh akutno psihotičen. Avtističen, miselno dislociran, maniriran, ponovno iznašal megalomanske ideje. Kot je kasneje povedal, je v tem času ponovno segel po LSD-ju. Po visokih dozah nevroleptikov je prišlo do izboljšanja, v aprilu je na očetovo željo ponovno začel hoditi na izhode.«

13. 9. 1999 je bil Peter desetič sprejet na oddelek psihiatrične bolnišnice, tam so zabeležili 120 hospitalnih dni (približno štiri mesece), zapisana diagnoza je bila paranoidna shizofrenija. Devetič je bil hospitaliziran v drugi psihiatrični bolnišnici (iz le-te je prišel v tukaj omenjeno), iz katere nisem pridobila podatkov. 13. 9. 1999 mu je bil po sklepu okrožnega sodišča izrečen

varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu. »Tokrat smo pri bolniku v teku hospitalizacije opazovali sliko kronične paranoidne shizofrenske psihoze, s pretežno megalomansko in mesijansko simptomatiko. Bolnik je za psihopatologijo kompletno bolezensko nekritičen, socialno neprilagodljiv in neprilagojen. Razen enkrat se je bolnik držal prepovedi uživanja prepovedanih drog. Zaradi bolezenske spremenjenosti je pri bolniku okvarjena tudi presoja, s tem pa je tudi praktično ukinjena realitetna kontrola glede pomena in vloge lastne osebe. Bolnik še vedno nekatere vzorce socialnega vedenja dobro obvlada.«

Enajsta, dvanajsta in trinajsta hospitalizacija praktično spadajo pod isto hospitalizacijo, vmes sta bili dve uradni prekinitvi zaradi administrativnih odpustov, ki jih je bolnišnica izvedla, saj je Peter v tem času dvakrat zapustil bolnišnico. Te tri hospitalizacije so obsegle obdobje med 23. 4. 2000 in 2. 3. 2009 in so skupaj trajale natanko 3.187 dni, kar je približno devet let. Pri prvem pobegu se je kmalu vrnil, drugič pa je odšel 21. 7. 2005 in ga približno en mesec ni bilo nazaj. V tem času mu je določena oseba, za katero je govoril, da je bila njegova prijateljica, ukradla denar od njegovega stanovanja, skupaj s Petrom je načrtovala pobeg, živel je pri njej doma, prinašala mu je različne droge in zanj skrbela in ga prepričala, da jo je pooblastil za prodajo svojega stanovanja. V bolnišnici so ob zadnjem odpustu zapisali, da pri Petru opazajo znake trajne osebnostne spremenjenosti po duševni bolezni in dolgi hospitalizaciji s pasivnostjo, osiromašenimi interesi ter tendenco socialne izolacije. »Pri osnovnih vsakodnevnih aktivnostih je nesamostojen in je potreboval pomoč, z denarjem ne zmore ravnati smotrno (predlagali smo postavitev skrbnika). Bolnik, ki je glede bolezni neuvideven, po dosedanjih izkušnjah opusti medikamentozno terapijo po odpustu in ni sposoben zadovoljivo funkcionirati izven institucije.«

Postopek hospitalizacije med njegovim bivanjem v stanovanjski skupini se je začel s poizvedbo dveh socialnih delavcev centra za socialno delo, ki sta mimo vseh pooblastil vpogledala v spis v socialnovarstvenem zavodu, v katerem je Peter živel. Po tem sta zahtevala mnenje njegove psihiatrinje glede njegovega življenja v skupnosti. Psihiatrinja je Petru predlagala, da gre za kak teden v bolnišnico. Ker ji je zaupal in ker je obstajala možnost, da bi v nasprotnem primeru zahtevali pridržanje, je na to pristal. Zdaj je na intenzivnem psihiatričnem oddelku že več kot tri mesece. Želi si nazaj domov – v stanovanjsko skupino. Pri tem mu nekaj oseb skuša pomagati, a psihiatri in psihiatrinje venomer ponavljajo, da je nevaren zaradi kaznivega dejanja, ki ga je storil pred več kot desetletjem. V bolnišnico je

prišel prostovoljno, ni ogrožal sebe, niti kogarkoli drugega. Zdaj koordinatorka obravnave v skupnosti, zastopnica in najbližja oseba ne dosežejo konsenza, ki bi deloval njemu v korist. Ko je umaknil soglasje za zdravljenje brez soglasja, je po obvestilu bolnišnice sodišče izreklo sklep o sprejemu osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve. Iz obvestila izhaja, da je oseba povsem nekritična do svoje psihopatološke simptomatike v zvezi z duševno motnjo. Na naroku sodišča je Petrova najbližja oseba povedala, da pomanjkanje uvida v bolezen in to, da ni jemal zdravil ne moreta biti razloga zadržanja. Izvedenec je odgovoril, da je oseba že v preteklosti ravnala heteroagresivno. »Tukaj v bolnišnici se primerno vedem, sem priden, upoštevam vse zakone, marihuane sploh ne kadim, prijazen sem do vsakega, pomagam pri marsikaterem delu, v vseh aktivnostih intenzivno sodelujem – takšen sem itak nasploh. Trudim z namenom, da bi bil dober, in da bi čim prej bil odpuščen. Želim si čim prej ven. Da bi živel na svobodi, kot vsi drugi ljudje. Za življenje na svobodi . Pokazal bom, da nisem ogrožajoč za okolico, niti na pamet mi ne pride, da bi komu kaj storil«. Zdravnica je povedala, da želi doseči remisijo psihoze in da so razmišljali, da bi ga namestili v zavod Hrastovec ali kakšen drug zavod. Pred tem je Peter bil seznanjen z mnenjem zdravniškega konzilija, v katerem je bilo navedeno, da ni sposoben bivanja v skupnosti, da je vedno opuščal zdravljenje in zdravila. Nad mnenjem je bil presenečen, saj odkar v živi v skupnosti ni nikogar ogrožal in tudi v prihodnje ne namerava. V dopolnitvi osebnega načrta, ki ga je izdelal s koordinatorko in ključno delavko je zapisano, da bo po odpustu redno hodil na preglede k psihiatrinji in z njo sodeloval ter jemal zdravila. Ko se je Peter preselil v stanovanjsko skupino, je bil vesel, da mu ni bilo treba jemati zdravil oz. da je jemal blažje tablete, ki so mu pomagale in ne Leponexa, »/.../ ker si po tistih tabletah butast«. Psihiatrinja je povedala, da se pri Petru učinki zdravil ne pokažejo, mora pa jih jemati v krizi. Sodišče je na zadnjem naroku sklepalo, da delavci stanovanjske skupine ne bodo poskrbeli za jemanje zdravil, če bi bil odpuščen, ker je v stanovanjski skupini zdravila že opustil.

Bolnišnica je pri sprejemu na oddelek pod posebnim nadzorom naredila več postopkovnih napak: skupaj s Petrom ni sestavila načrta zdravljenja, kot ga zahteva čl. 35 ZDZdr (vsaj zastopnica, koordinatorka in najbližja oseba ga niso videli), prav tako so mu pomanjkljivo pojasnili namen in potek zdravljenja, kot zahteva čl. 36 (2), predstojnik oddelka mu je dal obljubo, da bo konec avgusta bolnišnico zapustil. V tem procesu je zamenjal več zdravnikov in vsak nov se je izgovarjal na svoje nepoznavanje primera, to pa je dodatno otežilo pogovarjanje in pogajanje o odpustu, za kar si je Peter z zastopnico, koordinatorko in

najbližjo osebo ves čas prizadeval. Pri tem so iz obravnave izločili njegovo izbrano psihiatrinjo.

Sodišče je pri presojah glede upravičenosti pridržanja na varovanem oddelku proti njegovi volji dopustilo več napak. Ni upoštevalo gradiva zagovornice in najbližje osebe, zavrnilo je mnenje ambulantne zdravnice, ne da bi jo pri tem zaslišalo, a hkrati je upoštevalo mnenje oddelčne zdravnice. Sodni izvedenec ni pojasnil svojega sklepa iz prejšnjega mnenja, da pri Petru obstaja nevarnost fizičnega nasilja hude oblike. Izvedenec je upošteval samo dokumentacijo, ki govori o bivanju v bolnišnici, ni pa pregledal dokumentacije obravnave v skupnosti. Sodišče je pri preverjanju Petrove kritičnosti do lastnega zdravstvenega stanja zanemarilo pomemben vidik – to, da s sprejemanjem pomoči in sodelovanjem s strokovnjaki kaže, da se zaveda, da potrebuje podporo, čeprav morda ne sprejema diagnoz, ki so mu pripisane. V eni od pritožb je navedeno: »Zanemarjanje dokumentacije kaže na pristranskost in selektivnost pri ustvarjanju mnenja. Iz njegovega mnenja je tudi jasno razvidno, da nima ekspertize s področja skupnostne psihiatrije in obravnave v skupnosti. Poleg tega je izvedenec večkrat v pogovoru slabšalno komentiral skupnostne službe, provociral udeleženke naroka z vprašanji o obstoju bolezni in se prezirljivo izražal glede postopkov po zakonu, češ da je to le papir ipd. S tem je pokazal, da je pristranski, da svojo nalogo dojema kot zaščito kolegov, ki so predlagali zadržanje, držal se je kot zagovornik zapiranja in ne kot izvedenec, ki naj bi zares preučil vse okoliščine in resnično ocenil ali je zadržanje potrebno ali ne. Menim, da ne gre za *neodvisnega* izvedenca, saj je bil dolga leta v službi v tej isti bolnišnici, poleg tega pa je kritičen do gibanja, ki mu pripadata oseba v postopku in njegova najbližja oseba.«

Dva pojma, ki sta pogosto zaznamovala Petrovo sodno in zdravstveno dokumentacijo, sta neuvidevnost in nekritičnost – do bolezni. Ogroža svoje zdravje, ker do njega ni kritičen. Po mnenju določenega zdravnika zato tudi ne jemlje zdravil in s tem ogroža sebe in druge. Eden izmed navedenih razlogov za njegovo nekritičnost je duševna bolezen. V dokumentaciji se ne pojavi niti ena izjava, ki bi dopuščala možnost, da bi lahko imel vpliv na svoje zdravljenje z zdravili uporabnik sam. Peter na tovrstne trditve odgovarja, da je njegova diagnoza paranoidna shizofrenija zmota, saj nima prisluhov, prividov, prav tako se ničesar ne boji. Ne zaupa psihiatrom in se jih skozi življenje ni mogel znebiti. V svojem življenju je bil nekaj časa odsoten iz psihiatrične bolnišnice in je živel kreativno boemsko življenje.

Iz zapisnikov in sklepov sodišča je razvidno, da je njegova nekritičnost do obstoječega zdravstvenega stanja razlog prisilnega pridržanja Petra na zaprtem oddelku. Ker po mnenju oseb, ki se zavzemajo za njegove interese to ne more biti (zakonski) razlog tako stroge omejitve, zdravstvena stroka v zapisih trdi, da bi Peter lahko bil nevaren. Izvedenec in oddelčna zdravnica sta povedala, da na oddelku ni bil nikoli nevaren in ogrožajoč do osebja. Tega tudi ni izrazil noben zdravnik. Delavka stanovanjske skupine je povedala, da odkar dela z njim, prav tako ni bil nevaren oziroma agresiven. Zdravnica ne ve, ali bi bil zunaj nevaren, meni pa, da bi lahko ogrožal lastno zdravje, če ne bi jemal zdravil. Zdravnica njegovo nenevarnost pojasnjuje z zdravili: »/.../ vendar pa je drugačen, ker jemlje terapijo.« Izvedenec je povedal, da je zaradi visoke doze nevroleptikov njegovo zdravstveno stanje boljše, da je opustil bizarne blodne zaključke o svojih velikih sposobnostih in da je v vedenju urejen.

4.7. NEUMEŠČENOST IN PRIPADNOST

2. 3. 2009 je Petra na podlagi njegove privolitve psihiatrična bolnišnica namestila v zavod Hrastovec. Peter je bil zadovoljen, saj ni bil več zaprt, lahko se je sprehajal daleč stran od zavoda, imel je ljubico, pomembno je bilo le, da je prišel po zdravila. Pravi, da so ga tam označili kot zelo pridnega bolnika. Z datumom sprejema v zavod je bil ustavljen tudi ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja. V zavodu je živel eno leto in pet mesecev.

Julija 2010 je civilna pobuda Iz-hod začela svojo pot v Hrastovcu. Peter se je iniciativi takoj pridružil, postal je del skupine in na koncu poti je vztrajal pri tem, da bo ostal v Ljubljani. Skupina Iz-hod je zagovorniško podprla to odločitev in mu preko skupnostne službe uredila bivanjsko in socialno oskrbo v stanovanjski skupini. Za preselitev se je odločil, ker se je želel preseliti in rešiti zavoda in zapiranja in ker mu je bilo všeč pozitivno gledišče Iz-hoda, menil je, da je akcija napredna, pozitivna in »okrepljujoča«. Na pohodu se je imel čudovito: »Zgodaj zjutraj smo se vstali, vsako jutro sem doživel sončni vzhod, rad sem imel cvetje po poteh, živel sem v neke vrste nirvani, Vito me je tekom pohoda do potankosti seznanil s smislom pohoda, držal sem se pravil, vse je potekalo dobro, sodeloval sem, tričetrť poti sem prehodil, četrt pa sem se z avtom vozil, potem sem pomagal vse pospraviti in smo se že peljali do naslednje destinacije. Na poti je bilo polno lepih zdravilnih zelišč, travic, zлил sem se z naravo, narava mi je temelj božjega.«

Petra zelo zanima religioznost, kot sam pravi, je »totalno religiozen človek«. Povezuje vse religije, saj meni, da je pri vseh isti smisel. Podpira mir, svobodo in ljubezen, takšnega sveta si želi. Njegova življenjska filozofija je popolna predanost Krišni in Radi, to ga je oblikovalo takšnega kot je sedaj in vplivalo na njegove življenjske poglede. »Moja življenjska načela so, da sem najboljši prijatelj vsem živim bitjem in da sem vsem enak in da imam ljubezen do vseh živih bitij in da kreiram univerzume in milijarde galaksij, osončij po katerih potujemo neskončno, neskončno, neskončno. Ljubim svobodo in vesel sem, da me imajo punce rade in jih ljubim in sem jim najboljši prijatelj, imam njihove otroke rad kot da bi bili moji«.

5. RAZPRAVA

Peter je človek, ki ljubi svobodo, mir in ljubezen. Njegovo življenjsko načelo je prijateljstvo z vsemi živimi bitji. Je zelo religiozen človek, ki povezuje vse religije, saj meni, da je njihov smisel isti. Obožuje glasbo, še posebej zvrsti, kot so stari rock, reggae in heavy metal. Uživa v sprehodih v naravi in druženju.

Kariero razumem kot pot, ki jo vsak človek v življenju prepotuje. V vsakdanjem življenju izraz kariera uporabljamo kot sopomenko za človekov poklic oziroma zaposlitev in ima pozitivno konotacijo, saj se običajno stavek »da nekdo dela kariero« uporablja za posameznike, ki imajo ugleden poklic in so pri svojem delu uspešni. Goffman (1961b: 118, v Flaker 1995: 211) pravi, da je ena od vrednosti pojma kariere v njegovi dvostranskosti. Po eni strani je kot podoba o sebi in občutena identiteta povezana z notranjimi zadevami, po drugi strani pa govori o uradnem položaju, pravih odnosih, življenjskem stilu in je del javno dostopnega institucionalnega kompleksa. V raziskavi me je zanimala Petrova institucionalna kariera – njegove izkušnje iz psihiatričnih bolnišnic, socialno varstvenih zavodov in drugih institucij. Peter je velik del svoje poti prehodil skozi oddelke psihiatričnih bolnišnic. Prvič je bil hospitaliziran leta 1977, ko je imel dvajset let. Druga hospitalizacija je sledila kmalu po prvem odpustu, leta 1977. Naslednje leto je bil hospitaliziran dvakrat, meseca junija in avgusta, obakrat zaradi poskusa samomora. Petič je bil na oddelek sprejet leta 1988 in je tam preživel sedem mesecev, šestič leta 1990, z enim hospitalnim mesecem manj kot prej petič. O sedmi hospitalizaciji, razen datuma sprejema – 20. 11. 1991 in diagnoze – shizofrenija, podatkov nisem dobila. Osmič je bil hospitaliziran od 22. 1. 1992 do 28. 4. 1992. Peter je prišel prvič v bolnišnico, ker so starši opazili, da se je začel spreminjati – opustil je interese, ki jih je imel prej, postal je zamišljen, ukvarjati se je začel s filozofijo in psihologijo, z jogo, postal je vegetarijanec, imel je močne svetovne nazorske poglede. Pri dveh hospitalizacijah je bil razlog sprejema poskus samomora, pri ostalih pa so njegovo stanje (in vzroke sprejema) največkrat opisovali z izrazi, kot so megalomanske blodnje, motnje mišljenja, avtizem. Po odpustih je večinoma prenehal s terapijo. Pri drugi hospitalizaciji se je njegov odnos do lastne realnosti v dokumentaciji začel zapisovati kot nekritičen odnos do bolezenskih pojavov, v nadaljevanju še sledi izrazita nevodljivost in nekritičnost do mamil. Pri šesti hospitalizaciji je pri sprejemu govoril poudarjeno paranoidno o svojem očetu, to je bila edina zabeležka tovrstnega govorjenja. Zaradi uporabe vsebinsko preskromnega gradiva in proučevanja zgolj bolnišnične dokumentacije ne vemo, kaj pomeni poudarjena paranoidnost na očeta in kako se

je kazala, ne izvemo okoliščin. Od leta 1977 do leta 1992 je bil torej Peter osemkrat hospitaliziran. V tem obdobju je v psihiatrični bolnišnici preživel malo manj kot osemindvajset mesecev, torej skupaj nekaj več kot dve leti v obdobju petnajstih let. Diagnoze, ki so mu jih zdravniki oziroma zdravnice v tem času določili, so bile (po vrstnem redu): akutna psihoza, shizofrenija, dvakrat shizoafektivna psihoza in poskus samomora, dvakrat shizoafektivna psihoza in narkofilija, shizofrenija, paranoidna shizofrenija in narkomanija (Cannabis, LSD). Glede na to, kako so se predpisane diagnoze spreminjale, v dokumentaciji nisem opazila bistvenih sprememb glede okoliščin, obnašanja v povezavi s spremembo diagnoze – povzetki hospitalizacije so podobni, ne glede na spremenjeno diagnozo. Tudi pri diagnozah, ki se tičejo drog (narkofilija), ponekod ni zabeleženo, kaj se je v zvezi s tem dogajalo. Iz dokumentacije prav tako nisem izvedela ničesar o drugih vidikih Petrovega življenja tekom hospitalizacij – na primer o morebitnem delu kakšnih socialnih služb, podatkih o socialnih mrežah, konkretnih situacijah, iz katerih bi lahko razbrala kaj več povezav v zvezi s hospitalizacijo. Do leta 1999 na pristojnem centru za socialno delo ni bilo nobenih podatkov o kakršnem koli delu za Petra, dokumentacija zanj se je tam začela voditi leta 2004.

Naslednje štiri hospitalizacije so (iz podatkov sem razbrala, da je deveta hospitalizacija, o kateri nimam podatkov, trajala od 13. 9. 1999 do 13. 12. 1999) v bistvu ena sama, saj so bile prekinitve zgolj administrativne zaradi Petrovih samovoljnih odhodov iz bolnišnice. Te štiri hospitalizacije zajemajo obdobje od 13. 9. 1999 do 2. 3. 2009, torej skupaj več kot devet let. 13. 12. 1999 je bil Petru po sklepu okrožnega sodišča izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu, ker je storil hudo kaznivo dejanje. Meseca maja istega leta je Peter pretepel svojega očeta. Poškodbe podjezičnice in hrustanca grla so povzročile močno oteklost grla, zato je oče zaradi zadušitve umrl. Peter je na glavni obravnavi povedal, da se je kritične noči sprl z očetom zaradi prijatelja. Pred očmi se mu je zavrtila vsa slaba zgodovina, ki sta jo z očetom imela. Takoj po tem, ko ga pretepel, sta s prijateljem zapustila stanovanje, čez tri dni sta se vrnila, v stanovanju je močno smrdelo, mislil je, da so ga že odpeljali, vendar je ležal še vedno tam na tleh. Vzel je neke stvari iz stanovanja in se po tistem v stanovanje ni več vrnil. Na sodišču je povedal, da očeta ni hotel ubiti. Pred tem dogodkom in tudi po njem ni bil do nikogar nasilen ali agresiven. V priporu je preživel približno štiri mesece. Kot je povedal sam, mu v priporu ni bilo slabo, nihče ga ni tiriliziral, očeta se ni hotel spominjati. Ukrep v povezavi z nesrečnim dogodkom je bil torej razlog hospitalizacije od leta 1999 do 2009.

V zadnjem odpustnem listu, ki je bil nekakšen zaključek pred namestitvijo v zavod, je zdravnica zapisala, da pri Petru opažajo znake trajne osebnostne spremenjenosti po duševni bolezni in dolgi hospitalizaciji s pasivnostjo, osiromašenimi interesi ter tendenco socialne izolacije. Zapisala je tudi, da je pri osnovnih vsakodnevnih aktivnostih nesamostojen in je potreboval pomoč, z denarjem ne zmore ravnati smotrno, zato so predlagali postavitev skrbnika. Nadalje razlaga, da je glede svoje bolezni neuvideven in da je opustil medikamentozno terapijo po odpustu in ni sposoben zadovoljivo funkcionirati izven institucije. V besedah zdravnice lahko vidimo ključne točke, ki jih lahko povežemo s kritikami institucij. V različnih teoretskih in uporabniških konceptih so kot posledica hospitalizma in institucionalizma navedene posledice, kot so pasivnost, nesamostojnost, ljudje pozabijo sami skrbeti zase, saj totalna institucija prevzame tudi nekatere najosnovnejše dejavnosti, ki jih imamo v vsakdanjem življenju (kot na primer kuhanje, čiščenje, razpolaganje s časom ipd.). Poleg tega je zdravnica zapisala, da ni sposoben funkcionirati izven institucije. Takšna ugotovitev je zanimiva, saj tega ni nihče poskusil ugotoviti. Res je, da se je že pred ukrepom obveznega zdravljenja Peter pogosto vračal v bolnišnico, vendar, kot bomo videli kasneje, pri življenju izven institucije ni nikoli imel podpore – vsaj strokovne ne. Življenja vseh nas, še posebej pa ljudi, ki imajo dolgotrajne duševne stiske, ne moremo ločiti na popolnoma samostojno življenje in na institucionalno življenje. Poleg tega je ob prvi priložnosti zapustil zavod in brez večjih težav živel v skupnosti eno leto, kar kaže, da je ob organizirani podpori in neki socialni mreži sposoben življenja v skupnosti.

Med trajanjem ukrepa obveznega zdravljenja so Petra ogoljufali za njegovo stanovanje, ki ga je podedoval. Premoženje je izgubil med 21. 7. 2005, ko je samovoljno zapustil oddelek v spremstvu neznanе osebe in 6. 8. 2005, ko je prišel nazaj. 12. 10. 2004 je nepremičninska agencija poslala dopis centru za socialno delo, v katerem jih zanima Petrova sposobnost razpolaganja z lastnim premoženjem, saj jih Peter želi pooblastiti za prodajo stanovanja. Center je ugotovil, da Peter opravilno sposobnost ima, vendar so želeli pridobiti mnenje psihiatrične bolnišnice glede njegove sposobnosti razpolaganja s premoženjem. V naslednjem dopisu se bolnišnica glede Petrove sposobnosti ni opredelila na pravi način, zato je center za socialno delo 6. 12. 2004 še enkrat poslal dopis, v katerem je pozval bolnišnico k opredelitvi tega, ali Peter razume pomen svojih dejanj ali ne, saj potrebujejo zdravniško potrdilo. 16. 10. 2004 so se zaposleni na centru za socialno delo na tiskem sestanku odločili, da za Petra skrbništvo za poseben primer ne pride v poštev, če bi ga pa bilo potrebno dejansko zaščititi, bi

bil potreben predlog za odvzem poslovne sposobnosti in še isti dan so svojo odločitev poslali bolnišnici. 24. 11. 2005 je Petra v bolnišnici obiskala socialna delavka iz centra za socialno delo, pogovarjala sta se o njegovem življenju in željah, povedal ji je, da je pooblastil prijateljico za prodajo stanovanja. Socialna delavka je omenjeni prijateljici še isti dan poslala vabilo na razgovor. 22. 12. 2005 je Petra ponovno obiskala v bolnišnici in mu povedala, da se njegova prijateljica ni odzvala vabilu in da je izvedela, da več ne živi na naslovu, na katerem je živela prej. Strinjala sta se, da zadevo prijavita policiji. Center za socialno delo in psihiatrična bolnišnica sta torej imela deset mesecev časa, da bi ugotovila, kaj se dogaja s Petrovim premoženjem in raziskala morebitno potrebo po zaščiti premoženja, ki se je kasneje izkazala še kako utemeljena. Delavke oziroma delavci centra za socialno delo bi lahko že takoj obiskali Petra, to bi zagotovo moral biti prvi korak, se z njim pogovorili in skušali, morda tudi v sodelovanju z osebjem bolnišnice, stanovanje zaščititi. Pomanjkanje stanovanj je eden izmed poglavitnih problemov ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami in lahko ogromno pripomore na poti k samostojnemu življenju. Streha nad glavo je potreba večine ljudi, s stiskami ali brez večjih stisk, stanovanjska politika pa v Sloveniji, še posebej v Ljubljani, ne deluje, saj ogromno ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju, čaka na stanovanja dolga leta. Center za socialno delo in bolnišnica sta si izmenjala vsaj šest dopisov in takšen način dopisnega reševanja problema se je v konkretnem primeru pokazal kot popolnoma neučinkovit. Seveda ustanove morajo imeti urejeno in zabeleženo dokumentacijo, vendar dopisovanje ne more biti glavni instrument dela za posameznika. V tem primeru bi lahko prišlo le še do poslabšanja uporabnikove situacije, saj se je pričelo dogovarjanje, ki bi lahko za uporabnika pomenilo izgubo opravilne sposobnosti, ne pa zaščito, ki bi jo dejansko potreboval. Na centru so enkrat imeli timski sestanek, vendar spet brez uporabnikove prisotnosti, s sklepi, ki k rešitvi problema niso prispevali. Po tem ga je socialna delavka dvakrat obiskala, vendar so obiski potekali po izgubi premoženja, so pa prispevali k temu, da ni izgubil opravilne sposobnosti po goljufiji, kar bi v nasprotnem primeru pomenilo dvojno škodo. Poleg obiskov je delavka skušala navezati stik z osebo, ki ga je ogoljufala in predlagala prijavo policiji, s katero se je Peter strinjal. Nadaljevanje procesa glede stanovanja iz dokumentacije ni znano. Iz zapisa pogovora vidimo, da sta se pogovarjala o njegovih željah za naprej, ena od teh je bila, da bi živel v Ljubljani, vendar od tega srečanja ni zabeležen noben delovni proces, ki bi se v prihodnosti odvijal.

Po dolgoletni hospitalizaciji v psihiatrični bolnišnici je 2. 3. 2009 Petra na podlagi njegovega strinjanja psihiatrična bolnišnica namestila v zavod Hrastovec. Peter je bil zadovoljen, saj ni

bil več zaprt, lahko se je sprehajal daleč stran od zavoda, imel je ljubico, pomembno je bilo le, da je prišel po zdravila. Pravi, da so ga tam označili kot zelo pridnega bolnika. Z datumom sprejema v zavod je bil ustavljen tudi ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja. 3. 3. 2009 je okrajno sodišče poslalo centru za socialno delo vabilo na zaslišanje v zadevi pridržanja Petra, ki je takrat že stanoval v socialno varstvenem zavodu. Na naroku je bilo treba v skladu z Zakonom o nepravdnem postopku poleg pridržanega in zdravniškega osebja zaslišati tudi predstavnika centra za socialno delo iz območja, kjer ima pridržana oseba prijavljeno prebivališče ter svojce pridržanega. 10. 3. 2009 je center za socialno delo odgovoril sodišču, da je za Petra zaradi narave duševne bolezni oziroma duševnega stanja pridržanje v zavodu Hrastovec-Trate primerno, saj je zagotovljen nadzor in varnost zanj, prav tako pa tudi varnost drugih ljudi in premoženja. Napisali so, da se pridružujejo mnenju zdravnika specialista psihiatra, ki bo v postopku podal svoje ugotovitve.

Takšno ravnanje strokovne delavke, odziv na vabilo sodišča glede uporabnika, ponovno z dopisom, ki uporabnika (brez kakršnega koli stika ali dela z njim) je zaskrbljujoče dejstvo. Uporabnika je delavka že *a priori* postavila za duševnega bolnika, za katerega je primeren zavod in je po mojem mnenju kršila etična načela socialnega varstva in načela socialnega dela. Sklepam lahko, da se je oseba, ki je na vabilo sodišča odgovarjala, močno izogibala delu z uporabnikom in ni zavzela gledišča dobrobiti posameznika. Delo ni potekalo iz perspektive moči in iz skupnostnih načel. Gre tudi za odvzem moči lastni stroki in prepuščanje odločitev in mnenja zdravstveni stroki in za primer zelo slabe prakse.

Peter je v socialno varstvenem zavodu živel eno leto in štiri mesece. Julija 2010 je civilna pobuda Iz-hod začela svojo pot v zavodu Hrastovec. Peter se je iniciativi takoj pridružil, postal je del skupine in na koncu poti vztrajal pri tem, da bo ostal v Ljubljani. Skupina Iz-hod je zagovorniško podprla to odločitev in mu preko skupnostne službe uredila bivanjsko in socialno oskrbo v stanovanjski skupini. Za preselitev se je odločil, ker se je želel preseliti in rešiti zavoda ter zapiranja na splošno. Všeč so mu bili tudi ideja in cilji pobude, med pohodom je užival, še posebej v naravi, aktivnostih in druženju.

Peter opaža velike razlike med življenjem v zavodu in med življenjem v skupnosti. Odkar se je preselil v skupnost, se počuti bolj svobodnega in enakovrednega drugim ljudem, všeč mu je, da si lahko sam pripravlja hrano, da ima v stanovanjski skupini svojo sobo. Pridobil si je nove prijatelje in prijateljice ter osvojil gospodinjske navade. V stanovanju živi z dvema

sostanovalcema in sostanovalko. Ko primerja življenje v bolnišnici in življenje v zavodu, pa pravi, da mu je bilo bolje v zavodu, ker je bil bolj svoboden. Zdaj je vključen v program nevladne organizacije, ki opravlja delo na področju duševnega zdravja v skupnosti. Pomoč dnevno dobiva pri gospodinjskih opravilih, pri tovrstnem delu je napredoval in postaja vedno bolj samostojen. Organizacija mu pomaga pri urejanju različnih formalnosti (npr. financiranje) in pri zagovarjanju njegovih interesov, z njihovim delom je v osnovi zadovoljen. Za življenje zunaj zavoda se mu zdi pomembna predvsem moralna podpora – pravi, da je ima v izobilju. Lastnosti zaposlenih, ki so mu najbolj pomembne, so toplina, človeškost, prijateljski odnos, prijaznost, odprtost za pogovor in ustrežljivost. Podpore potrebuje pri iskanju partnerke. Pri zaposlenih čuti pomanjkanje pomoči pri iskanju dela in uresničevanju ciljev iz osebnega načrta, želi si, da bi se to spremenilo. S prostovoljci gre rad na zabavo plesat, z njimi posluša glasbo, modruje in šali, kdaj tudi na račun drugih.

Peter se ni nikoli zares zaposlil, pravi, da je bil enkrat zaposlen dva dni in pol. Ima izkušnje z delom v zavodu, kjer je pomagal v knjižnici. Zdaj si želi delati, zato da bi imel plačo in da bi zjutraj vstajal z nekim namenom. Delal bi karkoli, pomembno mu je le to, da bi bilo plačilo takšno, da bi lažje živel. Za začetek je pripravljen delati prostovoljno, najprej bi potreboval podporo pri delu – da bi nekdo hodil z njim v službo. Upokojil se je leta 1981. Petru primanjkuje denarja, ima ga absolutno premalo. Če bi imel več denarja, bi si kupil boljše hrano – več sadja, kupoval bi cigarete Marlboro. Obiskoval bi likovne razstave in hodil gledat filme. Z njegovimi sredstvi razpolaga skupnostna služba. Ko je pred leti živel doma, je oče razpolagal z njegovim denarjem. Nadalje ima v načrtu pridobiti večjo moč pri razpolaganju z denarjem, da bi imel nekaj denarja zase, saj zdaj prejema mesečno petdeset evrov žepnine. Pri učenju ravnanja z denarjem bo potreboval pomoč. Z denarjem je povezano tudi njegovo nelagodje v interakciji z drugimi ljudmi. Ima premalo denarja, zato včasih zanj prosi na ulici, v takšnih situacijah ga je sram. Peter v svojem življenju potrebuje delo, denar; prijateljice in prijatelje ter nekaj strokovne podpore pri vsem tem in pri vsakodnevnem življenju. Izkazalo se je tudi, da potreba (verjetno bi bil bolj primeren izraz nuja ali pravica) po življenju v skupnosti zahteva določene ukrepe v času krize. Ustanovitev kriznega tima je v skupnosti eden izmed odgovorov na krizo človeka. Peter sicer pravi, da ni imel nobene krize in da je on bolj tak že po naravi. Kljub temu je postavil tudi navodila morebitnega prihodnjega kriznega tima: pomaga mu spanje, takrat mu delavke lahko dajo baldrijanove kapljice, določiti se morajo aktivnosti kriznega tima.

V prvi kategoriji *namesto hospitalizacije in institucionalizacije* sem iz enot raziskovanja nenačrtno določila podkategorije, ki v študiji primera prikazujejo en del potreb namesto institucionalizacije in hospitalizacije in odgovorov nanje. Te podkategorije so bivanje v skupnosti, službe v skupnosti, centri za socialno delo in koordinacija obravnave v skupnosti ter krizni timi. Razumemo jih lahko kot glavne temelje nadomeščanja institucij, pod vse te pa lahko umestimo potrebe, ki so opisane v zgornjem odstavku. Nanašajo se na delo in podporo pri iskanju dela in spremstvo na začetku (prostovoljne) zaposlitve, denar, predvsem vsaj delno omogočiti uporabniku, da razpolaga s svojim denarjem. Naslednji dve pomembni potrebi se nanašata na pomoč pri iskanju partnerke in na potrebo po rednih stikih z ljudmi – to je zelo pomembno.

Vloga centra za socialno delo v času njegove dolgoletne hospitalizacije in po njej je bila razložena nekaj odstavkov nazaj. Pomembno vlogo v Petrovem življenju po tem pa sta imela še dva centra za socialno delo s profilom koordinacije obravnave v skupnosti po Zakonu o duševnem zdravju. Peter se je z začetkom življenja v stanovanjski skupini vključil v koordinacijo obravnave v skupnosti na pristojnem centru za socialno delo. Njegova koordinatorka obravnave v skupnosti je navedla, da je edina zahteva za vključitev v obravnavo uporabnikovo sodelovanje pri pripravi načrta in njegovem izvajanju ter sodelovanje vseh članov multidisciplinarnega tima, za sklic le-tega ima koordinatorka mandat. Načrt obravnave v skupnosti pomeni načrt podpore in pomoči pri življenju v skupnosti, ki ga dnevno izvajajo delavci službe v skupnosti. Izvajanje ciljev in ukrepov iz načrta koordinira in spremlja koordinatorka. Peter je s koordinatorko obravnave v skupnosti zelo zadovoljen. Zadnja revizija načrta vsebuje različne aktivnosti, na primer: učenje dela z računalnikom, pisanje pesmi, branje knjig, sprejemanje obiskov in vračanje obiskov. Načrt imenuje tudi različna strokovna ravnanja, kot so timsko delo, organizacija kriznih timov, strukturiranje dneva po osebnem načrtu. Tekom njegove institucionalne kariere in tudi v osebnem načrtu življenja v skupnosti so zdravila (psihofarmaki) pomembna tema. Peter jih v življenju po eni strani zavrača, zavračanje se v celotni zdravstveni in sodiščni dokumentaciji pojavlja kot razlaga za njegov pomanjkljiv uvid v bolezen in za nekritičnost do bolezni oziroma zdravstvenega stanja. V načrtu obravnave v skupnosti vidimo, da Peter načrtuje redno jemanje zdravil in kontrole pri psihiatrinji ter ima namen z njo sodelovati. Tukaj se pojavlja vprašanje, če je to res osebna želja in cilj, videti je bolj kot nuja, in sicer zato, da ima možnost živeti v skupnosti. Poleg tega psihiatri in psihiatrinje jemanje zdravil vidijo kot nujno, ne dopuščajo, da bi bilo zdravljenje z medikamentozno terapijo Petrova osebna

odločitev in da bi odločitve spreminjal. Iz njegovega primera je moč sklepati, da izbira za zdravljenje oziroma izbira načina zdravljenja ni v rokah posameznika. Zagovorništvo je pomagalo pri doseganju nekih rezultatov v zvezi s hospitalizacijo in institucionalizacijo, nemogoče pa se je bilo pogajati o Petrovi pravici o odločanju glede zdravil. Na tej točki so bili psihiatri in psihiatrinje zelo trdni v svojem mnenju. Iz enot kodiranja, ki zajemajo sklep sodišča, vidimo, da je delavka stanovanjske skupine na naroku rekla, da meni, da Peter potrebuje zdravila, a hkrati ve, da jih ima pravico zavrniti. Sodni izvedenec in sodišče sta v prepustitvi odločitve glede zdravil Petru prepoznala neustrezno ravnanje delavke, vnaprej je izvedenec tudi sklepal, da če so strokovnjaki iz skupnostne službe vedeli za prenehanje jemanja zdravil, tudi v prihodnosti ne bodo skrbeli za redno izvajanje terapije in za obiske pri psihiatrinji.

Drugi center za socialno delo s koordinacijo obravnave v skupnosti je neposredno povezan s hospitalizacijo tekom njegovega življenja v stanovanjski skupini, saj se je postopek začel s poizvedbo dveh koordinatorjev obravnave v skupnosti, ki sta mimo vseh pooblastil vpogledala v spis v socialno varstvenem zavodu, v katerem je Peter živel. Potem sta zahtevala mnenje njegove psihiatrinje glede njegovega življenja v skupnosti. Psihiatrinja je Petru predlagala, da gre za kak teden v bolnišnico na opazovanje, da bo dokazal, da je »OK«. Ker ji je zaupal in ker je obstajala možnost, da bi v nasprotnem primeru zahtevali pridržanje, je na to pristal. Od začetka je bilo videti, da bo vsak čas iz bolnišnice prišel vsaj na odprti oddelek, a situacija je postajala vedno bolj zapletena, Peter pa vedno bolj označen kot nevarna oseba. Ves čas bivanja na oddelku se je vedel primerno in sodeloval v aktivnostih. Na intenzivnem psihiatričnem oddelku je bil nekaj mesecev pod posebnim nadzorom. Na oddelku je dokazoval, da ni ogrožajoč za druge ljudi. Tekom hospitalizacije je ves čas želel iti nazaj v stanovanjsko skupino in nazaj v svobodno življenje, življenje, kot ga imajo drugi ljudje. Pri tem mu je nekaj oseb skušalo pomagati, a psihiatri in psihiatrinje so venomer ponavljali, da je nevaren zaradi kaznivega dejanja, ki ga je storil pred več kot desetletjem. V bolnišnico je prišel prostovoljno, ni ogrožal sebe, niti kogarkoli drugega, zelo dolgo se ni dalo doseči konsenza, ki bi deloval njemu v prid. Ko je umaknil soglasje za zdravljenje, je po obvestilu bolnišnice sodišče izreklo sklep o sprejemu osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve. V obvestilu, ki ga je bolnišnica poslala sodišču, je pisalo, da je oseba povsem nekritična do svoje psihopatološke simptomatike v zvezi z duševno motnjo. Na naroku sodišča je Petrova najbližja oseba povedala, da pomanjkanje uvida v bolezen in to, da ni jemal zdravil, ne moreta biti razloga zadržanja. Izvedenec je odgovoril, da je oseba v preteklosti že

ravnala heteroagresivno. Zdravnica je povedala, da želi doseči remisijo psihoze in da so razmišljali, da bi ga namestili v zavod Hrastovec ali kakšen drug zavod. Pred tem je bil Peter seznanjen z mnenjem zdravniškega konzilija, v katerem je bilo navedeno, da ni sposoben bivanja v skupnosti, da je vedno opuščal zdravljenje in zdravila. Nad mnenjem je bil presenečen, saj odkar v živi v skupnosti, ni nikogar ogrožal in tudi v prihodnje ne namerava.

V konkretnem primeru koordinatorjev obravnave v skupnosti vidimo, da je zaradi neustreznega delovnega pristopa in s kršenjem etičnih in zakonskih določil prišlo do velike škode za uporabnika. Nekaj mesecev je preživel na oddelku, kljub temu da ni izpolnjeval zakonskih pogojev za zadržanje brez privolitve. Vloženega je bilo ogromno zagovorniškega dela, da so ga iz zaprtega dela izpustili; ta čas bi bil veliko bolj koristen, če bi ga uporabili za delo z uporabnikom in uresničevanje ciljev iz osebnega načrta. Tudi čas, ki je bil namenjen za vpogled v spis in iskanje informacij, bi bolj koristil timskeemu delu.

Med hospitalizacijo je tudi psihiatrična bolnišnica naredila nekaj postopkovnih in strokovnih napak, prav tako sodišče. Bolnišnica je pri sprejemu na oddelk pod posebnim nadzorom naredila več postopkovnih napak: skupaj s Petrom ni sestavila načrta zdravljenja, kot ga zahteva čl. 35 ZDZdr (vsaj zastopnica, koordinatorica in najbližja oseba ga niso videli), prav tako so mu pomanjkljivo pojasnili namen in potek zdravljenja, kot zahteva čl. 36 (2), predstojnik oddelka je namigoval in obljubljal, da bo kmalu iz oddelka odpuščen, a to se ni zgodilo prav hitro. V tem procesu je zamenjal več zdravnikov in vsak nov se je izgovarjal na svoje nepoznavanje primera, to pa je dodatno otežilo pogovore in pogajanje o odpustu, za kar si je Peter z zastopnico, koordinatorico in najbližjo osebo ves čas prizadeval. Pri tem so iz obravnave izločili njegovo izbrano psihiatrinjo. Sodišče je pri presojah glede upravičenosti pridržanja na varovanem oddelku proti njegovi volji dopustilo več napak. Ni upoštevalo gradiva zagovornice in najbližje osebe, zavrnilo je mnenje ambulantne zdravnice, ne da bi jo pri tem zaslišalo, a je hkrati upoštevalo mnenje oddelčne zdravnice. Sodni izvedenec ni pojasnil svojega sklepa iz prejšnjega mnenja, da pri Petru obstaja nevarnost fizičnega nasilja hude oblike. Izvedenec je upošteval samo dokumentacijo, ki govori o bivanju v bolnišnici, ni pa pregledal dokumentacije obravnave v skupnosti. Sodišče je pri preverjanju Petrove kritičnosti do lastnega zdravstvenega stanja zanemarilo pomemben vidik – to, da s sprejemanjem pomoči in sodelovanjem s strokovnjaki kaže, da se zaveda, da potrebuje podporo, čeprav morda ne sprejema diagnoz, ki so mu pripisane. Lahko bi sklepali, da zanemarjanje dokumentacije kaže na pristranskost in selektivnost pri ustvarjanju mnenja. Iz

njegovega mnenja je tudi jasno razvidno, da nima ekspertize s področja skupnostne psihiatrije in obravnave v skupnosti. Poleg tega je izvedenec večkrat v pogovoru slabšalno komentiral skupnostne službe, provociral udeleženko naroka z vprašanji o obstoju duševne bolezni in se prezirljivo izražal glede postopkov po zakonu, češ da je zakon le papir ipd. S tem je pokazal, da je pristranski, da svojo nalogo dojema kot zaščito kolegov, ki so predlagali zadržanje, držal se je kot zagovornik zapiranja in ne kot izvedenec, ki naj bi zares proučil vse okoliščine in resnično ocenil, ali je zadržanje potrebno ali ne. Dva pojma, ki sta pogosto zaznamovala Petrovo sodno in zdravstveno dokumentacijo sta neuvidevnost in nekritičnost do bolezni. Ogroža svoje zdravje, ker do njega ni kritičen. Kritičen do lastnega stanja ni, ker zavrača psihiatrično sodbo, da je duševni bolnik in ker se je velikokrat zgodilo, da je prenehal jesti zdravila. Zato ker ima v svoji preteklosti hudo nasilno dejanje in ker ne jemlje zdravil, je nevaren. V takšnih krožnih razlagah se giblje vsebina dokumentacije. Eden izmed navedenih razlogov za njegovo nekritičnost je duševna bolezen. Iz zapisnikov in sklepov sodišča je razvidno, da je bila nekritičnost do obstoječega zdravstvenega stanja razlog prisilnega pridržanja Petra na zaprtem oddelku. Ker po mnenju oseb, ki so se zavemale za njegove interese to ne more biti (zakonski) razlog tako stroge omejitve, zdravstvena stroka v zapisih trdi, da bi Peter lahko bil nevaren. Pri zadnji hospitalizaciji sta izvedenec in oddelčna zdravnica povedala, da na oddelku ni bil nikoli nevaren in ogrožajoč do osebja. Tega tudi ni izrazil noben zdravnik. Delavka stanovanjske skupine je povedala, da odkar dela z njim, prav tako ni bil nevaren oziroma agresiven. Zdravnica ne ve, ali bi bil zunaj nevaren, da bi pa lahko ogrožal lastno zdravje, če ne bi jemal zdravil. To, da je miren in ne ogroža ljudi je povezano z dejstvom jemanja zdravil, čeprav nihče nima nikjer kakršnih koli podatkov, da bi to dvojce lahko povezovali. Odnos, ki ga ima Peter do diagnoz in bolezni, ki mu jih zdravniki določajo, se torej interpretira kot nekritičen. Torej bi človek, v tem primeru Peter, moral nujno prevzeti vlogo duševnega bolnika, se z diagnozami strinjati, posledično tudi z zdravljenjem, če pa ne, pa so na voljo prisilni instrumenti zapiranja. Peter identitete bolnika ni prevzel. Po dokumentaciji sodeč je to zavračanje pripeljalo do številnih hospitalizacij. Vse te hospitalizacije pa njegovega odnosa niso spremenile, kljub temu da je bil prisiljen na oddelkih uživati nevroleptike in druge psihofarmake. Če se v socialnem delu trudimo za destigmatizacijo, celovit pogled na človeka in krepitev moči, se očitno v zdravstvu dela obratno. Na tem mestu se sprašujem, kdo potrebuje bolnike? Poleg tega Peter zavrača diagnoze, ne zavrača pa pomoči, podpore, timskega dela, sodelovanja z različnimi strokovnjaki, sklepa dogovore itn. Vprašanje je tudi, zakaj bi se ljudje morali poistovetiti z identiteto bolnika, kje je korist in napredek človeka? Mislim da je najpomembnejše to, da v

vsakdanjem življenju v stanovanjski skupini delamo skupaj s človekom, za njega in ne z besedami, kot je na primer paranoidna shizofrenija – ne morem si predstavljati, kako bi s tem lahko delala, najbrž sploh ni možno. Poleg tako imenovane nekritičnosti do bolezni je tudi Petrova norost pomemben dejavnik hospitalizma. Peter govori, razmišlja nenavadne reči. Demone meče v pekel, ustvarja nove galaksije, ima milijon žensk in vsem je zvest, včasih reče, da je Krišna. Včasih ljudje čutijo zaradi tega nelagodje v interakciji z njim, velikokrat pa tudi ne. Skozi pregled dokumentacije mi je bilo nenavadno, kako težko so tovrstno govorjenje sprejeli psihiatri in psihiatrinje. Kako se lahko ljudje, ki delajo z nenavadnimi uporabniki, ki jih poimenujejo duševni bolniki (torej, da so bolni na duši) zelo čudijo in to nenavadnost nujno vzamejo kot bolezen. Peter pripoveduje o religijah, še posebej o hinduizmu, religiozen je v zelo širokem pomenu besede, saj priznava vse religije. Včasih je v samostanih živel in se tam poučeval. Če poznamo vsaj osnove nekaj religij, lahko njegovo nenavadno govorjenje povežemo z le-timi in vsaj nekatere pripovedi umestimo v kontekst. Religija je torej norost in upam, da se ne bo začelo veliko zapiranje vernih ljudi.

Skozi razpravo in rezultate vidimo, kako so se najobsežnejše teme zgostile ob pojmih bolnišnic, zdravil, diagnoz in sodišč. Za tem sledi tudi kar obsežna tema centrov za socialno delo. Teme, kot so potrebe želje, cilji, sanje, so prevzele manjšino rezultatov. To nam nekaj pove, saj sem vsem raziskovalnim vprašanjem posvetila enako mero pozornosti. Še več, prav raziskovalnega gradiva, ki se tiče institucij, sem pridobila najmanj, pri temah, kot so potrebe, želje in cilji, sem imela obsežno gradivo (osebni načrt in revizije, analize tveganja, obsežen intervju, ki se v velikem delu nanaša na potrebe, skratka vsa dokumentacija, ki se tiče življenja v skupnosti in intervju), a je zavzelo malo prostora raziskave. Ob tem lahko pomislimo, da morda skupnostna služba daje premalo poudarka na delo, sanje, načrte in potrebe. Skoraj z gotovostjo pa lahko trdimo, da je velik del Petrovega življenja zavzela institucija, institucionalna kariera. Prav teme vsakdanjega življenja, dela, ljubezni in prostega časa so teme, ki večini ljudi polnijo življenje, a so za nekoga, ki je bil velik dela življenja institucionaliziran, obrobne. Ne gre za to, da Peter ne bi sanjal, sanja o svobodi, o ljubečih odnosih in druženju, delu in ustvarjalnosti, ampak je vsebina teh sanj šibka.

Poglavitna slabost raziskave je ta, da sem glede institucionalne kariere, ki pri Petru traja že triintriideset let, pridobila podatke samo iz psihiatrične bolnišnice (v kateri je bil večinoma hospitaliziran), z izjemo hospitalizacije tekom bivanja v stanovanjski skupini. Če bi želela boljše raziskati njegovo kariero, bi se morala pogovarjati še z njegovimi sorodniki in prijatelji,

s katerimi ni imel stika že leta, s strokovnjaki iz bolnišnice, centra in zavoda. Raziskava je študija primera, njen namen ni bil posploševanje, ampak praktična relevantnost, izjemnost in tudi situacijska tipičnost človeka z dolgotrajnimi duševnimi stiskami in dolgo institucionalno kariero. Drug vidik, ki je lahko vprašljiv iz raziskovalnega vidika, pa je moja poklicna vpletenost v situacijo uporabnika. Tega sem se zavedala že na začetku, zato sem vpliv, ki bi lahko omajal verodostojnost raziskave, zmanjšala s pridobivanjem raznolike dokumentacije iz več virov.

6. SKLEPI

- Peter je del svojega življenja preživel v različnih institucijah: psihiatrični bolnišnici, socialno varstvenem zavodu in priporu;
- prvič je bil hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici, ko je bil star dvajset let;
- najdaljša institucionalna doba je bila v psihiatričnih bolnišnicah – tam je preživel največ časa, in sicer nekaj manj kot dvanajst let, v zavodu je živel eno leto in pet mesecev, v priporu pa štiri mesece;
- od prve hospitalizacije naprej, se pravi po letu 1977, je v institucijah preživel skoraj pol življenja;
- leta 1999 je bil Petru s sklepom sodišča izrečen ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja v zdravstvenem zavodu, ker je storil hudo kaznivo dejanje, ukrep je trajal več kot devet let;
- leta 1999 je pretepel svojega očeta, poškodbe podjezičnice in hrustanca grla so povzročile močno oteklost grla, zato je oče zaradi zadušitve umrl. Kljub temu da Peter podaja različne razlage kako je oče umrl, ga ni hotel ubiti;
- sodišče ga je obsodilo za kaznivo dejanje umora v stanju neprištevnosti;
- pred in po tem dejanjem ni bil nikoli agresiven ali nasilen do drugih ljudi;
- zdravniki so po koncu ukrepa obveznega zdravljenja opazili znake trajne osebne spremenjenosti po duševni bolezni in dolgi hospitalizaciji s pasivnostjo, osiromašenimi interesi ter tendenco socialne izolacije;
- psihiatrinja je pred premestitvijo v zavod ugotovila in zapisala, da ni sposoben zadovoljivo funkcionirati izven institucije;
- spremembe diagnoz niso pokazale sprememb v vedenju in razmišljanju ali kateri drugi Petrovi značilnosti;
- takoj, po več kot devetletnem življenju v psihiatrični bolnišnici, ga je bolnišnica z njegovim privoljenjem namestila v zavod Hrastovec;
- druge možnosti, razen bolnišnice in zavoda ni imel;
- leta 2010 se je preselil v stanovanjsko skupino, za preselitev iz zavoda se je odločil tekom civilne pobude Iz-hod, ki je svojo pot začela v zavodu Hrastovec, takoj po preselitvi se je vključil v koordinacijo obravnave v skupnosti na pristojnem centru za socialno delo;

- pred preselitvijo v skupnost in pred vključitvijo v koordinacijo ni nikoli prejemal pomoči ali podpore v skupnosti. Zmeraj je živel »svoje boemsko« življenje doma ali je pa bil v instituciji;
- v stanovanjski skupini živi ob podpori skupnostne službe brez večjih težav že več kot eno leto;
- Peter tekom institucionalne kariere ni imel pravice o odločanju pri medikamentoznem zdravljenju, v dokumentaciji je jemanje terapije navedeno kot samoumevna zadeva, odklanjanje zdravljenja z zdravili oziroma opuščanje le -teh pa definirano kot pomanjkanje uvida v bolezen;
- pri zadnji hospitalizaciji vidimo, da je sprejemanje in načrt jemanja terapije z zdravili zanj nuja za življenje v skupnosti;
- pri zadnji hospitalizaciji je v bolnišnico prišel prostovoljno, ko je umaknil soglasje za zadržanje na zaprtem oddelku je bil razlog bolnišnice, za prisilno zadržanje, njegova nekritičnost do obstoječe psihopatološke simptomatike v zvezi z duševno motnjo;
- ko je zagovorniška skupina na naroku sodišča povedala, da tovrsten razlog ni zakonska podlaga za zadržanje na zaprtem oddelku, sta psihiater izvedenec in zdravnica tako imenovano nekritičnost povezala z ogrožanjem lastnega zdravja, konkretne nevarnosti za druge in zanj nista opredelila, saj je ni bilo opaziti;
- psihiatrična bolnišnica je naredila več postopkovnih napak;
- sodišče je v postopku odločitve le-to popolnoma predalo sodnemu izvedencu psihiatru in ni upoštevalo vsega gradiva naroka in izjav vseh oseb pri odločanju o ustreznosti Petrovega bivanja na zaprtem oddelku,;
- sodni izvedenec je med postopki odkrito slabšalno komentiral skupnostne službe in udeleženko naroka provociral z vprašanji obstoja duševne bolezni pri Petru in prezirljivo govoril o Zakonu o duševnem zdravju;
- pomembno vlogo v njegovem življenju sta imela dva centra za socialno delo, in sicer v treh bistvenih točkah:
 - Pri urejanju zadev v zvezi z njegovim premoženjem
- leta 2004 in 2005 se je začelo »delo« za Petra z dopisovanjem med psihiatrično bolnišnico in centrom za socialno delo, povod za to je bil dopis nepremičninske agencije, ki jo je Peter prosil za posredovanje pri prodaji stanovanja;
- obe ustanovi sta ravnali neustrezno in nestrokovno, nista zaščitili njegovega premoženja, kljub temu da sta za to imeli vsaj deset mesecev časa;
- Peter je bil ogoljufan za svoje stanovanje.

- Pri sodiščni obravnavi glede ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja

- ob odločanju sodišča o ukrepu se strokovna delavka ni želela udeležiti zaslišanja na sodišču, kljub temu da je bila povabljen in je že vnaprej mnenje prepustila psihiatru izvedencu. Zapisala je, da je zaradi narave njegove duševne bolezni primerno bivanje v Hrastovcu, ni ga pa ga niti enkrat obiskala.

- Koordinacija obravnave v skupnosti

- Peter se je po preselitvi iz zavoda vključil v koordinacijo obravnave v skupnosti na istem centru za socialno delo. S koordinatorko in njenim delom je zadovoljen, koordinatorka organizira timsko delo in se vanj vključuje, skupaj s Petrom je izdelovala revizijo osebnega načrta tekom hospitalizacije za čas bivanja v stanovanjski skupini in v procesu delovala tudi zagovorniško;

- zaradi posegov in nestrokovnega ter tudi nezakonitega ravnanja dveh koordinatork iz lokalnega centra za socialno delo, ki sta zahtevala mnenje psihiatrinje za Petrovo življenje v skupnosti, je Peter pristal na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice. Brez vednosti uporabnika in oseb, vključenih v skupne procese dela (delavk stanovanjske skupine, koordinatorko itd.) sta vpogledala v spis v zavodu Hrastovec, tam odkrila Petrovo preteklost – kaznivo dejanje;

- tovrstno ravnanje je povzročil strah pred odgovornostjo in ignoranca temeljnih načel (skupnostnega) socialnega dela in koordinacije obravnave v skupnosti.

- Petrove glavne potrebe so:

- 1) delo,
- 2) denar,
- 3) stiki in družabnost,
- 4) aktivnosti vsakdanjega življenja,
- 5) življenje v skupnosti, krizni namesto hospitalizacije,
- 6) stanovanje.

- opis potreb in podpore:

- 1) podporo in pomoč pri uresničevanju želja oziroma zadovoljevanju potreb potrebuje pri iskanju (za začetek prostovoljnega) dela in spremstvo na delo po pridobitvi dela;
- 2) pri razpolaganju z denarjem gre predvsem za podporo, ki vključuje načrtovanje porazdelitve denarja, beleženje porabe, predvsem pa mora najprej pridobiti moč, da bo

lahko s tem učenjem začel. Če bi imel več denarja, bi ga porabil za bolj kvalitetno hrano in cigarete, za obiskovanje likovnih razstav in ogled filmov ter potovanja, včasih bi šel jest v restavracijo. Pomanjkanje denarja vpliva na njegovo nelagodje v interakciji z drugimi ljudmi, sram ga je, ko prosi za denar;

- 3) podpora in pomoč pri iskanju partnerke, druženje s prijateljicami in prijatelji;
- 4) v prostem času si želi aktivnosti, kot so ribolov, smučanje, pisanje in ustrezna oprema za to, vsakdan pa si želi zapolniti z osvajanjem računalniških spretnosti in učenjem ravnanja z mobilnim telefonom;
- 5) potreba drugih, sostanovalk in sostanovalcev ter zaposlenih v skupnostni službi je organizacija kriznega tima, Peter pravi, da ga ne potrebuje, vendar pomoči in spremstva v času tima ne zavrača in sam sodeluje pri pravih in določanju ravnanj tima;
- 6) oblika kolektivnega bivanja v stanovanjski skupini mu ustreza.

- življenje v zavodu in civilno življenje v skupnosti se močno razlikujeta; življenje v skupnosti prispeva k (povzetek iz Petrove pripovedi):

- temu, da se ljudje izven institucije počutijo bolj enakovredni ostalim;
- večji svobodi od tistih v zavodih;
- večjemu vplivu na vsakdanje življenje ljudi (gospodinjstvo, opravki, skrb zase);
- širjenju socialne mreže, ki ni vezana samo na institucije.

- edina zaznana prednost zavodskega življenja so ljubezenski stiki. Peter je imel ljubezenske odnose z več ženskami, ko je bil v zavodu, kot zdaj, ko je v skupnosti;

- pomembne lastnosti delavk in delavcev zaposlenih v skupnostni službi so toplina, človeškost, prijateljski odnos, prijaznost, odprtost za pogovor in ustrežljivost,

- pomanjkljivosti dela zaposlenih so pomanjkanje podpore in pomoči pri iskanju zaposlitve in uresničevanju ciljev iz osebnega načrta.

7. PREDLOGI

a) Centri za socialno delo:

- če strokovne delavke oziroma delavci zaznajo, da obstaja nevarnost izgube premoženja uporabnika (npr. z goljufijo), naj najprej z uporabnikom vzpostavijo delovni ter osebni odnos in če vidijo, da obstaja resna grožnja izgube premoženja, naj učinkovito in hitro ukrepajo z vzpostavitvijo tima (nepremičninska agencija, bolnišnica, svojci, uporabnik, socialne delavke), če je potrebno, se za posebni primer lahko postavi skrbnika;
- sprememba paradigme iz »dela na papirju in s papirji – dopisovanje« v paradigmo dela na terenu, z ljudmi: pogovarjati in dobivati se z uporabnicami, uporabniki, reševati težave, delati timsko. Uporaba formalnih postopkov naj se uporabi kot način dela, ki ga uporabimo, ko so druge metode (delo z uporabnikom in timom) izčrpane;
- odločanje, ali bo oseba živela v zavodu ali v skupnosti mora biti odločitev uporabnice oz. uporabnika, socialne delavke pa naj zagotovijo pogoje za to. Če jih ni, naj bo namestitev v zavod začasna rešitev, hkrati pa naj socialne delavke po namestitvi delajo na tem, da ustvarijo pogoje in oskrbo v skupnosti. Pred odločanjem tim (npr. uporabnica, socialna delavka, psihiater, svojci) pripravi osebni načrt in analizo tveganja in po potrebi določi preizkusno obdobje;
- sistemska prepoved ravnanja, ki bi dopuščalo zahteve mnenja za sposobnost uporabnikovega življenja v skupnosti in prepuščanje odločanja zdravstveni stroki, to naj vodstvo centrov za socialno delo prepove (in zahteva delo, kot je opisano v prejšnji alineji);
- odpovedovanje strahu pred odgovornostjo in zavzemanje za skupno timsko odgovornost, to bi lahko umestili v delo supervizij in intervizij, kjer bi se socialne delavke in delavci podpirali, delili izkušnje, strahove in iskali rešitve;
- upoštevanje Kodeksa etičnih načel v socialnem varstvu in Kodeksa etike socialnih delavk in delavcev (kot pogoj za pridobitev delovnega mesta v pogodbi o zaposlitvi);

- zavzemanje za načela skupnostnega socialnega dela in neinstitucionalna drža – sodelovanje pri sistemskih spremembah – državi je potrebno sporočiti s kakšnimi ovirami, ki jih vedno ne morejo rešiti sami, se socialne delavke in delavci srečujejo pri skupnostnem delu in podati predloge različnih zakonskih in formalnih sprememb;
- krepitev moči socialnega dela, socialno delo si mora izboriti svoj delež v sistemu socialnega in zdravstvenega varstva in svojo moč pokazati z metodami dela, načeli socialnega dela, v oziru na druge poklice (psihiatrija).

b) Skupnostna služba:

- naj neguje lastnosti ljudi v timu kot so prijateljski odnos, toplina, prijaznost, odprtost za pogovor v delovnem in osebnem odnosu in jih tudi v timskem delu označi kot pomembne;
- podpora v skupnosti naj vključuje tudi moralno podporo, spodbujanje uporabnika, pohvale in negovanje prijateljskega in enakovrednega odnosa (ne avtoritativnega in nadzorniškega);
- naj dela na izvajanju uporabnikovih ciljev iz osebnega načrta, delo naj organizira tako, da bodo uporabnikovi cilji in želje v ospredju, da vsi v timu vedo po kakšni poti hodijo skupaj z uporabnikom;
- naj preprečuje hospitalizacije z občutljivostjo na spremembe uporabnikovega počutja, organizacijo kriznih timov in strokovnim delom.

c) Psihiatrična bolnišnica:

- sprememba izrazoslovja v dokumentacijah, ki poleg diagnoz in medicinskih izrazov, opisno in konkretno pojasni okoliščine hospitalizacije, različne situacije, vpletenost socialne mreže;
- celosten in ne zgolj strogo medicinski pristop k stiski človeka;
- upoštevanje in spoštovanje Zakona o duševnem zdravju;
- timsko delo in sodelovanje v multidisciplinarnih timih, upoštevanje sogovornic in sogovornikov iz skupnostnih služb;
- temeljita prenova zdravstvene terminologije (kot je npr. neuvidevnost do bolezni, prava duševna bolezen, urejenost v vedenju);

- določitev nove, sodobne paradigme in modela psihiatrije, zgledovanje po dobrih praksah in tujini in gradnja modela duševnega zdravja, kot ga v Sloveniji potrebujemo, ob upoštevanje temeljnih človekovih pravic;
- prepoved zaprtih oddelkov in dolgotrajnih hospitalizacij, še posebej dolgih dob bivanja v zaprtih oddelkih;
- omejitev prisilnega zdravljenja s psihofarmaki.

č) Sodišče:

- upoštevanje in spoštovanje Zakona o duševnem zdravju;
- izobraževanje glede duševnega zdravja v skupnosti z domačimi in mednarodnimi seminarji;
- odločitve glede ljudi v psihiatričnih bolnišnicah ne prepuščati sodnim izvedencem;
- določitev novih pogojev za sodne izvedence, pogoji morajo biti takšni, da zajemajo kriterije za neodvisnost;
- izvedenci, ki odločajo o zdravljenju, bi morali biti tudi svojci, strokovnjaki iz neposrednega delovnega odnosa z uporabnikom in poleg zdravnikov, tudi strokovnjaki iz drugih strok;
- uvedba profila sodnega izvedenca iz tujine;
- temeljit razmislek o tem, ali je sedanji psihiatrični sistem ustaven in analiza kršenja človekovih pravic;
- podajanje predlogov za zakonske ureditve, ki bodo bolj upoštevale temeljne človekove pravice in svoboščine.

d) Država:

- ureditev stanovanjske politike (ki je v socialni državi zelo pomembna), zagotovitev praktične pravice do stanovanja, še posebej ranljivim skupinam prebivalstva;
- ne gradnja novih institucij, temveč razporeditev denarja v skupnostne oblike bivanja in podpore;

- upoštevanje civilnih pobud in skupno snovanje sodobnejših socialno varstvenih modelov, ki bodo na neinstitucionalen način odgovarjali na potrebe ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami;
- ureditev področja dela in zaposlitve za ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami (na primer usposabljanje v organizacijah v skupnosti);
- spremembe načinov financiranja, uvajanje modela neposrednega in individualiziranega načina financiranja;
- sistemski premik iz institucionalne skrbi za ljudi, ki potrebujejo storitve dolgotrajne oskrbe v skupnostno.

f) Delo z uporabnikom:

- zaposlene naj prevzamejo delo na uresničevanju ciljev. Ključna delavka skliče timsko konferenco, ki se je udeleži koordinatorka obravnave v skupnosti, uporabnik, sodelavci, ki bodo izvajalci storitev;
- iskanje prostovoljnega dela, spremstvo in podpora na začetku, pri tem naj uporabniku pomagata ključna delavka in honorarni sodelavec, izvajalec storitev;
- podporo pri iskanju partnerke bo mu nudil izvajalec, s čim več aktivnostmi, druženju v javnosti (kino, gledališča ...), da spozna ženske, če bo ždel v stanovanjski skupini, bo ta cilj verjetno težko uresničil;
- v večji meri mu prepustiti razpolaganje z denarjem in mu pri tem pomagati. Ključna delavka bo tedensko razporejala denar in mu ga prepustila, skupaj bosta zbirala račune in beležila, izvajalec mu bo pomagal pri nakupih;
- organizacija kriznih timov, ko je to potrebno in iskanje novih rešitev za premagovanje kriz. To uredi celoten tim skupnostne službe, koordinira pa ključna delavka;
- ustvarjanje novih rešitev glede vprašanja zdravil in hkratno upoštevanje njegove volje, timsko delo in posvetovanje s psihiatrinjo, iskanje alternativnih metod zdravljenja;
- razmislek o reinterpretaciji nenavadnega govorjenja v povezavi s človekovo zgodovino in prepričanji, vključitev delo, celoten tim naj razmišlja o tem, kako lahko naredijo interakcijske prekrške nestigmativne. V konkretnem primeru bi eden od ukrepov bil, da ima uporabnik nekaj svojega denarja pri sebi, ker ga je

- sram, ko prosi za denar. Ko pa je drugim nerodno zaradi njegovega nenavadnega govorjenja, naj tim določi strategije, ki bodo popravile situacijo;
- služba naj pri vključitvi uporabnika v programe uporabi metodo spoznavnega intervjuja. Uporabnik naj si v timu izbere ključno delavko, ki bo z njim naredila intervju. Lahko bi bil koristen za zблиžanje in lažje predvidevanje določenih situacij.

8. VIRI

Felc, J., Toresini, L. (2010), *Kletka strahu in smrti: medicinski in pravni vidik zblojenosti*. Celje: Društvo Mohorjeva družba, Celjska Mohorjeva družba.

Flaker, V. (1995), *Skupinsko dinamična in institucionalna protislovja prostovoljnega dela: Procesi dezinstytucionalizacije služb duševnega zdravja v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede (doktorska disertacija).

Flaker, V., Kodele, T., Kranjec, B., Smole, A., Cigoj Kuzma, N., Urek, M. (2007), *Krepitev moči v teoriji in praksi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (priročnik).

Flaker, V., Čaćinovič Vogrinčič, G., Grebenc, V., Kodele, T., Mali, J., Milošević-Arnold, V., Rapoša-Tajnšek, P., Rihter, L., Rode, N., Sedmak, M., Škerjanc, J., Urek, M., Zaviršek, D. (2008), *Evalvacija procesov dezinstytucionalizacije v posebnih socialnih zavodih v Sloveniji (V5-0287)*. Zaključno poročilo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek, M. (2008), *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V., Urek, M., Škerjanc, J., Oreški, S., Kobal, B., Nagode, M., Jakob, P., Rafaelič, A., Mali, J., Cigoj Kuzma, N. (2009), *Formalni in strokovni okvirji za uvajanje iz izvajanje Zakona o duševnem zdravju*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo, Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V. (2011), *Teze za diskusijo*. Socialno delo, 50, 1: 63–65.

Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A., Udovič, N. (2011), *Nastajanje dolgotrajne oskrbe. Ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Iz-hod, *Manifest Iz-hoda*. <http://www.iz-hod.info/sl/o-nas/manifest>, (16. 9. 2011).

Lamovec, T. (1999), *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Lamovec, T. (2006), *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: Nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Kazenski zakonik, Ur. l. RS, št. 55/2008.

Mali, J. (2011), *Pogled z vidika skrbi za stare ljudi*. *Socialno delo*, 50, 1: 59–62.

Mesec, B. (1998), *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Psihiatrična klinika Ljubljana. <http://www.psih-klinika.si/>, (16. 9. 2011).

Psihiatrija – informacije za vsakogar. <http://www.psihiater-leser.com/>, (16. 9. 2011).

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. <http://www.ssz-slo.si/>, (20. 9. 2011).

U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice (1996), *Mental Illness and Violent Crime: A Summary of a Presentation by John Monahan, Ph.D.* (<https://www.ncjrs.gov/pdffiles/mentilln.pdf>), (17. 9. 2011).

Videmšek, P. (2011), *Vpliv ljudi s težavami z duševnim zdravjem na delovanje skupnostnih služb za duševno zdravje v Sloveniji*. Doktorska disertacija.

Zakon o duševnem zdravju, Ur. l. RS, št. 77/2008.

Zveza sožitje. <http://www.zveza-sozitie.si/>, (16. 9. 2011).

Wikipedija. <http://sl.wikipedia.org/>, razlaga duševne motnje, (16. 9. 2011).

9. PRILOGE

Priloga 1: enote kodiranja

1. Moj običajen dan izgleda tako, da navadno proti jutri pridem domov, pred tem se zabavam na Metelkovi, potem si doma vklopim televizor na TV Classic in grem spat.
2. Poslušam radio in kasete, Woodstock, to najraje poslušam.
3. Napravim si še kaj za pojesti, sardelice, slanino, grahec, fižol v ponvi si pražim in pojem. Skuham si veliko kavo in jo prihranim, da jo spijem, ko se zbudim.
4. Potem mi cimra v posteljo prinese kosilo, leže zaužijem hrano, dobim še eno kavico, ki mi jo skuhata cimra in cimer ali katera od socialnih delavk, sprejemam obiske in se pogovarjamo o lepih stvareh ob cigaretah in kavici – o Tivoliju, o ljubezni, o naravi. Potem se oblečem in odhitim na avtobus. Pri kolodvoru izstopim in grem peš do Žmavca po stari Ljubljani, občudujem mlada dekleta in punce, pri Žmavcu kdaj pokadim joint. Potem se grem še sprehajat, po Tivoliju, potem grem še na kakšno kavico ali pivo. Ob devetih grem do Metelkove in tam se v dobri družbi zabavam do jutra. To je moj vsakdanjik. Živim zelo lepo življenje, s kreativnostjo, popestren z iznajdljivostjo in lepoto svobodnega filinga.
5. Knjige so na tleh, kasete so na tleh, barvice so na tleh.
6. Socialne delavke prihajajo – dobimo se, se pogovarjamo in se kaj zmenimo. Skupaj tudi počistimo, odnesemo smeti, kdaj skuhamo.
7. Živim v neprofitnem stanovanju, moja soba je lepa soba, čudovita soba, v kateri se prijetno počutim, v bistvu je ta soba Hotel California, tukaj so Buffalo soldiers, ljudje iz Afrike – takšne plakate imam. Posteljo – jogi imam na tleh, v sobi imam televizor, ki mi omogoča, da spremljam moj najljubši program.
8. V stanovanju so še tri sobe, v eni je, v eni je, v eni pa ... Imamo lepo kuhinjo, kjer se zbiramo, kjer se pogovarjamo, kjer jemo in sprejemamo obiske. Jaz sem zelo zadovoljen, če pride kakšna deklica k meni v sobo, da se z mano pogovarja, še bolj srečen, če se katera stisne k meni.
9. Iz Agencije pa so mi prepovedali kaditi marihuano v sobi in v stanovanju.
10. V moji sobici nič ne manjka. Kopalnica je zelo lepa, dve stranišči sta, stalno je vse čisto, večkrat počistim kuhinjo, hodnik, kopalnico. Za to ne porabim nič več kot četrte ure. Večkrat pomijem posodo, to z veseljem naredim, večkrat si pripravim kaj za jest, v hladilniku in zamrzovalniku je vedno kaj. Tako lepo živim življenje kot vsak drug Ljubljančan.
11. V redu mi je da sem malo izven Ljubljane, zrak je čistejši, bolj na podeželju, več je zelenja, ljudje se mi zdijo silno prijazni. Smo v vzajemnih odnosih s sosedi, rad se pogovarjam z njihovimi otroki, ki jih neizmerno ljubim kot

Ljubim tudi živalske otroke. Zelo rad sem z otroci, ki so iskreni, in preprosti, to me zelo razsvetljuje. Kar se tiče stanovanja sem zadovoljen, sploh ne rabi biti drugače.

12. Denarja nimam nikoli dovolj, zato bi si poiskal delo, delal bi karkoli, samo da bi bilo dobro plačano, na primer na mesec toliko, da bi lažje živel.
13. Nerodno mi je, da beračim denar po Čopovi, sram me je. Za kavo ali pa cigarete, ali pa da grem ven jest ali da prijateljem kupim kakšna skromna darila, nakit, kadila. Žepnine imam samo 50 evrov na mesec. Nerodno mi je beračiti po ulici, ali pa zaposlene in Iz-hodovce, oni tudi nimajo veliko denarja.
14. Če bi imel več denarja, bi si kupil boljšo hrano, sploh pa veliko sadja in cigarete Marlboro.
15. Jaz ljubim sprehode v naravi, ljubim glasbo, marihuano, svojo punco pa najbolj od vsega in svojih pet hčera.
16. Prišel bom kmalu ven in takrat se bom dobro obnašal, ne zaupam psihiatrom, slabe izkušnje imam z njimi, sam si bom pomagal, psihiatske pomoči ne potrebujem. Ko bom rabil, bom prosil za pomoč koga iz Agencije in moje prijatelje. Ker prvič in zadnjič jaz sploh nisem noben duševni bolnik, moja diagnoza paranoidna shizofrenija je smešna, nikoli nisem imel paranoje, prividov ali prisluhov, nobenih glasov nisem slišal, s telepatijo pa se ne ukvarjam, ker me ne zanima. Pričakujem, da bi lahko kmalu zaživel srečno, svobodno življenje. Ogromno prijateljev imam na Metelkovi, ki jih ljudje iz Iz-hoda ne poznajo, smo kot bratje in sestre, kot komuna.
17. Zelo rad bi s svojim lastnim trudom zaslužil denar, da bi tudi lažje obiskal svoje ženo v Mariboru. Da bi bil gospodar samega sebe in svojega denarja. Zelo rad bi imel delo, da bi imel plačo, tudi vstajal bi se, zjutraj zbudil.
18. Do zdaj v življenju nisem opravljal nobene službe, sem iskal delo, pa so mi smešno malo ponujali, za 50 evrov na mesec ne bi delal. Hočem pošteno delo in za to pošteno plačilo. Pred nekaj meseci mi je Erik zrihtal, da sem bral navodila za recepte in potem sem anketo izpolnjeval in sem dobil nekaj denarja, ampak to je premalo, hotel bi imeti svoj denar.
19. Če bi imel denar, bi si privoščil gledališke predstave. Filme bi tudi šel gledat, likovne razstave.
20. V življenju nisem bil kaj dosti bolan, razen tega, da sem imel meningitis, ko sem bil majhen. Kot čisto mali otrok sem imel vse vrste bolezni, kasneje sem bil v bolnišnici – gnojila se mi je noga, ker sem na iglo pičil. Na psihiatrijo sem pri osemnajstih letih začel hoditi, ne morem se znebiti te psihiatrije, me označujejo za težkega duševnega bolnika, pa to ni res, jaz nisem težki, niti lažji duševni bolnik, sem zelo socializiran in popolnoma nenevaren za okolico. Nekaj časa sem bil tudi odsoten iz bolnice in sem živel kreativno boemsko življenje, dolga leta sem bil tudi popolnoma brez bolnišnice. Tukaj v stanovanjski skupini sem zadovoljen. Tam lahko v miru počivam, se spočijem, si nakopičim nove energije.
21. Med zavodom in stanovanjsko skupino je razlika 1000:1. V Ljubljani sem svoboden, imam iste pravice kot drugi ljudje, počutim se enakovrednega drugim ljudem, tam sem se počutil manjvrednega. Zdaj se počutim bolj kot drugi ljudje, lahko si delo poiščem, to tudi nameravam in bom lahko delal, če ne bo problem, ker sem invalidsko upokojen.

22. V Hrastovcu si nisem mogel sam kuhati, zdaj si lahko sam skuham ali si s sostanovalci in socialnimi delavkami kaj skuhamo skupaj.
23. V Hrastovcu je pa bilo boljše kot prej v psihiatrični bolnišnici, tam sem bil bolj svoboden kot prej v bolnišnici. Tukaj, kjer sem zelo srečen, tukaj me osrečuje, da imam kontakt z ljudmi, prijatelji in prijateljicami in da se lahko pogovarjam z malimi otroci, ki jih zelo ljubim, rad jih imam, kot da bi bili moji. Istočasno me razveseljuje, da imam punco, ki sicer ne živi v Ljubljani, ampak v Mariboru. S to punco imam pet otrok, ki jih ljubim neizmerno. To me drži pokonci, da ne omagam.
24. Sedaj, ko sem na psihiatriji, mi ogromno pomeni, da me hodijo ljudje iz Iz-hoda obiskovat, ogromno mi to pomeni in mi stalno prinesejo kakšna darila, hrano, pijačo ali cigarete, se pogovarjajo z mano, so prijazni, to mi ogromno pomeni, večni dolžnik jim bom.
25. V Hrastovcu smo bili štirje v sobi, tukaj imam svojo sobo in mi to ogromno pomeni.
26. V zavodu sem sicer delal dvakrat po tri ure v knjižnici, sem zlagal, urejal, čistil ... Postavil knjižnico v harmonijo in sem si zaslužil za cigarete. Drugi pa so si prihajali sposojat knjige in sem jih vpisal v knjigo. Delal pa bi še več, če bi bilo možno. Ni pa tam bilo možnosti za neko normalno službo.
27. Bolje pa je bilo v Hrastovcu kot na psihiatriji, ker sem bolj svoboden, veliko sem hodil izven Hrastovca – veliko sem se sprehajal okrog po vseh poteh, samo ob določeni uri sem prišel na kosilo/večerjo itd. V bolnici pa mi niso zaupali, sem bil zaprt, ker jih je bilo strah, da bom pobegnil. Sploh pa ne bi več zdaj nikamor pobegnil.
28. Ko sem se preselil v stanovanjsko skupino sem bil vesel, da sem se rešil Leponexa, da sem prišel k zavesti in zdravemu življenju.
29. V stanovanjski skupini alkohola nisem užival, samo travo sem kadil, pa še to ne pogosto.
30. Nisem rabil jesti zdravil, to mi je bilo v redu. In potem so me napizdli, da sem šel k psihiatrinji in spet sem padel v mrežo psihiatrije. Življenje v skupnosti je mnogo bolj človeško in dostojanstva vredno in častljivo.
31. Najbolj uživam, ko si sam pripravim hrano – zelo rad si sam skuham, pa tudi obiskom, ko pridejo – ena velika razlika v vsakdanjem življenju med zavodom in stanovanjsko skupino.
32. Iz Agencije mi svetujejo, vidijo tisto, kar včasih sam ne vidim in opravijo kaj zame. Največ od vsega mi pomeni to, da nisem sam in da imam družbo.
33. Zdaj mi manjka partnerka, ženska, jaz sem nežen in rahločuten, nisem rad sam v postelji.
34. V zavodu in na psihiatriji sem vedno imel punco, sem vsak dan seksal s punco, odkar pa sem v stanovanjski skupini, pa niti enkrat nisem seksal.
35. Ko sem spoznal, da so z Iz-hoda prišli na pomoč direktno k meni, sem bil zelo srečen in vesel. Predvsem se zahvaljujem Vitu Flakerju, da je bil tako prijazen, da mi je omogočil bivanje v Ljubljani. Odločil sem, da grem ven

iz Hrastovca, ker mi je bilo dosti zapiranje in zatiranja, dovolj mi je bilo bivanja za zidovi, želel sem si svobodno življenje, ki sem ga potem v Ljubljani tudi imel.

36. Iz-hod je zelo pozitivna stvar, kdo si je to izmislil, je vsega spoštovanja vreden – napredna, pozitivna, okrepljujoča zadeva.
37. Odkar živim v stanovanjski skupini, ne bi mogel živeti več brez prijateljev in prijateljic, predvsem iz Iz-hoda, pa iz Žmavca in Metelkove.
38. IN Agencija je izredno pozitivna, toliko mi pomagajo, da kaj takega nisem pričakoval, presenečen sem, da se tako zavzimate za mene, vidim, da niste samo v službi, ampak da ste moji prijatelji. Iz Agencije mi pomagata tako, da čistite stanovanje, nakupujete.
39. Predvsem je za življenje zunaj potrebna moralna podpora, tega pa imam jaz v izobilju.
40. Potem pa tudi formalno – da se poštimajo pogoji za bivanje. Jaz vidim, da vi delate samo dobro, skrbite za nas kot za majhne otroke, sploh ne rabimo s prstom migniti in imamo vse. Pa še ... pomagata, ki je invalid, pa ... pomagata, ki skrbi za vse.
41. Pomeni mi veliko s strani zaposlenih toplina, človeškost, prijateljski odnos, to najbolj.
42. Sprehodi mi ogromno pomenijo.
43. Idealna socialna delavka bi bila takšna, kot si ti. To pomeni, da je ful pozitivna, boljše bitje kot si ti za mene ne more biti, da bi bila tako ustrezljiva in prijazna. Da je ustrezljiva, da ne ukazuje, me ne komandira, kot da sem otrok. Da razrešuje konflikte s pogovorom.
44. Pomembne lastnosti socialne delavke so pozitivna naravnost, prijaznost, odprta za pogovor, da govori resnico in mi nič ne prikriva, neposredna in prijateljsko naklonjena.
45. Pomoč in podporo mi mora nuditi pri iskanju partnerke, saj je veliko deklet, ki so osamljene, telefon rabim.
46. Želim takšnega prostovoljca, da želi pomagati ljudem v stiski in rešiti socialne probleme na moderen način. Da je odkritosrčen, dovzeten za duhovne vrline, da je religiozen, da se bori za pravičnost in da je iskren, da ima ljubezen v srcu, da ima ljubezen do otrok, da je pošten, da je iskren, da je praktičen, da kaj naredi in da je vegetarijanec, da je odprtega duha in nadarjen za umetnost. Če bi več takšnih ljudi bilo, bi svet bil lepši. S prostovoljci se pogovarjam, plešem na Metelkovi skupaj še z drugimi puncami, poslušam glasbo, filozofiram, modrujem, se hecam in včasih norčujem iz drugih ljudi, da je odprtega duha in nadarjen za umetnost.
47. Pri delavkah stanovanjske skupine najbolj cenim pri njih prijaznost, uslužnost in prijateljski odnos. Da mi stojijo ob strani, zdaj, ko sem v bolnišnici. Da bi mi poiskali delo – to pogrešam in mi ni OK, drugih pomanjkljivosti ni, drugo je vse izpolnjeno in premišljeno za mojo dobrobit.
48. Agencija IN je prevzela oskrbo za ljudi. Trije so se preselili v stanovanjsko skupino preko javnega socialno varstvenega programa, sofinanciranega preko MDDSZ.

49. Peter zavrača preglede pri psihiatrinji.
50. Psihiatrinja meni, da uživanje zdravil glede na njegovo obliko bolezni ni ravno učinkovito, saj se učinki zdravil pri njem ravno ne opazijo. »Po domače ni ravno kaj drugačen, če jemlje in kaj bolj aktiven.« Problematično je pa predvsem v krizi, takrat naj bi jih moral obvezno jemati. Predlaga, da napišemo tudi dogovor, da v stanju krize uživa zdravila. Prav tako tudi, da se strinja z organizacijo kriznega tima, za katerega so predvidena finančna sredstva.
51. Predmet aneksa št. 1 je organizacija oskrbe uporabnika, za katerega izvajalec organizira in izvaja storitve v okviru programa Prehodna stanovanjska skupina in programa Vzpostavljane oskrbe v skupnosti. 3. člen dogovora se spremeni tako, da se glasi: Sredstva, ki jih izvajalec prejme, se nakazujejo neposredno na uporabnikov račun, ali po dogovoru z uporabnikom sredstva hrani in uporabniku pomaga razporediti njegova ključna delavka.
52. Peter se je rodil ... v Mariboru. Stalno prebivališče ima na Peter navdušuje ljudi s svojo pozitivno naravnostjo do življenja ter pacifističnim načinom razmišljanja. Človek se ob njem sprosti. Peter veliko bere, piše, slika in se pogovarja. V Ljubljani si je pridobil nove prijatelje ter prijateljice, osvojil gospodinjske navade, predvsem pa je razumljiv in spoštljiv sostanovalec.
53. V preteklosti so ga življenjske okoliščine pripeljale v SVZ Hrastovec, vendar pa je Peter vedno želel živeti izven zavoda, v skupnosti. Julija lani je civilna pobuda Iz-hod začela svojo pot v Hrastovcu. Peter se je iniciativi takoj pridružil, postal je del skupine in na koncu poti je vztrajal pri tem, da bo ostal v Ljubljani. Skupina Iz-hod je zagovorniško podprla to odločitev in mu preko Agencije IN uredila bivanjsko in socialno oskrbo v stanovanjski skupini.
54. Agencija IN in SVZ Hrastovec sta sklenila Dogovor o medsebojni razmejitvi in določitvi pristojnosti, ki izhajajo iz projekta individualnega načrta za stanovalca Petra za obdobje šest mesecev (od 1. 9. 2010 do 30. 11. 2010 in od 1. 12. 2010 do 28. 2. 2011). V tem obdobju je SVZ Hrastovec sredstva za Petra prenakazoval na Agencijo IN kot podizvajalko socialne oskrbe. 28. 2. 2011 se je dogovor s SVZ Hrastovec prekinil. Peter se je odločil, da bo prekinil status stanovalca SVZ Hrastovec, kar je zanj pomenilo delno izgubo sredstev iz občine ... in posledično zmanjšanje kvalitete njegovega življenja. Tekom bivanja v stanovanjski skupini Peter sodeluje v metodah, ki so podlaga za delo Agencije IN: individualno načrtovanje, analiza tveganja, skupinsko delo, svetovanje ter aktivno sodeluje pri aktivnostih vsakdanjega življenja.
55. Program Prehodna stanovanjska skupina je namenjen posameznikom, ki se želijo preseliti iz (posebnega) socialnovarstvenega zavoda ali iz kakšne druge oblike institucionalnega bivanja v skupnost. Program je namenjen uporabnikom, ki potrebujejo organizirano in kontinuirano podporo in pomoč pri navajanju na samostojno življenje in življenje v skupnosti.
56. V programu so uporabniki deležni vsakodnevne pomoči pri učenju osnovnih življenjskih spretnosti – pri gospodinjskih opravilih (kuhanju, čiščenju, skrbi za obleke in tekstil, preoblačenju posteljnine itd.), pri skrbi in spodbujanju za osebno higieno (tuširanje, umivanje zob, redno preoblačenje spodnjega perila in drugih oblek). Poleg tega se trudimo za raznoliko in kvalitetno organizacijo prostega časa uporabnikov, predvsem takšno, ki jim omogoča spoznavanje prijateljev, znancev, čim več druženja in socialne vključenosti. Vse storitve skušamo zagotavljati čim bolj personalizirano – prilagojeno uporabnikovim potrebam in željam.

57. Program uporabniku nudi kakovostno preživljanje prehodnega obdobja med institucijo in samostojnim življenjem. Na začetku z uporabnikom zapišemo osebni načrt, v času bivanja uporabnika v stanovanjski skupini pa skušamo skupaj z njim raziskati njegove spretnosti in vire, se čim več naučiti in ugotoviti pri čem in na kakšen način bo potreboval še nadaljnjo pomoč in podporo. Pri delu uporabljamo sodobne metode socialnega dela, sodelujemo z različnimi institucijami in sodelujemo s svojci in skrbniki uporabnikov. Program je sofinanciran s strani MDDSZ in drugo leto deluje kot javni socialno varstveni program.
58. Sem Peter, ampak imam raje, da me kličejo Pit. Že od nekdaj nosim dolge lase in sem zelo lep. Sem oče hipijev in kralj freakov. Imam izreden dar govora, sem iskren, rad filozofiram. Sem čisto preprost.
59. Tekom Iz-hoda sem se preselil v Ljubljano, kjer je dosti boljše kot v Hrastovcu. Svoboden sem. Nihče me ne nadzira, ne rabim jest tablet, grem kadar mi paše, pridem kadar hočem.
60. Živel sem z mamo in očetom, iz Teznega (tam sem tudi do osmega razreda hodil v OŠ) smo se preselili na Plečnikovo, tam je bilo lepše, vse je bilo blizu, narava, mesto, veliko sem smučal, rad sem smučal, to sem tudi obvladal. Kupil bi si nove smuči. Še bi hodil na smučanje (enkrat na dva tedna bi sigurno šel smučat).
61. V srednjo šolo sem se vpisal v strojno-tehnično in jo tudi končal, kasneje sem se vpisal v Maribor na Pedagoško akademijo, na likovni pouk. Z očetom sva velikokrat lovila ribe, lovil sem skoraj vse letne čase – tudi pozimi. Oče mi je kupil moped (Tomos). Od nekdaj sem rad risal, ko sem bil mlad, sem naredil veliko slik, tudi v srednji šoli smo veliko risali – mehanično, tehnično, vse te izdelke sem z uživanjem izdeloval in risal. Že kot otrok sem rad poslušal glasbo in sem naredil disko klub.
62. Ko mi je umrla mama sem bil star 28 let. Bratov ali sester nimam. Po mamini smrti sva z očetom živela sama.
63. Pokojnino sem si uredil že enainosemdesetega leta. Dva dni in pol imam delovne dobe.
64. Najraje poslušam stari rock, tudi novi rock, pop, r'n'r, heavy metal, blues, hard rock.
65. Pred kratkim sem dobil delo. Reševal sem neke intervjuje in sem zato zaslužil nekaj denarja. To je bilo samo občasno delo, zato si še naprej iščem službo. Delal bom v knjižnici na Fakulteti za socialno delo. Vito, Jan in še kdo od obiskov v stanovanju so mi rekli, da mi bodo tam pomagali dobit delo.
66. Denarja imam absolutno premalo oziroma ga sploh nimam. Včasih, ko grem v mesto, napetlam 10 € in si kaj kupim. Naj mi S. da mesečno nekaj več denarja, ker si zaslužim.
67. Na sodišču bom verjetno dobil veliko denarja, ker mi je bivša punca pobrala ves denar od prodaje mojega stanovanja.
68. Tudi eno punco bi imel, pa je ne morem dobit. Obljubili so mi, da mi bodo zrihtali eno za seksat v telo, ampak še vedno ni prišla.

69. Že šest mesecev se nisem ljubil z žensko v telesu. Rad bi imel tudi resno punco, ker meni ni samo do seksanja, ampak si želim vsega. Rad bi imel punco, ki je razumna, nima predsodkov in ki je zelo lepa.
70. Zjutraj se zbudim, pokadim cigareto in vklopim televizijo. Potem pridejo obiski iz Iz-hoda, socialne delavke, pa moji ljudje. Včasih narišem kakšno sliko, preberem knjigo. Popoldne grem v mesto ali pa grem okoli doma na sprehod. Včasih grem v knjižnico. Stuširam se dvakrat tedensko. Skratka ni mi slabo.
71. Poleti mi je bilo zelo všeč, ko smo bili v Kopru in Trstu. Morska voda mi je zelo ustrezala. Šel bi na morje ali pa na jadranje. Včasih sem veliko potoval, bil sem v Indiji. Če bi nekako dobil denar, bi šel v Californijo, Bangladeš, Jamaico, München, Amsterdam, London, ali pa vsaj v enega izmed teh krajev, kamorkoli bi bilo možno.
72. Kolo bi imel (ponija), pribor za loviti ribe tudi.
73. Drugi pravijo, da se mi je zmešalo okoli novega leta. Jaz sem tak človek po naravi, drugi se me morejo navaditi takega. Kadar sem še bolj nenavaden, mi najbolj mi pomaga spanje. Okrog novega leta so imeli obiski iz stanovanja krizni tim zame, kar me ni motilo, ne razumem pa, zakaj so se toliko sekirali.
74. Jaz sem pač nenavaden in drugi se me morejo navaditi. Preveč jih skrbi zame. Tudi po Mariboru sem včasih hodil bos, na začetku se je ljudem zdelo to čudno, potem pa so me bili vsi že vajeni. Vsi so me sprejemali in se pogovarjali z mano. Imeli so me radi, jaz pa njih.
75. Prekinil sem z Leponexom, ker si po tistih tabletah butast. Zdaj jemljem blažje tablete, ki mi pomagajo, so bolj blage in urejajo ravnovesje. Moja psihiatrinja je zadovoljna z mano, jaz pa z njo. Je pač ženska kot vse.
76. Rad rišem, pišem pesmi in ljubezenska pisma, berem knjige. Zelo dobro bi bilo, če bi začel igrati kitaro. Naučiti se moram uporabljati računalnik, tudi zaradi službe, ker fizičnega dela res ne bi delal.
77. Vsega imam v izobilju, ničesar mi ne manjka. Z izvajalci sem zelo zadovoljen, ker so mi prijateljsko naklonjeni. V prihodnje upam, da se bodo bolj potrudili uresničiti cilje iz načrta.
78. Stvari, ki niso bile v redu v stanovanju, sem vse uredil v svoji glavi. To je, da bom nosil svoj ključ, da bom sam odklepal stanovanje in od zunanjega vhoda, da ne bom budil sostanovalke, da bom bolj prijazen do ostalih stanovalcev, predvsem do sostanovalca, glasbo bom utišal, da jo bom poslušal samo v moji sobi. Sodeloval bom na skupnih sestankih, ko se bomo vsi skupaj dogovorili. Trave v stanovanju ne bom kadil, niti je ne bom nosil v stanovanje. Pijem pa tako ne, niti se ne drogiram z drugimi drogami.
79. Več ljudi naj prihaja k meni na obisk, ker jih imam veliko za naučit. Ko bodo prišli k meni, bomo počeli stvari, ki me veselijo. Obiske bova organizirala skupaj z Moniko tako. Ko bodo prihajali, naj me učijo igrati računalnik, risal jim bom portrete, pisal pesmi, bral knjige, se pogovarjal, gledal TV in poslušal glasbo, igral kitaro. Vsaj enkrat na mesec pa bi šel na kosilo h Vitu.
80. Rad bi sam nekaj zaslužil. Na začetku bi lahko tudi kaj prostovoljno delal za uvajanje. Vito naj se dogovori v knjižnici na Fakulteti za socialno delo, da bi tam delal. Potem pa naj gre na začetku M. ali Jan z mano v službo.

81. Živim v popolni revščini. S. naj mi da na mesec več denarja. Naj mi da denar za hrano in cigarete (vsaj 200 € na mesec). Potem bi si lahko sam kupil, kar mi je všeč.
82. M. mi bo pomagala pri razdelitvi denarja. Za trgovino si bom kupo za sebe. Z M. bova vodila evidenco, za kaj bom porabil denar. Predvsem bi si rad kupil: kisko smetano, konzerve – ribje, slanino. Vsak mesec bova z M. naredila seznam mesečnih stroškov (stanovanje), za sprotne stroške, predvsem hrano, pa bova delala tedenski seznam in šla v trgovino kupiti stvari in na trg po sadje in zelenjavo.
83. Rad bi imel nekaj denarja za sebe, da mam mir, da ne rabim petlat denarja, da si lahko privoščim pijačo. Mojo kartico bom dal M. in bova šla skupaj na bankomat in dvignila denar. Jaz ne znam sam dvignit iz bankomata, ker še nikoli nisem imel kartice. To me bo M. naučila, tolko, da se bom znašel v življenju.
84. Z Janom in Andrejo sem se dogovoril, da lahko pridem h njima na obisk. Jan gre v Amsterdam za eno leto, Andreja pa v London. Hočeta, da ne pridem sam, ampak da gre še kdo z mano. Za to je potrebno samo dobiti letalsko karto. M. naj pogleda, če bi mi jo dali zastoj, če ne pa jo bom kupil.
85. To, da rabim krizni tim je v glavah drugih. Krizni tim mi lahko organizirajo zato, da njih pomirim, ker jih skrbi brez veze. Člani tima naj prihajajo redno h meni, če bodo v skrbeh zame, če bodo mislili, da imam krizo. Takrat morem iti spat, vzeti baldrijan za spanje. Nekdo naj bo skozi na obisku. Nikoli mi ne smejo dati leponexa.
86. Spodaj podpisani Peter W. izjavljam, da odstopam od statusa stanovalca zavoda Socialno varstvenega zavoda Hrastovec, ker želim še naprej biti vključen v program Prehodna stanovanjska skupina.
87. Spodaj podpisani Peter W., rojen ... pooblašчам Agencijo za individualno načrtovanje, posredovanje in koordiniranje socialnih storitev – njeno odgovorno osebo S. Č., da mesečno dviguje in razpolaga z mojo pokojnino in jo porabi za moje življenjske stroške in izvajanje osebnega načrta.
88. Pravice uporabnika: pravica do samoodločanja, pravica do sodelovanja, pravica do izbire, pravica do učenja iz lastnih napak, pravica si premisliti, pravica ohraniti nadzor nad svojim življenjem, pravica do sporočanja in sporazumevanja, ki uporabniku najbolj ustreza.
89. Uporabnik je ob podpisu dogovora seznanjen glede postopka pritožbe pisno in ustno. Uporabnik se lahko ustno pritoži ključnemu delavcu, ta pa poskuša reorganizirati storitev programa tako, da bolj ustreza uporabniku. Načrtovalec in uporabnik še enkrat naredita revizijo osebnega načrta. Če še uporabnik zmeraj ni zadovoljen, mu mora ključni delavec urediti socialno in bivanjsko oskrbo drugače oziroma v drugi organizaciji ali projektu. Uporabnik lahko odstopi od dogovora oz. odpove storitev. Podati mora pisno izjavo ključnemu delavcu in vodji programa. Odpovedni rok je najmanj 15 dni, če se udeleženci ne dogovorijo drugače. Uporabnik ima pravico do vseh informacij, pomembnih za izvajanje storitev in določenih z individualnim načrtom. V ta namen lahko zahteva pojasnila od ključnega delavca. V primeru, da ni zadovoljen s pojasnili, lahko zahteva pojasnila oz. poda ugovor vodji projekta. Ugovor mora podati ustno ali pisno, najpozneje 8. dan po tem, ko je bila opravljena storitev, zoper katero ugovarja. Vodja projekta mora o ugovoru odločiti v 15. dneh po prejemu ugovora in določiti, kaj naj ključni delavec ukrene ter o tem obvestiti uporabnika. Uporabnik ima na podlagi 105. člena Zakona o socialnem varstvu pravico zahtevati izredni inšpekcijski nadzor nad izvajanjem storitev institucionalnega varstva. Morebitne nesporazume ali spore, ki bi nastali pri izvajanju tega dogovora, bodo udeleženci dogovora reševali sporazumno. V primeru, da nesporazuma ne bi rešili sami, se za to določi pristojno sodišče.

90. Peter je med bivanjem v stanovanjski skupini skupaj z načrtovalko izdelal dve reviziji osebnega načrta in ob podpori zaposlenih in prostovoljk ter prostovoljcev začel uresničevati cilje. Po mnenju ključne delavke in drugih zaposlenih je napredoval v izražanju svojih čustev (tudi negativnih oziroma družbeno manj sprejemljivih, kot so jeza, sovraštvo in strah), si pridobil nove prijatelje in prijateljice, osvojil nekatere nove gospodinjske navade (čiščenje in kuhanje), predvsem pa je razumljiv in spoštljiv sostanovalec in za zaposlene enkratno sodelavec.
91. Peter je tekom socialne akcije Iz-hod prenehal z jemanjem zdravil. SVZ Hrastovec smo obvestili o njegovem prenehanju terapije. Njegovo psihično stanje je bilo stabilno (razen krize, ki je jo je imel meseca decembra in januarja), kljub prenehanju jemanja psihiatričnih zdravil (Leponex in Akineton).
92. Kriza je trajala od 28. 12. 2010 do 9. 1. 2011. Po tem ko smo opazili povečano blodnjavost in minimalen stik z realnostjo ter spremembe v vedenju, smo ustanovili krizni tim, ki je štel petnajst ljudi. Ob njem smo bili štiriindvajset ur na dan, vseh trinajst dni. Kriza je izvenela, Peter ni bil hospitaliziran – niti v času krize niti v celotnem bivanju v stanovanjski skupini. Ključna delavka je vodila krizni tim in naredila analize tveganja za različne primere. Med krizo je v spremstvu S. Č. in I. A. obiskal njegovo psihiatrinjo in začel uživati predpisano medikamentozno terapijo, ki jo redno uživa še zdaj.
93. Okrožno sodišče v Mariboru v skladu s prvim odst. 249. člena in 248. člena Zakona o kazenskem postopku v kazenski zadevi ... zoper obtoženo XY zaradi kaznivega dejanja goljufije po drugem odstavku v zvezi s prvim odstavkom 217. člena Kazenskega zakonika (KZ). Izvedencu psihiatru je bilo že v letu 2008 po preiskovalnem sodniku naloženo ugotavljanje, kakšno je bilo bolezensko stanje oškodovanca Petra W., ko je dne 19. 7. 2005 pri notarki podpisal pooblastilo, s katerim je obtoženi XY omogočil prodajo stanovanja in prejem kupnine.
94. Ker je bil Peter W. dne 2. 3. 2009 nameščen v zavod Hrastovec-Trate, izvrševanje varnostnega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v psihiatričnem zavodu, ki mu je bil izrečen s sklepom sodišča v Mariboru z dne 13. 9. 1999 ... pa je bilo po sklepu senata z dne 17. 3. 2009 ustavljeno ...
95. Nato sva se s psihiatrinjo slišali in je rekla, da res ni dobro, da ne spi, posledično ima lahko večje težave. Prejšnji dan nama je tudi s S. omenila, da po takem privzdignjenem stanju lahko sledi velika depresija. Svetovala mi je, da mu dam Rivotril (4 tablete, 2 g vse skupaj), če ne bo spal, pa še enkrat zvečer isto. To naj bi bilo samo za uravnavanje spanja, tako da se vzpostavi spanje. Te tablete naj potem ne bi ostale niti v njegovi terapiji. Rekla mi je, da jo naslednji dan pokličem, kako in kaj je. Petru sem dala tablete in ga opozorila, da so pomirjevalne in da bo potem najbrž malo zaspan. Strinjal se je s tem. Nato čez nekaj časa mi je potožil, da je zelo švoh in utrujen, tudi videlo se mu je. Šel je ležat. Rekel mi je, da sem mu dala napačne tablete in naj mu pokažem navodila za uporabo. Vse se mu prinesla, med tem časom je 15 minut zaspal. Ko se je zbudil, je rekel, da ne ve, kje je in preklinjal tablete. Rekel je, da je bil prej na takem tripu, zdaj je pa depresiven, down, nima več toliko moči. Bil je jezen na psihiatrinjo in name, ker sva šla k njej. Očital mi je, da ni vedel, da gre k psihiatrinji, kar pa je laž, saj sem mu vse razložila, za kakšne tablete gre in ko je bil na pregledu, se je tudi strinjal s tem, da nekaj vzame, da mu upočasni prehitro leteče misli. Potem ga je A. klicala, omenila mu je krizni tim, Peter se je razburil in povzdignil glas. Večkrat je omenil nerazumevanje iz naše strani in izrazil užaljenost. Nato sem ga poskušala jaz pomiriti, poslušal me je, vendar je rekel, da govorim traparije. Povedala sem mu, zakaj je ta krizni tim sploh nastal itd.
96. V času krize Peter ljudem ponuja svoje džointe (v večini primerov je to tobak, zvit v velikih rizlah, redko, ko kje dobi marihuano, ponuja tudi to), ogovarja ljudi, pripoveduje zgodbe, ki so za neko običajno konstrukcijo realnosti

neverjetne, nemogoče in nore. Sostanovalec je že imel idejo, da bi poklical rešilca, ker ga Peter preveč moti. Ker včasih zunaj rad hodi pomanjkljivo oblečen, se lahko zgodi, da bo kdo poklical rešilca. Neljub pripetljaj se lahko zgodi, če komu npr. na Metelkovi ali na ulici prodaja droge, ki jih nima in kdo pokliče policijo, posledično lahko pristane v PB. Na trenutke je precej nadležen – blebetanje in vsiljevanje ravnanja ali »drog«.

97. V prehodni stanovanjski skupini živi pet ljudi. Dejstvo, da živijo skupaj, še ne pomeni, da so si skupno življenje izbrali. Nekaterim uporabnikom sostanovalci ustrezajo, nekaterim pa ne. Vsakodnevno je treba usklajevati želje in konflikte med stanovalci, včasih posredovati pri sporih. V času Ernestove krize se je situacija poostрила. Ernest v stanovanju še bolj kot prej ruši red, moti ostale, je nadležen in vsiljuje svoje početje drugim. Nekateri se ga bojijo. Petrovo početje, ki najbolj moti ostale, je: prenašanje in odnašanje hrane in stolov v njegovo ali sostanovalkino sobo, nespečnost in s tem posledično motenje ostalih ponoči, vdiranje v sobe sostanovalcev, vsiljevanje s svojim početjem (morali bi kaditi džointe, požirati tablete, se strinjati z njegovimi izjavami), nasilje –konkretno tolčenje s pestmi. V stanovanjsko skupino je prišel nemir, nove dejavnosti, več ljudi prihaja v stanovanje, osrednja koncentracija zaposlenih na Agenciji in ostalih sodelavcev je na Petru. Kljub konfliktom in nestrinjanjem s Petrovim vedenjem so stanovalci potrpežljivi in mu na nek način želijo pomagati.
98. Peter je bil pred dobrimi desetimi leti v zaporu zaradi hujšega kaznivega dejanja in potem so ga zaradi tega hospitalizirali. Pred krizo je bil ekstremno prijazen, miroljuben, ljubezniv, ob njem se je čutilo »kot da še muhi ne bi storil žalega«.
99. Ne bom pozabila, ko sva na Iz-hodu hodila in je videl teličke, jokal je, ker jih potem ubijejo, da jih ljudje lahko jedo. Zmeraj je izkazoval iskreno in neposredno ljubezen do vseh živih bitij.
100. Tekom krize, v manjši meri tudi prej, se je to spremenilo. Postaja nestrpen, če mu kdo ne ugodí in noče poslušati oziroma ne razume nečesa, kar kdo pove in mu ne ustreza (npr. tega, da je zdaj v slabši koži, da bi moral spati zvečer, da obstaja tveganje za hospitalizacijo itd.). Tekom krize je postal žaljiv, zmerja ljudi okrog sebe, še posebej enega sostanovalca. Vsaj enkrat se je pripetilo tudi to, da je s pestmi tolkel članico kriznega tima in sostanovalce, ki se ga zdaj bojijo. Včasih tudi grozi, svojemu prijatelju je grozil, da ga bo zabodel, govori o tem, kako bo nekoga pretepel in podobno.
101. Pogovor je začel Peter, ki je povedal, kako se počuti in kaj se dogaja. Rekel je, da se počuti dobro in povedal nekaj o tabletah – da mu Rivotril ne ustreza, Lamictal pa. Jaz sem obnovila dogajanje zadnjih nekaj dni. Vsak je dobil en izvod analize tveganja za Petra, Peter se je z večino napisanega strinjal, nekaj pa je prečrtal (kar se je nanašalo na to, da bi lahko škodoval drugim in da je moteč za druge stanovalce).
102. Izrazil je tudi željo, da bi do nadaljnjega še imel družbo, torej da ohranimo krizni tim. Pomembno je, da vsi, ki smo z njim, redno posvečamo čas različnim dejavnostim, včeraj smo jih skupaj z Ernestom našteali nekaj: hoče imeti obiske, piti kavo in čaj, knjižnica – učenje dela na računalnik, učenje na mobitel – za začetek pisanje sms-ov, nedelja – Krišna, četrtek in sobota – Metelkova (če se le da pustiti za zdaj), živalski vrt (skupinsko), muzeji, galerije, gledališče, kino, tečaji risanja in pisanja, vaje na FSD v drugem semestru, reševanje križank, obisk Nejca v MB (sorodnikov ne želi), zaposlitev; intelektualno delo, za začetek prostovoljno v knjižnici, I. se bo pozanimala glede zaposliltvene rehabilitacije. Peter jemlje večerno terapijo. Glede spanja poskušamo z baldrijanom. A. kupi Persen, S. po NL uredi Dormikum.

103. Po naravi sem bolj tak, da živim, da me ptice na polju sejejo, me žanjejo in bog jih živi. Poglejte lilije na polju, ne predajo se in ne trudijo se in tudi njih bog živi. Še sam Salamon se ni tako oblačil kakor ena izmed njih.
104. Tak sem, da sem bolj navajen, da ne rabim delat, ne rabim obremenitev nobenih, da bolj lagodno in boemsko živim.
105. V PK ga niso dali na odprti oddelek, pa ne bi nikamor pobegnil. Včasih je veliko kadi marhuano, sedaj ne več. V bolnici se je ves čas držal navodil. Zelo mu je žal za to, kar je naredil v preteklosti. Od očeta je bil ves čas navajen psihičnega nasilja. Delal mu je hudobije, mater je spravil v grob. Potrdil je tudi, da je ob prejšnjem zaslišanju rekel, da so ob dogodku z očetom stopile tri čarovnice vanj. Tega zdaj ne misli več. Takrat je bilo to samo njegovo domnevanje. Vsi ti dogodki so še zelo daleč. Takrat so se dogajale čudne sile. Bile so nenavadne.
106. Pred prihodom v bolnico ni bilo nič narobe v skupnosti, razen poslušanja glasbe in to, da je dvakrat prišel prepozno domov ter nato zvonil. Sedaj si bo naredil ključce. V skupnosti živi še s tremi drugimi in ima svojo sobo. Nadalje je obrazložil, da se je z M. dogovoril za kontrolo pri psihiatrinji. To je bilo zato, ker je eno pred tem izpustil. Ambulantna zdravnica mu je rekla, da mora v bolnico, ker je prejela pismo direktorice PK in da mora poravnati še stare račune. V bolnico naj bi šel za pet ali šest dni in je zato tudi privolil. Pooblaščenka zadržane osebe je sodišču pojasnila, da je imenovana direktorica bila prej direktorica ... psihiatrije, kjer se je Peter W. zdravil 10 let.
107. Lečeča zdravnica je izpovedala, da je Peter W. že dalj časa in še vedno psihotičen. Na oddelku pripoveduje, da ima več žensk, z eno pet otrok, pa vendar nima njenega telefona. Spoznal jo je že dolgo tega. Na oddelku vedno daje zaželeno odgovore. Njegovo govorjenje ima veliko seksualnih vsebin, opisuje ženske, jih obožuje. Tako je bilo tudi, ko bil oddelek na izletu na morju. Opazoval je ženske in otroke, brez potrebne distance. Prav to je zaskrbelo lečečo zdravnico. To, da je psihotičen, je bilo ugotovljeno na konziliju.
108. Lečeča zdravnica je tudi obrazložila, da ni možno, da bil njegov obstoječi odnos v zvezi z ženskami posledica dolgoletne hospitalizacije, saj so prisotni tudi drugi bolezenski znaki.
109. Na oddelku ni bil nevaren, vendar pa je drugačen zato, ker jemlje terapijo. Do svojega stanja bi moral biti kritičen, pa ni.
110. Lečeča zdravnica je tudi povedala, da želi doseči pri osebi remisijo psihoze, nato pa bi šel v drugo nadzorovano obravnavo. Razmišljali so o Hrastovcu ali katerem drugem zavodu.
111. Za zdaj mu ne zaupa prav zaradi njegove nenavadne naklonjenosti do žensk in otrok. Opuščen bi brez dvoma ogrožal svoje zdravje, ker do njega ni kritičen.
112. Glede možne obravnave oziroma nadzora s strani stanovanjske skupne pa je povedala, da so te zelo različne. V nekaterih so osebe povsem brez nadzora. Pacient mora za to, da je v stanju, kot je zdaj, jemati zdravila trikrat dnevno. Na vprašanje najbližje osebe je tudi obrazložila, da depo ni možen, saj ga za konkretno zdravilo ni. Glede morebitne abstinenčne krize pa je obrazložila, da je od alkohola ni opazila, samo prenehanje uživanja marihuane pa jo ne povzroča. Pri pacientu je pred odhodom prišlo do poslabšanja njegovega stanja zaradi neuživanja zdravil.

113. V nadaljevanju postopka je sodišče v skladu z napotili Višjega sodišča zaslüşalo tudi najbližjo osebo, navedeno v obvestilu PK ..., ki je izpovedala, da ni treba, da je oseba na tem oddelku, saj ni ogrožajoč ne za sebe ne za druge. Ne obstoji noben zakonski razlog.
114. Z njim je delala 1 leto in ve, da ne ogroža ne svojega in ne tujih življenj. Tudi na oddelku ji ni nihče od zdravnikov povedal, da bi bil ogrožajoč oziroma agresiven.

Priloga 2: Odprto kodiranje – pripisovanje pojmov empiričnim opisom

1. Moj običajen dan izgleda tako, da navadno proti jutri pridem domov, pred tem se zabavam na Metelkovi, potem si doma vklopim televizor na TV Classic in grem spat. vsakdan
2. Poslušam radio in kasete, Woodstock, to najraje poslušam. glasba
3. Napravim si še kaj za pojediti, sardelice, slanino, grahec, fižol v ponvi si pražim in pojem. Skuham si veliko kavo in jo prihranim, da jo spijem, ko se zbudim. prehrana
4. Potem mi cimra v posteljo prinese kosilo, leže zaužijem hrano, dobim še eno kavico, ki mi jo skuhata cimra in cimer ali katera od socialnih delavk, sprejemam obiske in se pogovarjamo o lepih stvareh ob cigaretah in kavici – o Tivoliju, o ljubezni, o naravi. Potem se oblečem in odhitim na avtobus. Pri kolodvoru izstopim in grem peš do Žmavca po stari Ljubljani, občudujem mlada dekleta in punce, pri Žmavcu kdaj pokadim joint. Potem se grem še sprehajat, po Tivoliju, potem grem še na kakšno kavico ali pivo. Ob devetih grem do Metelkove in tam se v dobri družbi zabavam do jutra. To je moj vsakdanjik. Živim zelo lepo življenje, s kreativnostjo, popestren z iznajdljivostjo in lepoto svobodnega filinga. zabava
5. Knjige so na tleh, kasete so na tleh, barvice so na tleh. urejenost sobe
6. Socialne delavke prihajajo – dobimo se, se pogovarjamo in se kaj zmenimo. Skupaj tudi počistimo, odnesemo smeti, kdaj skuhamo. pomoč pri vsakdanjem življenju
7. Živim v neprofitnem stanovanju, moja soba je lepa soba, čudovita soba, v kateri se prijetno počutim, v bistvu je ta soba Hotel California, tukaj so Buffalo soldiers, ljudje iz Afrike – takšne plakate imam. Posteljo – jogi imam na tleh, v sobi imam televizor, ki mi omogoča, da spremljam moj najljubši program. stanovanje
8. V stanovanju so še tri sobe, v eni je ..., v eni je ..., v eni pa ... Imamo lepo kuhinjo, kjer se zbiramo, kjer se pogovarjamo, kjer jemo in sprejemamo obiske. Jaz sem zelo zadovoljen, če pride kakšna deklica k meni v sobo, da se z mano pogovarja, še bolj srečen, če se katera stisne k meni. skupno življenje
9. Iz Agencije pa so mi prepovedali kaditi marihuano v sobi in v stanovanju. prepoved
10. V moji sobici nič ne manjka. Kopalnica je zelo lepa, dve stranišči sta, stalno je vse čisto, večkrat počistim kuhinjo, hodnik, kopalnico. Za to ne porabim nič več kot četrte ure. Večkrat pomijem posodo, to z veseljem naredim, večkrat si pripravim kaj za jest, v hladilniku in zamrzovalniku je vedno kaj. Tako lepo živim življenje kot vsak drug Ljubljančan. gospodinjstvo

11. V redu mi je da sem malo izven Ljubljane, zrak je čistejši, bolj na podeželju, več je zelenja, ljudje se mi zdijo silno prijazni. Smo v vzajemnih odnosih s sosedi, rad se pogovarjam z njihovimi otroki, ki jih neizmerno ljubim kot ljubim tudi živalske otroke. Zelo rad sem z otroci, ki so iskreni, in preprosti, to me zelo razsvetljuje. Kar se tiče stanovanja sem zadovoljen, sploh ne rabi biti drugače. *lokacija stanovanja*
12. Denarja nimam nikoli dovolj, zato bi si poiskal delo, delal bi karkoli, samo da bi bilo dobro plačano, na primer na mesec toliko, da bi lažje živel. *delo*
13. Nerodno mi je, da beračim denar po Čopovi, sram me je. Za kavo ali pa cigarete, ali pa da grem ven jest ali da prijateljem kupim kakšna skromna darila, nakit, kadila. Žepnine imam samo 50 evrov na mesec. Nerodno mi je beračiti po ulici, ali pa zaposlene in Iz-hodovce, oni tudi nimajo veliko denarja. *sram*
14. Če bi imel več denarja, bi si kupil boljšo hrano, sploh pa veliko sadja in cigarete Marlboro. *pomanjkanje denarja*
15. Jaz ljubim sprehode v naravi, ljubim glasbo, marihuano, svojo punco pa najbolj od vsega in svojih pet hčera. *veselje*
16. Prišel bom kmalu ven in takrat se bom dobro obnašal, ne zaupam psihiatrom, slabe izkušnje imam z njimi, sam si bom pomagal, psihiatske pomoči ne potrebujem. Ko bom rabil, bom prosil za pomoč koga iz Agencije in moje prijatelje. Ker prvič in zadnjič jaz sploh nisem noben duševni bolnik, moja diagnoza paranoidna shizofrenija je smešna, nikoli nisem imel paranoje, prividov ali prisluhov, nobenih glasov nisem slišal, s telepatijo pa se ne ukvarjam, ker me ne zanima. Pričakujem, da bi lahko kmalu zaživel srečno, svobodno življenje. Ogromno prijateljev imam na Metelkovi, ki jih ljudje iz Iz-hoda ne poznajo, smo kot bratje in sestre, kot komuna. *diagnoza*
17. Zelo rad bi s svojim lastnim trdom zaslužil denar, da bi tudi lažje obiskal svoje ženo v Mariboru. Da bi bil gospodar samega sebe in svojega denarja. Zelo rad bi imel delo, da bi imel plačo, tudi vstajal bi se, zjutraj zbudil. *delo*
18. Do zdaj v življenju nisem opravljal nobene službe, sem iskal delo, pa so mi smešno malo ponujali, za 50 evrov na mesec ne bi delal. Hočem pošteno delo in za to pošteno plačilo. Pred nekaj meseci mi je Erik zrihtal, da sem bral navodila za recepte in potem sem anketo izpolnjeval in sem dobil nekaj denarja, ampak to je premalo, hotel bi imeti svoj denar. *delo*
19. Če bi imel denar, bi si privoščil gledališke predstave. Filme bi tudi šel gledat, likovne razstave. *pomanjkanje denarja*
20. V življenju nisem bil kaj dosti bolan, razen tega, da sem imel meningitis, ko sem bil majhen. Kot čisto mali otrok sem imel vse vrste bolezni, kasneje sem bil v bolnišnici – gnojila se mi je noga, ker sem na iglo pičil. Na psihiatrijo sem pri osemnajstih letih začel hoditi, ne morem se znebiti te psihiatrije, me označujejo za težkega duševnega bolnika, pa to ni res, jaz nisem težki, niti lažji duševni bolnik, sem zelo socializiran in popolnoma nenevaren za okolico. Nekaj časa sem bil tud odsoten iz bolnice in sem živel kreativno boemsko življenje, dolga leta sem bil tudi popolnoma brez bolnišnice. Tukaj v stanovanjski skupini sem zadovoljen. Tam lahko v miru počivam, se spočijem, si nakopičim nove energije. *izkušnje s psihiatrijo*

21. Med zavodom in stanovanjsko skupino je razlika 1000:1. V Ljubljani sem svoboden, imam iste pravice kot drugi ljudje, počutim se enakovrednega drugim ljudem, tam sem se počutil manjvrednega. Zdaj se počutim bolj kot drugi ljudje, lahko si delo poiščem, to tudi nameravam in bom lahko delal, če ne bo problem, ker sem invalidsko upokojen. *razlike med življenjem v zavodu in skupnosti*
22. V Hrastovcu si nisem mogel sam kuhati, zdaj si lahko sam skuham ali si s sostanovalci in socialnimi delavkami kaj skuhamo skupaj. *razlike med življenjem v zavodu in skupnosti*
23. V Hrastovcu je pa bilo bolje kot prej v psihiatrični bolnišnici, tam sem bil bolj svoboden kot prej v bolnišnici. Tukaj, kjer sem zelo srečen, tukaj me osrečuje, da imam kontakt z ljudmi, prijatelji in prijateljicami in da se lahko pogovarjam z malimi otroci, ki jih zelo ljubim, rad jih imam, kot da bi bili moji. Istočasno me razveseljuje, da imam punco, ki sicer ne živi v Ljubljani, ampak v Mariboru. S to punco imam pet otrok, ki jih ljubim neizmerno. To me drži pokonci, da ne omagam. *prijatelji*
24. Sedaj, ko sem na psihiatriji, mi ogromno pomeni, da me hodijo ljudje iz Iz-hoda obiskovat, ogromno mi to pomeni in mi stalno prinesejo kakšna darila, hrano, pijačo ali cigarete, se pogovarjajo z mano, so prijazni, to mi ogromno pomeni, večni dolžnik jim bom. *obiski v bolnišnici*
25. V Hrastovcu smo bili štirje v sobi, tukaj imam svojo sobo in mi to ogromno pomeni. *zasebnost*
26. V zavodu sem sicer delal dvakrat po tri ure v knjižnici, sem zlagal, urejal, čistil ... Postavil knjižnico v harmonijo in sem si zaslužil za cigarete. Drugi pa so si prihajali sposojat knjige in sem jih vpisal v knjigo. Delal pa bi še več, če bi bilo možno. Ni pa tam bilo možnosti za neko normalno službo. *delo v zavodu*
27. Bolje pa je bilo v Hrastovcu kot na psihiatriji, ker sem bolj svoboden, veliko sem hodil izven Hrastovca – veliko sem se sprehajal okrog po vseh poteh, samo ob določeni uri sem prišel na kosilo/večerja itd. V bolnici pa mi niso zaupali, sem bil zaprt, ker jih je bilo strah, da bom pobegnil. Sploh pa ne bi več zdaj nikamor pobegnil. *razlike med življenjem v bolnišnici in zavodu*
28. Ko sem se preselil v stanovanjsko skupino sem bil vesel, da sem se rešil Leponexa, da sem prišel k zavesti in zdravemu življenju. *zdravila*
29. V stanovanjski skupini alkohola nisem užival, samo travo sem kadil, pa še to ne pogosto. *droge*
30. Nisem rabil jesti zdravil, to mi je bilo v redu. In potem so me napizdli, da sem šel k psihiatrinji in spet sem padel v mrežo psihiatrije. Življenje v skupnosti je mnogo bolj človeško in dostojanstva vredno in častitljivo. *zdravila*
31. Najbolj uživam, ko si sam pripravim hrano – zelo rad si sam skuham, pa tudi obiskom, ko pridejo – ena velika razlika v vsakdanjem življenju med zavodom in stanovanjsko skupino. *razlika med življenjem v zavodu in v skupnosti*
32. Iz Agencije mi svetujejo, vidijo tisto, kar včasih sam ne vidim in opravijo kaj zame. Največ od vsega mi pomeni to, da nisem sam in da imam družbo. *družba*
33. Zdaj mi manjka partnerka, ženska, jaz sem nežen in rahločuten, nisem rad sam v postelji. *partnerka*

34. V zavodu in na psihiatriji sem vedno imel punce, sem vsak dan seksal s punco, odkar pa sem v stanovanjski skupini, pa niti enkrat nisem seksal. *spolnost*
35. Ko sem spoznal, da so z Iz-hoda prišli na pomoč direktno k meni, sem bil zelo srečen in vesel. Predvsem se zahvaljujem Vitu Flakerju, da je bil tako prijazen, da mi je omogočil bivanje v Ljubljani. Odločil sem, da grem ven iz Hrastovca, ker mi je bilo dosti zapiranje in zatiranja, dovolj mi je bilo bivanja za zidovi, želel sem si svobodno življenje, ki sem ga potem v Ljubljani tudi imel. *svoboda*
36. Iz-hod je zelo pozitivna stvar, kdo si je to izmislil, je vsega spoštovanja vreden – napredna, pozitivna, okrepljujoča zadeva. *socialna akcija*
37. Odkar živim v stanovanjski skupini, ne bi mogel živeti več brez prijateljev in prijateljic, predvsem iz Iz-hoda, pa iz Žmavca in Metelkove. *prijatelji*
38. IN Agencija je izredno pozitivna, toliko mi pomagajo, da kaj takega nisem pričakoval, presenečen sem, da se tako zavzimate za mene, vidim, da niste samo v službi, ampak da ste moji prijatelji. Iz Agencije mi pomagata tako, da čistite stanovanje, nakupujete. *socialna služba*
39. Predvsem je za življenje zunaj potrebna moralna podpora, tega pa imam jaz v izobilju. *moralna podpora*
40. Potem pa tudi formalno – da se poštimajo pogoji za bivanje. Jaz vidim, da vi delate samo dobro, skrbite za nas kot za majhne otroke, sploh ne rabimo s prstom migniti in imamo vse. Pa še ... pomagata, ki je invalid, pa ... pomagata, ki skrbi za vse. *delo socialne službe*
41. Pomeni mi veliko s strani zaposlenih toplina, človeškost, prijateljski odnos, to najbolj. *lastnosti zaposlenih*
42. Sprehodi mi ogromno pomenijo. *užitek*
43. Idealna socialna delavka bi bila takšna, kot si ti. To pomeni, da je ful pozitivna, boljše bitje kot si ti za mene ne more biti, da bi bila tako ustrezljiva in prijazna. Da je ustrezljiva, da ne ukazuje, me ne komandira, kot da sem otrok. Da razrešuje konflikte s pogovorom. *odnos zaposlenih*
44. Pomembne lastnosti socialne delavke so pozitivna naravnost, prijaznost, odprta za pogovor, da govori resnico in mi nič ne prikriva, neposredna in prijateljsko naklonjena. *lastnosti zaposlenih*
45. Pomoč in podporo mi mora nuditi pri iskanju partnerke, saj je veliko deklet, ki so osamljene, telefon rabim. *podpora*
46. Želim takšnega prostovoljca, da želi pomagati ljudem v stiski in rešiti socialne probleme na moderen način. Da je odkritosrčen, dovzeten za duhovne vrline, da je religiozen, da se bori za pravičnost in da je iskren, da ima ljubezen v srcu, da ima ljubezen do otrok, da je pošten, da je iskren, da je praktičen, da kaj naredi in da je vegetarijanec, da je odprtega duha in nadarjen za umetnost. Če bi več takšnih ljudi bilo, bi svet bil lepši. S prostovoljci se pogovarjam, plešem na Metelkovi skupaj še z drugimi puncami, poslušam glasbo, filozofiram, modrujem, se hecam in včasih norčujem iz drugih ljudi, da je odprtega duha in nadarjen za umetnost. *lastnosti prostovoljca*

47. Pri delavkah stanovanjske skupine najbolj cenim pri njih prijaznost, uslužnost in prijateljski odnos. Da mi stojijo ob strani, zdaj, ko sem v bolnišnici. Da bi mi poiskali delo – to pogrešam in mi ni OK, drugih pomanjkljivosti ni, drugo je vse izpolnjeno in premišljeno za mojo dobrobit. *pomanjkljivost zaposlenih*
48. Agencija IN je prevzela oskrbo za ljudi. Trije so se preselili v stanovanjsko skupino preko javnega socialno varstvenega programa, sofinanciranega preko MDDSZ. *socialna služba*
49. Peter zavrača preglede pri psihiatrinji. *kontrole pri psihiatriji*
50. Psihiatrinja meni, da uživanje zdravil glede na njegovo obliko bolezni ni ravno učinkovito, saj se učinki zdravil pri njem ravno ne opazijo. »Po domače ni ravno kaj drugačen, če jemlje in kaj bolj aktiven.« Problematično je pa predvsem v krizi, takrat naj bi jih moral obvezno jemati. Predlaga, da napišemo tudi dogovor, da v stanju krize uživa zdravila. Prav tako tudi, da se strinja z organizacijo kriznega tima, za katerega so predvidena finančna sredstva. *mnenje ambulantne psihiatrinje glede zdravil*
51. Predmet aneksa št. 1 je organizacija oskrbe uporabnika, za katerega izvajalec organizira in izvaja storitve v okviru programa Prehodna stanovanjska skupina in programa Vzpostavljanje oskrbe v skupnosti. 3. člen dogovora se spremeni tako, da se glasi: Sredstva, ki jih izvajalec prejme, se nakazujejo neposredno na uporabnikov račun, ali po dogovoru z uporabnikom sredstva hrani in uporabniku pomaga razporediti njegova ključna delavka. *razpolaganje z denarjem*
52. Peter se je rodil ... v Mariboru. Stalno prebivališče ima na Peter navdušuje ljudi s svojo pozitivno naravnostjo do življenja ter pacifističnim načinom razmišljanja. Človek se ob njem sprosti. Peter veliko bere, piše, slika in se pogovarja. V Ljubljani si je pridobil nove prijatelje ter prijateljice, osvojil gospodinjske navade, predvsem pa je razumljiv in spoštljiv sostanovalec. *napredovanje*
53. V preteklosti so ga življenjske okoliščine pripeljale v SVZ Hrastovec, vendar pa je Peter vedno želel živeti izven zavoda, v skupnosti. Julija lani je civilna pobuda Iz-hod začela svojo pot v Hrastovcu. Peter se je iniciativi takoj pridružil, postal je del skupine in na koncu poti je vztrajal pri tem, da bo ostal v Ljubljani. Skupina Iz-hod je zagovorniško podprla to odločitev in mu preko Agencije IN uredila bivanjsko in socialno oskrbo v stanovanjski skupini. *socialna akcija*
54. Agencija IN in SVZ Hrastovec sta sklenila Dogovor o medsebojni razmejitvi in določitvi pristojnosti, ki izhajajo iz projekta individualnega načrta za stanovalca Petra za obdobje šest mesecev (od 1. 9. 2010 do 30. 11. 2010 in od 1. 12. 2010 do 28. 2. 2011). V tem obdobju je SVZ Hrastovec sredstva za Petra prenakazoval na Agencijo IN kot podizvajalko socialne oskrbe. 28. 2. 2011 se je dogovor s SVZ Hrastovec prekinil. Peter se je odločil, da bo prekinil status stanovalca SVZ Hrastovec, kar je zanj pomenilo delno izgubo sredstev iz občine ... in posledično zmanjšanje kvalitete njegovega življenja. Tekom bivanja v stanovanjski skupini Peter sodeluje v metodah, ki so podlaga za delo Agencije IN: individualno načrtovanje, analiza tveganja, skupinsko delo, svetovanje ter aktivno sodeluje pri aktivnostih vsakdanjega življenja. *financiranje življenja v skupnosti*
55. Program Prehodna stanovanjska skupina je namenjen posameznikom, ki se želijo preseliti iz (posebnega) socialnovarstvenega zavoda ali iz kakšne druge oblike institucionalnega bivanja v skupnost. Program je namenjen

uporabnikom, ki potrebujejo organizirano in kontinuirano podporo in pomoč pri navajanju na samostojno življenje in življenje v skupnosti. *prehodna oblika bivanja*

56. V programu so uporabniki deležni vsakodnevne pomoči pri učenju osnovnih življenjskih spretnosti – pri gospodinjskih opravilih (kuhanju, čiščenju, skrbi za obleke in tekstil, preoblačenju posteljnine itd.), pri skrbi in spodbujanju za osebno higieno (tuširanje, umivanje zob, redno preoblačenje spodnjega perila in drugih oblek). Poleg tega se trudimo za raznoliko in kvalitetno organizacijo prostega časa uporabnikov, predvsem takšno, ki jim omogoča spoznavanje prijateljev, znancev, čim več druženja in socialne vključenosti. Vse storitve skušamo zagotavljati čim bolj personalizirano – prilagojeno uporabnikovim potrebam in željam. *pomoč pri vsakdanjem življenju*
57. Program uporabniku nudi kakovostno preživljanje prehodnega obdobja med institucijo in samostojnim življenjem. Na začetku z uporabnikom zapišemo osebni načrt, v času bivanja uporabnika v stanovanjski skupini pa skušamo skupaj z njim raziskati njegove spretnosti in vire, se čim več naučiti in ugotoviti pri čem in na kakšen način bo potreboval še nadaljnjo pomoč in podporo. Pri delu uporabljamo sodobne metode socialnega dela, sodelujemo z različnimi institucijami in sodelujemo s svojci in skrbniki uporabnikov. Program je sofinanciran s strani MDDSZ in drugo leto deluje kot javni socialno varstveni program. *prehodna oblika bivanja*
58. Sem Peter, ampak imam raje, da me kličejo Pit. *Že od nekdaj nosim dolge lase in sem zelo lep. Sem oče hipijev in kralj freakov. Imam izreden dar govora, sem iskren, rad filozofiram. Sem čisto preprost. *stil življenja**
59. Tekom Iz-hoda sem se preselil v Ljubljano, kjer je dosti boljše kot v Hrastovcu. Svoboden sem. Nihče me ne nadzira, ne rabim jest tablet, grem kadar mi paše, pridem kadar hočem. *svoboda*
60. Živel sem z mamom in očetom, iz Teznega (tam sem tudi do osmega razreda hodil v OŠ) smo se preselili na Plečnikovo, tam je bilo lepše, vse je bilo blizu, narava, mesto, veliko sem smučal, rad sem smučal, to sem tudi obvladal. Kupil bi si nove smuči. Še bi hodil na smučanje (enkrat na dva tedna bi sigurno šel smučat). *Hobi*
61. V srednjo šolo sem se vpisal v strojno-tehnično in jo tudi končal, kasneje sem se vpisal v Maribor na Pedagoško akademijo, na likovni pouk. Z očetom sva velikokrat lovila ribe, lovil sem skoraj vse letne čase – tudi pozimi. Oče mi je kupil moped (Tomos). Od nekdaj sem rad risal, ko sem bil mlad, sem naredil veliko slik, tudi v srednji šoli smo veliko risali – mehanično, tehnično, vse te izdelke sem z uživanjem izdeloval in risal. Že kot otrok sem rad poslušal glasbo in sem naredil disko klub. *Izobraževanje*
62. Ko mi je umrla mama sem bil star 28 let. Bratov ali sester nimam. Po mamini smrti sva z očetom živela sama. *Sorodniki*
63. Pokojnino sem si uredil že enainosemdesetega leta. Dva dni in pol imam delovne dobe. *Upokojitev*
64. Najraje poslušam stari rock, tudi novi rock, pop, r'n'r, heavy metal, blues, hard rock. *Glasba*
65. Pred kratkim sem dobil delo. Reševal sem neke intervjuje in sem zato zaslužil nekaj denarja. To je bilo samo občasno delo, zato si še naprej iščem službo. Delal bom v knjižnici na Fakulteti za socialno delo. Vito, Jan in še kdo od obiskov v stanovanju so mi rekli, da mi bodo tam pomagali dobiti delo. *delo*

66. Denarja imam absolutno premalo oziroma ga sploh nimam. Včasih, ko grem v mesto, napetlam 10 € in si kaj kupim. Naj mi S. da mesečno nekaj več denarja, ker si zaslužim. pomanjkanje denarja
67. Na sodišču bom verjetno dobil veliko denarja, ker mi je bivša punca pobrala ves denar od prodaje mojega stanovanja. kraja
68. Tudi eno punco bi imel, pa je ne morem dobiti. Obljubili so mi, da mi bodo zrihtali eno za seksat v telo, ampak še vedno ni prišla. partnerski odnos
69. Že šest mesecev se nisem ljubil z žensko v telesu. Rad bi imel tudi resno punco, ker meni ni samo do seksanja, ampak si želim vsega. Rad bi imel punco, ki je razumna, nima predsodkov in ki je zelo lepa. spolnost
70. Zjutraj se zbudim, pokadim cigareto in vklopim televizijo. Potem pridejo obiski iz Iz-hoda, socialne delavke, pa moji ljudje. Včasih narišem kakšno sliko, preberem knjigo. Popoldne grem v mesto ali pa grem okoli doma na sprehod. Včasih grem v knjižnico. Stuširam se dvakrat tedensko. Skratka ni mi slabo. vsakdan
71. Poleti mi je bilo zelo všeč, ko smo bili v Kopru in Trstu. Morska voda mi je zelo ustrezala. Šel bi na morje ali pa na jadranje. Včasih sem veliko potoval, bil sem v Indiji. Če bi nekako dobil denar, bi šel v Californijo, Bangladeš, Jamaico, München, Amsterdam, London, ali pa vsaj v enega izmed teh krajev, kamorkoli bi bilo možno. Potovanje
72. Kolo bi imel (ponija), pribor za loviti ribe tudi. hobi
73. Drugi pravijo, da se mi je zmešalo okoli novega leta. Jaz sem tak človek po naravi, drugi se me morejo navaditi takega. Kadar sem še bolj nenavaden, mi najbolj mi pomaga spanje. Okrog novega leta so imeli obiski iz stanovanja krizni tim zame, kar me ni motilo, ne razumem pa, zakaj so se toliko sekirali. krizni tim
74. Jaz sem pač nenavaden in drugi se me morejo navaditi. Preveč jih skrbi zame. Tudi po Mariboru sem včasih hodil bos, na začetku se je ljudem zdelo to čudno, potem pa so me bili vsi že vajeni. Vsi so me sprejemali in se pogovarjali z mano. Imeli so me radi, jaz pa njih. interakcijski prekrški
75. Prekinil sem z Leponexom, ker si po tistih tabletah butast. Zdaj jemljem blažje tablete, ki mi pomagajo, so bolj blage in urejajo ravnovesje. Moja psihiatrinja je zadovoljna z mano, jaz pa z njo. Je pač ženska kot vse. zdravila
76. Rad rišem, pišem pesmi in ljubezenska pisma, berem knjige. Zelo dobro bi bilo, če bi začel igrati kitaro. Naučiti se moram uporabljati računalnik, tudi zaradi službe, ker fizičnega dela res ne bi delal. hobi
77. Vsega imam v izobilju, ničesar mi ne manjka. Z izvajalci sem zelo zadovoljen, ker so mi prijateljsko naklonjeni. V prihodnje upam, da se bodo bolj potrudili uresničiti cilje iz načrta. izvajalci
78. Stvari, ki niso bile v redu v stanovanju, sem vse uredil v svoji glavi. To je, da bom nosil svoj ključ, da bom sam odklepal stanovanje in od zunanjega vhoda, da ne bom budil sostanovalke, da bom bolj prijazen do ostalih stanovalcev, predvsem do sostanovalca, glasbo bom utišal, da jo bom poslušal samo v moji sobi. Sodeloval bom na skupnih sestankih, ko se bomo vsi skupaj dogovorili. Trave v stanovanju ne bom kadil, niti je ne bom nosil v stanovanje. Pijem pa tako ne, niti se ne drogiram z drugimi drogami. življenje v stanovanjski skupini

79. Več ljudi naj prihaja k meni na obisk, ker jih imam veliko za naučit. Ko bodo prišli k meni, bomo počeli stvari, ki me veselijo. Obiske bova organizirala skupaj z Moniko tako. Ko bodo prihajali, naj me učijo igrati računalnik, risal jim bom portrete, pisal pesmi, bral knjige, se pogovarjal, gledal TV in poslušal glasbo, igral kitaro. Vsaj enkrat na mesec pa bi šel na kosilo h Vitu. *želje glede skupnih aktivnosti*
80. Rad bi sam nekaj zaslužil. Na začetku bi lahko tudi kaj prostovoljno delal za uvajanje. Vito naj se dogovori v knjižnici na Fakulteti za socialno delo, da bi tam delal. Potem pa naj gre na začetku M. ali Jan z mano v službo. *podpora pri delu*
81. Živim v popolni revščini. S. naj mi da na mesec več denarja. Naj mi da denar za hrano in cigarete (vsaj 200 € na mesec). Potem bi si lahko sam kupil, kar mi je všeč. *pomanjkanje denarja*
82. M. mi bo pomagala pri razdelitvi denarja. Za trgovino si bom kupo za sebe. Z M. bova vodila evidenco, za kaj bom porabil denar. Predvsem bi si rad kupil: kislo smetano, konzerve – ribje, slanino. Vsak mesec bova z M. naredila seznam mesečnih stroškov (stanovanje), za sprotne stroške, predvsem hrano, pa bova delala tedenski seznam in šla v trgovino kupiti stvari in na trg po sadje in zelenjavo. *pomoč pri razpolaganju z denarjem*
83. Rad bi imel nekaj denarja za sebe, da mam mir, da ne rabim petlat denarja, da si lahko privoščim pijačo. Mojo kartico bom dal M. in bova šla skupaj na bankomat in dvignila denar. Jaz ne znam sam dvignit iz bankomata, ker še nikoli nisem imel kartice. To me bo M. naučila, tolko, da se bom znašel v življenju. *upravljanje z denarjem*
84. Z Janom in Andrejo sem se dogovoril, da lahko pridem h njima na obisk. Jan gre v Amsterdam za eno leto, Andreja pa v London. Hočeta, da ne pridem sam, ampak da gre še kdo z mano. Za to je potrebno samo dobiti letalsko karto. M. naj pogleda, če bi mi jo dali zastoj, če ne pa jo bom kupil. *potovanje*
85. To, da rabim krizni tim je v glavah drugih. Krizni tim mi lahko organizirajo zato, da njih pomirim, ker jih skrbi brez veze. Člani tima naj prihajajo redno h meni, če bodo v skrbeh zame, če bodo mislili, da imam krizo. Takrat morem iti spat, vzeti baldrijan za spanje. Nekdo naj bo skozi na obisku. Nikoli mi ne smejo dati leponexa. *navodila za krizni tim*
86. Spodaj podpisani Peter W. izjavljam, da odstopam od statusa stanovalca zavoda Socialno varstvenega zavoda Hrastovec, ker želim še naprej biti vključen v program Prehodna stanovanjska skupina. *izstop iz zavoda*
87. Spodaj podpisani Peter W., rojen ... pooblašчам Agencijo za individualno načrtovanje, posredovanje in koordiniranje socialnih storitev – njeno odgovorno osebo S. Č., da mesečno dviguje in razpolaga z mojo pokojnino in jo porabi za moje življenjske stroške in izvajanje osebnega načrta. *razpolaganje z denarjem*
88. Pravice uporabnika: pravica do samoodločanja, pravica do sodelovanja, pravica do izbire, pravica do učenja iz lastnih napak, pravica si premisliti, pravica ohraniti nadzor nad svojim življenjem, pravica do sporočanja in sporazumevanja, ki uporabniku najbolj ustreza. *pravice uporabnika*
89. Uporabnik je ob podpisu dogovora seznanjen glede postopka pritožbe pisno in ustno. Uporabnik se lahko ustno pritoži ključnemu delavcu, ta pa poskuša reorganizirati storitev programa tako, da bolj ustreza uporabniku, načrtovalec in uporabnik še enkrat naredita revizijo osebnega načrta. Če še uporabnik zmeraj ni zadovoljen, mu

mora ključni delavec urediti socialno in bivanjsko oskrbo drugače oziroma v drugi organizaciji ali projektu. Uporabnik lahko odstopi od dogovora oz. odpove storitev. Podati mora pisno izjavo ključnemu delavcu in vodji programa. Odpovedni rok je najmanj 15 dni, če se udeleženci ne dogovorijo drugače. Uporabnik ima pravico do vseh informacij, pomembnih za izvajanje storitev in določenih z individualnim načrtom. V ta namen lahko zahteva pojasnila od ključnega delavca. V primeru, da ni zadovoljen s pojasnili, lahko zahteva pojasnila oz. poda ugovor vodji projekta. Ugovor mora podati ustno ali pisno, najpozneje 8. dan po tem, ko je bila opravljena storitev, zoper katero ugovarja. Vodja projekta mora o ugovoru odločiti v 15. dneh po prejemu ugovora in določiti, kaj naj ključni delavec ukrene ter o tem obvestiti uporabnika. Uporabnik ima na podlagi 105. člena Zakona o socialnem varstvu pravico zahtevati izredni inšpekcijski nadzor nad izvajanjem storitev institucionalnega varstva. Morebitne nesporazume ali spore, ki bi nastali pri izvajanju tega dogovora, bodo udeleženci dogovora reševali sporazumno. V primeru, da nesporazuma ne bi rešili sami, se za to določi pristojno sodišče. *postopek pritožbe*

90. Peter je med bivanjem v stanovanjski skupini skupaj z načrtovalko izdelal dve reviziji osebnega načrta in ob podpori zaposlenih in prostovoljk ter prostovoljcev začel uresničevati cilje. Po mnenju ključne delavke in drugih zaposlenih je napredoval v izražanju svojih čustev (tudi negativnih oziroma družbeno manj sprejemljivih, kot so jeza, sovraštvo in strah), si pridobil nove prijatelje in prijateljice, osvojil nekatere nove gospodinjske navade (čiščenje in kuhanje), predvsem pa je razumljiv in spoštljiv sostanovalec in za zaposlene enkratno sodelavec. *napredovanje*
91. Peter je tekom socialne akcije Iz-hod prenehal z jemanjem zdravil. SVZ Hrastovec smo obvestili o njegovem prenehanju terapije. Njegovo psihično stanje je bilo stabilno (razen krize, ki je jo je imel meseca decembra in januarja), kljub prenehanju jemanja psihiatričnih zdravil (Leponex in Akineton). *zdravila*
92. Kriza je trajala od 28. 12. 2010 do 9. 1. 2011. Po tem ko smo opazili povečano blodnjavost in minimalen stik z realnostjo ter spremembe v vedenju, smo ustanovili krizni tim, ki je štel petnajst ljudi. Ob njem smo bili štiriindvajset ur na dan, vseh trinajst dni. Kriza je izzvenela, Peter ni bil hospitaliziran – niti v času krize niti v celotnem bivanju v stanovanjski skupini. Ključna delavka je vodila krizni tim in naredila analize tveganja za različne primere. Med krizo je v spremstvu S. Č. in I. A. obiskal njegovo psihiatrinjo in začel uživati predpisano medikamentozno terapijo, ki jo redno uživa še zdaj. *krizni tim*
93. Okrožno sodišče v Mariboru v skladu s prvim odst. 249. člena in 248. člena Zakona o kazenskem postopku v kazenski zadevi ... zoper obtoženo XY zaradi kaznivega dejanja goljufije po drugem odstavku v zvezi s prvim odstavkom 217. člena Kazenskega zakonika (KZ). Izvedencu psihiatru je bilo že v letu 2008 po preiskovalnem sodniku naloženo ugotavljanje, kakšno je bilo bolezensko stanje oškodovanca Petra W., ko je dne 19. 7. 2005 pri notarki podpisal pooblastilo, s katerim je obtoženi XY omogočil prodajo stanovanja in prejem kupnine. *goljufija pri stanovanju*
94. Ker je bil Peter W. dne 2. 3. 2009 nameščen v zavod Hrastovec-Trate, izvrševanje varnostnega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v psihiatričnem zavodu, ki mu je bil izrečen s sklepom sodišča v Mariboru z dne 13. 9. 1999 ... pa je bilo po sklepu senata z dne 17. 3. 2009 ustavljeno ... *konec ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja*
95. Nato sva se s psihiatrinjo slišali in je rekla, da res ni dobro, da ne spi, posledično ima lahko večje težave. Prejšnji dan nama je tudi s S. omenila, da po takem privzdignjenem stanju lahko sledi velika depresija. Svetovala mi je, da mu dam Rivotril (4 tablete, 2 g vse skupaj), če ne bo spal, pa še enkrat zvečer isto. To naj bi bilo samo za

uravnavanje spanja, tako da se vzpostavi spanje. Te tablete naj potem ne bi ostale niti v njegovi terapiji. Rekla mi je, da jo naslednji dan pokličem, kako in kaj je. Petru sem dala tablete in ga opozorila, da so pomirjevalne in da bo potem najbrž malo zaspan. Strinjal se je s tem. Nato čez nekaj časa mi je potožil, da je zelo švoh in utrujen, tudi videlo se mu je. Šel je ležat. Rekel mi je, da sem mu dala napačne tablete in naj mu pokažem navodila za uporabo. Vse se mu prinesla, med tem časom je 15 minut zaspal. Ko se je zbudil, je rekel, da ne ve, kje je in preklinjal tablete. Rekel je, da je bil prej na takem tripu, zdaj je pa depresiven, down, nima več toliko moči. Bil je jezen na psihiatrinjo in name, ker sva šla k njej. Očital mi je, da ni vedel, da gre k psihiatrinji, kar pa je laž, saj sem mu vse razložila, za kakšne tablete gre in ko je bil na pregledu, se je tudi strinjal s tem, da nekaj vzame, da mu upočasni prehitro leteče misli. Potem ga je A. klicala, omenila mu je krizni tim, Peter se je razburil in povzdignil glas. Večkrat je omenil nerazumevanje iz naše strani in izrazil užaljenost. Nato sem ga poskušala jaz pomiriti, poslušal me je, vendar je rekel, da govorim traparije. Povedala sem mu, zakaj je ta krizni tim sploh nastal itd. *krizni tim*

96. V času krize Peter ljudem ponuja svoje džointe (v večini primerov je to tobak, zvit v velikih rizlah, redko, ko kje dobi marihuano, ponuja tudi to), ogovarja ljudi, pripoveduje zgodbe, ki so za neko običajno konstrukcijo realnosti neverjetne, nemogoče in nore. Sostanovalec je že imel idejo, da bi poklical rešilca, ker ga Peter preveč moti. Ker včasih zunaj rad hodi pomanjkljivo oblečen, se lahko zgodi, da bo kdo poklical rešilca. Neljub pripetljaj se lahko zgodi, če komu npr. na Metelkovi ali na ulici prodaja droge, ki jih nima in kdo pokliče policijo, posledično lahko pristane v PB. Na trenutke je precej nadležen – blebetanje in vsiljevanje ravnanja ali »drog«. *vedenje v krizi*
97. V prehodni stanovanjski skupini živi pet ljudi. Dejstvo, da živijo skupaj, še ne pomeni, da so si skupno življenje izbrali. Nekaterim uporabnikom sostanovalci ustrezajo, nekaterim pa ne. Vsakodnevno je treba usklajevati želje in konflikte med stanovalci, včasih posredovati pri sporih. V času Ernestove krize se je situacija poostrila. Ernest v stanovanju še bolj kot prej ruši red, moti ostale, je nadležen in vsiljuje svoje početje drugim. Nekateri se ga bojijo. Petrovo početje, ki najbolj moti ostale, je: prenašanje in odnašanje hrane in stolov v njegovo ali sostanovalkino sobo, nespečnost in s tem posledično motenje ostalih ponoči, vdiranje v sobe sostanovalecev, vsiljevanje s svojim početjem (morali bi kaditi džointe, požirati tablete, se strinjati z njegovimi izjavami), nasilje –konkretno tolčenje s pestmi. V stanovanjsko skupino je prišel nemir, nove dejavnosti, več ljudi prihaja v stanovanje, osrednja koncentracija zaposlenih na Agenciji in ostalih sodelavcev je na Petru. Kljub konfliktom in nestrinjanjem s Petrovim vedenjem so stanovalci potrpežljivi in mu na nek način želijo pomagati. *vedenje v krizi*
98. Peter je bil pred dobrimi desetimi leti v zaporu zaradi hujšega kaznivega dejanja in potem so ga zaradi tega hospitalizirali. Pred krizo je bil ekstremno prijazen, miroljuben, ljubezniv, ob njem se je čutilo »kot da še muhi ne bi storil žalega«. *vedenje, ko ni krize*
99. Ne bom pozabila, ko sva na Iz-hodu hodila in je videl teličke, jokal je, ker jih potem ubijejo, da jih ljudje lahko jedo. Zmeraj je izkazoval iskreno in neposredno ljubezen do vseh živih bitij. *odnos do okolja, ko ni krize*
100. Tekom krize, v manjši meri tudi prej, se je to spremenilo. Postaja nestrpen, če mu kdo ne ugodí in noče poslušati oziroma ne razume nečesa, kar kdo pove in mu ne ustreza (npr. tega, da je zdaj v slabši koži, da bi moral spati zvečer, da obstaja tveganje za hospitalizacijo itd.). Tekom krize je postal žaljiv, zmerja ljudi okrog sebe, še posebej enega sostanovalca. Vsaj enkrat se je pripetilo tudi to, da je s pestmi tolkel članico kriznega tima in sostanovalec, ki se ga zdaj bojijo. Včasih tudi grozi, svojemu prijatelju je grozil, da ga bo zabodel, govori o tem, kako bo nekoga pretepel in podobno. *vedenje v krizi*

101. Pogovor je začel Peter, ki je povedal, kako se počuti in kaj se dogaja. Rekel je, da se počuti dobro in povedal nekaj o tabletah – da mu Rivotril ne ustreza, Lamictal pa. Jaz sem obnovila dogajanje zadnjih nekaj dni. Vsak je dobil en izvod analize tveganja za Petra, Peter se je z večino napisanega strinjal, nekaj pa je prečrtal (kar se je nanašalo na to, da bi lahko škodoval drugim in da je moteč za druge stanovalce). *odnos zaposlenih tekom krize*
102. Izrazil je tudi željo, da bi do nadaljnjega še imel družbo, torej da ohranimo krizni tim. Pomembno je, da vsi, ki smo z njim, redno posvečamo čas različnim dejavnosti, včeraj smo jih skupaj z Ernestom našeli nekaj: hoče imeti obiske, piti kavo in čaj, knjižnica – učenje dela na računalnik, učenje na mobilni telefon – za začetek pisanje sms-ov, nedelja – Krišna, četrtek in sobota – Metelkova (če se le da pustiti za zdaj), živalski vrt (skupinsko), muzeji, galerije, gledališče, kino, tečaji risanja in pisanja, vaje na FSD v drugem semestru, reševanje križank, obisk Nejca v MB (sorodnikov ne želi), zaposlitev; intelektualno delo, za začetek prostovoljno v knjižnici, I. se bo pozanimala glede zaposlitvene rehabilitacije. Ernest jemlje večerno terapijo. Glede spanja poskušamo z baldrijanom. A. kupi Persen, S. po NL uredi Dormikum. *aktivnosti kriznega tima*
103. Po naravi sem bolj tak, da živim, da me ptice na polju sejejo, me žanjejo in bog jih živi. Poglejte lilije na polju, ne predajo se in ne trudijo se in tudi njih bog živi. Še sam Salamon se ni tako oblačil kakor ena izmed njih. *nenavadno razmišljanje*

Priloga 3: Tabela 1 – število enote kodiranja in pripisani pojmi

Enota	Poimenovanje
1.	<i>Vsakdan</i>
2.	<i>Glasba</i>
3.	<i>Prehrana</i>
4.	<i>Zabava</i>
5.	<i>Urejenost sobe</i>
6.	<i>Pomoč pri vsakdanjem življenju</i>
7.	<i>Stanovanje</i>
8.	<i>Skupno življenje</i>
9.	<i>Prepoved</i>
10.	<i>Gospodinjstvo</i>
11.	<i>Lokacija stanovanja</i>
12.	<i>Delo</i>
13.	<i>Sram</i>
14.	<i>Pomanjkanje denarja</i>
15.	<i>Veselje</i>
16.	<i>Diagnoza</i>
17.	<i>Delo</i>
18.	<i>Delo</i>
19.	<i>Pomanjkanje denarja</i>
20.	<i>Izkušnje s psihiatrijo</i>
21.	<i>Razlika med življenjem v zavodu in v skupnosti</i>
22.	<i>Razlika med življenjem v zavodu in v skupnosti</i>
23.	<i>Prijatelji</i>
24.	<i>Obiski v bolnišnici</i>
25.	<i>Zasebnost</i>
26.	<i>Delo v zavodu</i>
27.	<i>Razlika med življenjem v bolnišnici in v zavodu</i>
28.	<i>Zdravila</i>
29.	<i>Droge</i>
30.	<i>Zdravila</i>
31.	<i>Razlika med življenjem v zavodu in v skupnosti</i>
32.	<i>Družba</i>
33.	<i>Partnerka</i>
34.	<i>Spolnost</i>
35.	<i>Svoboda</i>
36.	<i>Socialna akcija</i>
37.	<i>Prijatelji</i>
38.	<i>Socialna služba</i>
39.	<i>Moralna podpora</i>
40.	<i>Delo socialne službe</i>
41.	<i>Lastnosti zaposlenih</i>
42.	<i>Užitek</i>

43.	<i>Odnos zaposlenih</i>
44.	<i>Lastnosti zaposlenih</i>
45.	<i>Podpora</i>
46.	<i>Lastnosti prostovoljca</i>
47.	<i>Pomanjkljivost pri zaposlenih</i>
48.	<i>Socialna služba</i>
49.	<i>Kontrole pri psihiatrinji</i>
50.	<i>Mnenje ambulantne psihiatrinje glede zdravil</i>
51.	<i>Razpolaganje z denarjem</i>
52.	<i>Napredovanje</i>
53.	<i>Socialna akcija</i>
54.	<i>Financiranje življenja v skupnosti</i>
55.	<i>Prehodna oblika bivanja</i>
56.	<i>Pomoč pri vsakdanjem življenju</i>
57.	<i>Prehodna oblika bivanja</i>
58.	<i>Stil življenja</i>
59.	<i>Svoboda</i>
60.	<i>Hobi</i>
61.	<i>Izobraževanje</i>
62.	<i>Sorodniki</i>
63.	<i>Upokojitev</i>
64.	<i>Glasba</i>
65.	<i>Delo</i>
66.	<i>Pomanjkanje denarja</i>
67.	<i>Kraja</i>
68.	<i>Partnerski odnos</i>
69.	<i>Spolnost</i>
70.	<i>Vsakdan</i>
71.	<i>Potovanje</i>
72.	<i>Hobi</i>
73.	<i>Krizni tim</i>
74.	<i>Interakcijski prekrški</i>
75.	<i>Zdravila</i>
76.	<i>Hobi</i>
77.	<i>Izvajalci</i>
78.	<i>Življenje v stanovanjski skupini</i>
79.	<i>Želje glede skupnih aktivnosti</i>
80.	<i>Podpora pri delu</i>
81.	<i>Pomanjkanje denarja</i>
82.	<i>Pomoč pri razpolaganju z denarjem</i>
83.	<i>Upravljanje z denarjem</i>
84.	<i>Potovanje</i>
85.	<i>Navodila za krizni tim</i>
86.	<i>Izstop iz zavoda</i>
87.	<i>Upravljanje z denarjem</i>
88.	<i>Pravice uporabnika</i>

89.	<i>Postopek pritožbe</i>
90.	<i>Napredovanje</i>
91.	<i>Zdravila</i>
92.	<i>Krizni tim</i>
93.	<i>Goljufija pri stanovanju</i>
94.	<i>Konec ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja</i>
95.	<i>Krizni tim</i>
96.	<i>Vedenje v krizi</i>
97.	<i>Vedenje v krizi</i>
98.	<i>Vedenje, ko ni krize</i>
99.	<i>Odnos do okolja, ko ni krize</i>
100.	<i>Vedenje v krizi</i>
101.	<i>Odnos zaposlenih tekom krize</i>
102.	<i>Aktivnosti kriznega tima</i>
103.	<i>Nenavadno razmišljanje</i>
104.	<i>Stil življenja</i>
105.	<i>Nenavadno govorjenje</i>
106.	<i>Nepriumno ravnanje v stanovanjski skupini</i>
107.	<i>Nepriumno govorjenje v bolnišnici</i>
108.	<i>Posledice hospitalizacije</i>
109.	<i>Nekritičnost do bolezenskega stanja</i>
110.	<i>Odločitve strokovnjakov</i>
111.	<i>Nekritičnost do zdravljenja</i>
112.	<i>Nadzor</i>
113.	<i>Zagovorništvo</i>
114.	<i>Zagovorništvo</i>
115.	<i>Pridobitev mnenja</i>
116.	<i>Zadržanje na varovanem oddelku</i>
117.	<i>Bolezenska neuvidevnost</i>
118.	<i>Zdravljenje</i>
119.	<i>Odgovornost ustanove</i>
120.	<i>Dobra socializacija</i>
121.	<i>Razlog za zadržanje</i>
122.	<i>Nekritičnost do zdravstvenega stanja</i>
123.	<i>Diagnoza</i>
124.	<i>Upor</i>
125.	<i>Vzrok zadržanja na varovanem oddelku</i>
126.	<i>Interpretacija duševne motnje</i>
127.	<i>Interpretacija duševne motnje</i>
128.	<i>Nekritičnost do zdravstvenega stanja</i>
129.	<i>Domneve ogrožanja</i>
130.	<i>Ogrožanje</i>
131.	<i>Nevarnost</i>
132.	<i>Koordinirana obravnava v skupnosti</i>
133.	<i>Načrt obravnave v skupnosti</i>

134.	<i>Zahteve koordinirane obravnave v skupnosti in pogled v spis</i>
135.	<i>Delo v času krize</i>
136.	<i>Koordinacija obravnave v skupnosti</i>
137.	<i>Zahteva za mnenje psihiatrinje</i>
138.	<i>Omejevanje svobode</i>
139.	<i>Prostovoljna hospitalizacija</i>
140.	<i>Udeleženec socialne akcije</i>
141.	<i>Želja po svobodi</i>
142.	<i>Načrt obravnave v skupnosti</i>
143.	<i>Mandat koordinatorja oziroma koordinatorke obravnave v skupnosti</i>
144.	<i>Vsebine osebnega načrta</i>
145.	<i>Razlog prisilne hospitalizacije</i>
146.	<i>Strokovna presoja duševne motnje</i>
147.	<i>Omejitve pravic na oddelku</i>
148.	<i>Strokovno mnenje za bivanje v skupnosti</i>
149.	<i>Omejitve pravic na oddelku</i>
150.	<i>Obiski v bolnišnici</i>
151.	<i>Hospitaliziranost</i>
152.	<i>Vprašljivo ravnanje koordinatorjev obravnave v skupnosti</i>
153.	<i>Prepuščanje odločanja psihiatrinji</i>
154.	<i>Koordinacija obravnave v skupnosti</i>
155.	<i>Delo koordinatorjev obravnave v skupnosti</i>
156.	<i>Delo koordinatorjev obravnave v skupnosti</i>
157.	<i>Zahteva za mnenje psihiatrinje</i>
158.	<i>Strah pred prevzemanjem odgovornosti</i>
159.	<i>Kršitev pravic</i>
160.	<i>Potencialna nevarnost</i>
161.	<i>Kritika dela</i>
162.	<i>Nevarnost</i>
163.	<i>Sum pristranskosti sodnega izvedenca</i>
164.	<i>Pojasnitve sodnega izvedenstva</i>
165.	<i>Nevarnost</i>
166.	<i>Potencialna nevarnost in zdravila</i>
167.	<i>Zdravila in odločanje</i>
168.	<i>Pomanjkanje uvida v bolezen</i>
169.	<i>Analiza tveganja</i>
170.	<i>Biti v »svojem svetu«</i>
171.	<i>Dobički življenja v skupnosti</i>
172.	<i>Pomanjkljivost pojasnitev sodnega izvedenstva</i>
173.	<i>Drugačen pogled na svet</i>
174.	<i>Duševna bolezen</i>
175.	<i>Pomanjkanje uvida v bolezen in nevarnost</i>
176.	<i>Nekritičnost do zdravstvenega stanja</i>
177.	<i>Sprejemanje pomoči</i>
178.	<i>Ugotovitve sodnega izvedenca</i>

179.	<i>Zdravila in nadzor</i>
180.	<i>Ambulantno zdravljenje</i>
181.	<i>Delo po osebnem načrtu</i>
182.	<i>Vloga koordinatorke obravnave v skupnosti pri izvajanju načrta</i>
183.	<i>Uvid v bolezni in zdravila</i>
184.	<i>Neupoštevanje predloženega gradiva</i>
185.	<i>Zavrnitev mnenja ambulantne zdravnice</i>
186.	<i>Upoštevanje mnenja oddelčne zdravnice in izločitev osebe</i>
187.	<i>Sum pristranskosti sodnega izvedenca</i>
188.	<i>Nestrokovno ravnanje izvedenca</i>
189.	<i>Vzrok za hospitalizacijo</i>
190.	<i>Omejitve na oddelku psihiatrične bolnišnice</i>
191.	<i>Postopkovne napake psihiatrične bolnišnice</i>
192.	<i>Trajanje prve hospitalizacije</i>
193.	<i>Diagnoza</i>
194.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
195.	<i>Trajanje druge hospitalizacije</i>
196.	<i>Diagnoza</i>
197.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
198.	<i>Trajanje tretje hospitalizacije</i>
199.	<i>Diagnoza</i>
200.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
201.	<i>Trajanje četrte hospitalizacije</i>
202.	<i>Diagnoza</i>
203.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
204.	<i>Trajanje pete hospitalizacije</i>
205.	<i>Diagnoza</i>
206.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
207.	<i>Trajanje šeste hospitalizacije</i>
208.	<i>Diagnoza</i>
209.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
210.	<i>Datum sprejema sedme hospitalizacije</i>
211.	<i>Diagnoza</i>
212.	<i>Trajanje osme hospitalizacije</i>
213.	<i>Diagnoza</i>
214.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
215.	<i>Trajanje devete hospitalizacije</i>
216.	<i>Diagnoza</i>
217.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
218.	<i>Trajanje desete hospitalizacije</i>
219.	<i>Diagnoza</i>
220.	<i>Trajanje enajste hospitalizacije</i>
221.	<i>Diagnoza</i>
222.	<i>Postopek</i>
223.	<i>Trajanje dvanajste hospitalizacije</i>

224.	<i>Diagnoza</i>
225.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
226.	<i>Namestitev v zavod</i>
227.	<i>Otroštvo</i>
228.	<i>Mama</i>
229.	<i>Oče</i>
230.	<i>Po mamini smrti</i>
231.	<i>Drugi sorodniki</i>
232.	<i>Rekreacija</i>
233.	<i>Izobrazba</i>
234.	<i>Zaposlitev</i>
235.	<i>Ljubezensko življenje</i>
236.	<i>Rekreacija</i>
237.	<i>Ljubezem</i>
238.	<i>Prijatelji</i>
239.	<i>Prva hospitalizacija</i>
240.	<i>Izkušnje z drogami</i>
241.	<i>Upokojitev</i>
242.	<i>Razpolaganje z denarjem</i>
243.	<i>Družinsko nasilje</i>
244.	<i>Pripor</i>
245.	<i>Počutje v priporu</i>
246.	<i>Pobeg iz psihiatrične bolnišnice</i>
247.	<i>Pobeg in goljufija</i>
248.	<i>Goljufija pri stanovanju</i>
249.	<i>Iz bolnišnice v zavod</i>
250.	<i>Delo v zavodu</i>
251.	<i>Spolnost v zavodu</i>
252.	<i>Iz-hod</i>
253.	<i>Odločitev za udeležbo pri Iz-hodu</i>
254.	<i>Vtisi iz Iz-hoda</i>
255.	<i>Stanovanjska skupina</i>
256.	<i>Religija</i>
257.	<i>Življenjska filozofija</i>
258.	<i>Življenjska načela</i>
259.	<i>Veselje</i>
260.	<i>Religija</i>
261.	<i>Religija</i>
262.	<i>Marihuana</i>
263.	<i>Vedenje v bolnišnici</i>
264.	<i>Zastopnica</i>
265.	<i>Koordinatorica obravnave v skupnosti in uporabnik</i>
266.	<i>Varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja</i>
267.	<i>Neupoštevanje zdravniških navodil</i>
268.	<i>Klic zaposlene na CSD v PB</i>

269.	<i>Dopis CSD za sodišče</i>
270.	<i>Preverjanje agencije glede prodaje stanovanja</i>
271.	<i>Prošnja CSD za PB glede presoje sposobnosti odločanja</i>
272.	<i>Mnenje glede postavitve skrbnika</i>
273.	<i>Prošnja CSD za PB glede opredelitve uporabnikovega razumevanja lastnega ravnanja</i>
274.	<i>Predlog za postavitve skrbnika za posebni primer</i>
275.	<i>Sklepi sestanka centra za socialno delo</i>
276.	<i>Zavrnitev postavitve skrbnika za poseben primer</i>
277.	<i>Predlog za odvzem opravilne sposobnosti</i>
278.	<i>Prodaja stanovanja</i>
279.	<i>Obisk socialne delavke v PB</i>
280.	<i>Socialna delavka kontaktira poznano osebo</i>
281.	<i>Drugi obisk socialne delavke v bolnišnici</i>
282.	<i>Vabilo na zaslišanje za CSD</i>
283.	<i>Strinjanje z mnenjem psihiatra brez udeležbe na zaslišanju</i>

Priloga 4: Tabela 2 – združevanje sorodnih pojmov v kategorije ter analiza značilnosti pojmov in kategorij.

1. NAMESTO HOSPITALIZACIJE IN INSTITUCIONALIZACIJE	
1.1. Bivati v skupnosti	
21.	<i>Razlika med življenjem v zavodu in življenjem v skupnosti</i>
22.	<i>Razlika med življenjem v zavodu in življenjem v skupnosti</i>
25.	<i>Zasebnost</i>
27.	<i>Razlika med življenjem v bolnišnici in življenjem v zavodu</i>
31.	<i>Razlika med življenjem v zavodu in življenjem v skupnosti</i>
35.	<i>Svoboda</i>
52.	<i>Napredovanje</i>
59.	<i>Svoboda</i>
78.	<i>Življenje v stanovanjski skupini</i>
90.	<i>Napredovanje</i>
171.	<i>Dobički življenja v skupnosti</i>
177.	<i>Sprejemanje pomoči</i>
255.	<i>Stanovanjska skupina</i>
1.2. Služba v skupnosti	
38.	<i>Socialna služba</i>
39.	<i>Moralna podpora</i>
40.	<i>Delo socialne službe</i>
41.	<i>Lastnosti zaposlenih</i>
43.	<i>Odnos zaposlenih</i>
44.	<i>Odnos zaposlenih</i>
45.	<i>Podpora</i>
46.	<i>Lastnosti prostovoljca</i>
47.	<i>Pomanjkljivosti zaposlenih</i>

48.	<i>Socialna služba</i>
53.	<i>Financiranje življenja v skupnosti</i>
77.	<i>Izvajalci</i>
88.	<i>Pravice uporabnikov</i>
89.	<i>Postopek pritožbe</i>
1.3. Koordinacija obravnave v skupnosti in center za socialno delo	
1.3.1. Koordinacija obravnave v skupnosti	
132.	<i>Koordinirana obravnava v skupnosti</i>
133.	<i>Načrt obravnave v skupnosti</i>
134.	<i>Koordinirana obravnava v skupnosti</i>
136.	<i>Koordinacija obravnave v skupnosti</i>
142.	<i>Načrt obravnave v skupnosti</i>
143.	<i>Koordinacija obravnave v skupnosti</i>
144.	<i>Vsebine osebnega načrta</i>
152.	<i>Koordinacija obravnave v skupnosti</i>
154.	<i>Koordinacija obravnave v skupnosti</i>
155.	<i>Delo koordinatorjev obravnave v skupnosti</i>
156.	<i>Delo koordinatorjev obravnave v skupnosti</i>
181.	<i>Delo po osebnem načrtu</i>
182.	<i>Koordinacija obravnave v skupnosti</i>
265.	<i>Koordinatorica obravnave v skupnosti</i>
1.3.2. Center za socialno delo	
268.	<i>Klic zaposlene na CSD v PB</i>
269.	<i>Dopis CSD za sodišče</i>
271.	<i>Prošnja CSD za PB glede presoje sposobnosti odločanja</i>
273.	<i>Prošnja CSD za PB glede opredelitve uporabnikovega razumevanja lastnega ravnanja</i>
275.	<i>Sklepi sestanka centra za socialno delo</i>
276.	<i>Zavrnitev postavitve skrbnika za poseben primer</i>
277.	<i>Predlog za odvzem opravilne sposobnosti</i>
279.	<i>Obisk socialne delavke v PB</i>
280.	<i>Socialna delavka kontaktira poznano osebo</i>
281.	<i>Obisk socialne delavke v bolnišnici</i>
282.	<i>Vabilo na zaslišanje za CSD</i>
283.	<i>Strinjanje z mnenjem psihiatra brez udeležbe na zaslišanju</i>
1.4. Krizni tim in kriza	
73.	<i>Krizni tim</i>
85.	<i>Navodila za krizni tim</i>
92.	<i>Krizni tim</i>
95.	<i>Krizni tim</i>
96.	<i>Vedenje v krizi</i>
97.	<i>Vedenje v krizi</i>
98.	<i>Vedenje, ko ni krize</i>
99.	<i>Odnos do okolja, ko ni krize</i>
100.	<i>Vedenje v krizi</i>
101.	<i>Odnos zaposlenih tekom krize</i>

102.	<i>Aktivnosti kriznega tima</i>
135.	<i>Delo v času krize</i>
1.5. Razbremenitve uporabnika	
71.	<i>Potovanje</i>
84.	<i>Potovanje</i>
1.6. Strokovnjaki	
110.	<i>Odločitve strokovnjakov</i>
115.	<i>Pridobitev mnenja</i>
137.	<i>Zahteva za mnenje psihiatrinje</i>
148.	<i>Strokovno mnenje za bivanje v skupnosti</i>
153.	<i>Prepuščanje odločanja psihiatrinji</i>
157.	<i>Zahteva za mnenje psihiatrinje</i>
158.	<i>Strah pred prevzemanjem odgovornosti</i>
159.	<i>Kršitev pravic</i>
161.	<i>Kritika dela</i>
1.7. Zagovorništvo	
113.	<i>Zagovorništvo</i>
114.	<i>Zagovorništvo</i>
2. STANOVANJE	
7.	<i>Stanovanje</i>
8.	<i>Skupno življenje</i>
11.	<i>Lokacija stanovanja</i>
9.	<i>Prepoved</i>
55.	<i>Prehodna oblika bivanja</i>
57.	<i>Prehodna oblika bivanja</i>
67.	<i>Kraja</i>
93.	<i>Goljufija pri stanovanju</i>
247.	<i>Pobeg in goljufija</i>
248.	<i>Goljufija pri stanovanju</i>
270.	<i>Preverjanje agencije pri prodaji stanovanja</i>
278.	<i>Prodaja stanovanja</i>
3. DELO IN DENAR	
3.1. Delo	
12.	<i>Delo</i>
17.	<i>Delo</i>
18.	<i>Delo</i>
26.	<i>Delo v zavodu</i>
61.	<i>Izobraževanje</i>
63.	<i>Upokojitev</i>
65.	<i>Delo</i>
80.	<i>Delo</i>
233.	<i>Izobrazba</i>
234.	<i>Zaposlitev</i>
241.	<i>Upokojitev</i>

250.	<i>Delo v zavodu</i>
3.2. Denar	
14.	<i>Pomanjkanje denarja</i>
19.	<i>Pomanjkanje denarja</i>
51.	<i>Razpolaganje z denarjem</i>
66.	<i>Pomanjkanje denarja</i>
81.	<i>Pomanjkanje denarja</i>
82.	<i>Pomoč pri razpolaganju z denarjem</i>
83.	<i>Upravljanje z denarjem</i>
87.	<i>Upravljanje z denarjem</i>
242.	<i>Razpolaganje z denarjem</i>
4. VSAKDANJE ŽIVLJENJE	
4.1. Potek dneva	
1.	<i>Vsakdan</i>
70.	<i>Vsakdan</i>
4.2. Gospodinjstvo	
3.	<i>Prehrana</i>
10.	<i>Gospodinjstvo</i>
4.3. Prosti čas in veselje	
2.	<i>Užitek</i>
4.	<i>Zabava</i>
15.	<i>Veselje</i>
42.	<i>Užitek</i>
60.	<i>Hobi</i>
64.	<i>Glasba</i>
72.	<i>Hobi</i>
76.	<i>Hobi</i>
79.	<i>Aktivnosti</i>
232.	<i>Rekreacija</i>
236.	<i>Rekreacija</i>
259.	<i>Veselje</i>
4.4. Droge	
29.	<i>Droge</i>
240.	<i>Droge</i>
262.	<i>Droge</i>
4.5. Pomoč pri vsakdanjem življenju	
6.	<i>Pomoč pri vsakdanjem življenju</i>
56.	<i>Pomoč pri vsakdanjem življenju</i>
5. NELAGODJE V INTERAKCIJI	
5.1. Interakcijski prekrški	
13.	<i>Sram</i>
58.	<i>Stil življenja</i>
74.	<i>Interakcijski prekrški</i>

103.	<i>Nenavadno govorjenje</i>
104.	<i>Stil življenja</i>
105.	<i>Nenavadno govorjenje</i>
106.	<i>Neprimerno ravnanje v stanovanjski skupini</i>
107.	<i>Neprimerno govorjenje v stanovanjski skupini</i>
170.	<i>Biti v svojem svetu</i>
173.	<i>Drugačen pogled na svet</i>
6. STIKI IN DRUŽABNOST	
23.	<i>Prijatelji</i>
24.	<i>Obiski v bolnišnici</i>
32.	<i>Družba</i>
33.	<i>Partnerka</i>
34.	<i>Spolnost</i>
37.	<i>Prijatelji</i>
62.	<i>Sorodniki</i>
68.	<i>Partnerski odnos</i>
69.	<i>Spolnost</i>
150.	<i>Stiki</i>
227.	<i>Otroštvo</i>
228.	<i>Mama</i>
229.	<i>Oče</i>
230.	<i>Po maminu smrti</i>
231.	<i>Drugi sorodniki</i>
235.	<i>Ljubezensko življenje</i>
237.	<i>Ljubezen</i>
238.	<i>Prijatelji</i>
243.	<i>Družinsko nasilje</i>
251.	<i>Spolnost v zavodu</i>
7. INSTITUCIONALNA KARIERA	
7.1. Krivica nalepke	
16.	<i>Diagnoza</i>
123.	<i>Diagnoza</i>
124.	<i>Upor</i>
7.2. Izkušnje s hospitalizacijami v psihiatrični bolnišnici	
7.2.1. Prva hospitalizacija	
192.	<i>Trajanje prve hospitalizacije</i>
193.	<i>Diagnoza</i>
194.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
239.	<i>Prva hospitalizacija</i>
7.2.2. Druga hospitalizacija	
195.	<i>Trajanje druge hospitalizacije</i>
196.	<i>Diagnoza</i>
197.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>

7.2.3. Tretja hospitalizacija	
198.	<i>Trajanje tretje hospitalizacije</i>
199.	<i>Diagnoza</i>
200.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
7.2.4. Četrta hospitalizacija	
201.	<i>Trajanje četrte hospitalizacije</i>
202.	<i>Diagnoza</i>
203.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
7.2.5. Peta hospitalizacija	
204.	<i>Trajanje pete hospitalizacije</i>
205.	<i>Diagnoza</i>
206.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
7.2.6. Šesta hospitalizacija	
207.	<i>Trajanje šeste hospitalizacije</i>
208.	<i>Diagnoza</i>
209.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
7.2.7. Sedma hospitalizacija	
210.	<i>Datum sprejema sedme hospitalizacije</i>
211.	<i>Diagnoza</i>
7.2.8. Osma hospitalizacija	
212.	<i>Trajanje osme hospitalizacije</i>
213.	<i>Diagnoza</i>
214.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
7.2.9. Deveta hospitalizacija	
215.	<i>Trajanje devete hospitalizacije</i>
216.	<i>Diagnoza</i>
217.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
7.2.10. Deseta hospitalizacija	
218.	<i>Trajanje desete hospitalizacije</i>
219.	<i>Diagnoza</i>
7.2.11. Enajsta hospitalizacija	
220.	<i>Trajanje enajste hospitalizacije</i>
221.	<i>Diagnoza</i>
222.	<i>Postopek</i>
246.	<i>Pobeg iz psihiatrične bolnišnice</i>
7.3.12. Dvanajsta hospitalizacija	
223.	<i>Trajanje dvanajste hospitalizacije</i>
224.	<i>Diagnoza</i>
225.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
7.3.13. Hospitalizacija tekom bivanja v stanovanjski skupini	
116.	<i>Zadržanje na varovanem oddelku</i>
118.	<i>Zdravljenje</i>
119.	<i>Odgovornost ustanove</i>
120.	<i>Razlog za zadržanje</i>
125.	<i>Vzrok zadržanja na varovanem oddelku</i>

138.	<i>Omejevanje svobode</i>
139.	<i>Prostovoljna hospitalizacija</i>
141.	<i>Želja po svobodi</i>
145.	<i>Razlog prisilne hospitalizacije</i>
189.	<i>Vzrok za hospitalizacijo</i>
263.	<i>Vedenje v bolnišnici</i>
7.4. Psihiatrična bolnišnica	
20.	<i>Izkušnje s psihiatrijo</i>
94.	<i>Ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja</i>
108.	<i>Posledice hospitalizacije</i>
147.	<i>Omejitve pravic na oddelku</i>
149.	<i>Omejitve pravic na oddelku</i>
151.	<i>Hospitaliziranost</i>
190.	<i>Omejitve na oddelku psihiatrične bolnišnice</i>
191.	<i>Postopkovne napake psihiatrične bolnišnice</i>
264.	<i>Zastopnica</i>
266.	<i>Varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja</i>
272.	<i>Mnenje glede postavitve skrbnika</i>
274.	<i>Predlog za postavitve skrbnika za poseben primer</i>
7.5. Ambulantno psihiatrično zdravljenje	
49.	<i>Kontrole pri psihiatrinji</i>
180.	<i>Ambulantno zdravljenje</i>
7.4. Zdravila	
28.	<i>Zdravila</i>
30.	<i>Zdravila</i>
50.	<i>Zdravila</i>
75.	<i>Zdravila</i>
91.	<i>Zdravila</i>
167.	<i>Zdravila</i>
179.	<i>Zdravila in nadzor</i>
7.6. Zapustiti institucijo	
86.	<i>Izstop iz zavoda</i>
112.	<i>Nadzor</i>
120.	<i>Dobra socializacija</i>
7.7. Odnos do zdravja in bolezni	
109.	<i>Nekritičnost do bolezenskega stanja</i>
111.	<i>Nekritičnost do zdravja</i>
117.	<i>Bolezenska neuvidevnost</i>
122.	<i>Nekritičnost do zdravstvenega stanja</i>
126.	<i>Interpretacija duševne motnje</i>
128.	<i>Nekritičnost do zdravstvenega stanja</i>
146.	<i>Strokovna presoja duševne motnje</i>
168.	<i>Pomanjkanje uvida v bolezen</i>
174.	<i>Duševna bolezen</i>
175.	<i>Pomanjkanje uvida v bolezen</i>

176.	<i>Nekritičnost do zdravstvenega stanja</i>
183.	<i>Uvid v bolezen in zdravila</i>
267.	<i>Neupoštevanje zdravniških navodil</i>
7.7. Ogrožanje in nevarnost	
129.	<i>Domneve ogrožanja</i>
130.	<i>Ogrožanje</i>
131.	<i>Nevarnost</i>
160.	<i>Potencialna nevarnost</i>
162.	<i>Nevarnost</i>
165.	<i>Nevarnost</i>
166.	<i>Potencialna nevarnost in zdravila</i>
169.	<i>Analiza tveganja</i>
7.8. Sodišče	
184.	<i>Neupoštevanje predloženega gradiva</i>
185.	<i>Zavrnitev mnenja ambulantne zdravnice</i>
186.	<i>Upoštevanje mnenja oddelčne zdravnice in izločitev osebe</i>
163.	<i>Sodno izvedenstvo</i>
164.	<i>Pojasnitve sodnega izvedenca</i>
172.	<i>Pomanjkljivost pojasnitev sodnega izvedenstva</i>
178.	<i>Ugotovitve sodnega izvedenca</i>
187.	<i>Pristranskost izvedenca</i>
188.	<i>Nestrokovno ravnanje izvedenca</i>
7.9. Zavod	
226.	<i>Namestitev v zavod</i>
249.	<i>Iz bolnišnice v zavod</i>
7.10. Druge institucije	
244.	<i>Pripor</i>
245.	<i>Počutje v priporu</i>
8. NEUMEŠČENOST IN PRIPADNOST	
8.1. Akcija, subjektivnost	
36.	<i>Socialna akcija</i>
53.	<i>Socialna akcija</i>
140.	<i>Udeleženec socialne akcije</i>
8.2. Gibanje Iz-hod	
252.	<i>Iz-hod</i>
253.	<i>Odločitev za udeležbo pri Iz-hodu</i>
254.	<i>Vtisi iz Iz-hoda</i>
8.3. Pripadnost	
256.	<i>Religija</i>
257.	<i>Življenjska filozofija</i>
258.	<i>Življenjska načela</i>
260.	<i>Religija</i>
261.	<i>Religija</i>

Analiza značilnosti pojmov in kategorij

Glavne kategorije, ki sem jih v procesu kodiranja uporabila, so povzete po indeksu potreb Dolgotrajne oskrbe (Flaker *et al.* 2008), prav tako so po tej teoriji povzete nekatere podkategorije. Ostale podkategorije sem oblikovala sama glede na gradivo in določene pojme ter raziskovalni problem. Kategorija *namesto institucionalizacije in hospitalizacije* se nanaša na uporabnikovo življenje v skupnosti. V prvi kategoriji vidimo kakšne razlike v svojem življenju zaznava pri življenju v skupnosti in zavodu, kako je napredoval in kakšni so dobički ter življenje v stanovanjski skupini. Naslednja podkategorija *služba v skupnosti* zavzema nekatere vidike, ki so del realnosti uporabnika v povezavi z delom nevladne organizacije, na primer: lastnosti zaposlenih, kje so prednosti – s čim je pri njihovem delu uporabnik zadovoljen, kaj mu največ pomeni in kaj manjka. Postopek pritožbe, pravice uporabnika in način financiranja. Kakšna je podpora v skupnosti in kako se izvaja. Izvemo tudi, kako uporabnik doživlja prostovoljce in kaj pri njihovem delu in lastnostih ceni. *Koordinacija obravnave v skupnosti* prikaže uporabnikove izkušnje, način dela ter postopke z njim iz dveh različnih centrov za socialno delo ter treh različnih koordinatorjev oziroma koordinatorik obravnave v skupnosti. Prikazana je vloga osebnega načrta v procesih dela v različnih institucijah in njegove vsebine. Podkategorija *center za socialno delo* prikaže nekatere vsebine dela centra za socialno delo – kaj je center za socialno delo opravil za uporabnika in kakšen je bil proces dela – kako je delo potekalo v povezavi z uporabnikom. V podkategoriji *krizni tim* so vsebovani pojmi, ki pojasnijo vedenje uporabnika v krizi, odziv drugih ljudi na krizo (sostanovalcev, zaposlenih in drugih članov kriznega tima), vedenje uporabnika in odnos do okolja, ko ni v krizi, aktivnosti kriznega tima – kaj tim počne za uporabnika in z njim in odnos nekaterih zaposlenih do uporabnika v krizi in strategijo za razbremenitev uporabnika. Podkategorija *strokovnjaki* prikaže posebne reakcije in ravnanja strokovnjakov, ki so vplivala na življenje uporabnika. Podkategorija zagovorništvo pa vsebuje dva primera, ko je skupnostna služba zavzela zagovorniško vlogo v procesu dela. Če pogledamo prvo kategorijo kot celoto, vidimo, da so temeljni pojmi oblikovali in zavzeli pomen glavne kategorije – kaj so lahko alternative institucionalizaciji in hospitalizaciji: bivati v skupnosti, službe v skupnosti, koordinacija obravnave v skupnosti in centri za socialno delo, krizni timi in razbremenitve uporabnika, strokovnjaki in zagovorništvo.

Pojmi v kategoriji *stanovanje* prikažejo kje uporabnik živi, zadovoljstvo z nastanitvijo, značilnosti njegovega bivanja (z drugimi ljudmi) ter prikaz goljufije oziroma kraje stanovanja in vpletenost nekaterih ustanov pri tem.

Kategorija *delo* vsebuje pojme, ki prikažejo uporabnikove izkušnje z delom, njegov status, izkušnjo z delom v socialno varstvenem zavodu ter izobrazbo. Kategorija *denar* vsebuje podatke o uporabnikovem ne/zadovoljstvu s finančnim stanjem, načinu razpolaganja z denarjem v preteklosti in zdaj, ali potrebuje pomoč pri tem ter koliko moči ima nad razpolaganjem z lastnimi sredstvi. Prikazane so izkušnje z denarjem v preteklosti, kako skupnostna služba načrtuje delo glede razpolaganja denarja in kako vključuje uporabnika. Vidimo tudi, kako bi porabil denar, če bi ga imel dovolj.

Kategorija *vsakdanje življenje* pove, kakšen je uporabnikov vsakdan, prehrana in kako poteka gospodinjstvo, še bolj pa vidimo, kako uporabnik rad preživlja prosti čas, katere aktivnosti ima rad, kako se zabava, kaj ga veseli in v čem uživa, pojmi vsebujejo tudi aktivnosti, ki ji je v prostem času počel kot otrok in mladostnik. Pojma droge vsebujeta njegov odnos do drog in izkušnje z le-temi – katere droge je užival in kaj ima najraje. Pojma pomoč pri vsakdanjem življenju kratko navedeta gospodinjstva opravila, pri katerih potrebuje pomoč in ter del programa, ki opisuje delo skupnostne službe na področju pomoči pri vsakdanjem življenju.

Pojmi v kategoriji *nelagodje v interakciji* vsebujejo situacije, v katerih je uporabnika sram oziroma se počuti nelagodno v stiku z drugimi ljudmi in obratno – kdaj drugi ljudje čutijo nelagodje v interakciji z uporabnikom. Nekateri pojmi (nenavadno govorjenje, ravnanje) že sami razložijo prekršek. Nekateri pojmi so tesno povezani s kategorijo institucionalne kariere, saj v

povezavi s pojmi lahko vidimo, da so nekateri interakcijski prekrški vzrok za hospitalizacijo. V raziskovalnem gradivu pa ni razvidno, kakšne so taktike, da se prekrški pretvorijo v nestigmativne. Ena od takšnih taktik je na primer: oseba preveč tesno vstopa v osebni prostor drugih ljudi (na primer z močnim objemanjem, poljubljanjem), socialna delavka lahko drugi osebi razloži, da uporabnik pogosto tako ravna, je osamljen, uporabniku pred osebo razloži, da to ni vseh vsem ljudem ali situacijo naredi komično – obrne na šalo.

Pod kategorijo *stiki* spada gradivo, ki se nanaša na stike uporabnika in na njegovo socialno mrežo. Pojmi zaobjemajo pomen prijateljev in prijateljic ter družbe za uporabnika, želje, ki se nanašajo na stike – predvsem glede želje po partnerki in spolnosti. Nekateri pojmi opisujejo ljubezensko življenje in spolnost v preteklosti – v mladosti in med bivanjem v ustanovah. Pojmi, kot so na primer mama, oče, drugi sorodniki, razlagajo odnos uporabnika s temi osebami ter družinsko dinamiko (tudi glede na različne situacije v družini), nanašajo se na otroštvo, mladostništvo in sedanji odnos, ki je rekonstruiran za nazaj. Za nekaterimi pojmi je gradivo, ki razlaga kje je uporabnik spoznal prijatelje (družabni prostori, klubi ipd.).

Kategorija, ki zavzema največ pojmov, je *institucionalna kariera*. Najpomembnejši razlog za to je verjetno v tem, da je prav ta kategorija pomemben del problema raziskave. Podkategorija *izkušnje s hospitalizacijami v psihiatrični bolnišnici* vsebuje največ podatkov iz odpustnih listov psihiatrične bolnišnice, v kateri je uporabnik preživel največ časa. Vsaka hospitalizacija vsebuje podatke o trajanju hospitalizacije (dneve, obdobje), postavljeno diagnozo s strani zdravnika oziroma zdravnice ter povzetke, zaključke, ki so jih po odpustu naredili ter nekatere okoliščine hospitalizacije. Pod posebno kategorijo spada *hospitalizacija v času stanovanjske skupine*, pojmi razlagajo vzroke za hospitalizacijo, njene okoliščine in strokovna ravnanja vpletenih. Kategorija *psihiatrična bolnišnica* vsebuje pojme iz različnih obdobj uporabnikovega življenja. Pojmi razlagajo določene ukrepe in razloge zanje, postopke, nekatere profile, ki so bili vpleteni v določen del zgodbe, omejitve pravic tekom hospitalizacije in nekatere vidike dela bolnišnic. *Ambulantno psihiatrično zdravljenje* pri prvem pojmu pokaže v določenem obdobju odnos uporabnika do ambulantnega zdravljenja, v drugem pa sodelovanje ambulantne zdravnice v določeni situaciji. Podkategorija *zdravila* se nanaša na pojme, ki razlagajo uporabnikove odločitve glede psihiatričnih zdravil, zakaj in v kakšnih okoliščinah je jemanje določenih zdravil opustil in katera mu pomagajo ter na načrtovanje glede zdravil v prihodnosti. Podkategorija *odnos do zdravja in bolezni* se nanaša predvsem na očitke strokovnjakov glede uporabnikovega odnosa do tako imenovane bolezni oziroma zdravstvenega stanja. V enotah kodiranja lahko vidimo, da je tovrsten odnos lahko en izmed razlogov za zdravljenje, kar bi lahko povezala s kategorijama *psihiatrična bolnišnica* ter *ogrožanje in nevarnost*. Slednja zavzema pojme, ki se nanašajo na zdravniška in druga mnenja glede uporabnikovega ogrožanja sebe in drugih, razlage za takšne domneve in ukrepe tudi v povezavi z jemanjem ali zavračanjem psihiatrične terapije. Vidimo, katere dimenzije vsebuje analiza tveganja, ki je bila izdelana za uporabnika glede ogrožanja drugih ljudi in sebe. Podkategorija *sodišče* vsebuje pojme, ki se nanašajo na hospitalizacijo v času uporabnikovega bivanja v stanovanjski skupini in pokažejo nekatere vidike dela sodišča. Pod podkategorijo *zavod* spadata pojma, ki pojasnjujeta, kako je bil uporabnik nameščen v zavod (okoliščine, datum, soglasje) in premik iz bolnišnice v zavod. Pri podkategoriji druge institucije vidimo, da je uporabnik, poleg bivanja v bolnišnicah in zavodu, preživel nekaj časa tudi v priporu. Pojma opišeta razloge in okoliščine pripora, časovno obdobje, opis prostora in njegovo počutje ter razmišljanje tekom pripora.

Kategorija *neumeščenost in pripadnost* vsebuje pojme o udeležbi uporabnika v socialni akciji in gibanju Iz-hod. Razloži njegovo odločitev glede zapustitve zavoda in vtise iz pohoda – kako se je imel, aktivnosti, kaj mu je bilo všeč, razloži, zakaj akcijo podpira. V nadaljevanju pojmi razložijo njegovo versko pripadnost in obrede, ki jih je bil deležen v preteklosti, razmišljanje o življenju in o načelih, ki jih ima.

Priloga 5: Tabela 3 – izbor relevantnih kategorij in pojmov

1. NAMESTO HOSPITALIZACIJE IN INSTITUCIONALIZACIJE	
1.1. Bivati v skupnosti	
21.	<i>Razlika med življenjem v zavodu in življenjem v skupnosti</i>
22.	
31.	
59.	
<p>Med zavodom in stanovanjsko skupino je razlika 1000:1. V Ljubljani sem svoboden, imam iste pravice kot drugi ljudje, počutim se enakovrednega drugim ljudem, tam sem se počutil manjvrednega. Zdaj se počutim bolj kot drugi ljudje, lahko si delo poiščem, to tudi nameravam in bom lahko delal, če ne bo problem, ker sem invalidsko upokojen.</p> <p>V Hrastovcu si nisem mogel sam kuhati, zdaj si lahko sam skuham ali si s sostanovalci in socialnimi delavkami kaj skuhamo skupaj. Najbolj uživam, ko si sam pripravim hrano – zelo rad si sam skuham, pa tudi obiskom, ko pridejo – ena velika razlika v vsakdanjem življenju med zavodom in stanovanjsko skupino.</p> <p>Tekom Iz-hoda sem se preselil v Ljubljano, kjer je dosti boljše kot v Hrastovcu. Svoboden sem. Nihče me ne nadzira, ne rabim jest tablet, grem, kadar mi paše, pridem, kadar hočem.</p>	
25.	<i>Zasebnost</i>
V Hrastovcu smo bili štirje v sobi, tukaj imam svojo sobo in mi to ogromno pomeni.	
27.	<i>Razlika med življenjem v bolnišnici in življenjem v zavodu</i>
<p>Bolje pa je bilo v Hrastovcu kot na psihiatriji, ker sem bolj svoboden, veliko sem hodil izven Hrastovca – veliko sem se sprehajal okrog po vseh poteh, samo ob določeni uri sem prišel na kosilo/večerjo itd. V bolnici pa mi niso zaupali, sem bil zaprt, ker jih je bilo strah, da bom pobegnil. Sploh pa ne bi več zdaj nikamor pobegnil.</p>	
52.	<i>Napredovanje</i>
Peter veliko bere, piše, slika in se pogovarja. V Ljubljani si je pridobil nove prijatelje ter prijateljice, osvojil gospodinjske navade, predvsem pa je razumljiv in spoštljiv sostanovalec.	
59.	<i>Svoboda</i>
255.	<i>Stanovanjska skupina</i>
V stanovanjski skupini imam enkratno sobico, uredil sem si jo po svoje. V stanovanju imam eno cimro in dva cimra. Prej je bil še A. Prostovoljko K., ki je prej bila pri nas na praksi, imam zelo rad. Komaj čakam, da pridem nazaj domov – v stanovanjsko skupino, to je zdaj moj cilj. Tam mi je res dobro in lepo. Vse bom upošteval, kar smo se dogovorili, ko smo delali načrt. Glasbo bom imel na tiho, nikogar ne bom budil.	
1.2. Služba v skupnosti	
38.	<i>Socialna služba</i>
IN Agencija je izredno pozitivna, toliko mi pomagajo, da kaj takega nisem pričakoval, presenečen sem, da se tako zavzimate za mene, vidim, da niste samo v službi, ampak da ste moji prijatelji. Iz Agencije mi pomagata tako, da čistite stanovanje, nakupujete.	
39.	<i>Moralna podpora</i>
Predvsem je za življenje zunaj potrebna moralna podpora, tega pa imam jaz v izobilju.	
40.	<i>Delo socialne službe</i>
Potem pa tudi formalno – da se poštimate pogoji za bivanje. Jaz vidim, da vi delate samo dobro, skrbite za nas kot za majhne otroke, sploh ne rabimo s prstom migniti in imamo vse. Pa še ... pomagata, ki je invalid, pa ... pomagata, ki skrbi za vse.	
41.	<i>Lastnosti zaposlenih</i>
44.	
Pomeni mi veliko s strani zaposlenih toplina, človeškost, prijateljski odnos, to najbolj. Pomembne lastnosti socialne delavke so pozitivna naravnost, prijaznost, odprta za pogovor, da govori resnico in mi nič ne prikriva, neposredna in prijateljsko naklonjena.	
43.	<i>Odnos zaposlenih</i>
Idealna socialna delavka bi bila takšna, kot si ti. To pomeni, da je ful pozitivna, boljše bitje kot si ti, za mene ne more biti, da bi bila tako ustrežljiva in prijazna. Da je ustrežljiva, da ne ukazuje, me ne komandira, kot da sem otrok. Da razrešuje konflikte s pogovorom.	
45.	<i>Podpora</i>
Pomoč in podporo mi mora nuditi pri iskanju partnerke, saj je veliko deklet, ki so osamljene, telefon rabim.	
46.	<i>Lastnosti prostovoljca</i>
Želim takšnega prostovoljca, da želi pomagati ljudem v stiski in rešiti socialne probleme na moderen način. Da je odkritosrčen, dovzeten za duhovne vrline, da je religiozen, da se bori za pravičnost in da je iskren, da ima ljubezen v srcu, da ima ljubezen do otrok, da je pošten, da je iskren, da je praktičen, da kaj naredi in da je vegetarijanec, da je odprtega duha in nadarjen za umetnost. Če bi več takšnih ljudi bilo, bi svet bil lepši. S prostovoljci se pogovarjam, plešem na Metelkovi skupaj še z drugimi puncami, poslušam glasbo, filozofiram, modrujem, se hecam in včasih norčujem iz drugih ljudi, da je odprtega	

	duha in nadarjen za umetnost.
47.	<i>Pomanjkljivosti zaposlenih</i>
	Pri delavkah stanovanjske skupine najbolj cenim pri njih prijaznost, uslužnost in prijateljski odnos. Da mi stojijo ob strani zdaj, ko sem v bolnišnici. Da bi mi poiskali delo – to pogrešam in mi ni OK, drugih pomanjkljivosti ni, drugo je vse izpolnjeno in premišljeno za mojo dobrobit
48.	<i>Socialna služba</i>
	Agencija IN je prevzela oskrbo za ljudi. Trije so se preselili v stanovanjsko skupino preko javnega socialno varstvenega programa, sofinanciranega preko MDDSZ.
77.	<i>Izvajalci</i>
	Z izvajalci sem zelo zadovoljen, ker so mi prijateljsko naklonjeni. V prihodnje upam, da se bodo bolj potrudili uresničiti cilje iz načrta.
113. 114.	<i>Zagovorništvo</i>
	V nadaljevanju postopka je sodišče v skladu z napotili Višjega sodišča zaslišalo tudi najbližjo osebo, navedeno v obvestilu PK ..., ki je izpovedala, da ni potrebno, da je oseba na tem oddelku, saj ni ogrožajoč ne za sebe ne za druge. Ne obstoji noben zakonski razlog. Zagovorništvo. Z njim je delala 1 leto in ve, da ne ogroža ne svojega, ne tujih življenj. Tudi na oddelku ji ni nihče od zdravnikov povedal, da bi bil ogrožajoč oziroma agresiven.
1.3. Koordinacija obravnave v skupnosti in center za socialno delo	
1.3.1. Koordinacija obravnave v skupnosti	
132.	<i>Koordinirana obravnava v skupnosti</i>
	Za osebo Peter W. potrjujemo, da se je Peter W., roj. ... vključil v koordinirano obravnavo v skupnosti na podlagi Zakona o duševnem zdravju, glede na to, da je zaključil bivanje v Zavodu Hrastovec in začel živeti v skupnosti.
133.	<i>Načrt obravnave v skupnosti</i>
142.	
	Za samostojno življenje v skupnosti potrebuje pomoč in podporo. S tem namenom sva v času hospitalizacije v Psihiatrični bolnici ... pregledala obstoječi načrt obravnave v skupnosti in ga tudi ustrezno dopolnila in spremenila glede na njegove potrebe in življenjsko situacijo, v kateri se nahaja. Pri pripravi načrta je Peter W. vedno sodeloval. Individualni načrt za Petra W. pomeni načrt podpore in pomoči pri življenju v skupnosti, ki jo bodo dnevno izvajali delavci Agencije IN, sodelovanje z njegovo ambulantno psihiatrinjo in koordinatorico obravnave v skupnosti iz centra za socialno delo. Koordinatorica obravnave v skupnosti s Petrom naredi individualni načrt za življenje v skupnosti. Načrt skupaj s Petrom in delavci Agencije IN pregledajo in ocenijo vsaj vsakih šest mesecev, če je potrebno pa lahko tudi bolj pogosto, posebej takrat, ko so izpostavljena večja tveganja ali potreba po spremembi načrta.
134.	<i>Zahteve koordinirane obravnave v skupnosti</i>
	Koordinirana obravnava v skupnosti ne zahteva predhodnega mnenja psihiatra o zmožnosti in ustreznosti vključitve uporabnika v obravnavo v skupnosti, zahteva pa uporabnikovo sodelovanje v pripravi načrta in izvajanju in tudi sodelovanje vseh članov multidisciplinarnega tima (psihiatra, predstavnika centra za socialno delo, nevladne organizacije, izvajalcev). Glede na to, da bivajo v stanovanjski skupini tudi stanovalci, ki spadajo v okvir drugih koordinatorjev obravnave v skupnosti, smo zastavili skupno delo tudi v smislu podpore in pomoči uporabnikov z vsemi vključenimi koordinatorji obravnave v skupnosti in izvajalci. Koordinatorica obravnave v skupnosti ...
136.	<i>Koordinacija obravnave v skupnosti in vpogled v spis</i>
156.	
	Junija 2011 so koordinatorji obravnave v skupnosti iz CSD ... brez vednosti delavk Agencije IN, brez vednosti njegove koordinatorke ... in brez Petrove vednosti vpogledali v njegov spis v socialno varstvenem zavodu ... Odkrili so, da je bil Peter pred približno trinajstimi leti obsojen za hujše kaznivo dejanje. Koordinatorja obravnave v skupnosti ... in ... S. in M. poročata, da sta mnenja, da sta sva stanovalca v nevarnosti zaradi Petra. V kakšni nevarnosti naj bi bila, nista posebej izpostavila. Koordinator pove, da je dal uradni zahtevek za vpogled Petra spisa v Hrastovcu in šel tja pogledat njegov spis. V spisu je pisalo, da Peter dobro funkcionira, je vodljiv, če jemlje zdravila, če ne kadi trave in biva v organiziranem okolju.
143.	<i>Mandat koordinatorja oziroma koordinatorke obravnave v skupnosti</i>
	Koordinator ima na podlagi ZDZdr mandat, da lahko skliče multidisciplinarni timski sestanek, vsi člani tima pa delujejo na način čim bolj uspešnega izvajanja načrta in skupnega reševanja tveganih ali kriznih situacij.
144.	<i>Vsebine osebnega načrta</i>
	Delo po osebnem načrtu (učenje dela z računalnikom, navezati stike z dekletom, ki bi lahko bila njegova partnerica, pisati pesmi in brati knjige, hoditi na obiske in jih sprejemati, potovati), redna kontinuirana in strokovna podpora, krepitev socialne mreže, sodelovanje koordinatorke obravnave v skupnosti, Agencije IN, psihiatrinje in Petra – timsko delo, organizacija kriznih timov, ko interdisciplinarni tim to odloči, redno jemanje terapije in sodelovanje s psihiatrinjo, obiskovanje strokovnjaka za zasvojenosti, strukturiran in organiziran dan po osebnem načrtu, preselitev v samostojno bivalno enoto, skupna odgovornost interdisciplinarnega tima, svetovanje in pogovori o dogodkih izpred let, trening asertivnosti.
152.	<i>Vprašljivo ravnanje koordinatorjev obravnave v skupnosti</i>

	Poseg X. D. in Y. F. koordinatorjev obravnave v skupnosti ni samo neupravičen, temveč je tudi etično, zakonsko vprašljiv in v marsičem škodljiv. Tudi če bi namreč bilo potrebno ukrepati zaradi pereče nevarnosti, bi to morala storiti v skladu s črko in duhom zakona o varovanju osebnih podatkov. Nedopustno je namreč mimo vedenja uporabnika zahtevati zelo intimne podatke iz njegovega spisa. Poleg tega nista imela nobenega drugega pooblastila (nista Petrova ključna delavca, koordinatorja ali karkoli drugega).
182.	<i>Vloga koordinatorke obravnave pri izvajanju načrta</i>
	Izvajanje teh ukrepov bi spremljala in koordinirala koordinatorka obravnave v skupnosti in predstavila rezultate na timskih konferencah. Sestavljavci so predlagali, da bi, če bi bilo potrebno, koordinatorka obravnave v skupnosti na centru za socialno delo o izvajanju ukrepov zmanjševanja tveganja poročala tudi sodišču.
265.	<i>Koordinatorka obravnave v skupnosti in uporabnik</i>
	Tudi moja koordinatorka obravnave v skupnosti se zelo trudi in je zelo razumna in zelo na intelektualen način pristopa do mene in do osebja tukaj, tudi rad jo imam kot prijateljico, ker je prijetna gospa.
158.	<i>Strah pred prevzemanjem odgovornosti</i>
	Koordinatorja sta izrazila strah pred kakšnim dogodkom v stanovanjski skupini, ki bi ga povzročil Peter in posledično strah pred tem, da bi za njegovo ravnanje odgovarjala koordinatorka in CSD ..., da bi za situacijo izvedeli mediji itn. Mnenje bi naj vsaj delno zaščitilo CSD. S. je povedala, da smo izdelali analizo tveganja, vendar po njunih besedah to ni zadosten in dovolj formalen dokument, ki bi lahko obvaroval CSD, če bi se kaj zgodilo.
159.	<i>Kršitev pravic</i>
	Po tem smo bili v stiku s Petrovo koordinatorko obravnave v skupnosti, ki je bila ogorčena nad ravnanjem koordinatorjev obravnave v skupnosti iz CSD ... in da v tem primeru gre za poseganje v pravice uporabnika in hudo kršitev njegovih pravic na več ravneh.
161.	<i>Kritika dela</i>
	Govorila sem s Petrovo koordinatorko, ki je prav tako zgrožena. Ni ji jasno, kako je lahko ..., ki sploh ni koordinator od sostanovalecev, šel gledat v njegov spis. Če bi karkoli potreboval, bi moral kontaktirati njo ali nas, tako pa je izključil vse vpletene. V spis se ne hodi gledat kar tako, rekla je, da še za svoje ne hodi gledat, tudi zakonsko to ni dovoljeno. Ni nobene osnove za hospitalizacijo oz. tudi mnenja za življenje v skupnosti se ne zahteva. Psihiatrinja pa je tako ali tako vedela, da Peter živi zunaj. Vsebina dela je v tem primeru popolnoma zgrešena, prelaganje odgovornosti, strah pred izgubo službe in spraviti človeka nazaj v zavod, ker je enkrat nekaj kaznivega naredil in bo zaradi tega mogoče še kdaj. To je ena velika farsa. Sram naj bo ...
1.3.2. Center za socialno delo	
268.	<i>Klic zaposlene na CSD v PB</i>
	Okrajno sodišče dne 3. 5. 2004 pošlje na pristojni center za socialno delo prošnjo za postavitve skrbnika za posebni primer, zato ker je v teku zapuščinski postopek po pokojnem ..., oseba je na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici, 12. 5. 2004 zaposlena na pristojnem centru za socialno delo pokliče socialnega delavca v psihiatrično bolnišnico, ki ji pove, da je Peter W. pri njih na odprtem oddelku in da lahko pride tudi na razgovor na center za socialno delo.
269.	<i>Dopis CSD za sodišče</i>
	12. 5. 2004 center za socialno delo v dopisu napiše okrajnemu sodišču, da v zvezi z zapuščinskim postopkom po pok. ..., roj. ..., nazadnje stan. ... in postavitve skrbnika za posebni primer njegovemu sinu ... v omenjenem primeru ni pogojev za odločanje v skladu z določili 211. čl. ZZZDR. »Peter W. je trenutno hospitaliziran na odprtem oddelku ... in menimo, da se v zapuščinskem postopku lahko sam zastopa. V kolikor pa bi bila vprašljiva njegova opravilna sposobnost, je potrebno predhodno to ugotoviti«
271.	<i>Prošnja CSD za PB glede presoje sposobnosti odločanja</i>
	Center za socialno delo dne 15. 10. 2004 napiše dopis za psihiatrično bolnišnico, v katerem je navedeno naslednje besedilo: »Dne 12. 10. 2004 smo prejeli dopis iz Agencije ..., saj se je na njih obrnil g. Peter W. zaradi posredovanja pri prodaji njegovega 2,5-sobnega stanovanja v G. Peter W. jim je dostavil pravnomočen sklep o dedovanju, na podlagi katerega je pridobil lastništvo na stanovanju. Seznanil, jih je, da je na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici ..., zato so se obrnili na naš Center za socialno delo s prošnjo, da jim posredujemo informacijo, ali je imenovani pod skrbništvom oz. je teku kakšen postopek za postavitve skrbnika. Podatek potrebujejo zaradi podpisa kupoprodajne pogodbe. Glede na to, da Peter W., roj. ..., s stalnim prebivališčem ... ni pod skrbništvom in je opravilno sposoben, tako da v danem primeru lahko sam razpolaga s svojim premoženjem, vas preden posredujemo informacijo agenciji prosimo za vaše mnenje. Prosimo, da nam glede na njegovo zdravstveno stanje sporočite ali je imenovani sposoben razpolagati s svojim premoženjem (po sklepu o dedovanju), koliko časa bo predvidoma še hospitaliziran glede na varstveni ukrep iz leta 1999 ter ali bo po končanem zdravljenju sposoben samostojnega življenja.«
273.	<i>Prošnja CSD za PB glede opredelitve uporabnikovega razumevanja lastnega ravnanja</i>
	Center za socialno delo dne 6. 12. 2004 odgovori psihiatrični bolnišnici naslednje: »Center za socialno delo postavi skrbnika za posebni primer ali skrbnika za določeno vrsto opravi odsonni osebi, katere prebivališče ni znano, pa tudi nima zastopnika, neznanemu lastniku premoženja, kadar je potrebno, da nekdo za to premoženje skrbi, pa tudi v drugih primerih, kadar je to potrebno za varstvo pravic in koristi posameznika (211. čl. Zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, Ur. l. RS, št. 69/04). Center za socialno delo ... se poslužuje inštituta skrbništva za posebni primer v izogib postopka za odvzem poslovne sposobnosti za osebe, ki so starejše in je za njih v bistvu poskrbljeno. Kadar je npr. potrebno urediti osebne dokumente ali druge osnovne stvari, ki so starostniku v korist ali varujejo njegove pravice. Center za socialno delo v svojem ugotovitvenem postopku skrbništva za posebni primer potrebuje zdravniško mnenje oz. potrdilo o možnosti osebe, ki jih še ima in nivo

	funkcioniranja. V zvezi z dopisom, ki ste nam ga poslali dne 26. 10. 2004 ugotavljam, da nismo dobili odgovorov na zastavljena vprašanja o zdravstvenem stanju Petra W., roj. ... stan. v ..., ki je zaradi varstvenega ukrepa hospitaliziran na vašem oddelku. V konkretnem primeru je odločilnega pomena, ali W. Peter razume pomen svojih dejanj ali ne. Zato vas ponovno vljudno prosimo, da se o navedenem opredelite.«
275.	<i>Sklepi sestanka centra za socialno delo</i>
	CSD, zapisnik timskega sestanka z dne 16. 12. 2004: Namen timskega sestanka: Dogovoriti se o predlogu za skrbništvo za posebni primer, ki nam ga je dala psihiatrična bolnišnica za prodajo stanovanja ter odgovor Agenciji za nepremičnine. Sklepi sestanka: skrbništvo za posebni primer po 211. čl. ZZZDR v danem primeru glede na zdravstveno stanje Fras Ernesta ne pride v poštev. V kolikor bi imenovanega bilo potrebno dejansko zaščititi, je potreben predlog za odvzem poslovne sposobnosti z vključitvijo sodnega izvedenca ter postavitve stalnega skrbnika. S tem seznanimo oddelek za psihiatrijo. Odgovor pošljemo tudi agenciji za nepremičnine.
276.	<i>Zavrnitev postavitve skrbnika za poseben primer</i>
	16. 12. 2004 center za socialno delo pošlje dopis psihiatrični bolnišnici: »Glede na opisano zdravstveno stanje imenovanega ter sklep Okrožnega sodišča v ... z dne 1999, s katerim mu je bil izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu, iz katerega je razvidno, da gre pri imenovanem za trajno duševno bolezen paranoidne oblike shizofrenije, Center za socialno delo v primeru prodaje nepremičnine W. Petru ne more postaviti skrbnika za posebni primer, saj ni možnosti za odločanje v skladu z 211. čl. Zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (Ur. l. RS, št 69/04) ...
277.	<i>Predlog za odvzem opravilne sposobnosti</i>
	...in menimo, da bo verjetno potrebno postopati po 206. čl. ZZZDR, ki govori o stalnem skrbništvu, za kar pa je predhodno potreben postopek odvzema poslovne sposobnosti z vključitvijo izvedenca na sodišču. Postopek se prične na podlagi podaje predloga za odvzem poslovne sposobnosti v skladu z določili 44. in 45. čl. Zakona o nepravdnem postopku, ki ga za zaščito svojih pravic in koristi lahko poda tudi W. Peter sam.«
279.	<i>Obisk socialne delavke v PB</i>
	Socialna delavka iz centra za socialno delo 24. 11. 2005 obišče Petra na psihiatričnem oddelku, zapisala je naslednje: »K gospodu Petru W. sem odšla na pogovor z namenom, da si pridobim mnenje o tem, ali bi mu bilo potrebno odvzeti poslovno sposobnost oziroma mu postaviti skrbnika. Povedal je, da je upokojen že od leta 1981, da prijema pokojnino v znesku 70.000, 00 SIT, da je na psihiatrični bolnici že 6 let, od takrat, ko je njegov oče naredil samomor, njega pa so obdolžili umora. Pove, da ima dve hčerki, s katerima nima kontaktov. Sebe opiše kot osebo, ki je popolnoma nenevarna za okolico in sposobna za samostojno življenje. Ni nevarnosti, da počel kazniva dejanja. Želje: Želi si živeti pri Poloni T., želi si, da bi se zdravil ambulantno, želi si čimprej ven. Peter W. ima končano tehnično šolo, študiral je na Tehnični fakulteti, kjer je naredil dva letnika, vendar ni diplomiral. Prepisal se je na pedagoško akademijo leta 1987, kjer mu je dobro šlo in je diplomiral in si pridobil poklic učitelj likovnega pouka. Zaposlen ni bil nikoli nikjer, vendar mu je dobro šlo, slikal je in živel hipijevski-boemski stil. Njegova prijateljica Polona T., stanuje ..., je prodala njegovo stanovanje, za kar jo je tudi pooblastil. Zanj je dobila 6.000.000, ki jih je naložila v neko banko v Avstriji. Z njo ima dogovor, da lahko živi pri njej. Pove, da se mu ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja izteče letos decembra.
280.	<i>Socialna delavka kontaktira poznano osebo</i>
	24. 11. 2005 socialna delavka iz centra za socialno delo pošlje vabilo Poloni T. in jo povabi na razgovor v zvezi s Petrom W.
281.	<i>Drugi obisk socialne delavke v bolnišnici</i>
	22. 12. 2005 socialna delavka iz centra za socialno delo obišče Petra W. na psihiatričnem oddelku. V delovno evidenco zapiše naslednje: »Danes obiščem gospoda W. na psihiatričnem oddelku. Želela sem mu povedati, da se Polona T. ni odzvala povabilu in da sem preko telefonskih informacij preverila, da ne živi na tem naslovu. Razmišljal je, da je verjetno šla v Italijo z njegovim denarjem. Predlagam, da vse skupaj prijavi na policijo. S tem se je strinjal. Pogovarjava se o tem, kakšno vizijo ima po tem, ko bo odpuščen. Pove, da se bo znašel, da bo šel živeti v Ljubljano k svoji prijateljici Ne ve točno kje živi, ve da je v Šiški. Drugače se dobro počuti in meni, da ko bo prišel ven se bo že znašel, tako kot se je vedno.
282.	<i>Vabilo na zaslišanje za CSD</i>
	3. 3. 2009 okrajno sodišče pošlje na center za socialno delo vabilo na zaslišanje v zadevi pridržanja Petra W., ki je takrat stanoval v socialno varstvenem zavodu. Na naroku je bilo potrebno v skladu z Zakonom o nepravdnem postopku – ZNP zaslišati razen pridržanega in zdravniškega osebja tudi skrbnika, predstavnika centra za socialno delo iz območja, kjer ima pridržana oseba prijavljeno prebivališče ter svojece pridržanega. »V kolikor se zaradi opravičenih razlogov naroka ne bi mogli udeležiti vas vljudno prosimo, da nam navedete – pisno čimprej sporočite ali bi z pridržanim lahko živeli, oz. ali bi ga lahko nadzorovali ter mu zagotovili varno življenje in prav tako tudi varnost drugih ljudi in premoženja.«
283.	<i>Strinjanje z mnenjem psihiatra brez udeležbe na zaslišanju</i>
	10. 3. 2009 center za socialno delo odgovori sodišču: »V zvezi z vabilom, ki smo ga prejeli v zadevi pridržanja W. Petra roj. ..., stan. ..., sedaj varovanca zavoda Hrastovec-Trate, vam sporočamo, da je za imenovanega zaradi narave duševne bolezni oz. duševnega stanja pridržanje v zavodu Hrastovec-Trate primerno, saj je zagotovljen nadzor in varnost zanj, prav tako pa tudi varnost drugih ljudi in premoženja. Pridružujemo se mnenju zdravnika specialista psihiatra, ki bo v postopku podal svoje ugotovitve.
137.	<i>Zahteva za mnenje psihiatrinje</i>
157.	

<p>Center za socialno delo ... je na podlagi tega (neutemeljenega in nelegalnega uvida), ne pa zaradi kakršnih koli resničnih incidentov, zahteval mnenje psihiatrinje za Petrovo življenje v stanovanjski skupini. Zahtevala sta pisno mnenje njegove lečeče psihiatrinje ..., iz katerega bi naj bilo razvidno, če je Peter sposoben živeti v skupnosti oziroma v prehodni stanovanjski skupini. Zahtevala sta tudi to, da psihiatrinja pregleda Petrove prejšnje spise iz psihiatričnih bolnišnic in SVZ ... Če za mnenje ne bo zaprosila Agencija, ga bo Center za socialno delo ... oziroma koordinatorka. Če mnenje ne bi zadostilo zahtevam Centra za socialno delo, bi naj CSD ... oziroma koordinatorja na oceno pripeljala določenega psihiatra, ki bi naj potrdil ali zavrnil Petrove sposobnosti oziroma ocenil primernost njegovega psihičnega stanja za življenje v stanovanjski skupini. V primeru, da bo dotični psihiater ocenil Petra za ustreznega stanovalca PSS, bo to moral pisno potrditi.</p>	
1.4. Krizni tim	
73.	<i>Krizni tim</i>
<p>Drugi pravijo, da se mi je zmešalo okoli novega leta. Jaz sem tak človek po naravi, drugi se me morejo navaditi takega. Kadar sem še bolj nenavaden, mi najbolj mi pomaga spanje. Okrog novega leta so imeli obiski iz stanovanja krizni tim zame, kar me ni motilo, ne razumem pa, zakaj so se toliko sekirali.</p>	
85.	<i>Navodila za krizni tim</i>
<p>To, da rabim krizni tim, je v glavah drugih. Krizni tim mi lahko organizirajo, zato da njih pomirim, ker jih skrbi brez veze. Člani tima naj prihajajo redno h meni, če bodo v skrbeh zame, če bodo mislili, da imam krizo. Takrat morem iti spat, vzeti baldrijan za spanje. Nekdo naj bo skozi na obisku. Nikoli mi ne smejo dati Leponexa.</p>	
102.	<i>Aktivnosti kriznega tima</i>
<p>Izrazil je tudi željo, da bi do nadaljnjega še imel družbo, torej, da ohranimo krizni tim. Pomembno je, da vsi, ki smo z njim, redno posvečamo čas različnim dejavnostim, včeraj smo jih skupaj z Ernestom naštel nekaj: hoče imeti obiske, piti kavo in čaj, knjižnica – učenje dela na računalnik, učenje na mobilni telefon – za začetek pisanje sms-ov, nedelja – Krišna, četrtek in sobota – Metelkova (če se le da spustiti za zdaj), živalski vrt (skupinsko), muzeji, galerije, gledališče, kino, tečaj risanja in pisanja, vaje na FSD v drugem semestru, reševanje križank, obisk Nejca v MB (sorodnikov ne želi), zaposlitev; intelektualno delo, za začetek prostovoljno v knjižnici, Iva se bo pozanimala glede zaposlitvene rehabilitacije.</p>	
135.	<i>Delo v času krize</i>
<p>Peter deluje kot človek, ki precej časa preživi v svojem svetu in velikokrat pripoveduje zgodbe, ki jih drugi ne razumejo povsem. V stanovanjski skupini je živel brez večjih težav. Dvakrat v tem času je postal bolj aktiven, z njim se je bilo težko dogovarjati. V takšnih situacijah smo organizirali krizni tim, naredili analize tveganja in delali intenzivnejše – povečali prisotnost, imeli vsakodnevne delovne sestanke itd. Včasih je bilo dovolj, da smo se o neljubih pripetljivih (preglasna glasba, ponočevanja ipd.) redno pogovarjali, sklepali dogovore, ki se jih je Peter držal.</p>	
2. DELO IN DENAR	
2.1. Delo	
12.	<i>Delo</i>
17.	
18.	
<p>Denarja nimam nikoli dovolj, zato bi si poiskal delo, delal bi karkoli, samo da bi bilo dobro plačano, na primer na mesec toliko, da bi lažje živel.</p> <p>Zelo rad bi s svojim lastnim trudom zaslužil denar, da bi tudi lažje obiskal svoje ženo v MB. Da bi bil gospodar samega sebe in svojega denarja. Zelo rad bi imel delo, da bi imel plačo, tudi vstajal bi se, zjutraj zbudil.</p> <p>Do zdaj v življenju nisem opravljal nobene službe, sem iskal delo, pa so mi smešno malo ponujali, za 50 evrov na mesec ne bi delal. Hočem pošteno delo in za to pošteno plačilo. Pred nekaj meseci mi je Erik zrihtal, da sem bral navodila za recepte in potem sem anketo izpolnjeval in sem dobil nekaj denarja, ampak to je premalo, hotel bi imeti svoj denar.</p>	
26.	<i>Delo v zavodu</i>
<p>V zavodu sem sicer delal dvakrat po tri ure v knjižnici, sem zlagal, urejal, čistil ... postavil knjižnico v harmonijo in sem si zaslužil za cigarete. Drugi pa so si prihajali sposojat knjige in sem jih vpisal v knjigo. Delal pa bi še več, če bi bilo možno. Ni pa tam bilo možnosti za neko normalno službo.</p>	
61.	<i>Izobraževanje</i>
<p>V srednjo šolo sem se vpisal v strojno-tehnično in jo tudi končal, kasneje sem se vpisal v ... na Pedagoško akademijo, na likovni pouk.</p>	
80.	<i>Podpora pri delu</i>
<p>Rad bi sam nekaj zaslužil. Na začetku bi lahko tudi kaj prostovoljno delal za uvajanje. Vito naj se dogovori v knjižnici na Fakulteti za socialno delo, da bi tam delal. Potem pa naj gre na začetku M. ali E. z mano v službo.</p>	
234.	<i>Izkušnje z zaposlitvijo</i>
<p>Zaposlil se nisem nikoli, razen enkrat v Elektro kovini, dva dni pa pol sem delal, potem pa sem šel v pokoj – sem šel na psihiatrijo na kontrolo, potem sem ostal tam.</p>	
241.	<i>Upokojitev</i>
<p>Upokojil sem se leta 1981.</p>	

2.2. Denar	
14.	<i>Pomanjkanje denarja</i>
19.	
66.	
Če bi imel več denarja, bi si kupil boljšo hrano, sploh pa veliko sadja in cigarete Marlboro. Če bi imel denar, bi si privoščil gledališke predstave. Filme bi tudi šel gledat, likovne razstave. Denarja imam absolutno premalo oziroma ga sploh nimam. Včasih, ko grem v mesto, napetlam 10 € in si kaj kupim. Naj mi S. da mesečno nekaj več denarja, ker si zaslužim.	
51.	<i>Razpolaganje z denarjem</i>
87.	
242.	
Sredstva, ki jih izvajalec prejme, se nakazujejo neposredno na uporabnikov račun ali po dogovoru z uporabnikom sredstva hrani in uporabniku pomaga razporediti njegova ključna delavka. ... pooblašča Agencijo za individualno načrtovanje, posredovanje in koordiniranje socialnih storitev – njeno odgovorno osebo S. Č., da mesečno dviguje in razpolaga z mojo pokojnino in jo porabi za moje življenjske stroške in izvajanje osebnega načrta. Lepo sem živel, denar sem imel. Razen tega, kar mi je oče odtrgal, samo 15 % penzije mi je dal, kradel mi je denar, jaz njemu nisem niti dinarja vzel, svojega denarja mi nič dal, niti enkrat. Foter je plačeval položnice, je pa odtegoval denar od moje penzije, pa dajal na vezano vlogo, živel sem skromno, da je to nekaj neverjetnega. On je imel mojo knjižico.	
82.	<i>Pomoč pri razpolaganju z denarjem</i>
M. mi bo pomagala pri razdelitvi denarja. Za trgovino si bom kupil za sebe. Z M. bova vodila evidenco, za kaj bom porabil denar. Predvsem bi si rad kupil kislo smetano, konzerve – ribje, slanino. Vsak mesec bova z M. naredila seznam mesečnih stroškov (stanovanje), za sprotne stroške, predvsem hrano pa bova delala tedenski seznam in šla v trgovino kupiti stvari in na trg po sadje in zelenjavo.	
83.	<i>Upravljanje z denarjem</i>
Rad bi imel nekaj denarja za sebe, da mam mir, da ne rabim petlat denarja, da si lahko privoščim pijačo. Mojo kartico bom dal M. in bova šla skupaj na bankomat in dvignila denar. Jaz ne znam sam dvignit iz bankomata, ker še nikoli nisem imel kartice. To me bo M. naučila, tolko, da se bom znašel v življenju.	
3. VSAKDANJE ŽIVLJENJE	
3.1. Prosti čas in veselje	
2.	<i>Glasba</i>
64.	
Poslušam radio in kasete, Woodstock, to najraje poslušam. Najraje poslušam stari rock, tudi novi rock, pop, r'n'r, heavy metal, blues, hard rock.	
4.	<i>Zabava</i>
Potem se oblečem in odhitim na avtobus. Pri kolodvoru izstopim in grem peš do Žmavca po stari Ljubljani, občudujem mlada dekleta in punce, pri Žmavcu kdaj pokadim džoint. Potem se grem še sprehajat, po Tivoliju, potem grem še na kakšno kavico ali pivo. Ob devetih grem do Metelkove in tam se v dobri družbi zabavam do jutra. To je moj vsakdanjik	
15.	<i>Veselje</i>
259.	
Jaz ljubim sprehode v naravi, ljubim glasbo, marihuano, svojo punco pa najbolj od vsega in svojih pet hčera. Vesel sem, da imam toliko prijateljev in prijateljic v Ljubljani.	
60.	<i>Hobi</i>
72.	
76.	
71.	
Kupil bi si nove smuči. Še bi hodil na smučanje (enkrat na dva tedna bi sigurno šel smučat). Kolo bi imel (ponija), pribor za loviti ribe tudi. Rad rišem, pišem pesmi in ljubezenska pisma, berem knjige. Zelo dobro bi bilo, če bi začel igrati kitaro. Naučiti se moram uporabljati računalnik, tudi zaradi službe, ker fizičnega dela res ne bi delal. Poleti mi je bilo zelo všeč, ko smo bili v Kopru in Trstu. Morska voda mi je zelo ustrezala. Šel bi na morje ali pa na jadranje. Včasih sem veliko potoval, bil sem v Indiji. Če bi nekako dobil denar bi šel v Californijo, Bangladeš, Jamaico, München, Amsterdam, London ali pa vsaj v enega izmed teh krajev, kamorkoli bi bilo možno.	
79.	<i>Želje glede skupnih aktivnosti</i>
Več ljudi naj prihaja k meni na obisk, ker jih imam veliko za naučit. Ko bodo prišli h meni, bomo počeli stvari, ki me veselijo. Obiske bova organizirala skupaj z M. Ko bodo prihajali, naj me učijo igrati računalnik, risal jim bom portrete, pisal pesmi, bral knjige, se pogovarjal, gledal TV in poslušal glasbo, igral kitaro. Vsaj enkrat na mesec pa bi šel na kosilo k Vitu.	
232.	<i>Rekreacija</i>

236.	
V osnovni šoli sem treniral gimnastiko (TVD P.), z društvom smo šli tudi na morje, nalovil sem ribe za vse – zjutraj sem šel. Gimnastiko sem treniral osem let, sem hodil na tekmovanja, sem kar dobra mesta odnesel. V osnovni šoli sem hodil na gimnastiko, pa še potem dva letnika v srednji, potem pa več nisem hodil, potem mi več ni bilo, potem se več nisem ukvarjal s športom, ampak z religijo, filozofijo, umetnostjo, sociologijo, psihologijo. Jogo sem treniral leta in leta, začel sem v srednji šoli, najbolj pa Bakti jogo, intenzivno sem s tem ukvarjal z vsemi vrstami joge, najbolj pa z Bakti jogo, ki je joga ljubezni in je najlepša joga.	
3.2. Droge	
240.	<i>Izkušnje z drogami</i>
Fajn smo se imeli. Cele noči sem hodil okrog, preživel dolga desetletja. Nočno življenje sem živel, drogiral sem se, z vsem mogočim, kar je možno – marihuana, kokain, speed, hašiš in hašišovo olje, pa tudi heroin sem snifal, nisem se pikal, sem pa ga snifal, večinoma sem pa marihuano kadil, pa hašiš, to sem skozi imel.	
262.	<i>Marihuana</i>
Meni je trava omogoča lepše življenje. Droge sem celo mladost imel najrajši, dobršen del življenja je posvečen vsem vrstam drog, najbolj pa marihuani. Sedaj v tem času pa sem opustil vse droge, že leta nazaj, pa se ukvarjam samo z marihuano. Pil pa tako ali tako nisem kaj dosti nikoli. Gandža mi predstavlja zakon življenja.	
3.3. Pomoč pri vsakdanjem življenju	
6.	<i>Pomoč pri vsakdanjem življenju</i>
56.	
Socialne delavke prihajajo – dobimo se, se pogovarjamo in se kaj zmenimo. Skupaj tudi počistimo, odnesemo smeti, kdaj skuhamo. V programu so uporabniki deležni vsakodnevne pomoči pri učenju osnovnih življenjskih spretnosti – pri gospodinjskih opravilih (kuhanju, čiščenju, skrbi za obleke in tekstil, preoblačenju posteljnine itd.), pri skrbi in spodbujanju za osebno higieno (tuširanje, umivanje zob, redno preoblačenje spodnjega perila in drugih oblek). Poleg tega se trudimo za raznoliko in kvalitetno organizacijo prostega časa uporabnikov, predvsem takšno, ki jim omogoča spoznavanje prijateljev, znancev, čim več druženja in socialne vključenosti. Vse storitve skušamo zagotavljati čim bolj personalizirano – prilagojeno uporabnikovim potrebam in željam.	
4. NELAGODJE V INTERAKCIJI	
4.1. Interakcijski prekrški	
13.	<i>Sram</i>
Nerodno mi je, da beračim denar po Čopovi, sram me je. Za kavo ali pa cigarete, ali pa da grem ven jest ali da prijateljem kupim kakšna skromna darila, nakit, kadila. Žepnine imam samo 50 evrov na mesec.	
58.	<i>Stil življenja</i>
104.	
Že od nekdaj nosim dolge lase in sem zelo lep. Sem oče hipijev in kralj freakov. Imam izreden dar govora, sem iskren, rad filozofiram. Sem čisto preprost. Tak sem, da sem bolj navajen, da ne rabim delat, ne rabim obremenitev nobenih, da bolj lagodno in boemsko živim.	
74.	<i>Interakcijski prekrški</i>
Jaz sem pač nenavaden in drugi se me morejo navaditi. Preveč jih skrbi zame. Tudi po ... sem včasih hodil bos, na začetku se je ljudem zdelo to čudno, potem pa so me bili vsi že vajeni. Vsi so me sprejemali in se pogovarjali z mano. Imeli so me radi, jaz pa njih.	
103.	<i>Nenavadno razmišljanje</i>
Po naravi sem bolj tak, da živim, da me ptice na polju sejejo, me žanjejo in bog jih živi. Poglejte lilije na polju, ne predajo se in ne trudijo se in tudi njih bog živi. Še sam Salamon se ni tako oblačil kakor ena izmed njih.	
105.	<i>Nenavadno govorjenje</i>
V PK ga niso dali na odprti oddelek, čeprav ne bi nikamor pobegnil. Včasih je veliko kadil marihuano, sedaj ne več. V bolnici se je ves čas držal navodil. Zelo mu je žal za to, kar je naredil v preteklosti. Od očeta je bil ves čas navajen psihičnega nasilja. Delal mu je hudobije, mater je spravil v grob. Potrdil je tudi, da je ob prejšnjem zaslišanju rekel, da so ob dogodku z očetom stopile tri čarovnice vanj. Tega sedaj ne misli več. Takrat je bilo to samo njegovo domnevanje. Vsi ti dogodki so še zelo daleč. Takrat so se dogajale čudne sile. Bile so nenavadne.	
106.	<i>Neprimerno ravnanje v stanovanjski skupini</i>
Pred prihodom v bolnico ni bilo nič narobe v skupnosti, razen poslušanja glasbe in to, da je dvakrat prišel prepozno domov ter nato zvonil. Sedaj si bo naredil ključe.	
107.	<i>Neprimerno govorjenje v bolnišnici</i>
Lečeča zdravnica je izpovedala, da je Peter W. že dalj časa in še vedno psihotičen. Na oddelku pripoveduje, da ima več žensk, z eno pet otrok, pa vendar nima njenega telefona. Spoznal jo je že dolgo tega. Na oddelku vedno daje zaželeno	

odgovore. Njegovo govorjenje ima veliko seksualnih vsebin, opisuje ženske, jih obožuje. Tako je bilo tudi, ko bil oddelek na izletu na morju. Opazoval je ženske in otroke, brez potrebne distance. Prav to je zaskrbelo lečečo zdravnico.	
173.	<i>Drugačen pogled na svet</i>
Zaslišanja vseh pomembnih oseb so na drugem naroku pokazala, da ima Peter W. drugačen način razmišljanja, ki ga zaznamuje »svojska logika« ali »drugačen pogled na svet«. To lahko pripisujemo tudi duševni motnji.	
5. STIKI IN DRUŽABNOST	
23.	<i>Prijatelji</i>
37.	
Tukaj kjer sem zelo srečen, tukaj me osrečuje, da imam kontakt z ljudmi, prijatelji in prijateljicami in da se lahko pogovarjam z malimi otroci, ki jih zelo ljubim, rad jih imam, kot da bi bili moji. Odkar živim v stanovanjski skupini, ne bi mogel živeti več brez prijateljev in prijateljic, predvsem iz Iz-hoda, pa iz Žmavca in Metelkove.	
24.	<i>Obiski v bolnišnici</i>
150.	
<p>Sedaj, ko sem na psihiatriji, mi ogromno pomeni, da me hodijo ljudje iz Iz-hoda obiskovat, ogromno mi to pomeni in mi stalno prinesejo kakšna darila, hrano, pijačo ali cigarete, se pogovarjajo z mano, so prijazni, to mi ogromno pomeni, večni dolžnik jim bom.</p> <p>Petrovi obiski ne vplivajo škodljivo na njegovo zdravstveno stanje, ampak je ravno nasprotno. Za njega so obiski koristni, da ima stik z zunanjim okoljem, z ljudmi iz vsakdanjega življenja, preprečujejo se negativni učinki institucionalizacije, kar je tudi dober vpliv na dinamiko v odnosu do ostalih uporabnikov v bolnici. Če bi bila motnja za druge, bi bilo potrebno takrat prekiniti obisk in takrat stvar razrešiti, s tisto osebo – obiskovalcem, ki je to povzročil. Po naših podatkih motnja ni zaradi obiska Petrovih obiskovalcev, ampak je obisk in pogovor pri drugem uporabniku opravljala zastopnica.</p>	
32.	<i>Družba</i>
Iz Agencije mi svetujejo, vidijo tisto, kar včasih sam ne vidim in opravijo kaj zame. Največ od vsega mi pomeni to, da nisem sam in da imam družbo.	
33.	<i>Partnerka</i>
68.	<i>Partnerski odnos</i>
Zdaj mi manjka partnerka, ženska, jaz sem nežen in rahločuten, nisem rad sam v postelji. Tudi eno punco bi imel, pa je ne morem dobiti.	
34.	<i>Spolnost</i>
69.	
V zavodu in na psihiatriji sem vedno imel punce, sem vsak dan seksal s punco, odkar pa sem v stanovanjski skupini, pa niti enkrat nisem seksal. Že šest mesecev se nisem ljubil z žensko v telesu. Rad bi imel tudi resno punco, ker meni ni samo do seksanja, ampak si želim vsega. Rad bi imel punco, ki je razumna, nima predsodkov in ki je zelo lepa.	
229.	<i>Oče</i>
<p>Oče je bil debil, alkoholik je bil. Potem sem mu rekel, da sploh ni moj oče, ampak da je moj oče bog, potem pa je preklinjal boga celo noč. Takšne hudobije je delal, ko je bil pijan. Tiraniziral je mamo, žalil je mamo, pa še kak, pa mene tudi. Predčasno jo je v grob spravil, če njega ne bi bilo, bi mama še dolgo živela. Mama je na primer skuhala juhico, za njega ni bila v redu, je mogla vse na novo narediti, pogosto jo je tako zajeboval. Vedno, ko se je napil, je takšne počel, nemogoče stvari je počel, ko je bil pijan, ko je bil trezen je bil normalen. Včasih sem se kar umaknil v svojo sobo, ker nisem vedel, kaj naj naredim, mama pa ni imela kaj narediti, saj je šla v sobo, samo je hodil za njo, pa sploh ni spal. Pretepal je ni, psihično jo je maltretiral, bil je skrajno problematičen primer, še njegovi sorodniki – ljudje ga niso prenašali. Ko sem sam ostal z njim, pol še je blo ... Oče je začel piti, ko sem dopolnil dvanajst let. Pred tem pa je bil kar v redu, no, kakor vzameš, tak pač, žalil je mojo mamo, jo poniževal. V glavnem, preden je začel pit, je bi bilo kar v redu, bolje kot po tem, ko je začel pit. Enkrat, ko je bil pijan, je mami rekel, da jo bo uničil.</p>	
230.	<i>Po mamini smrti</i>
Po mamini smrti sva se z očetom nekako sporazumela, kupoval je hrano, da sem imel za celi mesec, sem mu dal nekaj denarja v stran od pokojnine. Imel sva mirovni sporazum, ni mi več denarja kradel, ni več hodil v sobo, pripeljal sem lahko kogarkoli k sebi, denar sem mu dal za hrano, da nisem zapravil vse takoj, dobro hrano je kupil. Najin odnos po mamini smrti se je izboljšal. Hudoben je bil še zmeraj, vendar te hudobije jaz nisem več čutil. Pil ni več, pred materino smrtjo je nehal.	
238.	<i>Prijatelji</i>
S prijatelji smo hodili pred gimnazijo in tam kadili travo, tud za šolo smo kadili, vsi smo bili povezani med seboj, imeli smo se radi, bili smo kot ena komuna. Moj najboljši prijatelj je bil M.N., ki je zdaj v zavodu Hrastovec, ker si je v stanovanju zakuril, občasno se mu je rolalo, je šel na psihiatrijo, on pa je res imel probleme s psiho. Potem pa sva se znova srečala v Hrastovcu. Vsi prijatelji v srednji šoli so me spoštovali, imeli radi, vsakemu sem pomagal, če je potreboval pomoč – ali finančno ali moralno. Bil sem dobra duša do vseh, tudi z učitelji sem imel dobre odnose. Prijatelj B. – skupaj sva kadila in iskrena prijatelja sva bila, najrajši sem se z njim pogovarjal. Drugi prijatelji so bili sami hinavci, razen treh, en od teh je odšel v Ameriko, en v Amsterdam, en v Indijo.	
243.	<i>Družinsko nasilje</i>

Do tega, da sem bil obsojen za umor očeta, je prišlo tako, da je njegova hudobija prerasla vse meje, posilil mi je nosečo dekle, sklenil sem, da ga bom razbil in sem ga razbil, z nogami sem ga premlatil, ko je prišel k sebi, je naredil samomor z električnim tokom. M. N. je bil z menoj, ko sem ga pretepel. Komaj čez 14 dni so ugotovili, da je mrtev, ko je že smrdel in so ga obletavale muhe. Pred tem in po tem dogodku nikoli nisem storil nasilja, niti pretepel se nisem z nikomer.	
251.	<i>Spolnost v zavodu</i>
Tam sem imel ljubico, vsak dan sva imela spolne odnose, ob jezeru sva se ljubila. Poljubljala sva se veliko, Sonjica je bila malo jezna.	
6. INSTITUCIONALNA KARIERA	
6.1. Krivica nalepke	
124.	<i>Upor</i>
Peter se je potem malo razjezil, češ da on ni noben duševni bolnik, da je popolnoma zdrav itd.	
6.2. Izkušnje s hospitalizacijami v psihiatrični bolnišnici	
6.2.1. Prva hospitalizacija	
192.	<i>Trajanje prve hospitalizacije</i>
1. hospitalizacija: 21. 12. 1977–9. 6. 1978.	
193.	<i>Diagnoza</i>
Bolezen: Psychosis acuta.	
194.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
Nekaj mesecev pred sprejemom so domači opazili, da se je začel spreminjati. Opustil je dosedanje interese, postal je zamišljen, ukvarjati se je začel s filozofijo in psihologijo, z jogo, postal je vegetarijanec, njegovi svetovni nazorski pogledi so postali ekstremni. Tik pred sprejemom je začel doživljati megalomanske blodnje, optične halucinacije, postal je avtističen, v mišljenju arhaičen, pojavljale so se tudi verske blodnje, od realnosti se je precej odmaknil. Tako počutje je trajalo še 2 do 3 mesece na tukajšnjem oddelku. V začetku je odklanjal terapijo, pozneje pa se je pacient uredil, psihopatološka doživetja so izginila, megalomanske in verske blodnje je korigiral in v zadnjih 2–3 mesecih je popolnoma urejen.	
239.	<i>Prva hospitalizacija</i>
Prvič sem šel v psihiatrično bolnišnico, ko sem bil star 20 let. Starši so me prvič peljali tja. Hotel sem iti v Indijo.	
6.2.2. Druga hospitalizacija	
195.	<i>Trajanje druge hospitalizacije</i>
2. hospitalizacija: 22. 7. 1978–6. 10. 1978.	
196.	<i>Diagnoza</i>
Bolezen: shizophrenia.	
197.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
Po prvi hospitalizaciji je bil 2 meseca doma. Kmalu po odpustu je nehal uživati terapijo, počasi so se zopet pojavljale megalomanske blodnje, vedno bolj se je odmikal od realnosti, pojavile so se motnje v mišljenju, v smislu disociacije. Do bolezenskih pojavov je postal nekritičen, v vedenju pa so se pojavile stereotipije. Tako stanje na oddelku je trajalo še nekaj tednov. Šele v zadnjih tednih se je počasi razvila kritičnost do obolenja, potem ko so megalomanske blodnje izginevale. Zadnjih 14 dni je pacient urejen. Terapijo sedaj redno jemlje. Megalomanske blodnje so izginile. Formalne motnje v mišljenju so izginile, tudi v vedenju in gibanju je bil sproščen.	
6.2.3. Tretja hospitalizacija	
198.	<i>Trajanje tretje hospitalizacije</i>
3. hospitalizacija: 17. 6. 1987–6. 8. 1987	
199.	<i>Diagnoza</i>
Napotna diagnoza: tentamen suicidii. Diagnoza: shizoafektivna psihoza	
200.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
28-letni pacient je bil tokrat ponovno hospitaliziran na tukajšnjem oddelku zaradi tentamna suicidii, do katerega je prišlo v relapsu shizofrenske psihoze. Pacientovo psihično stanje se je izboljševalo, zadnji teden je bil obravnavan po principu dnevnega hospitala. 6. 8. 1987 je doma ponovno poizkušal samomor, tokrat z zastrupitvijo s plinom, zaradi česar je bil sprejet v intenzivno terapijo v Menimo, da bo po končanem zdravljenju tam potrebna hospitalizacija pri nas.	
6.2.4. Četrta hospitalizacija	
201.	<i>Trajanje četrte hospitalizacije</i>
4. hospitalizacija: 12. 8. 1987–14. 10. 1987	

202.	<i>Diagnoza</i>
Napotna diagnoza: tentamen suicidii cum CO. Diagnoza: ST. POST TENTAMEN SUICIDII, SHIZOAFEKTIVNA PSIHOZA.	
203.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
Na sprejem je bil pripeljan oz. prenapoten z RA z internega oddelka ... zaradi poskusa samomora z zastrupljanjem s plinom. Že pri sprejemu je pacient bil miren in priseben, vsestransko orientiran. S tihim glasom je poskušal opravičiti svoje dejanje, ker trenutno po njegovem mnenju ni bilo drugega izhoda. Na oddelku smo vključili simptomatsko terapijo in ga opazovali na zaprtem oddelku naše bolnišnice. Na oddelku je pacient bil urejen, distanciran od personala in verbalno kooperativen. Pozneje smo pacienta premestili na odprti oddelek in mu dovolili, da redno hodi v delovno terapijo in da gre na terapevtske izhode, iz katerih se je vrnil urejen. V proces zdravljenja smo vključili tudi njegovega očeta, ki je bil zelo zainteresiran za takšen način zdravljenja.	
6.2.5. Peta hospitalizacija	
204.	<i>Trajanje pete hospitalizacije</i>
5. hospitalizacija: 12. 8. 1988–12. 4. 1989	
205.	<i>Diagnoza</i>
Diagnoza: Psychosis shizoafectiva (manična slika), narcophyllia.	
206.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
Tokrat je bil sprejet zaradi manične slike v okviru shizoafektivne psihoze. Do mamil (predvsem do marihuane) je bil pacient nekritičen in je brez aдекватne terapije ponovno duševno iztiril. Zaradi izrazite nevodljivosti je bil psihiatrični tretman ambulantno nemogoč ter smo pacienta prisilno sprejeli na naš oddelek. Po daljši kombinirani hospitalno antipsihotični terapiji je ponovno prišlo do ugodne remisije in ga sedaj v dogovoru z njegovim očetom odpuščamo z oddelka domov.	
6.2.6. Šesta hospitalizacija	
207.	<i>Trajanje šeste hospitalizacije</i>
6. hospitalizacija: 7. 9. 1990–21. 3. 1991.	
208.	<i>Diagnoza</i>
Diagnoza: psychosis shizoafectiva, narcophyllia.	
209.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
31-letni pacient se je ponovno zdravil na tukajšnjem oddelku od 7. 9.–21. 3. 1991 zaradi poslabšanja osnovne bolezni. Pred sprejemom je opustil terapijo, tudi ni več prihajal na aplikacijo depo terapije. V momentu sprejema je ponujal poudarjeno paranoidnost na očeta, tudi je ponujal megalomanske vsebinske motnje. Za sebe je trdil, da je bog, drugače je časovno ter orientacijsko bil orientiran. Opisoval je, da ima kontakt z drugimi ljudmi izključno preko radioaparata z sluškami. Pacienta smo najprej opazovali na I. oddelku moškega odseka ob kombinirani nevroleptični terapiji. Pri pacientu je zelo počasi prišlo do pomirjanja klinične slike oz. delnega izginotja določenih simptomov, ki jih je nakazoval ob sprejemu. Pacienta smo potem premestili na II. oddelek moškega odseka ter ga vključili v socioterapevtsko skupino, s ciljem ponovne resocializacije. V procesu zdravljenja se je aktivno vključil oče pacienta, na katerega pacient ni bil več toliko paranoiden, začel je hoditi na terapevtske izhode. Žal moramo omeniti, da je pacient nekajkrat samovoljno zapuščal oddelek in hodil domov, tudi smo morali v glavnem ves čas drobiti tabletko, da preprečimo neredno jemanje terapije. Nekajkrat smo pacienta morali zaradi takšnih prekrškov oz. poslabšanja zdravstvenega stanja premeščati na I. oddelek, kar je tudi bistveno vplivalo na dolžino zdravljenja. 20. 3. 1991 je pacient samovoljno zapustil oddelek ter šel domov, dan po tem se je na oddelku oglasil pacientov oče in prosil, da sin poskuša nekaj časa redno uživati terapijo na domu, ob rednih ambulantnih kontrolah na tukajšnjem oddelku, sicer z naše strani je pacient že v tem času dosegel relativno zadovoljivo remisijo.	
6.2.7. Sedma hospitalizacija	
210.	<i>Datum sprejema sedme hospitalizacije</i>
7. hospitalizacija: 20. 11. 1991.	
211.	<i>Diagnoza</i>
Diagnoza: schizophrenia.	
6.2.8. Osmo hospitalizacija	
212.	<i>Trajanje osme hospitalizacije</i>
8. hospitalizacija: 22. 1. 1992–28. 4. 1992.	
213.	<i>Diagnoza</i>
Diagnoza: schizophrenia paranoides, narcomania (Canabis, LSD).	
214.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
34-letni bolnik, ki se je že večkrat zdravil na tukajšnjem oddelku, je bil 20. 11. 1991 sprejet zaradi poslabšanja shizofrenske psihoze. Bolnik je nekaj mesecev prej opustil vso terapijo, jemal je le Akineton. Ob sedanem sprejemu je bil v ospredju	

<p>avtizem, z megalomanskimi idejami in formami, ne motnje mišljenja. Po izboljšanju je začel bolnik v spremstvu očeta hoditi na izhode in se sredi januarja prvič ni vrnil, kot je bilo dogovorjeno. Ponovno je bil sprejet 22. 1. 1992 in ker v psihičnem statusu ni bilo opaziti poslabšanja, na drugi moški oddelek. 6. 2. 1992 je ponovno samovoljno zapustil oddelek in se vrnil po petih dneh akutno psihotičen. Avtističen, miselno dislociran, maniriran, ponovno iznašal megalomanske ideje. Kot je kasneje povedal, je v tem času ponovno segel po LSD-ju. Po visokih dozah nevroleptikov je prišlo do izboljšanja, v aprilu je na očetovo željo ponovno začel hoditi na izhode. Z izhoda 26. 4. 1992 se ponovno ni vrnil, tako je ponovno prekinil s terapijo.</p>	
6.2.9. Deveta hospitalizacija	
215.	<i>Trajanje devete hospitalizacije</i>
9. hospitalizacija: datum sprejema: 13. 12. 1999, datum odpusta: 11. 4. 2000, število hospitalnih dni: 120.	
216.	<i>Diagnoza</i>
Diagnoza: paranoidna shizofrenija.	
217.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
<p>41-letni bolnik je bil tokrat ponovno hospitaliziran na tukajšnjem oddelku, tokrat je bil premeščen s Psihiatrične bolnišnice Ormož z ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja v psihiatrični bolnici. Tokrat smo pri bolniku v teku hospitalizacije opazovali sliko kronične paranoidne shizofrenske psihoze, s pretežno megalomansko in mesijansko simptomatiko. Bolnik je za psihopatologijo kompletno bolezensko nekritičen, socialno neprilagodljiv in neprilagojen. Razen enkrat se je bolnik držal prepovedi uživanja prepovedanih drog. Zaradi bolezenske spremenjenosti, je pri bolniku okvarjena tudi presoja, s tem pa je tudi praktično ukinjena realitetna kontrola glede pomena in vloge lastne osebe. Bolnik še vedno nekatere vzorce socialnega vedenja dobro obvlada.</p>	
6.2.10. Deseta hospitalizacija	
218.	<i>Trajanje desete hospitalizacije</i>
10. hospitalizacija: datum sprejema: 23. 4. 2000, datum odpusta: 15. 9. 2000, število hospitalnih dni: 145.	
219.	<i>Diagnoza</i>
Diagnoza: paranoidna shizofrenija.	
6.2.11. Enajsta hospitalizacija	
220.	<i>Trajanje enajste hospitalizacije</i>
11. hospitalizacija: datum sprejema: 17. 9. 2000, datum odpusta: 21. 6. 2005, število hospitalnih dni 1738.	
221.	<i>Diagnoza</i>
Diagnoza: paranoidna shizofrenija, škodljivo uživanje več drog in drugih psihoaktivnih snovi.	
222.	<i>Postopek</i>
<p>Pacient, ki je na našem oddelku hospitaliziran v okviru obveznega zdravljenja in varovanja od leta 1999 in je bil vmes leta 2000 za tri dni administrativno odpuščen zaradi samovoljnega odhoda, s katerega se je nato vrnil, je bil tokrat po daljšem predhodnem bivanju na sprejemnem oddelku 20. 6. 2005 premeščen na odsek za nadaljevanje zdravljenja moških, je 21. 7. 2005 samovoljno zapustil oddelek v spremstvu neznane osebe. Podroben opis dogodkov je v dokumentaciji. Prav tako je o dogodku obveščena pristojna policijska postaja ... pristojno sodišče in vodstvo bolnišnice.</p>	
246.	<i>Pobeg iz psihiatrične bolnišnice</i>
<p>Tekom zdravljenja v psihiatrični bolnišnici sem pobegnil za pet mesecev. Dopizdlo mi je, da sem zaprt, želel sem svobode. Na svobodi sem snifal kokain, veliko kokaina, kot sem že prej na odprtem oddelku.</p>	
6.3.12. Dvanajsta hospitalizacija	
223.	<i>Trajanje dvanajste hospitalizacije</i>
12. hospitalizacija, datum sprejema: 6. 8. 2005, datum odpusta: 2. 3. 2009, število hospitalnih dni: 1304.	
224.	<i>Diagnoza</i>
Diagnoza: paranoidna shizofrenia, škodljivo uživanje kanabinoidov, trajna osebnostna spremenjenost po duševni bolezni in dolgotrajni hospitalizaciji, kronični hepatitis C.	
225.	<i>Povzetek stanja in vzrok hospitalizacije</i>
<p>50-letni, na tukajšnjem oddelku od leta 1977 zaradi paranoidne shizofrenije večkrat hospitalizirani bolnik, je bil ponovno hospitaliziran v okviru varnostnega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja od 13. 12. 1999. Tekom hospitalizacije v okviru varnostnega ukrepa obveznega zdravljenja je prišlo do dveh krajših prekinitiv po samovoljnem odhodu iz bolnišnice. Zadnja hospitalizacija je trajala brez prekinitve od 6. 8. 2005. Varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja v zdravstvenem zavodu je bil bolniku izrečen po tem, ko je pod vplivom psihopatološkega dogajanja vzel življenje očetu na ta način, da ga je hudo poškodoval z udarci s pestmi in brcanjem. Ob sprejemu 6. 8. 2005 je bil bolnik zanemarjenega zunanega videza, nekoliko pomanjkljive časovne orientacije, nezbran, deloma razrahljanega mišljenja; jasnih blodnjavih miselnih vsebin ni iznašal, halucinatorna doživetja je zanimal. Afektivno je deloval vznemirjen in anksiozen, deloma neustrezen. Uvid v bolezen mu je manjkal. Na oddelku je občasno iznašal religiozno in megalomansko obarvane blodnjave vsebine, realitetna kontrola je bila vsaj občasno motena, iznašal je tudi nerealistične predstave glede prihodnosti. Ob uvedbi</p>	

<p>kombinirane antipsihotične medikamentozne z Leponexom in Haldol depo injekcijami se je bolnik vedel umirjeno in bolj ustrezno ter je zadnja leta zadovoljivo sodeloval na oddelčnih aktivnostih. Glede zlorabe kanabinoidov je sicer verbaliziral določeno uvidevnost in motivacijo za abstinenco, vendar pa je glede tega ambivalenten. Kaznivo dejanje, ki ga je zagrešil pred desetimi leti, je v individualnih razgovorih večinoma zanikal in je navajal, da se je oče suicidiral po tem, ko ga je sam poškodoval z udarci s pestmi in nogami; dejanja tudi ni obžaloval. Pri bolniku opažamo znake trajne osebnostne spremenjenosti po duševni bolezni in dolgi hospitalizaciji s pasivnostjo, osiromašenimi interesi ter tendenco socialne izolacije. Pri osnovnih vsakodnevnih aktivnostih je nesamostojen in je potreboval pomoč, z denarjem ne zmore ravnati smotrno (predlagali smo postavitev skrbnika). Bolnik, ki je glede bolezni neuvideven, po dosedanjih izkušnjah opusti medikamentozno terapijo po odpustu in ni sposoben zadovoljivo funkcionirati izven institucije.</p>	
6.3.13. Hospitalizacija tekom bivanja v stanovanjski skupini	
116.	<i>Zadržanje na varovanem oddelku</i>
<p>Na prvem naroku je bilo s strani izvedenca podano mnenje, da gre pri zadržani osebi za osebnostno spremenjenost, ki jo je povzročila paranoidna shizofrenija, da je v medosebnih odnosih mestoma bremeneč in tudi grozeč, obstaja pa verjetnost fizičnega nasilja hude oblike ter je zato tudi podal mnenje, da je potrebno še bivanje in zdravljenje na varovanem oddelku v strukturiranem okolju, kakršnega nudi varovani oddelek in to še za približno 2 meseca.</p>	
118.	<i>Zdravljenje</i>
<p>Opustil je bizarne blodne zaključke o svojih velikih sposobnostih. Tudi v vedenju je urejen. Kljub temu pa je z gotovostjo možno pričakovati, da bi bolezen zavzela spet svojo podobo v vseh parametrih, če bi z zdravljenjem prenehal. Ker se je to že zgodilo in ker zadržana oseba bolezenske uvidevnosti nima, je potrebno nadaljnje terapije ob zagotovitvi, da jo bo tudi jemal.</p>	
119.	<i>Odgovornost ustanove</i>
<p>Kompetenost, da jo bo jemal, ne more biti v rokah posameznika, temveč ustanove, ki tudi sama jamči za njeno izvrševanje.</p>	
121.	<i>Razlog za zadržanje</i>
125.	<i>Vzrok zadržanja na odprtem oddelku</i>
<p>Na vprašanje najbližje osebe, da ni razlog za zadržanje to, da ne jemlje zdravil in da nima uvida v bolezen, pa je izvedenec ponovil, da je oseba že v preteklosti reagirala heteroagresivno, kar je izkazano. Vsaj petkrat med celim narokom sem pojasnila, da neuvidevnost oz. nekritičnost do bolezni ne more biti vzrok prisilnega držanja na zaprtem oddelku – to je proti zakonu. To sem v bistvu trdila cel pogovor. Zanimali so me konkretni vzroki, pokazatelji, dejanja – teh odgovorov nisem dobila.</p>	
138.	<i>Omejevanje svobode</i>
<p>Zdaj je na intenzivnem psihiatričnem oddelku, oddelku pod posebnim nadzorom že tri mesece. Želi si ven, nazaj domov – v stanovanjsko skupino. Pri tem mu skušamo pomagati, a psihiatri in psihiatrinje (v času njegove hospitalizacije so se menjali štiri oddelčni zdravniki) venomer ponavljajo, da je nevaren zaradi kaznivega dejanja, ki ga je naredil pred več kot desetletjem.</p>	
139.	<i>Prostovoljna hospitalizacija</i>
<p>Vsi vemo, da je v bolnišnico prišel prostovoljno, ni ogrožal sebe, niti kogarkoli drugega, a ne dosežemo konsenza, ki bi deloval v prid Petru.</p>	
141.	<i>Želja po svobodi</i>
<p>Peter želi biti odpuščen iz psihiatrične bolnišnice in nadaljevati življenje v skupnosti.</p>	
145.	<i>Razlog prisilne hospitalizacije</i>
<p>Okrajno sodišče ... je dne ... prejelo obvestilo PK ... o sprejemu osebe navedene v 1. tč. izreka sklepa, v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve. Iz obvestila izhaja, da je oseba navedena v 1. tč. sklepa povsem nekritična do obstoječe psihopatološke simptomatike v zvezi z duševno motnjo.</p>	
189.	<i>Vzrok za hospitalizacijo</i>
<p>Postopek hospitalizacije, najprej prostovoljne in potem proti volji Petra W., se je pričel s poizvedbo dveh delavcev centra za socialno delo v Ljubljani, ki sta mimo vseh pooblastil in ne da bi za dovoljenje vprašala bodisi Petra W. bodisi obvestila o svojem namenu kogarkoli, ki je z njim povezan (delavke stanovanjske skupine, koordinatorko), vpogledala v njegov spis v SVZ Hrastovec. S tem sta kršila ne le strokovno etiko, temveč tudi zakone o varstvu podatkov in druge. Brez kakšnih koli formalnih pooblastil in z grožnjami sta zahtevala mnenje njegove psihiatrinje. Ta je na to pristala in prosila Petra W., da gre za »kak teden« v bolnišnico. Ker ji je zaupal in ker je obstajala možnost, da bi v nasprotnem primeru zahtevali pridržanje, je na to pristal. V bolnišnici se je kmalu izkazalo, da bo tam dlje kot en teden.</p>	
263.	<i>Vedenje v bolnišnici</i>
<p>Tukaj v bolnišnici se primerno vedem, sem priden, upoštevam vse zakone, marihuane sploh ne kadim, prijazen sem do vsakega, pomagam pri marsikaterem delu, v vseh aktivnostih intenzivno sodelujem – takšen sem itak nasploh. Trudim se z namenom, da bi bil dober, in da bi čim prej bil odpuščen. Želim si čim prej ven. Da bi živel na svobodi, kot vsi drugi ljudje. Za življenje na svobodi. Pokazal bom, da nisem ogrožajoč za okolico, niti na pamet mi ne pride, da bi komu kaj storil.</p>	
110.	<i>Odločitve strokovnjakov</i>
<p>Lečeča zdravnica je tudi povedala, da želi doseči pri osebi remisijo psihoze, nato pa bi šel v drugo nadzorovano obravnavo. Razmišljali so o Hrastovcu ali katerem drugem zavodu.</p>	
108.	<i>Posledice hospitalizacije</i>

Lečeča zdravnica je tudi obrazložila, da ni možno, da bil njegov obstoječi odnos v zvezi z ženskami posledica dolgoletne hospitalizacije, saj so prisotni tudi drugi bolezenski znaki	
147.	<i>Omejitve pravic na oddelku</i>
149.	
190.	
<p>V bolnico sem bil sprejet z mojim sodelovanjem, to pomeni, da sem se takrat strinjal, da pridem v bolnico in sem to tudi podpisal. Od sprejema dalje sem brez prekinitve na zdravljenju v oddelku pod posebnim nadzorom, v forenzičnem oddelku. To pomeni, da imam vse omejitve, sem zaprt, izhode imam točno določene s spremstvom, nimam vikend izhodov iz bolnice. Vmes sem imel tudi omejene obiske samo na mojo koordinatorko obravnave v skupnosti in delavki iz Agencije IN. Razloga, zakaj sem imel omejene obiske, nisem poznal. Zdaj je koordinatorka obiske uredila, da lahko prihajajo tudi drugi in grem s tremi osebami ven.</p> <p>Dne ... smo v času obiska v PB ..., pri Petru W. od predstojnika bolnice, dr. ... izvedele, da ima Peter omejene obiske. Na obiske lahko prihajamo: S. Č., M. B. in ..., ki sem v vlogi koordinatorko obravnave v skupnosti. V času zdravljenja v PB ... in v času omejitve Peter W. ni ogrožal svojega zdravja, zdravja drugih ali premoženja. V zdravljenju sodeluje, je podpisal soglasje za zdravljenje, dne ... smo tudi v načrt dopolnili, da bo tudi v prihodnje sodeloval s svojo psihiatrinjo, dr. ..., jemal terapijo, kot mu jo bo predpisala. Ne razmišlja o tem, da bi pobegnul iz bolnice, ampak želi zaključiti zdravljenje z dogovorom ter s pomočjo in podporo strokovnih oseb, ki mu bodo pomagale pri bivanju v skupnosti. Sklepa o omejitvi obiskov do zdaj ni prejel še nihče. Pritožbe ni mogoče podati, ker ni še nihče dobil sklepa</p> <p>Poleg tega ves čas hospitalizacije biva na oddelku pod posebnim nadzorom, forenzičnem oddelku, s strogo omejitvijo gibanja in omejitvami obiskov. V bolnišnico pa ni prišel na podlagi ukrepa sodišča, ampak s svojim pristankom. Kljub predlogom koordinatorko in zastopnice, da bi mu zagotovili bivanje/zdravljenje na drugem oddelku, kjer so osebe, ki se strinjajo z zdravljenjem, se to do danes ni zgodilo. Peter W. je še vedno vztrajal v sodelovalni drži.</p>	
191.	<i>Postopkovne napake psihiatrične bolnišnice</i>
Bolnišnica pri sprejemu na oddelek pod posebnim nadzorom ni skupaj s Petrom sestavila načrta zdravljenja, kot ga zahteva čl. 35 ZDZdr (vsaj zastopnica, koordinatorka in najbližja oseba ga niso videli), prav tako so mu pomanjkljivo pojasnili namen in potek zdravljenja, kot zahteva čl. 36 (2), predstojnik oddelka mu je dal obljubo, da bo konec avgusta bolnišnico zapustil. V tem procesu je zamenjal več zdravnikov in vsak nov se je izgovarjal na svoje nepoznavanje primera, to pa je dodatno otežilo pogovore in pogajanje o odpustu, za kar si je Peter W. z zastopnico, koordinatorko in najbližjo osebo ves čas prizadeval. Pri tem so iz obravnave izločili njegovo izbrano psihiatrinjo.	
180.	<i>Ambulantno zdravljenje</i>
Ambulanta zdravnica v svojem mnenju ni ocenjevala sposobnosti in tveganj. Izrazila je pripravljenost, da bo sodelovala z Petrom W. tudi v prihodnje, da bosta, še dokler je v bolnišnici, zapisala terapevtski sporazum in da bo sodelovala pri obravnavi.	
6.4. Psihiatrična bolnišnica	
20.	<i>Izkušnje s psihiatrijo</i>
Na psihiatrijo sem pri osemnajstih letih začel hoditi, ne morem se znebiti te psihiatrije, me označujejo za težkega duševnega bolnika, pa to ni res, jaz nisem težki, niti lažji duševni bolnik, sem zelo socializiran in popolnoma nenevaren za okolico. Nekaj časa sem bil tud odsoten iz bolnice in sem živel kreativno boemsko življenje, dolga leta sem bil tudi popolnoma brez bolnišnice.	
94.	<i>Konec ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja</i>
Ker je bil Peter W. dne 2. 3. 2009 nameščen v zavod Hrastovec-Trate, izvrševanje varnostnega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v psihiatričnem zavodu, ki mu je bil izrečen s sklepom sodišča v ... z dne 13. 9. 1999 ... pa je bilo po sklepu senata z dne 17. 3. 2009 ustavljeno.	
266.	<i>Varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja</i>
13. 9. 1999 je Petru W. (drž. R Slovenije, invalidski upokojenec, z mesečno pokojnino v višini 45.000,00 SIT, samskega, očeta dveh nedoletnih otrok, končal O.Š. in srednjo šolo, brez premoženja, nekaznovan, oproščen služenja vojaškega roka, ni v drugem kazenskem postopku, v priporu od 11. 6. 1999 od 19.45 ure dalje) po sklepu okrožnega sodišča bil izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu, ker je storil kaznivo dejanje umora po členu 127/1 v zvezi s čl. 16/1 KZ, ker je dne 29. 5. 1999 v zgodnjih jutranjih urah v ...	
272.	<i>Mnenje glede postavitve skrbnika</i>
Psihiatrična bolnišnica dne 26. 10. 2004 odgovori centru za socialno delo (kot zadevo navedejo skrbništvo za določen primer): »Na tukajšnjem oddelku je hospitaliziran Peter W., roj. ..., stanujoč ... Pri bolniku gre za hospitalizacijo na osnovi varnostnega ukrepa, ki ga je izdalo sodišče v ... V letošnjem letu je Peter W. dedoval dvo in pol sobno stanovanje v ..., za katero je pooblastil Agencijo za nepremičnine Idila, da posreduje pri njegovi prodaji. Menimo, da je za Petra W. v tem posebnem primeru potreben skrbnik za določen primer in vas prosimo, da uvedete postopek za postavitve skrbnika.	
274.	<i>Predlog za postavitve skrbnika za poseben primer</i>
9. 12. 2004 psihiatrična bolnišnica odgovori centru za socialno delo: »V zvezi z vašim dopisom ... in najinim današnjim telefonskim pogovorom vam odgovarjam na postavljeno vprašanje, ali se W. Peter zaveda pomena svojih dejanj ali ne. Pri Petru W. gre za trajno kronično težjo duševno motnjo, s posebnim deficitom na področju presoje, zato sem mnenja, da se pomena svojih dejanj ne zaveda v popolnosti, iz napačne presoje pa utegne zaradi posledic svoje bolezni sprejemati napačne sklepe pri upravljanju s svojim premoženjem. Zaradi tega menim, da potrebuje v opisani situaciji pomoč pri oceni in odločanju glede materialnih sredstev. Zdi se, da je postavitve skrbnika za posebni primer možna oblika te pomoči..	

148.	<i>Strokovno mnenje za bivanje v skupnosti</i>
Dne ... sem bil seznanjen z mnenjem zdravniškega konzilija psihiatrične klinike ..., da nisem sposoben bivanja v skupnosti, da sem vedno opuščal zdravljenje in zdravila in sem ogrožajoč. Nad takšnim mnenjem sem bil zelo presenečen, ker nisem zdaj v tem času, odkar živim izven zavoda in tudi odkar sem na zdravljenju nikogar ogrožal in tudi v prihodnje ne nameravan nikogar ogrožati. Nikomur ne bi nič naredil. V tem času odkar sem v bolnici, sem skupaj s koordinatorico in ključno delavko dopolnil moj osebni načrt in ves čas govoril, to smo tudi napisali, da bom odslej sodeloval in tudi hodil na preglede k moji psihiatrinji Zdravila bom jemal, kot mi jih bo predpisala in se z njo dogovarjal o teh stvareh.	
6.5. Zdravila	
28.	<i>Zdravila</i>
30.	
75.	
Ko sem se preselil v stanovanjsko skupino, sem bil vesel, da sem se rešil Leponexa, da sem prišel k zavesti in zdravemu življenju. Nisem rabil jesti zdravil, to mi je bilo v redu. In potem so me napizdli, da sem šel k psihiatrinji in spet sem padel v mrežo psihiatrije. Življenje v skupnosti je mnogo bolj človeško in dostojanstva vredno in častljivo. Prekinil sem z Leponexom, ker si po tistih tabletah butast. Zdaj jemljem blažje tablete, ki mi pomagajo, so bolj blage in urejajo ravnovesje. Moja psihiatrinja je zadovoljna z mano, jaz pa z njo.	
50.	<i>Mnenje ambulantne psihiatrinje glede zdravil</i>
Psihiatrinja meni, da uživanje zdravil glede na njegovo obliko bolezni ni ravno učinkovito, saj se učinki zdravil ravno ne opazijo pri njem. »Po domače ni ravno kaj drugačen, če jemlje in kaj bolj aktiven.« Problematično je pa predvsem v krizi, takrat naj bi jih moral obvezno jemati. Predlaga, da napišemo tudi dogovor, da v stanju krize uživa zdravila. Prav tako tudi, da se strinja z organizacijo kriznega tima, za katerega so predvidena finančna sredstva.	
167.	<i>Zdravila in odločanje</i>
Poleg tega Peter W. zagotavlja, da bo jemal zdravila, ravno tako to zagotavljam kot njegova najbližja oseba in delavka v stanovanjski skupini, kjer živi, kot tudi drugi, ki so vključeni v obravnavo v skupnosti. Izvedenec sicer navaja razlog, da njegovi odločitvi ne bi verjeli, saj je jemanje zdravil že opustil. S tem zanika pacientovo pravico, da zavrne zdravljenje, in pa tudi možnost, da bi se odločil in premislil v eno ali drugo smer.	
179.	<i>Zdravila in nadzor</i>
Sodišče je očitno sklepalo, da je vedenje o opustitvi kontrole znak, da delavci stanovanjske skupine ne bodo poskrbeli za jemanje zdravil ali obiske pri psihiatrinji. Iz moje izjave, še zlasti, če jo razumemo v spregi z vsemi dokumenti, ki sem jih predložila, tega ni moč sklepati. Izjavila sem namreč: »/.../ da je potrebno, da jemlje zdravila. To je vedela tudi prej, kot je vedela, da ima pravico zdravila zavrniti.«	
120.	<i>Dobra socializacija</i>
Danes ne kaže znamenj nasilnih impulzov, ki jih tudi ni bilo opaziti v zadnjem času odkar je hospitaliziran, vendar pa je pri tem potrebno upoštevati dejstvo, da je ves čas pod vplivom visokih doz nevroleptikov, ki njegovo vedenje modificirajo v smislu dobre socializacije.	
6.6. Zapustiti institucijo	
86.	<i>Izstop iz zavoda</i>
... izjavljam, da odstopam od statusa stanovalca zavoda Socialno varstvenega zavoda Hrastovec, ker želim še naprej biti vključen v program stanovanjske skupine.	
35.	<i>Svoboda</i>
Odločil sem, da grem ven iz Hrastovca, ker mi je bilo dosti zapiranja in zatiranja, dovolj mi je bilo bivanja za zidovi, želel sem si svobodno življenje, ki sem ga potem v Ljubljani tudi imel.	
6.7. Odnos do zdravja in bolezni	
109.	<i>Nekritičnost do bolezenskega stanja</i> <i>Nekritičnost do zdravja</i> <i>Nekritičnost do zdravstvenega stanja</i> <i>Nekritičnost do zdravstvenega stanja</i>
111.	
122.	
128.	
Na oddelku ni bil nevaren, vendar pa je drugačen zato, ker jemlje terapijo. Do svojega stanja bi moral biti kritičen, pa ni. Za zdaj mu ne zaupa prav zaradi njegove nenavadne naklonjenosti do žensk in otrok. Opuščen bi brez dvoma ogrožal svoje zdravje, ker do njega ni kritičen. Predvsem pa se sodišče opira pri tem na mnenje izvedenca, da oseba zaradi svoje duševne motnje nima uvida in je nekritična do svojega zdravstvenega stanja, v posledici tega prepričanja pa tudi ne jemlje zdravil oziroma jih ne bi jemala, kot je tudi sama izjavila. Oseba torej ni sposobna presoje svojega stanja in potrebnosti zdravljenja. V obvestilu je PK kot razloge, ki utemeljujejo sprejem osebe na zdravljenje pod posebnim nadzorom brez privolitve navedla, da je oseba povsem nekritična so obstoječe psihopatološke problematike v zvezi z duševno motnjo.« To ne more biti razlog pridržanja – razlog ne ustreza pogojem ZDZdr.	
117.	<i>Boleznska nevidevnost</i>
Izvedenec je nato podal mnenje, da gre pri zadržani osebi za pravo duševno bolezen, paranoidno shizofrenijo. Bolezen je	

trajne narave, neozdravljiva in se lahko ponovno razplamti, brž ko prenehajo zdravstveni ukrepi, ki bolezenske simptome preprečujejo. Čeprav se je oseba že zdravila več kot 10 let, ni uspela doseči bolezenske uvidevnosti. Ob pregledu je razločno izjavil, da boleznimi nima in da zato tudi ni potrebno, da se zdravi. To jasno potrjuje bolezensko neuidevnost in nepripravljenost za zdravljenje, če ta ne bi bila neposredno nadzorovana, saj sam potrebe po zdravljenju ne vidi.	
126.	<i>Interpretacija duševne motnje</i>
Hkrati sem opazila, da Peter niti ne ve, kaj naj bi duševna motnja pomenila. Za njega pojem duševni bolnik pomeni, kot sem v njegovem govoru zasledila, da ima človek privide, prisluhe, da ga je strah, da ima halucinacije. On trdi, da tega nima.	
146.	<i>Strokovna presoja duševne motnje</i>
Ugotovitev obstoja duševne motnje je stvar strokovne presoje, ki jo je sodišče v postopku zagotovilo s postavitvijo izvedenca psihiatra in pridobitvijo njegovega mnenja.	
168.	<i>Pomanjkanje uvida v bolezen</i>
175.	
Svojo nejevero izvedenec utemeljuje s pomanjkanjem uvida (izvedenec temu pravi »bolezenska neuidevnost«, v slovenščini »neuidevnost«, kar pomeni pomanjkanje obzira, takta in ne uvida) in nikakor ne dopušča, da bi to bila njegova osebna odločitev. Vsekakor pa je moč domnevati, da pomanjkanje uvida v tem primeru ne povzroča kakršnekoli nevarnosti. Na način, kot je zapisano v obrazložitvi sklepa, s tem izvedenec, za njim pa sodnica, postavljajo krožno (tavtološko) razlago, kjer pomanjkanje uvida razlaga z odločitvijo, da ne bo jemal zdravil, odločitev nejemanja zdravil pa razlaga s pomanjkanjem uvida. Oboje pa povezujejo z nevarnostjo oziroma ogrožanjem.	
»Neuidevnost« do lastne boleznimi, kot ponesrečeno poimenujejo pomanjkanje uvida, je, kot kaže, glavni obremenilni »dokaz« tako v konstrukciji nevarnosti oziroma ogrožanja kot v konstrukciji motnje presoje realnosti in nazadnje v izvajanju, da ni moč z manj restriktivnimi sredstvi odpraviti nevarnosti oziroma ogrožanja. Pri tem se je potrebno najprej vprašati, ali pomanjkanje uvida v motnjo (ne bolezen) resnično pomeni tudi nevarnost in zmanjšano zmožnost presoje in sposobnosti obvladovanja svojega ravnanja, potem pa ali pomanjkanje uvida res velja za Petra W. in če, v koliki meri. Na splošno težko trdimo, da neuidevnost do svojega stanja (boleznimi ali motnje) ni niti pogoj, kaj šele vzrok, niti nevarnega vedenja niti zmanjšanje presoje realnosti. Za somatske boleznimi bi namreč veljalo, da na primer sladkorni bolnik seveda škodi sebi, če zanika bolezen, ne upošteva diete in jemlje inzulina. Tudi če mislimo, da je to nespametno ali nesmotno, takemu bolniku ne odvzamemo možnosti, da bi o svoji bolezni sam odločal, tudi če smo mnenja, da je nevaren sebi, morda celo drugim. Sploh pa ne prenesemo njegove nevarnosti in nespametnosti na druga področja njegovega življenja.	
174.	<i>Duševna bolezen</i>
Mnenje izvedenca, ki ga v nadaljevanju poda, je, da »/.../ gre pri zadržani osebi za pravo duševno bolezen, paranoidno shizofrenijo. Bolezen je trajne narave, neozdravljiva in se lahko ponovno razplamti, brž ko prenehajo zdravstveni ukrepi, ki bolezenske simptome preprečujejo.« Lahko ga štejemo kot zgolj retorično ugotovitev, saj z njo ne pojasnjuje povezave med motnjo in hudo moteno presojo realnosti in sposobnosti obvladovanja ravnanja. Retorični učinek te trditve je namenjen sodišču, mu pa je moč oporekati, saj psihiatrična stroka (primerjaj mednarodno klasifikacijo boleznimi) ne govori več o duševnih boleznimi, temveč o duševnih motnjah, verjetno pa se bi tudi njegovi kolegi distancirali od trditve, da gre za neozdravljivo bolezen, če bi izvedenec to trdil kategorično in splošno. Tudi poudarek, da gre za »pravo« bolezen, je zgolj retorični pripomoček, saj ni nihče trdil, da bi šlo za lažno ali namišljeno bolezen, temveč z njo zavaja sodišče, da gre za bolezen, ko pa gre v resnici za motnjo.	
183.	<i>Uvid v bolezen in zdravila</i>
Izvedenec namreč zagotavlja, da je izboljšani uvid predvsem in zgolj posledica zdravil, redno jemanje zdravil pa omogoča le bolnišnica in še to le na oddelku pod posebnim nadzorom.	
267.	<i>Neupoštevanje zdravniških navodil</i>
Izvedenec je med drugim tudi zaključil, da je obdolženi duševno bolan (paranoidna oblika shizofrenije) in da se kljub številnim hospitalizacijam ni držal zdravniških navodil, ni se vračal v bolnico, opustil je kemično psihiatrično terapijo, nekaj časa pa je užival celo halucinogene.	
16.	<i>Diagnoza</i>
123.	<i>Diagnoza</i>
Prišel bom kmalu ven in takrat se bom dobro obnašal, ne zaupam psihiatrom, slabe izkušnje imam z njimi, sam si bom pomagal, psihiatriške pomoči ne potrebujem. Ko bom rabil, bom prosil za pomoč koga iz Agencije in moje prijatelje. Ker prvič in zadnjič jaz sploh nisem nobeni duševni bolnik, moja diagnoza paranoidna shizofrenija je smešna, nikoli nisem imel paranoje, prividov ali prisluhov, nobenih glasov nisem slišal, s telepatijo pa se ne ukvarjam, ker me ne zanima. Petru je izvedenec postavil vprašanje, če je duševni bolnik, Peter je odgovoril, da so mu postavili diagnozo paranoidna shizofrenija, ker je zmota, saj nima prisluhov, prividov, se ničesar ne boji itd.	
6.8. Ogrožanje in nevarnost	
129.	<i>Domneve ogrožanja</i>
130.	<i>Ogrožanje</i>
Izvedenec in zdravnica sta rekla, da na oddelku ni bil nikoli nevaren in ogrožajoč do osebja. Oddelčna zdravnica (bila je prisotna cca. tričetrt ure, v tem času je Peter šel ven, zaradi zaupnosti njunega odnosa) je izjavila, da tukaj in zdaj ni nevaren do osebja. Če bi pa bil zunaj nevaren, pa ne ve. Povedala je tudi, da bi bil, če bi šel domov, ogrožajoč do sebe in drugih, ker ne bi jemal zdravil trikrat dnevno pod kontrolo in zaradi trave in alkohola. Če povzamem, trditev, ki bi naj stala za Petrovo prisilno hospitalizacijo, bi naj bila, da je neuideven do svoje boleznimi, zato bi zunaj oddelka lahko ogrožal svoje zdravje, ker ne bi jemal zdravil	

131.	<i>Nevarnost</i>
165.	
<p>Nevaren, ogrožajoč na oddelku ni bil, pred tem tudi ne, če bi šel ven, pa je izvedenec vmes dodal, da ne more reči, da je nevaren kaj bolj kot kdorkoli drug. Tudi zdravnica je izjavila, da tukaj in zdaj ni nevaren, za naprej pa ne ve. Vse zaslišane glavne osebe – lečeča zdravnica, izvedenec in najbližja oseba enoglasno ugotavljajo, da Peter W. v zadnjem obdobju ni nevaren. Lečeča zdravnica izrecno pravi: »Na oddelku ni bil nevaren.« izvedenec povzema in zatrjuje: »Danes ne kaže znamenj nasilnih impulzov, ki jih tudi ni bilo opaziti v zadnjem času odkar je hospitaliziran ...« Navaja se tudi moja izjava »Z njim je delala 1 leto in ve, da ne ogroža ne svojega ne tujih življenj. Tudi na oddelku ji ni nihče od zdravnikov povedal, da bi bil ogrožajoč oziroma agresiven.« Prav tako velja, da vseh 12 let od kaznivega dejanja (kljub bolj ali manj prisotnim duševnim motnjam) ni storil ničesar takega, kar bi lahko poimenovali kot nasilno dejanje, kaj šele, da bi resno ogrožal kogarkoli v svoji okolici. To ne sledi iz medicinske dokumentacije in iz poročil zdravnikov, prav tako to zagotavljajo vsi, ki so z njim v tem času delali. Izvedenec tudi ni niti nakazal, kaj šele pokazal, da bi agresivno ali celo nasilno vedenje ali kakršno koli vedenje, ki bi ogrožalo druge ali njega samega, bila osebnostna značilnost osebe v postopku, v svoji diagnozi pa tudi ne omeni, da bi osebnost Petra W. bila spremenjena ali kako oblikovana v smeri večje agresivnosti ali celo nasilnosti.</p>	
166.	<i>Potencialna nevarnost in zdravila</i>
<p>Da je trenutno nenevaren, pripisuje zdravnica terapiji: »/.../ vendar pa je drugačen, ker jemlje terapijo.« S tem hoče pokazati, da bi bil nevaren, če ne bi jemal terapije. Enoletne izkušnje pravijo drugače. Tudi takrat, ko ni jemal zdravil, ni bil nevaren. Tega ne pojasni niti ona niti izvedenec. Pa tudi predpostavka, ki jo lečeča zdravnica izreče, ni utemeljena niti v statističnih podatkih niti v biografskih dejstvih Petra W. Gre zgolj za arbitrarno in pavšalno domnevo, ki jo zdravnica z ničemer posebej ne utemelji. Podobno logiko izvede izvedenec: »Prejema visoko dozo nevroleptikov, po katerih je v zadnjih treh tednih njegovo psihično stanje boljše. Opustil je bizame blodne zaključke o svojih velikih sposobnostih. Tudi v vedenju je urejen.« Dodaja: »Danes ne kaže znamenj nasilnih impulzov, ki jih tudi ni bilo opaziti v zadnjem času, odkar je hospitaliziran, vendar pa je pri tem potrebno upoštevati dejstvo, da je ves čas pod vplivom visokih doz nevroleptikov, ki njegovo vedenje modificirajo v smislu dobre socializacije. Ob opustitvi terapije je možno pričakovati hude zdravstvene posledice zanj, pa tudi ni mogoče izključiti nevarnosti za njegovo okolico.« Izvedenec torej ponovno ugotavlja, da Peter W. ni nevaren, prenehanje jemanja zdravil pa bi povzročilo »bizarne blodne zaključke o svojih velikih sposobnostih« in »neurejeno vedenje«. Torej ne bi povzročalo ogrožanja sebe ali drugih, skratka nevarnosti. Saj tako vedenje samo po sebi ni nevarno. Izvedenec torej iz prenehanja jemanja zdravil ni neposredno izvedel kakršnekoli nevarnosti.</p>	
169.	<i>Analiza tveganja</i>
<p>Analiza tveganja najprej povzame okoliščine življenja v skupnosti in sprejema v bolnišnico. Nato analizira tveganje s pomočjo analize na grožnjo (okoliščine tveganja), nevarnost (dogodka, ki se ga hočemo izogniti), dobička (koristi od situacije, ki jo oseba ima) in taktikami zmanjševanja tveganja. Najprej analizira različno zaznavanje grožnje, ki ga imajo različni akterji in ugotavlja, da tisti, ki poznajo iz prve roke, kako Peter W. živi, zaznavajo manj grožnje kot tisti, ki ga ne poznajo. Ti dejstvo, da je storil hudo kaznivo dejanje, vidijo kot zelo resno grožnjo.</p>	
170.	<i>Biti v »svojem svetu«</i>
<p>Ob analizi pogostosti grožnje ugotavljajo, da je Peter sicer pogosto »v svojem svetu«, da pa je ta svet vsebovan in nima večjega vpliva na njegovo vsakdanje ravnanje. Prav tako je gostota dogodkov, ki bi kazali na nasilno ali agresivno vedenje ali mišljenje izredno majhna oziroma je ni opaziti.</p>	
6.8. Sodišče	
184.	<i>Neupoštevanje predloženega gradiva</i>
<p>Pri tem je sodišče dopustilo več proceduralnih napak. Pri presoji in oblikovanju sklepa ni upoštevalo gradiva, ki so ga sodišču zagotovili zagovornica in najbližja oseba in ki priča tako o možnostih obravnave izven oddelka pod posebnim nadzorom kot o tem, da ne moremo predvidevati nevarnosti, kot jo zahteva čl. 39 ZDZdr.</p>	
185.	<i>Zavrnitev mnenja ambulantne zdravnice</i>
<p>Sodišče je zavrnilo mnenje ambulantne zdravnice, ne da bi jo zaslišalo ali kako drugače pridobilo njeno mnenje oziroma določilo, da mora, da bi podala mnenje, izvesti pregled. Sodišče ni zaslišalo ambulantne zdravnice in drugih oseb, ki bi lahko podali podatke pomembne za odločitev (koordinatorke, delavci v stanovanjski skupini) v skladu s 47. členom, 1. odst. ZDZdr.</p>	
186.	<i>Upoštevanje mnenja oddelčne zdravnice in izločitev osebe</i>
<p>Hkrati pa je upoštevalo mnenje lečeče zdravnice v bolnišnici, pri tem pa izločilo osebo na predlog izvedenca, ne da bi ta posebej utemeljil, kako bo pričevanje škodilo njenemu terapevtskemu odnosu.</p>	
162.	<i>Nevarnost</i>
<p>Okrajno sodišče tega v ponovljenem postopku ni storilo. Ravno nasprotno, ponovljeni postopek je pokazal, da Peter W. ne kaže nobene <i>konkretne</i> nevarnosti, da ne obstaja nevarnost fizičnega <i>nasilja hude oblike</i>, sodišče pa je na podlagi izvedenih dokazov prišlo do napačnih sklepov oziroma je svojo sodbo utemeljilo predvsem na mnenju sodnega izvedenca, ne pa na gradivu v celoti.</p>	
163.	<i>Sum pristranskosti sodnega izvedenca</i>
187.	
<p>Hkrati pa sklepam, da postopek ni bil korektno izpeljan in je bil v škodo osebi v postopku. Sodišče pri presoji in oblikovanju sklepa ni upoštevalo gradiva, ki so ga sodišču zagotovili zagovornica in najbližja oseba in ki priča tako o možnostih obravnave izven oddelka pod posebnim nadzorom kot o tem, da ne moremo predvidevati nevarnosti, kot jo zahteva čl. 39</p>	

ZDZdr.	
Obstaja sum, da je pričevanje izvedenca pristransko, najmanj pa nekonsistentno in da ni uporabil vsega gradiva, ki bi lahko (dokumentacija o zdravljenju in življenju v skupnosti).	
172.	<i>Pomanjkljivost pojasnitev sodnega izvedenstva</i>
178.	<i>Ugotovitve sodnega izvedenca</i>
<p>Izvedenec ni pojasnil svojega zaključka oziroma sklepa iz mnenja dne 29. 8. 2011, da »obstaja nevarnost fizičnega nasilja hude oblike.« Nasprotno, nikjer v obrazložitvi ali v zapisniku ni zaključka oziroma sklepa, da bi obstajala nevarnost hudega fizičnega nasilja. Odsotnost pojasnila si lahko pojasnjujemo ali tako, da izvedenec tega ne more pojasniti ali pa da je spremenil svoje mnenje. Če ne more pojasniti svojega zaključka, da »obstaja nevarnost fizičnega nasilja hude oblike«, potem lahko sklepamo, da take nevarnosti ni, ali pa da izvedenec svojih sklepov ni sposoben pojasnjevati. Bolj verjetno je, da si je izvedenec premislil, kar pa kaže na nezanesljivost in arbitrarnost njegovega izvedenstva. V vsakem primeru odsotnost pojasnila kaže na pomanjkljivost izvedenčevih izvajanj nasploh.</p> <p>Če povzamemo: izvedenec v času pregleda ni ugotovil <i>hudo motene presoje stvarnosti in sposobnosti obvladovanja vedenja</i>. Ugotavljal je, da je oseba nekritična do zdravljenja in ima pomanjkljiv uvid v svoje stanje. Ugotovil je tudi, da se utegne kritičnost v prihodnosti zaradi odklanjanja zdravil in zanikanja, da je bolan, še zmanjšati. Eksplicitno pa tega ni povezal z moteno presojo in neobvladovanjem ravnanja, tudi v prihodnosti ne.</p>	
188.	<i>Nestrokovno ravnanje izvedenca</i>
<p>Izvedenec je upošteval samo dokumentacijo, ki govori o bivanju v bolnišnici. Ni pregledal dokumentacije obravnave v skupnosti. Prav tako ni opravil heteroanamnestičnih pogovorov z izvajalci storitev v skupnosti, z najbližjo osebo, pa čeprav bi moral glede na svoje prepričanje o problematičnosti izjav osebe v postopku in zaradi pomanjkanja uvida v svoje stanje prav to storiti. S tem ni le izkazal nespoštovanja do kolegov, temveč je tudi zanemaril pomembne informacije, ki bi lahko bistveno prispevale k drugačnemu mnenju. Zanemarjanje dokumentacije kaže na pristranskost in selektivnost pri ustvarjanju mnenja. Iz njegovega mnenja je tudi jasno razvidno, da nima ekspertize s področja skupnostne psihiatrije in obravnave v skupnosti. Poleg tega je izvedenec večkrat v pogovoru slabšalno komentiral skupnostne službe, provociral udeleženske naroka z vprašanji o obstoju bolezni in se prezirljivo izražal glede postopkov po zakonu, češ da je to le papir ipd. S tem je pokazal, da je pristranski, da svojo nalogo dojema kot zaščito kolegov, ki so predlagali zadržanje, držal se je kot zagovornik zapiranja in ne kot izvedenec, ki naj bi zares preučil vse okoliščine in resnično ocenil, ali je zadržanje potrebno ali ne. Menimo, da ne gre za neodvisnega izvedenca, saj je bil dolga leta v službi v tej isti bolnišnici, poleg tega pa je kritičen do gibanja, ki mu pripadeta oseba v postopku in njegova najbližja oseba.</p>	
177.	<i>Sprejemanje pomoči</i>
<p>Poleg tega pa je sodišče zanemarilo ali spregledalo pomemben del preverjanja kritičnosti do svojega stanja. Ni ugotavljalo, ali je Peter W. pripravljen sprejemati tujo pomoč in sodelovati s strokovnjaki pri urejanju svojega življenja. Že to, kar je izjavil, torej dejstvo, da je njegova najbližja oseba delavka v prehodni stanovanjski skupini, načrt, ki ga je naredil skupaj s koordinatorico, pričajo o nasprotnem. Četudi smo morda v dvomih ali sprejema definicijo svojega stanja, kot mu jo ponujajo strokovnjaki, pa je povsem očitno, da sprejema njihovo pomoč. Sicer se ne bi odločil za prostovoljni sprejem na psihiatrično kliniko.</p>	
6.9. Socialno varstveni zavod	
226.	<i>Namestitev v zavod</i>
<p>Pri bolniku so terapevtske možnosti hospitalnega zdravljenja izčrpane. S sklepom Okrožnega sodišča v ..., dne 30. 1. 2009 je bil bolniku izrečen varnostni ukrep obveznega zdravljenja podaljšan le do 28. 2. 2009 s ciljem, da v tem času poskrbimo za premestitev v Zavod Hrastovec, s katero se bolnik strinja. Menimo, da bolnik vsaj v začetku potrebuje nastanitev v okviru zaprtega oddelka zavoda Hrastovec. Bolnika 2. 3. 2009 premeščamo v zavod Hrastovec.</p>	
249.	<i>Iz bolnišnice v zavod</i>
<p>Iz psihiatrične bolnišnice so me dali v Hrastovec, z rešilnim avtom so me odpeljali. Bil sem na odprtem oddelku Korenjaki, to mi je pasalo, da nisem bil več zaprt, sprehajal sem se zelo daleč od zavoda, samo da sem pravi čas prišel po tablete in večerjo. Tam so me označili kot zelo pridnega bolnika, ki vse upošteva, se vsega drži in je zelo prijazen.</p>	
6.10. Pripor	
244.	<i>Pripor</i>
<p>Ja – pripor, tja sem prišel drugi dan po tem, prvi dan sem bil na ..., potem pa v pripor, na ... V priporu sem bil štiri mesece, S. me je vsak teden – vsako sredo prišla obiskat in mi prinesla vse sorte stvari, v priporu mi je bilo dobro, sam sem bil v sobi in noben me ni tiriliziral. Žaloval nisem za očetom, niti spominjal se ga nisem, nočem se niti spominjati. Še toliko je bil hudoben, da namesto, da bi poklical v bolnico rešilca, da bi mu ozdravil ta zlomljena rebra, ki sem jih zlomil, je raje samomor naredil ... Kot je on brezvestno posiljeval mojo nosečo Marto, ki je hčerko Erno potem rodila, kot je on brezvestno maltretiral mojo mamo in mene.</p>	
245.	<i>Počutje v priporu</i>
<p>V priporu mi je bilo lepo, imel sem svoj televizor, radio, kuhalnik, mir svoj sem imel, ponoči sem bedel, čez dan spal, kadil sem cigarete, ker ni bilo več nobenega, ki bi me tiriliziral kot foter, tudi po najinem mirovnem sporazumu me je telepatško tiriliziral.</p>	
7. NEUMEŠČENOST IN PRIPADNOST	

7.1. Akcija, subjektivnost	
36.	<i>Socialna akcija</i>
53.	
Iz-hod je zelo pozitivna stvar, kdo si je to izmislil, je vsega spoštovanja vreden – napredna, pozitivna, okrepljujoča zadeva. V preteklosti so ga življenjske okoliščine pripeljale v SVZ Hrastovec, vendar pa je Peter vedno želel živeti izven zavoda, v skupnosti. Julija lani je civilna pobuda Iz-hod začela svojo pot v Hrastovcu. Peter se je iniciativi takoj pridružil, postal je del skupine in na koncu poti je vztrajal pri tem, da bo ostal v Ljubljani. Skupina Iz-hod je zagovorniško podprla to odločitev in mu preko Agencije IN uredila bivanjsko in socialno oskrbo v stanovanjski skupini.	
140.	<i>Udeležene socialne akcije</i>
Peter se je udeležil protestnega pohoda proti institucijam, njegov izhod iz ustanove je bil protest proti bivanju v ustanovi.	
7.2. Gibanje Iz-hod	
252.	<i>Iz-hod</i>
V Hrastovcu sem bil eno leto in pol, ta čas mi je hitro minil, potem pa je prišel Iz-hod. Ko sem spoznal, da so z Iz-hoda prišli na pomoč direktno k meni, sem bil zelo srečen in vesel. Vzeli so me ven. V Hrastovcu so se strinjali, da ostanem v Ljubljani in mi zaželeli vso srečo na novi življenjski poti.	
253.	<i>Odločitev za udeležbo pri Iz-hodu</i>
Za preselitev sem se odločil zato, ker je bilo pozitivno gledišče Iz-hoda, A. mi je še povedala, zakaj se gre, vesel sem bil, da mi je to bilo omogočeno. Da sem se rešil zavoda.	
254.	<i>Vtisi iz Iz-hoda</i>
Na pohodu sem se imel čudovito, zgodaj zjutraj smo se vstali, vsako jutro sem doživel sončni vzhod, rad sem imel cvetje po poteh, živel sem v neke vrste nirvani, Vito me je tekom pohoda do potankosti seznanil s smislom pohoda, držal sem se pravil, vse je potekalo dobro, sodeloval sem, tričetrť poti sem prehodil, četrt pa sem se z avtom vozil, potem sem pomagal vse pospraviti in smo se že peljali do naslednje destinacije. Na poti je bilo polno lepih zdravilnih zelišč, travic, zžil sem se z naravo, narava mi je temelj božjega.	
7.3. Pripadnost	
256.	<i>Religija</i>
260.	
261.	
Mene religioznost zelo zanima, ker sem totalno religiozen človek, najbolj pa me zanima indijska religiozna miselnost. V tem sem našel osebno zadovoljstvo, v proučevanju svetih knjige in knjige Shrimad Bhagavata. Hodil sem cerkev, najraje sem hodil v cerkev Janeza Krstnika – stolno cerkev v ..., nekateri duhovniki so mi finančno pomagali in v cerkev svete Device Marije. Tam sem tudi prebiral versko literaturo. V templju sem nekaj časa živel v Pregradi – na meji med Hrvaško in Slovenijo, prepeval sem Hare Krišna, Hare Rama, poslušal sem predavanja, bral knjige, tam sem se tudi ostrigel čisto na kratko, tam sem se ogromno naučil o življenju, vse kar sem potreboval, sem se naučil. Ko sem plesal in pel Hare Krišne in Hare Rama sem jokal, sem bil v zanosnem transu. Sem krščen, k obhajilu sem tudi šel, pa k birmi. Stric Avgust mi je bil boter, od očeta brat, sem dobil zlato uro. Foter ni bi veren, mama pa. Jaz povežujem vse religije, smisel je isti. Sem za mir, ljubezen, svobodo, proti vojnám – takšen svet bi rad. Želim si, da bi se revščina izkoreninila. Mir, harmonija in lepota bi zavladalo svetu.	
257.	<i>Življenjska filozofija</i>
Moja življenjska filozofija je popolna predanost Krišni in Radi. To me je popolnoma oblikovalo, podoba, kot sem sedaj in moje poglede na življenje. Ljudje bi morali biti rešeni drog, uživanja mesa in nezakonitih spolnih odnosov.	
258.	<i>Življenjska načela</i>
Moja življenjska načela so, da sem najboljši prijatelj vsem živim bitjem in da sem vsem enak in da imam ljubezen do vseh živih bitij in da kreiram univerzume in milijarde galaksij, osončij, po katerih potujemo neskončno, neskončno, neskončno. Ljubim svobodo in vesel sem, da me imajo punce rade in jih ljubim in sem jim najboljši prijatelj, imam njihove otroke rad, kot da bi bili moji.	

Priloga 6: Definiranje kategorij in pojmov

Kategorija namesto *hospitalizacije in institucionalizacije* vsebuje pojme, ki se nanašajo na uporabnikovo bivanje v skupnosti, skupnostno službo, ki izvaja program, v katerega je oseba vključena, vlogo koordinatorke oziroma koordinatorjev obravnave v skupnosti in procese dela, ki jih ti izvajajo, delo in postopke centra za socialno delo (brez koordinacije obravnave v skupnosti), ki se nanašajo na obdobje pred njegovo preselitvijo v skupnost ter različne vidike kriznega tima iz perspektive uporabnika in drugih oseb. Prva podkategorija *bivati v skupnosti* s pojmom *razlika med življenjem v zavodu in življenjem v skupnosti* razlaga uporabnikovo doživljanje razlik pri življenju v skupnosti in pri življenju v zavodu, razlike se nanašajo na njegovo splošno počutje, konkretne razlike, kot je npr. priprava hrane in uporabo zdravil. Pojem *zasebnost* pokaže, da mu veliko pomeni to, da ima svojo sobo, ki je prej ni imel. *Napredovanje* definira njegove pridobitve tekom življenja v skupnosti, *pri stanovanjski skupini* pa izvemo, da mu je tam lepo in informacije glede sostanovalcev. Druga podkategorija – *socialna služba* – se nanaša na uporabnikovo dožemanje dela socialne službe, pove nam, kakšna podpora mu največ pomeni in kaj najbolj potrebuje. Pojma *odnos zaposlenih in lastnostnih zaposlenih* so konkretne vrline, lastnosti in ravnanja, ki jih uporabnik pri zaposlenih v skupnostni službi ceni, pri pomanjkljivosti pa poda konkretne predloge za izboljšanje in kaj pogrša. Pojem *lastnosti prostovoljca* definira tip (kakšen naj bi bil) prostovoljca, ki uporabniku ustreza in pove, kaj s prostovoljci počne. *Zagovorništvo* je primer, kako delavka stanovanjske skupine v določenem postopku deluje zagovorniško. Podkategorija *koordinacija obravnave v skupnosti* predstavi potrditev uporabnikove vključenosti v koordinirano obravnavo v skupnosti in njegovo sodelovanje pri pripravi načrta. Pojem *zahteve koordinirane obravnave v skupnosti* je predstavitev zahtev glede vključitve v koordinacijo uporabnikove koordinatorke in način zastavljenega dela, pojem *mandat* pa se nanaša na to, kako lahko koordinator po ZDZdr dela timsko. *Vsebine osebnega načrta* so vsebine, ki se nanašajo na aktivnosti, strokovno delo vključenih, skratka povzetek vseh ravnanj, ki uporabniku omogočajo življenje v skupnosti. Ostali pojmi podkategorije se nanašajo na postopke koordinacije obravnave v skupnosti, vsebine dela in strokovne napake in kritike ter kršitev pravi uporabnika v postopkih. Pojem *koordinatorka obravnave v skupnosti in uporabnik* je uporabnikov odnos do nje in pohvala. Naslednja podkategorija *center za socialno delo* našteje in opiše vse postopke in ravnanja, ki jih je center za socialno delo opravil pred uporabnikovo preselitvijo v skupnost. Gre za klice, dopise, obiske in odločanja. Imena pojmov nam sama pojasnijo, kakšno vsebino pojem razlaga (na primer: *drugi obisk socialne delavke v bolnišnici* – zapis, ki si ga je socialna delavka zabeležila ob obisku, *strinjanje z mnenjem psihiatra brez udeležbe na zaslišanju* – odgovor socialne delavke sodišču, da se zaradi narave duševne bolezni strinja s prihodnjim mnenjem izvedenca). Podkategorija *krizni tim* z enakim pojmom opiše uporabnikov odnos do prejšnjega tima, s pojmom *aktivnosti kriznega tima* opiše, kaj bi uporabnik počel tekom kriznega tima, delo v času krize pa je navedba metod dela tekom krize.

Kategorija *delo* nam razloži uporabnikove želje glede dela, izkušnje z zaposlitvijo na splošno in med njegovim bivanjem v zavodu ter pojasni izobrazbo. V pojem *upokojitev* spada leto upokojitve. Pod kategorijo *denar* spadajo uporabnikove potrebe in želje glede denarja (pojem *pomanjkanje denarja*), način razpolaganja z denarjem v programu in pojasnitev pomoči, ki jo pri ravnanju z denarjem potrebuje ter njegove želje glede upravljanja z denarjem.

Pod kategorijo *vsakdanje življenje* spadajo podkategorije *prosti čas in veselje*, *droge* in *pomoč pri vsakdanjem življenju*. Prva kategorija nam s pojmom *glasba* pove, kakšne zvrsti glasbe uporabnik rad posluša, pojem *zabava* nam predstavi prostore in načine zabave, pojem *veselje* kaj ga veseli (aktivnosti, substance in osebe). Pojem *hobi* obširneje razloži, s kakšnimi hobiji se želi ukvarjati in kaj za to potrebuje in s čim se že ukvarja. Pojem *želje glede skupnih aktivnosti* razloži, kaj želi početi skupaj z drugimi ljudmi. Pojem *rekreacija* pa se nanaša na to, kaj je v preteklosti treniral in praktical (npr. gimnastika, joga). Druga kategorija razloži *izkušnje z drogami* – katere droge je užival in pove katero omamno substanco ima najraje in kako dolgo je že tako. Tretja kategorija *pomoč pri vsakodnevem življenju* in pojem z enakim imenom definirata tiste vsakodnevne

aktivnosti, ki jih uporabnik s socialnimi delavkami počne in en del opisa programa nevladne organizacije, ki se nanaša na pomoč pri aktivnostih vsakodnevnega življenja (gospodinjstvo, higiena).

Kategorija *nelagodje v interakciji* – to je nelagodje, ki ga imamo ljudje v stikih z drugimi ljudmi – nam razloži *interakcijske prekrške*. Interakcijske prekrške počnemo vsi. To so prekrški, ki jih počnemo v stiku z drugimi ljudmi; na primer: včasih preveč vstopamo v osebni prostor druge osebe, imamo odpeto zadrgo ipd. V tej kategoriji vidimo, kdaj je uporabniku nelagodno pred drugimi ljudmi (pojmem *sram*) in kdaj je drugim nelagodno zaradi njegovega vedenja. Pojem *nenavadno razmišljanje* je konkreten primer tovrstnega razmišljanja, *nenavadno govorjenje* je primer njegove nenavadne izjave tekom hospitalizacije, to vidimo tudi v pojmu *neprimerno vedenje v bolnišnici*, kjer je razvidno mišljenje oddelčne zdravnice glede njegovih nenavadnih izjav in obnašanja.

Kategorija *stiki in družabnost* je pojem, ki se nanaša na uporabnikove prijatelje in pomen prijateljstva zanj ter na uporabnikove želje glede partnerske zveze in ljubezni. V pojmu *spolnost* primerja svoje spolno življenje v zavodu in v stanovanjski skupini. Pojem *obiski v bolnišnici* v prvem delu razloži, kaj želi glede obiskov, v drugem delu pa je navedeno mnenje strokovne delavke glede obiskov v psihiatrični bolnišnici. Kategorija pojasni uporabnikov odnos do očeta in opiše, kakšen je oče bil in kaj je počel skozi uporabnikove oči ter njun odnos *po mamini smrti* in kako je očeta doživljal takrat. Pojem *prijatelji* razlaga njegove prijateljske mreže in njihove aktivnosti tekom mladostništva. Pojem *družinsko nasilje* opiše usodni dogodek, ki je pomemben del uporabnikove preteklosti.

Kategorija *institucionalna kariera* vsebuje podatke o večini uporabnikovih hospitalizacij, diagnozah, ki so mu jih določili pri sprejemih in vzrokih za hospitalizacije. Poleg tega je pri večini hospitalizacij vidno, kakšen je bil sprejem (z njegovim soglasjem ali brez), kakšen je v tistem trenutku bil njegov odnos do medikamentozne terapije, kako se je vedel in funkcioniral na oddelku in potem po odpustu. Posebej je obravnavana hospitalizacija tekom njegovega bivanja v stanovanjski skupini, skupaj z vzroki za le-to in nekaterimi drugimi okoliščinami. Iz pojmov kategorije izvemo, da je uporabnik imel nekajletni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in različna dogajanja v bolnišnici in izven nje v tem času. Pomemben del kategorije so zdravila; iz več pojmov je razviden uporabnikov odnos do zdravil in želje glede tega, nekatera mnenja glede zdravil s strani zdravnikov oziroma zdravnic ter povezava pojma *dobra socializacija z zdravili*. Iz prvega pojma lahko sklepamo, kako Peter vidi sebe v povezavi z »boleznijo«. Podkategorija *izkušnje s hospitalizacijami v psihiatrični bolnišnici* predstavlja dvanajst hospitalizacij tekom Petrovega življenja. Vsaka zapovrstna hospitalizacija je navedena kot posebna podkategorija in pri vsaki nam pojem *trajanje hospitalizacije* pove, koliko časa je trajala hospitalizacija in datume (npr. prva hospitalizacija: 21. 12. 1977–9.6.1978), pri nekaterih hospitalizacijah pa je navedeno tudi točno število hospitalnih dni. Pri večini hospitalizacij je obrazložen vzrok hospitalizacije, kot so ga v poročilih zapisali zdravniki in uporabnikovo stanje ob prihodu, med hospitalizacijo in po odpustu. Vsaka podkategorija pove določeno diagnozo oziroma več diagnoz, ki so bile določene ob sprejemu. Podkategorija *hospitalizacija tekom bivanja v stanovanjski skupini* razloži vzrok zadržanja na zaprtem oddelku in nekatere okoliščine hospitalizacije, v pojmu *zdravljenje* pa izvedenčevo mnenje glede razloga za zadržanje na zaprtem oddelku. *Razlog za zadržanje in vzrok zadržanja na odprtem oddelku* pa je mnenje Petrove najbližje osebe glede pridržanja na varovanem oddelku. Iz pojma *prostovoljna hospitalizacija* izvemo, da je bil prihod v bolnišnico prostovoljen. Pojmi razložijo Petrovo videnje lastnega vedenja na oddelku (pojmem *vedenje v bolnišnici*) in katere pravice so mu na oddelku omejili ter nekatere druge *postopkovne napake psihiatrične bolnišnice*. Pojem *ambulantno zdravljenje* pa definira en del vloge ambulantne zdravnice pri nadaljnjem zdravljenju po odpustu. Podkategorija psihiatrična bolnišnica vsebuje informacije o začetku, vzroku in prenehanju Petrovega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja. S pojmom *mnenje glede postavitve skrbnika in predlog za postavitve skrbnika* vidimo sodelovanje bolnišnice in centra za socialno delo glede pravnih postopkov. Vidimo tudi uporabnikovo mnenje glede lastnih izkušenj z bolnišnicami in njegov odziv na mnenje zdravniškega konzilija glede njegovega življenja v skupnosti. Podkategorija *zdravila* vključuje različna mnenja glede Petrovega jemanja in zavračanja zdravil – njegovo lastno mnenje, mnenje ambulantne psihiatrinje in sodnega izvedenca. V pojmu *izstop iz zavoda*

je razvidno, da se je Peter odločil zapustiti zavod, v pojmu *svoboda* pa razlogi za to. Podkategorija *odnos do zdravja in bolezni* prikaže kritiko uporabnikovega odnosa do bolezni in zdravstvenega stanja s strani oddelčne zdravnice, sodnega izvedenca in razlago najbližje osebe. Pojem *diagnoza* razlaga uporabnikovo razmišljanje glede diagnoz, ki naj bi jih imel. Pod pojem *duševna bolezen* pa spada mnenje sodnega izvedenca, za kakšno duševno bolezen gre pri Petru, v drugem delu pa kritiko na to. Pojma *ogrožanje* in *nevarnost* zavzemata izjave sodnega izvedenca in oddelčne zdravnice glede Petrove potencialne nevarnosti in ogrožanja drugih ljudi. Pod različnimi pojmi so tudi razlage, ki izjave pojasnjujejo. Pojem *analiza tveganja* prikaže povzetek vsebine analize tveganja. Pod podkategorijo *sodišče* spadajo različni deli pritožb, ki se nanašajo na kritiko dela sodnega izvedenca in napake sodišča v postopkih. Podkategorija *socialno varstveni zavod* nam pove, kdaj in v kakšnem postopku je bil uporabnik nameščen v socialno varstveni zavod in kje je živel pred tem. Zadnja podkategorija institucionalne kariere je *pripor*, iz katerega je razvidno, kako dolgo je bil uporabnik tam, kakšne stike je imel in kaj je počel, v pojmu *počutje v priporu* pa je zabeleženo njegovo počutje tam in opis vsakdana.

Kategorija *neumeščenost in pripadnost* govori o uporabnikovi udeležbi pri socialni akciji in o pripadnosti religijam ter o življenjski modrosti. Podkategorija *socialna akcija* vsebuje podatke in okoliščine o uporabnikovi vključenosti v socialno akcijo. Podkategorija *gibanje Iz-hod* prikaže vzroke za uporabnikovo udeležbo pri Iz-hodu in lastne vtise iz pohoda, razloži, kako se je imel in kako je hodil, kaj mu je bilo posebej lepo. Podkategorija *pripadnost* opiše uporabnikovo verovanje in načine udejstvovanja pri verskih aktivnostih v preteklosti ter razloži njegovo življenjsko filozofijo in načela.

10. POVZETEK

Za ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, je podpora v Sloveniji izredno institucionalizirana in sistemsko neurejena. Storitve dolgotrajne oskrbe potrebujejo ljudje, ki ne (z)morejo popolnoma poskrbeti zase, ne obvladujejo vseh življenjskih situacij in potrebujejo kontinuirano pomoč in podporo za ohranjanje kvalitete in dostojanstva svojega življenja ter svoje eksistence nasploh. Ena izmed skupin prebivalstva, ki bi potrebovala sodobnejši, torej skupnosten model dolgotrajne podpore, so ljudje z dolgotrajnimi duševnimi stiskami. Ko ljudje potrebujejo pomoč, imajo v osnovi na izbiro psihiatrično bolnišnico. Pri nas so psihiatrični pristopi in modeli ter celoten zdravstveni sistem na tem področju precej zaostali za večjim delom evropskih držav ter v osnovi usmerjeni strogo medicinsko, institucionalno in neenakopravno. Človekova stiska pa je globoko, široko in kompleksno vprašanje, nanj se ne da odgovoriti zgolj s psihofarmakološkimi izdelki, ki po pričevanjih ekspertov, tj. iz njihovih izkušenj, bolj škodijo oziroma pomenijo še eno težavo več. Prav tako so vprašljivi zaprti oddelki in zdravljenje brez soglasja. Obveljal je tudi mit o nevarnosti ljudi s psihiatrično diagnozo. Nekateri pravijo, da je zapiranje »preganjanje« duševnih bolnikov pod krinko pomoči, kot so včasih preganjali čarovnice, imeli učbenike, po katerih so čarovnico »diagnosticirali« in jo v »skupno dobro« zažgali. Raziskave kažejo, da ljudje, ki imajo težave v duševnem zdravju, niso nič bolj nasilni kot kdor koli drug, velikokrat pa je nasilje posledica dolgoletnega nasilja nad njimi samimi, ki ga utrpijo več kot drugi ljudje zaradi njih. V tej točki pa se postavlja pomembno vprašanje temeljnih človekovih in državljskih pravic.

Glavni akter empiričnega dela diplomske naloge je človek, ki je velik del svojega življenja preživel v institucijah, še posebej v psihiatričnih bolnišnicah. Raziskava je kvalitativna singularna študija primera, saj je raziskovanje potekalo na podlagi posameznega primera in ga sestavlja osnovno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu. V raziskovanju me je zanimala njegova institucionalna kariera, potrebe in odgovori nanje ter vloga centrov za socialno delo v njegovem življenju. Raziskovalno dokumentacijo sem dobila iz treh različnih ustanov, v delo katerih je bil uporabnik vključen: iz psihiatrične bolnišnice, centra za socialno delo in nevladne organizacije, dopolnila sem jo še z obsežnim delno strukturiranim intervjujem z uporabnikom, ki zajema njegovo celotno življenjsko zgodbo in pozornost usmeri temo potreb, želja v povezavi z življenjem v skupnosti. Podatke sem obdelala s kvalitativno analizo. Iz urejenega gradiva sem določila enote kodiranja in jim pripisala pojme.

V naslednji fazi sem pojme med seboj primerjala in jih kategorizirala. Nato sem na kratko analizirala pojme in kategorije ter odkrivala značilnosti pojmov in njihove vrednosti. V naslednji fazi sem izmed velikega števila pojmov in podkategorij izbrala tiste, ki so se mi zdeli relevantni za problem in namen raziskave. Nekatero pojme, ki so se nanašali na podobno ali enako vsebino, sem združila in še enkrat uredila kategorizacijo. V zadnji fazi obdelave in analize podatkov sem kategorije, podkategorije in pojme definirala. Na podlagi empiričnega gradiva sem oblikovala besedilo, s katerim sem izrazila bistvo pojmov in kategorij ter jim določila pomen.

Peter je skoraj polovico življenja – če gledamo obdobje po prvi hospitalizaciji – preživel v institucijah. Tekom njegove kariere je malo manj kot 12 let preživel v psihiatričnih bolnišnicah, eno leto in štiri mesece v socialnovarstvenem zavodu ter štiri mesece v priporu. Dolgoletno bivanje v bolnišnicah je povzročilo hospitalizem, delo bolnišnic pa je bilo omejeno na nadzor in diagnoze ter bolezni. Sodišča se v postopkih niso postavila na njegovo stran in so odločitve prepuščala izvedencem psihiatrom, center za socialno delo pa ga ni zaščitil tam, kjer bi zaščito potreboval, v nekaterih primerih pa je povzročil konkretno škodo. Centri so probleme reševali z birokratskimi postopki, s prelaganjem odgovornosti na druge in ne z metodami socialnega dela. Primer dobre prakse je vključitev v koordinacijo obravnave v skupnosti in strokovno delo koordinatorke. Peter je bil človek, ujet v mehanizme institucionaliziranega in nečloveškega sistema socialnega in zdravstvenega varstva. Ustanove niso upoštevale in delale na dejavnikih, kot so njegova osamljenost, potreba po svobodi in hkrati po podpori, temveč so njegovo stisko zreducirale na bolezen, problem na pomanjkanje uvida v bolezen in določile, da potrebuje nadzor in institucijo. Peter je dokazal nasprotno in se v okviru gibanja Iz-hod preselil iz zavoda. Živi v stanovanjski skupini, kjer mu skupnostna služba nudi podporo pri vsakodnevnem življenju. Želi dobiti delo, več denarja, si poiskati partnerko in aktivno preživljati svoj prosti čas. Vstopil je v civilno življenje, v katerem se srečuje tudi s težavami in duhovi preteklosti. Želi biti svoboden in enakopraven član družbe. Namen naloge je bil raziskati tudi to, kako mu pri tem pomagati in mu zagotoviti pravico do dostojnega življenja.

Zatiralen psihiatričen pristop ni stvar preteklosti, sistem socialnega in zdravstvenega varstva se mora preoblikovati tako, da bo omogočil vsem ljudem življenje med drugimi ljudmi, ustrezno socialno podporo ljudem, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, socialno delo pa se mora zavezati k lastni etiki, se vključiti v sistemske spremembe in krepi lastno moč.

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Monika Bohinec, vpisana na Fakulteto za socialno delo v študijskem letu 2006/2007 kot redna študentka, izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom *Institucionalizacija ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami* in podnaslovom *Študija primera človeka v primežu psihiatrije*, napisala samostojno s korektnim navajanjem virov in ob pomoči mentorice doc. dr. Jane Mali.

Datum: 24. 10. 2011

Podpis: