

socijalno delo

S

Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani

letnik **64** – JANUAR–JUNIJ 2025 – št. **1-2**

Izdajatelj
Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani
Vse pravice pridržane

Glavna urednica
Vera Grebenc

Odgovorni urednik
Borut Petrovič Jesenovec

Uredniški odbor
Barbara Černač, Srečo Dragoš,
Nina Mešl, Tamara Rape Žiberna,
Irena Šumi, Mojca Urek, Darja Zaviršek

Uredniški svet
Gordana Berc, Lena Dominelli,
Shirley Gabel Gaetano, Subhangi Herath,
Duška Knežević Hočevar, Roman Kuhar,
Chu-Li Julie Liu, Rea Maglajlić, Jana Mali,
Theano Kallinikaki, Dragan Petrovec,
Paula Pinto, Francka Premzel, Shula Ramon,
Liljana Rihter, Alessandro Siccora,
Lea Šugman Bohinc, Mirjana Ule

In memoriam
Jo Campling, Bogdan Lešnik
Avtor fotografije na platnicah: Vili Lamovšek

Naslov
Topniška 31, 1000 Ljubljana
tel. (01) 2809 273
socialno.delo@fsd.uni-lj.si

Spletna stran
<https://www.revija-socialodelo.si/>

Tisk: CAMERA, d.o.o., Ljubljana

Naročnina (cena letnika)
za pravne osebe € 55,00
za fizične osebe € 27,00 (študentje € 23,00)
enojna številka € 13,50, dvojna številka € 27,00

Vključenost v podatkovne baze
International Bibliography of the Social Sciences
(IBSS),
ERIH PLUS
EBSCO SocIndex with Full Text

Na leto izidejo štiri številke.

Subvencija: Javna agencija za
raziskovalno dejavnost Republike Slovenije

Smernice, kako pripraviti in predložiti prispevek za
objavo, se nahajajo na spletnih straneh revije.

Besedila, objavljena v reviji Socialno delo,
so ponujena pod licenco Creative Commons:
CC BY-SA.

doi: 10.51741/sd.2025.64.1-2

TEMATSKA ŠTEVILKA –
»DEZINSTITUCIONALIZACIJA ..., TA BESEDA!«

Gosta urednika: Mojca Urek in Juš Škraban

Dezinstitucionalizacija v gibanju: sodobni dosežki, protislovja in učenje

Dezinstitucionalizacija pomeni vzpostavljanje skupnostnih služb in hkratno zapiranje ustanov (zavodov). To je ob koncu 20. stoletja postalo univerzalna politika mednarodnih organizacij, kot je Svetovna zdravstvena organizacija, pravica do življenja v skupnosti pa je eden od sestavnih delov Konvencije Združenih narodov o pravicah ljudi z ovirami. Večina zahodnoevropskih držav je že uvedla potrebne reforme na področju duševnega zdravja, izrazitejši evropska platforma in politika pa sta bili v zadnjih letih gonilna sila, da se je proces prehoda v skupnost končno začel tudi v številnih državah Srednje in Vzhodne Evrope, v nekaterih od njih pa dobil nov zagon, kot to velja za Slovenijo.

Evropski »zemljevid oskrbe« se je z leti zelo spremenil in tako zdaj vključuje od stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, podpore pri zaposlovanju, zagovorništva, uporabniških združenj, vrstniške podpore, skupin svojcev, osebne pomoči, koordinirane oskrbe, kriznih služb na terenu do mobilnih ekip in številnih drugih oblik, ki so se pojavile in se še vedno razvijajo v praznem prostoru odgovorov na potrebe po različnih vrstah podpore v skupnosti.

Da bi razmišljali o trenutnem stanju dezinstitucionalizacije, je 1. junija 2023 v Lipici skupina organizacij (Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, Dom na Krasu, Inštitut RS za socialno varstvo, Sonček – Zveza društev za cerebralno paralizo Slovenije, Društvo SVIZCI – Uporabniško društvo za duševno zdravje, v sodelovanju z evropsko mrežo »ENTER Mental Health Network«) organizirala mednarodno konferenco »Dezinstitucionalizacija ... ta beseda!«. Udeležilo se je več kot 160 strokovnjakov, raziskovalcev in ljudi z lastnimi izkušnjami iz kar 19 evropskih držav: Slovenije, Italije, Avstrije, Združenega kraljestva, Irske, Poljske, Finske, Danske, Malte, Francije, Bosne in Hercegovine, Hrvaške, Češke, Madžarske, Grčije, Latvije, Litve, Nemčije in Portugalske.

Konferenca je bila predvsem festival dosežkov, predstavitev najboljših praks, izsledkov raziskav in izkušenj z izobraževanjem, hkrati pa tudi prostor za kritičen premislek in transformativne ideje, kako premagati protislovja, kot so deklarativna politična podpora procesom dezinstitucionalizacije ob hkratnem povečevanju zmogljivosti varovanih oddelkov v zavodih za odrasle in otroke, odpor civilnih iniciativ v soseskah ali trdoživi institucionalna miselnost in praksa, ki se lahko obdrži tudi v skupnosti. Omogočili



smo tudi priložnost za teme, ki se porajajo na stičišču večkratne izključenosti (mladi, starejši, starševstvo, zasvojenosti, dvojne diagnoze, brezdomstvo, zaporniki idr.).

Posebno pozornost smo namenili alternativnim načinom obvladovanja tveganj brez prisile in zapiranja, posebej pa smo izpostavili tudi različne evropske uporabniške pobude, ki so bile in so še vedno neizogibno povezane z dezinstitutionalizacijo. Koncepti, kot sta vrstniška podpora in vrstniško zagovorništvo, poudarjajo lastno iniciativo in delovanje ljudi v svojem življenju in lastno definicijo podpore. Uporabniške iniciative se – tudi zaradi neustreznega financiranja in statusa – pogosto spopadajo z razvrstjenjem njihovega znanja s strani prevladujočega sistema duševnega zdravja. Raziskali smo tudi dobre primere, ki omogočajo podporo pri zaposlovanju in s tem prehod od prejemnika storitev k sodelavcu.

Znanstveni in strokovni članki in poročila so nastali v zadnjih dveh letih po zdaj že znameniti »lipiški konferenci«, navdahnjeni so z njo in so njen odmev, kažejo pa tudi razvoj, ki se je zgodil v času po njej.

Med znanstvenimi članki naj najprej opozoriva na članek Roberta Mezzine, psihiatra, ki je več kot 40 let delal v skupnostnih službah za duševno zdravje v Trstu. V članku analizira »tržaško izkušnjo«, ki dokazuje, da je podporo ne le lahko, ampak edino mogoče organizirati brez azilov, na način, da spodbujamo subjektivnost, krepitev moči, okrevanje in socialno vključevanje, na temelju upoštevanja človekovih pravic in na načelih odprtih vrat, neomejevanja, gostoljubnosti in pogajanj. Da bi to dosegli, je treba prenesti moč ljudem s težavami z duševnim zdravjem kot državljanom, prenesti vire iz institucij na storitve v skupnosti in omogočiti programe, ki združujejo socialno in zdravstveno oskrbo. Posameznika je treba umestiti v središče sistema, skupaj z njegovimi človekovimi in socialnimi pravicami ter potrebami, v perspektivi, ki temelji na »celotnem življenju« človeka.

Juš Škraban v svojem članku predstavi rezultate raziskave o postopkih nameščanja na varovani oddelek v posebnem socialnovarstvenem zavodu in odpustov z njega. Bralce napoti zlasti na razumevanje teme iz perspektive človekovih pravic in na uvajanje socialnodelovnih metod pri dezinstitutionalizaciji teh oddelkov za produktivnejše ravnanje s tveganji.

Angleški avtorici in avtor Joanna Fox, Shulamit Ramon in Raf Hamaizia predstavijo evalvacijo nekaterih inovativnih pristopov pri delu z ženskami, ki so bile zaradi samopoškodbenega vedenja prisilno sprejete na zaprti oddelek psihiatrične bolnišnice. Pristopi, ki sestavljajo celovito podporo, vključujejo predvsem uvedbo »strokovnjakov z osebnimi izkušnjami«, ki redno obiskujejo sprejete ženske na oddelkih in omogočajo prerazporeditev moči in krepitev glasu uporabnikov. Drugi pristop je osebno načrtovanje, pri katerem sta odpust in prehod nazaj v skupnost v ospredju načrtovanja. Dialektično-vedenjsko psihoterapijo pa dopolnjuje praksa skupnega odločanja (*shared decision making*). Kot avtorici in avtor sami poimenujejo te pristope, gre za »dezinstitutionalizacijo znotraj institucije«.

Naslednja članka vsak po svoje obravnavata uporabniško vključevanje in se med seboj dopolnjujeta. Vito Flaker s preglednim člankom prispeva k teoretskim in konceptualnim pojmovanjem vključevanja uporabnikov, ki ga razume kot »dodajanje kolektivne in skupnostne dimenzije sicer pogosto individualno zasnovani oskrbi«, in pri tem izlušči štiri obraze vključevanja: samoupravljanje oskrbe, podporo pri vključevanju, obnavljanje in krepitev mrež ter skupnostne akcije.

Katarina Mauch predstavi ožji segment širšega raziskovalnega procesa v okviru projekta dezinstitutionalizacije »Doma na Krasu«, in sicer pojasni pomen uporabniške perspektive pri »prehodu iz izključujočih k vključujočim življenjskim prostorom v okviru projekta Doma na Krasu«. Kritično analizira zlasti, kje vse vključevanje ni popolnoma uspelo (npr. pri načrtovanju preobrazbe, določanju kraja selitve, opremljanju prostorov, informiranju o procesih preobrazbe) in kaj se lahko iz te izkušnje naučimo. Pri tem opozarja pred nevarnostjo navideznega vključevanja (npr. vključevanje uporabnikov v delovne skupine, tam pa jih zaposleni preslišijo ali preglasujejo). Avtorica poudari, da je socialno delo ključno pri tem, da ljudi podpre pri preselitvi in ustvarjanju svojega doma v skupnosti, a je pomembno, na katero stran se v procesu preobrazbe postavi in kako uporablja metode, ki so v izhodišču namenjene krepitvi moči uporabnikov.

Z iniciativami, ki jih vodijo uporabniki, se ukvarja tudi članek avtoric in avtorjev iz Bosne in Hercegovine Bojana Šošića, Esmine Avdibegović, Nejre Tinjić in Vahida Djulovića. Izzive uporabniških pobud, kot so stigma, neplačano delo uporabnikov, odvisnost od financerjev, prevlada strokovnjakov, neenakopravno državljanstvo in podobno, predstavijo na podlagi izkušnje uporabniškega združenja Feniks iz Tuzle.

Članek Jošta Cafute Mačka temelji na analizi učinka taborov na učenje o dezinstitutionalizaciji, ki so jih v študijskem letu 2015/2016 študentje z mentorji v okviru študijske prakse na Fakulteti za socialno delo izvedli v treh različnih zavodih za ljudi s težavami z duševnim zdravjem v Srbiji. Avtor argumentira, zakaj mora biti učenje o dezinstitutionalizaciji in zanjo nujno dialoško, proces, v katerem se študentje in učitelji ukvarjajo s protislovji pojmovanja »objekta raziskovanja«. Tabori dezinstitutionalizacije kot oblika učenja in poučevanja so izrazito dialoški in nehierarhični, saj bi sicer izgubili svoje osnovno poslanstvo skupnega ustvarjanja znanja.

Znanstvene prispevke v tej tematski številki dopolnjujejo tudi strokovni in drugi prispevki.

Nataša Novak analizira izkušnje lastnega dela koordinatorke obravnave v skupnosti, natančneje pri reševanju finančne in energijske revščine v konkretnem primeru. V prispevku opiše svoje številne delovne uspehe, hkrati pa opozarja tudi na nezadostnost trenutne mreže storitev za podporo v skupnosti.

Tone Vrhovnik Straka se v svojem eseu ukvarja z etičnimi vidiki podpore. Predstavi več etičnih pristopov in jih umesti v kontekst podpore na področju duševnega zdravja. Pri iskanju najboljše paradigme za etično podporo

nekomu, ki je zaradi akutne duševne stiske začasno neavtonomen pri svojem odločanju, najde oporo v Juulovi pedagogiki.

Prispevek Suzane Oreški je poročilo o pomembni iniciativi Svetovne zdravstvene organizacije z naslovom *WHO QualityRights*. Avtorica opiše omenjeno iniciativo, podrobneje pa poroča o usposabljanju, ki so ga mednarodni strokovnjaki organizirali tudi v Sloveniji o zmanjševanju uporabe prisilnih ukrepov in se ga je udeležilo osebje psihiatričnih bolnišnic in nekaterih socialnovarstvenih zavodov.

Tematsko številko sklene intervju Andraža Rožmana z Andrejo Rafaelič, vodjo operacije Center za usmerjanje deinstitucionalizacije na Inštitutu RS za socialno varstvo. Poda pregled trenutnega stanja deinstitucionalizacije v Sloveniji in predstavi ključne aktivnosti, ki jih lahko pričakujemo v kratkoročni prihodnosti.

Dezinstitucionalizacija je beseda, ki jo večina ljudi težko izgovori. Pogosto se ustavijo nekje na sredini in rečejo: »No ..., ta beseda.« Včasih s tem povedo tudi, da je deinstitucionalizacija prezahtevna, da bi se z njo spopadli. Vabiva vas k branju tematske številke in njenih prispevkov k različnemu in aktualnemu razumevanju »te besede« v evropski perspektivi in upava, da vas spodbudi k njenemu udejanjanju v praksi.

Mojca Urek in Juš Škraban

Roberto Mezzina

Deinstitutionalization today: person-centered focus and system change toward community mental health

Long term institutions have been for many years considered as relics of the past, but they still absorb the majority of economic resources of mental healthcare and are vehemently resisting to change. Most reforms in Europe are now trying to develop community services, which are integrated within welfare systems and social networks, but they are loosely coupled with a radical institutional transformation. Deinstitutionalization is mentioned in many international charters and documents, as the WHO Report and the UN Committee for Convention on the Rights of Persons with Disabilities. While there is a substantial agreement on the basic definition as far as it is referred to patients (e.g., the release from the institution), nonetheless the process is widely misunderstood. It regards not just the downsizing, and final closure of total institutions, or the discharge of their patients, but a whole system change and moreover a full transformation of psychiatry towards community mental health. Deinstitutionalization must be seen as the main strategy to overturn old forms of oppression of people with mental health conditions and disabilities and to mobilize resources and supports for their recovery and social integration. Community-based services can promote the response to needs and the fulfillment of citizenship rights by catalyzing resources and opportunities. The Italian experience, and especially the one in Trieste, is a demonstration that this is possible, by acting in a way that fosters subjectivity, empowerment, recovery and social inclusion, while embracing a human rights approach (e.g. principles of open door, no restraint). To complete deinstitutionalization of mental healthcare, we thus need the convergence of human rights, person-centered and recovery approaches with comprehensive, strong, and responsive community-centric services.

Key words: psychiatric institutions, human rights, social inclusion, recovery, community-based care.

Roberto Mezzina, PhD, psychiatrist, is Chair of the International Mental Health Collaborating Network, and Vice President (for Program Development) of the World Federation for Mental Health. He worked for more than 40 years in Trieste Mental Health Services, that is a model for the WHO, and was also Director of the Mental Health Department of Trieste till 2019. Contact: romezzin@gmail.com

Deinstitutionalizacija danes: osredotočenost na osebo in spreminjanje sistema v smeri skupnostne skrbi za duševno zdravje

Totalne ustanove že veliko let veljajo za relikte preteklosti, vendar še vedno poberejo večino ekonomskih virov za duševno zdravje in se trdovratno upirajo spremembam. Večina reform v Evropi zdaj poskuša razviti skupnostne storitve, ki so integrirane v socialne sisteme in socialna omrežja, vendar so slabo povezane s korenito institucionalno preobrazbo. Deinstitutionalizacija je omenjena v številnih mednarodnih dokumentih, kot so poročila Svetovne zdravstvene organizacije in Odbor ZN za konvencijo o pravicah invalidov. Čeprav obstaja pomembno soglasje glede osnovne definicije deinstitutionalizacije, ko gre za paciente (npr. odpust iz ustanove), pa je proces na splošno napačno razumljen. Gre ne le za zmanjševanje števila in zaprtje totalnih institucij ali odpust njihovih pacientov, temveč za celotno sistemsko spremembo, še več, za popolno transformacijo psihiatrije v smeri skupnostne skrbi za duševno zdravje. Deinstitutionalizacija mora biti pglavitna strategija za premagovanje starih oblik zatiranja ljudi z duševnimi težavami in ovirami ter za mobilizacijo virov in podpore za njihovo okrevanje in socialno integracijo. Skupnostne storitve lahko promovirajo odziv na potrebe in uresničevanje pravic do državljanstva z aktivacijo virov in priložnosti. Italijanska izkušnja, še posebej ta v Trstu, dokazuje, da je to mogoče, če delujemo na način, ki spodbuja subjektivnost, krepitev moči, okrevanje in socialno vključenost, pri tem pa upoštevamo človekove pravice (npr. načelo odprtih vrat, nobene prisile). Za dokončanje deinstitutionalizacije na področju duševnega zdravja potrebujemo sinergijo človekovih pravic, pristopov, osredotočenih na posameznika in okrevanje, ter obsežne, učinkovite in odzivne skupnostno usmerjene storitve.

Ključne besede: psihiatrične ustanove, človekove pravice, socialna vključenost, okrevanje, skupnostna oskrba.

Dr. Roberto Mezzina, psihiater, je predsednik Mednarodne mreže za duševno zdravje in podpredsednik (za programski razvoj) Svetovne federacije za duševno zdravje. Več kot 40 let je delal v Službah za duševno zdravje v Trstu, ki je model za Svetovno zdravstveno organizacijo. Do leta 2019 je vodil Oddelek za duševno zdravje v Trstu. Kontakt: romezzin@gmail.com



0000-0001-9727-3280

Introduction: defining deinstitutionalization and its legal framework

A large part of mental healthcare (and related expenditures, about 70% worldwide, WHO, 2021a) is still dominated by psychiatric institutions, with slow reduction in the number of beds in such institutions and insufficient development of alternatives. Sometimes these are also hindered by (mostly insurance-based) financial systems that are rigidly linked to remuneration of hospitalization instead of outpatient care.

The lack of synchronicity in closing or downsizing institution-based services with scaling-up community-based services has engendered a whole list of problems. This is observed in the wake of “trans-institutionalization,” or the act of transferring patients from mental hospitals to other institutions such as homeless shelters, custodial institutions, and prisons. For twenty years epidemiological research has suggested a European trend towards “re-institutionalization” of care (Priebe *et al.*, 2005), marked by the rising number of involuntary treatments, as well as the residential and supported housing facilities, forensic psychiatric beds and penitentiaries (e.g. correctional facilities, jails, prisons), in addition to existing asylums, mental hospitals and private clinics.

The knowledge gained in the course of deinstitutionalization processes is related to the complexity of each person’s existence, and thus focused on the subjective needs of recovery and social inclusion. Especially from the enforcement of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, deinstitutionalization is still mentioned in recent international charters and documents, as the WHO Report and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities Committee guidelines. Recently, the latter issued recommendations on deinstitutionalization (OHCHR, 2022). Deinstitutionalization comprises interconnected processes that should focus on restoring autonomy, choice and control to persons with disabilities as to how, where and with whom they decide to live. The focus is on the individual in the achievement of human rights: services as community-based supports for independent life and social participation, and personal assistance.

Guidelines were issued some years ago by a EU Expert Group, in order to address the delivery of dedicated funds to countries. Very clearly, they define an institution as

any residential care where residents are isolated from the broader community and/or compelled to live together, do not have sufficient control over their lives and over decisions which affect them; and the requirements of the organization itself tend to take precedence over the residents’ individual needs. (European Union, 2012)

The legal framework included, as key components, the right to live in the community, access to mainstream services and facilities, affirmation of legal capacity by reducing guardianship, involuntary placement and involuntary

treatment, and provision of community-based services. Developing individual plans, supporting also carers and communities, and developing appropriate workforce, are other components of these Guidelines, then reinforced by a more recent guidance (European Union, 2022).

Deinstitutionalization is therefore seen as the main strategy to overturn old forms of oppression of people with mental health conditions and disabilities, and to mobilize resources and supports for their recovery and social integration. Anyway, while there is a substantial agreement on the basic definition of deinstitutionalization as far as it is referred to individuals as inpatients (e.g., the release from the institution where the process of institutionalization confined them), nonetheless the process that this entails is poorly focused and widely misunderstood. It regards not just the downsizing, and final closure of total institutions as asylums, or the discharge of their patients, but a whole system change and moreover a full transformation of psychiatry towards community mental health. This can require a variety of approaches and models.

“Deinstitutionalization involves simultaneously increasing discharges, reducing admissions, and scaling up care in the community” (WHO, 2022, p. 200). This latter is defined as to “build up a network of coordinated and linked community-based mental health services and social care to support anyone living with a mental health condition.”

Community-based services can be developed autonomously from the process of phasing out psychiatric institutions, but anyway, as suggested by WHO, they must be linked to the overall process of shifting the focus of care, and thus they can promote the response to needs and the fulfillment of citizenship rights by catalyzing resources and opportunities.

Sustaining country reforms

The Italian example: forty-year development

In a key essay that stressed the originality of the Italian way of deinstitutionalization (De Leonardis *et al.*, 1986), Italian authors listed the fundamentals of this transformation process, defined as a “homeopathic process”, as it has been done in Italy, and particularly in Trieste:

- mobilizing all the actors involved in the system of institutional action;
- giving absolute priority to transforming the power relations existing between the institution and all the subjects with which it is involved, beginning with the patients;
- understanding deinstitutionalization as a homeopathic process that uses the internal energies of the institution in order to dismantle and deconstruct it;
- “freeing society from the need for internment” by establishing completely alternative services.

Deinstitutionalization does away with the necessity for detention by constructing services which are a complete substitute for it. (De Leonardis *et al.*, 1986)

Deinstitutionalization has been completed in Italy till the very closure of all psychiatric hospitals in two decades (1978–1999). After another 20 year period also forensic hospitals were overcome (2014–2018) (Barbui *et al.*, 2018; Mezzina, 2018).

The suppression of the psychiatric hospital, in its central role, should coincide with the creation of networks of totally alternative services capable of providing care for a given population (as in sector policies), but which stresses recovery and re-inclusion of inpatients.

Europe and beyond

Despite the significant disparities due to national and local contexts, I believe that while this process can be instigated by a top-down impetus and be guided by a responsible institutional leadership, it can only be fully achieved thanks to a bottom-up process which mobilizes its actors and resources.

Many countries are stuck nowadays in the process of transition and are re-building new “modern” mental hospitals (as in the UK, Australia); some countries’ reforms even don’t include processes of deinstitutionalization.

In Latin America, important achievements marked the action of PAHO and international cooperation in the Caribbean (e.g. the Dominican Republic), but the focus is mostly on integrating mental health in primary care. The most important action, and the benchmark, of transition from psychiatric institutions (hospitals) to community-based care is still offered by Brazil and, quite recently, by Peru (WHO, 2022).

There is a consistent variation in the provision of institutional care across the world. Especially in East Europe, a result of old forms of state provision (we can call it “archaic welfare”), a form of medium and long term institutionalization is realized by a wide number of “social” institutions, run by separate ministries.

In this context, Slovenia has declared a policy on deinstitutionalization in social care, due to the presence of long-term institutions as separate for the 5 psychiatric hospitals which belong to health care. These efforts have been piloted through projects run by EU structural funds, which are anyway hindered by a number of factors resulting in resistance to change. Even when residential solutions, such as group homes and shared flats, supported by new community teams run by social care, are in place and people started to be discharged, the lack of linkage with a network of multidisciplinary community mental teams and services can be a serious limitation for ongoing psychiatric care and especially in the prevention of crises and relapses. These are still addressed by psychiatric hospitals, with the risk of dramatically regressing and creating a revolving door system. Then, the use of coercion in a

locked section of a social care institution, that is against the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, is still encompassed by the national law. Thus the lessons learned is to act simultaneously on health and welfare system (Urek, 2021; OHCHR, 2024).

Concrete reform efforts have been recently conducted in countries like Belgium and the Czech Republic. Both these countries are not directly addressing the issue of large psychiatric hospitals, but chose to develop community (mobile) teams to provide alternatives to hospitalization. The two systems are very different, as well as the level of resources: the Czech reform, supported by structural European funds, is mixing up welfare components in these teams, that seems to be promising for social integration; while the Belgian reform (Jacob *et al.*, 2016; Borgermans *et al.*, 2018) is promoting wide ranging mobile teams but loosely linked with the downsizing of psychiatric hospitals (see further on).

Challenges of policy change

It looks difficult to conceive what can be a country reform without including the two main elements of (i) deinstitutionalization and (ii) legislation change, with (iii) a policy plan for implementation that (iv) operates a concurrent re-definition of welfare community where mental healthcare has to be included or inserted. Very often levels of resistance are raised by the established apparatus including professional bodies and related powers, as demonstrated in Argentina, especially when there is very weak effort of a wide-ranging policy transformation plan (Rosen *et al.*, 2022).

The need for clear legislation and policy framework, with dedicated investment and implementation planning, is paramount. Research show that “mental health policy has greater effectiveness when it is accompanied by a mental health plan or law since they help translate the vision, values and principles articulated in policy into concrete strategies and activities” (Shen and Snowden, 2014), while “investment is an explicit, observable, and irrevocable proxy of a focal government’s commitment to a mental health policy innovation” (*ibid.*). Of course, “governments face difficult choices in prioritizing mental health over other issues, especially in the midst of a global economic downturn”.

The MHEEN initiative (Medeiros *et al.*, 2008) had already identified a number of challenges for the process of deinstitutionalization, starting from financial aspects including (i) insufficient and unspecified budget allocations, (ii) rigid funding systems with lack of “ring-fencing” of funds, particularly when hospitals close, (iii) lack of parallel funding for the development of community care while hospitals run down to eventual closure and (iv) DRG-related reimbursement systems. These budgetary issues fail to provide the support needed by people with mental health problems living outside institutions, while shortage of trained staff to provide good community care,

together with lack of services and their coordination, hampered a full developed process of transition in Europe. Eventually, opposition from the psychiatric profession and the community itself raised other cultural barriers.

Benchmarking service models

A general framework for community mental healthcare

Lack of synchronicity between the closure of institutions and community-based services ultimately resulted in system fragmentation, lack of quality assurance over available services, financial cutbacks, and workforce shortages (Shen and Snowden, 2014). Thus the importance of a comprehensive alternative service. According to EuCOMS, a high quality community-based mental health care: 1) protects human rights; 2) has a public health focus; 3) supports service users in their recovery journey; 4) makes use of effective interventions based on evidence and client goals; 5) promotes a wide network of support in the community and; 6) makes use of peer expertise in service design and delivery (Keet *et al.*, 2019).

The role of (public health) services is to be comprehensive and holistic – to aggregate needs not just to contrast marginalization and social exclusion, or treatment gap. The concept of responsibility and accountability toward a community has to be rooted in policies and practices. These services must be “embedded” in the community, that means responding to needs of individuals and social groups.

These services must be “coproduced” with the Third Sector/NGOs, in a common strategy for the community where they operate. Social needs and clinical needs must be integrated also to address social determinants. This should be complemented by the inclusion of sectoral problems into a general health and social development framework (a comprehensive community-based approach), with the shift from a technical approach to a social development action (e.g. founded on social determinants of mental health and human rights).

In terms of services, also the *OECD Mental Health Performance Network* (OECD, 2021) set 6 principles for a high performing mental health sector:

- Focuses on individual who is experiencing mental ill-health
- Has accessible, high-quality mental health services
- Takes an integrated, multi-sectoral approach to mental health
- Prevents mental illness and promotes mental wellbeing
- Has strong leadership and good governance
- Is future-focused and innovative

The OECD developed the *People-Centred Health Systems Framework* to describe and measure people-centredness systematically and enable the benchmarking of people-centredness across OECD countries (OECD, 2018).

Key issues about community mental health care services

1. Holistic/wholistic care

The focus must be on the construction of processes of care (or taking charge of it) that give overall answers to the entire range of life needs, in integration with welfare systems and services. Working hypotheses should go beyond the medical and/or psychological model, to respond to social determinants of mental health, and which therefore move towards integration between social and health care.

2. Functions vs structures of care

Functions overlap across different structures, override them and force us to think along paths and responses, integrated in a continuum, to care needs.

3. Specialization

With respect to the emergence of new range of needs, there is a tension between comprehensive vs specialized services in high-income countries. Instead, specialized functions should be defined rather than separate services, in order to avoid the risk of fragmentation of care pathways.

4. Organizations based on principles

The issue of rights, traditionally connected in Italy to the issue of citizenship of people with mental disorders, avoiding their discrimination and social exclusion, is today updated on the horizon of human rights established by the Convention on the Rights of Persons with Disabilities of United Nations.

5. Mobile, integrated service with 24-hour response

The most diffused but outdated outpatient service model to overcome, is the delivery of “sedentary” services, based on psychiatric visits and a few meetings that can seldom involve the family, but seldom the social network and the community context where the person lives. Instead, community-based teams and services, even if complemented (as usual) by general hospital services and units, must function as a full alternative to hospitals, thus they need to guarantee a 24-hour response (as required by the European Action Plan of Helsinki, WHO, 2005). This requires to integrate a rapid and mobile response to crisis with the subsequent continuity of care, linked to rehabilitation developed in its community dimension, linked to processes of social inclusion.

Network’s “center of gravity”

Different community evidence-based models are available as alternatives to hospitalization, from crisis teams to crisis homes and “sanctuaries” to foster families up to community mental health centers open 24 hours with a few beds, integrated by a small general hospital unit. Moreover, mental

health policies in low-and middle-income countries have historically paid little attention to the community work of mobile teams, which are sometimes functionalized or specialized (on crisis or on continuity of care), whose models (such as the *Assertive Community Treatment*) are among the few evaluated and validated in the literature (Marshall and Lockwood, 2000), and where the actors are other professional figures than doctors (nurses, social workers, occupational or rehabilitation therapists, etc.). Usually, the full coverage of functional model based on distinct multidisciplinary teams is seen as too expensive and somehow complicated for service integration.

What seems clear is the need that, in the network system outlined by the WHO, there is a center of gravity, a point of coordination and integration, but also of responsibility, which we can identify in a “strong” service, equipped with resources and capacity to take charge, a crossroads of care pathways. Its axis can be identified with 24-hour community mental health centers, “invented” in Trieste in 1978 (Dell’Acqua and Cogliati Dezza, 1986; De Leonardi *et al.*, 1986; Mezzina, 2014, 2016). This model has been defined, paradoxically, a “centralized model”, but it is truly de-centralized to territories and people (Gooding, 2021).

Why should 24 hours be set as the gold standard of territorial services? A multifunctional community mental health centers with a wide range of responses must be provided with beds to accommodate people in stressful conditions and in crises (Mezzina and Vidoni, 1995; Mezzina and Johnson, 2008). It necessarily operates with the door open, overcoming restraint and respecting rights, while the team operates flexibly. Few beds avoid concentration of people in acute conditions and the consequent management difficulties. It can also simply offer a moment of respite and withdrawal from a stressful situation, even for one night.

Furthermore, 24-hour community mental health centers can act as a unique point of reference of the territory throughout the demand for care, as well as a place of integration of the multidisciplinary team, that works inside and out and constantly connects; thus it integrates all answers and therefore facilitates a global management, and ensures that people are followed by the same team, which knows them, starting from crisis. This creates an immediate continuity between overcoming the crisis and continuity of care, facilitating rehabilitation and housing solution and reducing the need for residential care (Mezzina, 2014, 2016).

Supported housing and community rehabilitation

A psychiatry made up of long-term residential “places”, even displaced in the community, is among the new risks which can be envisaged. These places can become new “deposits” and containers, as the whole wide spectrum of residential solutions. For the Committee on Human Rights, it is important

to prevent the emergence of new segregated services, such as group housing – including small group homes – sheltered workshops, institutions for the provision of respite care, transit homes, day-care centres, or coercive measures such as community treatment orders, which are not community-based services. (OHCHR, 2022)

The right “examples of residential services are social housing, self-managed co-housing, free matching services, and assistance in challenging housing discrimination” (*ibid.*). Also ...

aggregating persons leaving institutions into communal housing arrangements or in assigned neighbourhoods, or bundling housing with medical or support packages, are incompatible with articles 19 and 18 of the Convention ... Housing should be neither under the control of the mental health system or other service providers that have managed institutions, nor conditioned on the acceptance of medical treatment or specific support services. (*Ibid.*)

Residential care and supported housing are two models of accommodation for people with mental disorders in post-institutional mental health systems (Barbato *et al.*, 2020). In residential care, the emphasis is on treatment and rehabilitation provided by professionals in staffed facilities belonging to community psychiatric services, whereas in supported housing the emphasis is on outreach need-led support to people living on a permanent basis in their own home, integrated in the community.

The supported housing approach grew from a dissatisfaction with the original model of residential facilities, developed in the early wave of downsizing or closure of mental hospitals. This is based on the concept of a “linear continuum” (Ridgway and Zippel, 1990), in which persons were supposed to gradually progress from hospitals, through less supervised accommodations, halfway houses, group homes, to reach finally independent housing. However, this model failed in most cases to move people toward independent lives and trapped many people in small segregated residential settings. This was also due to the confusion between accommodation and care. Instead, a core aspect of the supported housing model is the separation between accommodation and treatment services. The overall quality of residential care must be combined with the necessary continuity of care to be guaranteed by community-based services, including 24 hour in-home crisis care and respite instead of the traditional hospitalization.

Right to housing

The right to independent living and participation in society (Article 19 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities) is particularly relevant to this theme, that means guaranteeing everyone the prospect of their own home, where to live receiving due support. This requires policies dedicated to realize this right, as they place it at the center of the reconstruction

of citizenship and respond to a whole range of social needs and determinants of mental health. Anyway, it is essential to ensure full respect for all human rights and fundamental freedoms, in particular with regard to the restrictiveness of the environments where “residential” rehabilitation is carried out, which must provide for freedom of movement and movement, and insertions and stays with the full consent of the subject, so that every residential or housing solution is really open to community.

Personalized care packages in rehabilitation

The personalized project is the basis of rehabilitation programs and must be developed in close collaboration with the person and his social network, through a perspective that places personal recovery and social inclusion at the center of the process. According to NICE (2020), person-centered care planning should be achieved through the comprehensive assessment of their bio-psycho-social needs, including physical health, and the formulation of a personalized care plan/project. It should: (i) be developed in collaboration with the person, (ii) cover the areas of need identified during the assessment, including mental and physical health, (iii) include personal recovery goals and (iv) clarify the actions and responsibilities for the staff, the person himself and his family or carers.

Rehabilitation programs and interventions must include skills of daily living, interpersonal and social, engagement in community activities, including leisure, education and work, substance abuse; psychological therapies and pharmacological treatments; physical health care and the promotion of healthy lifestyles.

Governance: individual budgets

In terms of governance, in order to reduce the duration of stay in residential structures, which can induce further chronicization and creeping forms of institutionalization, paths of autonomy and reintegration into normal living environments must be activated. The shift from a system of daily fees to the personal health budget instrument is necessary in order to mobilize and dynamize the economic and human capital invested in residential care towards assisted living and personalized projects. This means moving from payment of the bed/day in a residential structure to a share of economic investment on human capital which is realized by the instrument “individual (personal) health(care) budget”. It also requires laws, regulations, appropriate policies, and a governance of individual and collective processes carried out by all partners and stakeholders.

Systematic reviews on the topic of personal healthcare budgets reported positive results in terms of user awareness and responsibility, improvements in clinical and psychosocial aspects, and consequently an increase in quality

of life. Some studies consider qualitative outcomes on the overall system of services, both formal and informal, leading to the transformation of the relationship between all the actors involved (Ridente and Mezzina, 2016).

Co-production

Co-production (Boyle and Harris, 2009) is a key issue for the implementation of housing programs and projects, which must be developed in collaboration, co-design and co-management with the stakeholders and the Third Sector. In this way, experimentation of innovative methods and programs in the residential area should be guaranteed, supported and encouraged, such as, among others, recovery houses, network systems between structures and peer review and evaluation, integration with job placement programs, and inclusion and social participation (Ridente and Mezzina, 2016).

Service coordination and governance by organizational networks

The department of mental health

Service networks which are based in the community need forms of coordination not just of structures and facilities, but of care pathways. The department of mental health (sometimes including children – adolescent psychiatry and drug addiction) is the model (also in Italy) to coordinate all mental health services and also to integrate them within healthcare organizations, in relation to a given population. This simple overarching structure does not ensure an integration of service components that creates a continuum of a wide range of offers, ultimately at the level of the individual client, but it is a good point where to start.

Integrated public-private entities

Examples of integrated healthcare and welfare organizations can be found in Spain and Belgium. Since 1993, health sector and welfare interventions in Andalusia were coordinated by FAISEM foundation aimed at social inclusion, encompassing community residences and social enterprises for work integration (López, 2004).

In the course of Belgian reform, that is now identified as a model for a number of components by the European Union (the Joint Action *ImpleMental*¹ recently aimed at implementing some of its good practices in many other countries), the constitution of community networks is seen as an efficient way to involve stakeholders, local governance entities and services in a shared strategic plan for reform, and to deliver new instruments of care.

1 See website <https://ja-implemental.eu/highlights/>

Mental healthcare networks

In Belgium, the concept of intersectoral care networks was introduced by a change in the Hospital Law through the Hospitals Act of 2008 (Nicaise *et al.*, 2014). The network structure allows consultations among all service providers and stakeholders in a view of collaboration and of avoiding fragmented responses. There is a network coordinator that is responsible for change-management processes, and the strategic network committee comprises the network coordinator as well as the representatives of the local network partners, e.g. social sector, welfare, school/work, leisure, health care. User and family representatives are always present through councils and in the individual's care planning. The final result is an individualized service/care plan, that is the formalized operating model for the specific network.

A possible whole system model

A mature example of a comprehensive network is offered by the historical developments in the city of Trieste, Italy. Fifty years ago, it moved from the provincial psychiatric hospital (a huge asylum) to a fully alternative network of 24-hour community services, such as community mental health centers, social cooperatives, personal budgets, daycare programs in the community. It happened in healthcare. Trieste has provided an enduring example of comprehensive, human rights and person centered “whole system” of care (WHO, 2021b, 2022).

The 24-hour community mental health centers build a system of opportunities for care and are hubs of care for their areas, ensuring continuity. They offer free open access with immediate response; a holistic, ecological, person centered, recovery oriented approach; the inclusion of social networks, and non-clinical resources, e.g. “diffused” daycare with associations (wellness-wellbeing, social aggregation, participation, expression, gender, work). Mental healthcare is mainstreamed in community health systems (healthcare districts for community-based medicine for elderly, young and adolescent, disabled, specialized medicine, etc). The social determinants of health are addressed by individual and collective responses, i.e. personal budgets and “microareas”, work training grants, socialization funds, that is building bridges toward the community – “The Caring City”. The personal healthcare budget system is meant to tailor individual recovery and social inclusion plans of care, which include congregate supported housing for about 100 persons located in the city, and social co-operatives providing place-and-train in a system of real job opportunities for more than 200 service users annually (Mezzina, 2014, 2016, 2018).

This was then scaled up to the whole Friuli-Venezia Giulia Region (1,200,000 inhabitants) based on “strong” mental health departments in order to co-ordinate all services according to principles of contrasting

social exclusion, stigma and discrimination and promoting social inclusion. A clear transition from residential structures to transitional houses to supported housing, to independent living flats, also thanks to personal budgets, is in progress across the whole region. The Trieste model, in its historical declination, has influenced many country reforms (e.g. Brazil and Argentina), instigated groundbreaking experiences such as in Greece (Leros asylum), Central America (the Dominican Republic), and the Balkans after war, and inspired many other community focused experiences in Europe, America, Asia and Oceania over the last 40 years. It has been adopted, more recently, in the Czech Republic, Wales, Crakow (Poland), Los Angeles, and other places (Mezzina and Sashidharan, 2025). Currently this model is inspiring the pilot 24/7 neighborhood service project in England (Aria *et al.*, 2025).

Currently in Trieste and in the Region this has been hampered by the reduction of resources and by the leadership change, also influenced by politics; but we hope its lessons will survive (Mezzina, 2021).

Conclusion: what is relevant for deinstitutionalization

Deinstitutionalization is not just closing long-term asylums and discharging people from them, but transforming their lives and mindset, as the one of care providers. A correct deinstitutionalization process – that is not just downsizing or even suppressing psychiatric hospitals – requires undertaking a complex process focused on “the person” with their subjectivity, needs, life story, significant relationships, social networks, and social capital. In order to do that, it is necessary to shift the power, that is empowering people with mental health problems as citizens; to shift resources from hospitals to a range of community-based services useful for his/her whole life; to open pathways of care and programs that integrate social and health responses and actions.

It needs a clear mandate for local powers, administrative and political, since it happens either top down or bottom up, but it also requires social participation and co-production, stemming from stakeholders. This complex process of change involves users, carers, professionals and the general citizenry, and extends to the legislative and political level. This latter means no longer managing processes for exclusion through the segregation of persons, but placing the individual at the center of the system, with their human and social rights, and their needs, in a perspective which is based on “whole life” of a person engaged in a process of recovery from mental disorder. This process is not just relocating people outside, even with the right support. Comprehensive mental healthcare includes responding to whole life needs as well as providing clinical care.

Resistance to change is always the main problem, thus transformation plans of institutions must begin with changes of the institutional life and

routines. Rehabilitation and recovery of inpatients have to include also professionals and their mindset, starting from within.

Based on what I have described above, the transformation process required by deinstitutionalization takes place at the multiple levels: social movements (civil society), politics, legislation, the adoption of new service models and practices, networks of organized actors, autonomously or through the institutions, and eventually community development, as a general raising of awareness regarding these issues, and the activation of non-technical resources and initiatives.

Deinstitutionalization must accomplish the closure of total institutions, otherwise a parallel system will be created, with the risk of reverting reforms, the balance can go back in favor of the old institutional system.

Main change for users to be achieved in a process that is “democratization of care”, are realization of human rights, citizenship and participation to community. Choice about personal issues, such as home and relationships, can fulfil this role shift from inmates to citizens, that is using the services and supports they need, but also (re)acquiring new identities, e.g. as worker.

It's definitely a whole system change, of practice, thinking and service, to liberate a community from the need of institutions, by creating an effective service alternative. All this requires not just a technical refurbishment of treatment procedures, but a paradigm change that puts the person “over the institution”, at the center of care.

Sources

- Aria, F., Sashidharan, S. P., Mezzina, R., & Vincent, S. (2025). Trieste in England: changing the culture and practice of mental health care in inner city Birmingham. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 12, 197–205. DOI: 10.1007/s40737-025-00471-1
- Barbato, A., D'Avanzo, B., Harvey, C., Lesage, A., & Maone, A. (2020). Editorial: from residential care to supported housing. *Frontiers in Psychiatry*. 12 June 2020. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00560
- Barbui, C., Papola, D., & Saraceno, B. (2018). Forty years without mental hospitals in Italy. *International Journal of Mental Health Systems*, 12. DOI: 10.1186/s13033-018-0223-1
- Borgermans, L., Jacob, B., Coture, M., & De Bock, P. (2018). *Multisectoral mental health networks in Belgium. An example of successful mental health reform through service delivery redesign*. WHO, Regional Office for Europe.
- Boyle, D., & Harris, M. (2009). *The challenge of co-production: How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services*. Nef/NESTA. Available at: www.nesta.org.uk. Retrieved on 14 July 2019.
- De Leonardis, O., Mauri, D., & Rotelli, F. (1986). Deinstitutionalization: A different path. The Italian mental health reform. *Health promotion*, 1(2), 151–165. DOI: 10.1093/heapro/1.2.151
- Dell'Acqua, G., & Cogliati Dezza, M. G. (1986). The end of the mental hospital: A review of the psychiatric experience in Trieste. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 316 (Suppl.), 45–69. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1985.tb08512.x

- European Union (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. The European Expert Group on the transition from institutional to community-based care (EEG). <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2017/07/guidelines-final-english.pdf>. Retrieved on 20 May 2023.
- European Union (2022). *EU Guidance on Independent Living and Inclusion in the Community*. 2020. European Expert Group on the transition from institutional to community-based care (EEG). <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2022/12/eu-guidance-on-independent-living-and-inclusion-in-the-community-2-1.pdf>. Retrieved on 18 May 2023.
- Gooding, P. (2021). *Compendium Report: Good Practices in the Council of Europe to Promote Voluntary Measures in Mental Health*. Committee of Bioethics of the Council of Europe. <https://www.coe.int/en/web/bioethics/compendium-report-good-practices-in-the-council-of-europe-to-promote-voluntary-measures-in-mental-health>
- Jacob, B., Macquet, D., & Natalis, S. (2016). Mental health care reform in Belgium: Presentation of a model. *L'information psychiatrique*, 92, 731–745.
- Keet, R., de Vetten-Mc Mahon, M., Shields-Zeeman, L., Ruud, T., van Weeghel, J., Bahler, M., Mulder, C. L., van Zelst, C., Murphy, B., Westen, K., Nas, C., Petrea, I., & Pieters, G. (2019). Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry*, 19(1), 174. DOI: 10.1186/s12888-019-2162-z
- López, M. (2004). Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50, 99–109.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD001089
- Medeiros, H., McDaid, D., Knapp, M., & the MHEEN Group (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. Retrieved on 17. 7. 2025 from [https://eprints.lse.ac.uk/4275/1/MHEEN_policy_briefs_4_Balanceof-care\(LSERO\).pdf](https://eprints.lse.ac.uk/4275/1/MHEEN_policy_briefs_4_Balanceof-care(LSERO).pdf)
- Mezzina, R. (2014). Community mental healthcare in Trieste and beyond. An “open door-no restraint” system of care for recovery and citizenship. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 440–445. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000142
- Mezzina, R. (2016). Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors, Trieste, Italy. *L'Information Psychiatrique*, 92(9), 747–754. DOI: 10.1684/ipe.2016.1546
- Mezzina, R. (2018). Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its success and continuing need. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(4), 336–345. DOI: 10.1017/S2045796018000070
- Mezzina, R. (2021). Trieste 50 years after: a more humane, person-centered whole system of care is now at risk. *WAPR Bulletin*, 47, 24–31. Retrieved on 17. 7. 2025 from https://www.wapr.org/wp-content/uploads/2023/11/r_mezzina.pdf
- Mezzina, R., & Johnson, S. (2008). Home treatment and “hospitality” within a comprehensive community mental health center. In S. Johnson, J. Needle, J. B. Bindman J., & G. Thornicroft (eds.), *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge, UK: Cambridge University Press (pp. 251–266).
- Mezzina, R., & Sashidharan, S. P. (eds.) (2025). *Trieste: utopia & reality*. Oxford: Oxford University Press. In press.

- Mezzina, R., & Vidoni, D. (1995). Beyond the mental hospital: Crisis and continuity of care in Trieste. A four-year follow-up study in a community mental health center. *The International Journal of Social Psychiatry*, 41(1), 1–20. DOI: 10.1177/002076409504100101
- Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalization whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.02.007
- NICE (2020). *Rehabilitation for adults with complex psychosis*. Retrieved on 17. 7. 2025 from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng181/evidence/evidence-reviews-august-2020-8833147165?tab=evidence>
- OECD (2018). *Mental health performance framework*. Organization for Economic Cooperation and Development. Retrieved on 17. 7. 2025 from www.oecd.org/health/OECD-Mental-Health-Performance-Framework-2019.pdf
- OECD (2021). *A new benchmark for mental health systems: tackling the social and economic costs of mental ill-health*. Paris: OECD Publishing.
- OHCHR (2022). *Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (2022)*. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. CRPD/C/5. Retrieved on 17. 7. 2025 from <https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd-c5-guidelines-deinstitutionalization-including>
- OHCHR (2024). *Contribution of the Republic of Slovenia to the call for input of the OHCHR on mental health and human rights (HRC resolution 52/12)*. Retrieved on 17. 7. 2025 from <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/cfis/mental-health/subm-mental-health-hr-sta-slovenia.docx#:~:text=In%20March%202024%20Slovenia%20adopted,the%20European%20Guidelines%20for%20Deinstitutionalization>
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ*, 330(7483), 123–126. DOI: 10.1136/bmj.38296.611215.AE
- Ridente, G., & Mezzina, R. (2016). From residential facilities to supported housing: The personal health budget model as a form of coproduction. *International Journal of Mental Health*, 45(1), 1–12. DOI: 10.1080/00207411.2016.1146510
- Ridgway, P., & Zippel, A. (1990). The paradigm shift in residential services: from the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 11–31.
- Rosen, A., Mezzina, R., & Feldman, J. M. (2022). International trends in community mental health services. In W. E. Sowers, H. L. McQuiston, J. M. Ranz, J. M. Feldman, & P. S. Runnels (eds.), *Textbook of community psychiatry*. Cham, CH: Springer (pp. 863–889).
- Shen, G. C., & Snowden, L. R. (2014). Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 47. DOI: 10.1186/1752-4458-8-47
- United Nations (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations General Assembly Resolution, 13 December 2006, A/RES/61/106.
- Urek, M. (2021). The right to ‘have a say’ in the deinstitutionalisation of mental health in Slovenia. *Social Inclusion*, 9(3), 190–200. DOI: 10.17645/si.v9i3.4328
- WHO (2005). World Health Organization. Regional Office for Europe. *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions: WHO European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions: Helsinki, Finland 12–15 January 2005*. Retrieved on 7 August 2025 from <https://iris.who.int/handle/10665/107625>

- WHO (2021a). *Mental Health Atlas 2020*. Retrieved on 17. 7. 2025 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- WHO (2021b). *Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services*. Retrieved on 17. 7. 2025 from www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services
- WHO (2022). *World Mental Health Report. Transforming Mental Health for All*. Retrieved on 17. 7. 2025 from www.who.int/publications/i/item/9789240049338

Juš Škraban

Kritični pogled na postopke namestitvev na varovani oddelek in odpustov z njega v posebnem socialnovarstvenem zavodu

Članek temelji na triletnem akcijskoraziskovalnem projektu, katerega namen je bil varovani oddelek v posebnem socialnovarstvenem zavodu preobraziti v skupnostne službe. Avtor predstavi rezultate raziskave, ki so povezani s ključnimi vidiki postopkov nameščanja na varovani oddelek in odpusta z njega. Pri namestitvah imata ključno vlogo ceremonija ponižanja in skoraj povsem nekritično sprejeta avtoriteta izvedenskih mnenj. Na relativno nizko število odpustov vplivajo dejavniki, ki izhajajo iz koncepta ogrožanja, občutka odgovornosti, sistemske umeščenosti varovanih oddelkov in naravnosti osebja. Avtor ugotavlja, da sklep o namestitvi na varovani oddelek v praksi pomeni dostop do oskrbe, ki je (napačno) pogojen s premestitvijo. Socialnodelovne metode predstavljajo dobre temelje za spreminjanje trenutnega stanja v skladu s človekovimi pravicami in za produktivnejše ravnanje s tveganji zunaj zavoda.

Ključne besede: prisila, človekove pravice, duševno zdravje, dezinstitutionalizacija.

Juš Škraban je raziskovalec na Inštitutu RS za socialno varstvo in doktorski študent na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani. Kontakt: jus.skraban@irssv.si

A critical look at the procedures for admission to and discharge from a secure ward in a special social welfare institution

This article draws on a three-year action research project to transform a secure unit in a special social care institution into community-based services. The article presents the findings of the research, which relate to key aspects of the procedures for admission and discharge from the secure unit. Degradation ceremonies and the almost unchallengeable authority of expert opinion play the key role in the admission process. A relatively low number of discharges is due to factors related to the concept of dangerousness, notion of responsibility, embeddedness of secure unit in the social care system and staff mindset. The author suggests that, in practise, admission to a secure unit can be understood as providing access to care, but that this is (wrongly) conditioned with placement of user. Social work methods provide good grounds for changing the current situation in accordance with human rights and for more productive risk management outside the institution.

Key words: coercion, human rights, mental health, deinstitutionalisation.

Juš Škraban is a researcher at the Social Protection Institute of the Republic of Slovenia and a doctoral student at the Faculty of Social Work, University of Ljubljana. Contact: jus.skraban@irssv.si

Uvod

Socialnovarstveni zavodi so v Sloveniji še vedno zadnji odgovor na dolgotrajne težave z duševnim zdravjem. Nove uporabnike sprejemajo praviloma zgolj na podlagi vloge in privolitve. To pa ne velja za varovane oddelke, ki jih imajo le nekateri socialnovarstveni zavodi, saj poleg namestitve s privolitvijo omogočajo tudi prisilno namestitev. Takim oddelkom navadno rečemo tudi »zaprti«, ker so zaklenjeni. Razlikujemo varovane oddelke v domovih za stare in tiste v posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodih. Prvi so namenjeni ljudem z zmanjšanimi kognitivnimi funkcijami (demenca), drugi pa tistim z dolgotrajnimi težavami z duševnim zdravjem in v duševnem razvoju



0000-0002-5883-6957

(Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije, 2009).

Varovani oddelki so imeli v Sloveniji dne 30. 4. 2024 kapaciteto 700 postelj. Večina jih je bila v domovih za stare ljudi (za uporabnike z demenco), 169 (manj kot četrtina) pa v posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodih (*Posebni socialnovarstveni zavodi*, b. d.). V članku bom pisal samo o drugih.

Varovani oddelki imajo v nasprotju z drugimi oddelki v zavodih vsaj tri skupne značilnosti: 1) zaklenjeni so; 2) v njih je dopuščena uporaba »posebnih varovalnih ukrepov«, kot sta vezanje (»oviranje s pasovi«) in zapiranje (»omejitev gibanja znotraj enega prostora«); 3) vanje je dopustna neprosto-voljna namestitvev. Zaradi teh značilnosti v praksi delujejo kot zadnji možni odgovor na dolgotrajne stiske, v teoriji pa so še posebej zanimivi, saj sprožajo številna temeljna strokovna, etična in druga vprašanja. Povezana so predvsem s tem, ali je sploh možno uporabiti prisilo v procesih pomoči, v kakšnih okoliščinah in kako naj bodo ti ukrepi izvedeni. Več o tem izvemo, če preučimo postopek sprejema v varovane oddelke in odpusta.

Postopek sprejema in odpusta kot predmet raziskovanja

Postopki so sredstvo za doseg ciljev – z njimi v socialnem varstvu aktiviramo storitve in dostop do sredstev (Flaker, 2015, str. 142). Postopki povezujejo življenjski svet uporabnika in ga vpenjajo v nove storitve, ureditve, s tem pa spreminjajo njegov status in njegove odnose z drugimi akterji (Flaker, 2015, str. 32; Flaker idr., 2019, str. 45). Veliko postopkov v socialnem varstvu je ceremonij ponižanja,

saj večji del logike upravičenosti do storitev in sredstev temelji na aksiomu primanjkljaja in je treba prejemnika pomoči stigmatizirati, ponižati, da bi bil do »izdelkov« socialnega varstva sploh upravičen. (Flaker, 2015, str. 142)

Čeprav lahko nekateri postopki uporabnike tudi krepijo in pomenijo proslave napredovanja.

S izrazom »postopek« mislim na zaporedje opravil, ki so potrebna za namestitvev uporabnika na varovani oddelek in za njegov odpust. Ta postopek predpisuje Zakon o duševnem zdravju (2008). Postopek se začne s tem, da eden od možnih predlagateljev (izvajalec psihiatričnega zdravljenja, center za socialno delo, koordinator nadzorovane obravnave, najbližja oseba, državno tožilstvo ali socialnovarstveni zavod) poda predlog za tako namestitvev. Kot določa 74. člen tega zakona, mora biti za sprejem uporabnika na varovani oddelek izpolnjenih šest pogojev:

- če je akutno bolnišnično zdravljenje zaključeno oziroma ni potrebno,
- če potrebuje stalno oskrbo in varstvo, ki ju ni mogoče zagotoviti v domačem okolju ali na drug način,
- 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 iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost za obvladovanje svojega ravnanja,
- če navedenih vzrokov in ogrožanja iz tretje in četrte alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (zunaj socialnovarstvenega zavoda, v nadzorovani obravnavi),
- če izpolnjuje druge pogoje za sprejem v socialnovarstveni zavod, ki jih določajo predpisi s področja socialnega varstva.

Opozoriti želim predvsem na dve lastnosti tega ukrepa. Prvič, gre za enega najintenzivnejših posegov v življenjski svet uporabnika, saj ga iztrga iz okolja, kjer je živel, in ga premesti v novo okolje (Flaker, 2024, str. 79–91). Drugič, čeprav Zakon o duševnem zdravju omogoča tako prostovoljne kot prisilne namestitve, prve predstavljajo le 2 % vseh sprejemov (Škraban idr., 2025, str. 166–167), zato velja, da postopek poveže uporabnika z virom pomoči, ki mu ga praviloma vsili.

V postopku sprejema ima največjo vlogo ugotavljanje ogrožanja. Koncepti nevarnosti, ogrožanja ali tveganja so tradicionalno povezani s področjem duševnega zdravja (Castel, 1991; Rose, 1998), vendar se je začelo pojavljati vse več kritik, češ da so oznake diskriminirajo (Large idr., 2008). Pojavljajo se pozivi, naj ti koncepti ne normirajo več ukrepov na tem področju (Dawson in Szmukler, 2006), nekatere zakonodaje (v Italiji in Španiji) pa jih v postopkih obveznega zdravljenja ne omenjajo več (European Union Agency for Fundamental Rights, 2012, str. 32; Saya idr., 2019; Svetovna zdravstvena organizacija, 2023, str. 12).

Poleg ogrožanja je pomemben del postopka nameščanja na varovani oddelki tudi ugotavljanje, ali je tak ukrep zares zadnja možnost (angl. *last resort*). Tako določilo vsebujejo malodane vse sodobne pravne ureditve prisilnih ukrepov, saj želijo vpeljati načelo, da se prisile ne uporablja tam, kjer je moč uporabiti druge, manj omejujoče ukrepe. To načelo pa ostane le deklarativno, če manj omejujočih praks sistematično ne spodbujamo in krepimo, saj je znano, da je uporaba prisile večja, če ni na voljo manj omejujočih alternativ (Egidi, 2010; Lorant idr., 2007; McGarvey idr., 2013; Wormdahl idr., 2021).

Poglejmo še postopek odpusta. Če v zavodu ugotovijo, da so še vedno izpolnjeni vsi pogoji za zadrževanje na varovanem oddelku, morajo vsaj 14 dni pred potekom sklepa sodišču predlagati podaljšanje sklepa. Če se v zavodu ne odločijo za to, sklep poteče, uporabnika pa je treba odpustiti z oddelka. Takrat sta možna dva scenarija: da se uporabnik prostovoljno vključi v drugo organizirano obliko oskrbe z nastanitvijo (na odprti oddelki zavoda, v bivalno enoto ali stanovanjsko skupino) ali pa gre živet po svoje, pri tem pa si morebitno podporo uredi prostovoljno.

Postopkovno gledano pa je možen še en način odpusta, in sicer predčasni odpust, saj 78. člen Zakona o duševnem zdravju določa, da se za postopek odpusta z varovanega oddelka smiselno uporabljajo določbe 71. člena, ta pa omenja dva načina. V prvem odstavku piše, da mora psihiatrična bolnišnica

(glede na 78. člen pa tudi zavod) uporabnika odpustiti pred rokom iz sklepa sodišča, če niso več izpolnjeni vsi razlogi za sprejem; drugi odstavek 71. člena pa omenja pravico, da tak predlog dajo tudi drugi. V prvem primeru je torej za predčasni odpust dovolj le, da psihiatrična bolnišnica (oziroma zavod) pisno obvesti sodišče o tem, da je uporabnika odpustilo, v drugem primeru pa se poda predlog, o katerem odloča sodišče.

V postopku odpusta se ponovita obe ključni temi sprejema (ugotavljanje ogrožanja in ali je zadrževanje na oddelku res edina možnost), še posebej pa druga, saj se poraja vprašanje, kakšne manj omejujoče možnosti obstajajo, da bi omogočili odpust. Flaker idr. (2015) menijo, da je Slovenija premalo krepila skupnostne službe, ki bi lahko zadovoljile intenzivne potrebe zunaj ustanov. To se je pokazalo tudi v zadnjih spremembah Zakona o duševnem zdravju. Varovani oddelki so se kadrovsko okrepili (5.b člen), minister, pristojen za institucionalno varstvo, pa je dobil nalogo vzpostaviti mrežo varovanih oddelkov, ki naj »se dopolnjuje v skladu s potrebami prebivalstva, pri čemer se šteje, da mreža zadostuje potrebam prebivalstva, če so posamezne vrste varovanih oddelkov v zadnjih dveh letih v povprečju zasedene manj kot 95 %« (2. odstavek 5.a člena Zakona o duševnem zdravju). Čeprav več postelj ni rešitev, temveč prej »utvara preprostega in poenostavljenega zadovoljevanja kompleksnih potreb, predvsem po boljši oskrbi, učinkoviti rehabilitaciji in večji možnosti udejanjanja državljskih pravic« (Saraceno, 2004, str. 4), ta posteljna paradigma še kar vztraja, krepijo pa se najbolj omejujoče možnosti.

V članku bom poskusil odgovoriti na vprašanje, kateri so ključni vidiki postopka sprejema na varovani oddelok in odpusta z njega. Pri postopku nameščanja me bo zanimal predvsem način, na katerega je na sodišču utemeljena nujnost sprejema. Pri postopku odpusta pa bom preučil podatke o odpustih in dejavnike, ki so odpuste oteževali.

Kontekst in metode raziskave

Članek izhaja iz raziskave za potrebe doktorske disertacije, ki sem jo opravljal v posebnem socialnovarstvenem zavodu Dom na Krasu. Osnovna dejavnost tega zavoda je izvajanje institucionalnega varstva za ljudi s težavami z duševnim zdravjem in intelektualnimi ovirami. Podatki za leto 2020 kažejo, da je imel zavod 171 uporabnikov (od tega 106 moških in 65 žensk) s povprečno starostjo 57 let, polovica vseh uporabnikov pa je v zavodu bivala 10 let ali več (Dom na Krasu, 2020, str. 4–8). Zavod ima štiri nadstropja: v pritličju, prvem in drugem nadstropju so poleg skupnih prostorov in prostorov za zaposlene odprti oddelki, varovani oddelok pa je v kleti. Od leta 2016 ima varovani oddelok verifikacijo za 12 mest.

Terensko delo sem opravljal od septembra 2020 do septembra 2023. V tem času je Dom na Krasu izvajal pilotni projekt z naslovom »Deinstitucionalizacija zavoda Dom na Krasu«. Cilj projekta je bil preseliti 70 uporabnikov iz glavne stavbe zavoda v skupnost. Pilotni projekt je vključeval tudi nekaj

ciljev, ki so bili povezani z varovanim oddelkom. V načrtu preobrazbe zavoda iz leta 2020 so predvideli izdelavo načrta preobrazbe varovanega oddelka, izpeljavo te preobrazbe in na koncu tudi vzpostavljanje varovanega oddelka v skupnosti (Dom na Krasu, 2020, str. 10).

Zavod je kmalu po začetku projekta Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani naročil izvedbo izobraževanja za potrebe preobrazbe, prav to izobraževanje pa je zagotovilo začetni stik in kontekst mojega nadaljnjega sodelovanja z zavodom. V projekt sem se torej vključeval na eni strani kot eden izmed izvajalcev izobraževanja, na drugi strani pa tudi kot raziskovalec, čigar doktorska disertacija se podrobneje ukvarja prav z varovanim oddelkom.

Akcijsko raziskovanje z naskokom prednjači pri številu dosežkov socialnega dela na področju dezinstitutionalizacije v Sloveniji (Rafaelič, 2016, str. 194), to raziskovalno paradigmo pa sem izbral tudi zato, ker se je zdela kot najuporabnejši pristop. Namen raziskave je bil tako raziskovalen kot akcijski, ta raziskovalni pristop pa omogoča odgovarjanje na prav to dvojnost ciljev (Mesec, 2006, str. 206–207). Z raziskavo sem namreč želel spremeniti stvarnost (pripomoči k preobrazbi varovanega oddelka), hkrati povečati znanstveno vednost na tem področju, saj so bili varovani oddelki precej neraziskana tema, z izjemo nekaj zaključnih del na Fakulteti za socialno delo (Breznik, 2005; Falant, 2016; Krtelj, 2016; Podgorelec, 2021). Ta dvojni namen raziskave sem operacionaliziral z dvema ključnima raziskovalnima vprašanjema: 1) kako zmanjšati uporabo prisile pri oskrbi v varovanem oddelku in 2) kako preprečiti uporabo prisile v drugih oddelkih?

Na začetku je bila ustanovljena akcijskoraziskovalna skupina, ki je vključevala od dveh do štirih zaposlenih v zavodu (njihovo število se je med raziskavo spreminjalo) in mene kot raziskovalca. Podatke sem zbiral s pomočjo najrazličnejših aktivnosti: med izvajanjem izobraževanja (z individualnimi in skupinskimi konzultacijami, predvsem pri uvajanju metod, kot sta osebno načrtovanje in analiza tveganja), pri delu s timom na varovanem oddelku (sodelovanje na timskih sestankih, podpora strokovnim delavkam) in ne nazadnje tudi ob delu z uporabniki (predvsem pri načrtih preselitev).

V treh letih sodelovanja z zavodom sem zapisoval terenski dnevnik v obsegu okoli 100.000 besed, ki je primarno gradivo za analizo. Izkušnje drugih članov akcijskoraziskovalne skupine sem v analizi uporabil tako, da sem jih zbral in zapisal na timskih sestankih ali ob drugih priložnostih. Drugo analizirano gradivo vključuje uradne (ne)objavljene dokumente zavoda in dokumente vsaj petih uporabnikov (med drugim sklepe sodišč o namestitvi na varovani oddelek).¹

1 Pri ravnanju z gradivom, ki je vsebovalo osebne podatke uporabnikov, je bilo treba biti posebej pazljiv – vpogled vanje sem dobil le pod nadzorom zaposlenih v zavodu; analiziral sem jih skupaj z akcijskoraziskovalno skupino; pri analizi so bili uporabljeni izključno v anonimizirani obliki. Takšne podatke smo analizirali primarno zaradi akcijskih ciljev (npr. preselitev), za katere smo dobili njihov ekspliciten mandat. Raziskavo je potrdila Komisija za etiko Fakultete za socialno delo 8. julija 2021 (s številko 033-3/2021-20).

Da bi izpolnili cilje projekta, smo v akcijskoraziskovalni skupini sproti analizirali podatke, saj smo jih potrebovali za uvajanje akcijskih sprememb. Uporabljali smo hitro analizo. Po koncu projekta sem gradivo znova analiziral z uporabo tematske analize.

Raziskava je bila precej širša od teme, ki jo obravnavam v tem članku, zato so v članku podrobno predstavljene le tiste ugotovitve, ki so povezane s kodo (in podkodami), ki sem jo imenoval »postopki nameščanja in odpustov z varovanega oddelka«. Osrednje vprašanje za ta del raziskave je bilo: kateri vidiki postopka zavirajo in spodbujajo sprejeme na varovani oddelek oz. odpuste z njega?

Rezultati

Strokovne utemeljitve v sklepih sodišča kot ceremonije ponižanja

Obrazložitev sklepov sodišč se navadno začne z uvodnimi pojasnili, nato pa s precej dobesednim povzetkom tega, kar je uporabnik povedal na obravnavi. Preberemo lahko na primer takšen zapis:

Nasprotni udeleženec je pravilno odgovoril na vprašanje, kateri dan v tednu je (četrtek), napačno pa je izpovedal o datumu [...] in sedanjem letnem času [...]. Na vprašanje, kako se imenuje naš denar, je odgovoril, da je to pozabil, in dodal, da ne hodi v službo, bi pa to rad, ter da živi od socialne podpore in dobiva žepnino. Na vprašanje, ali lahko odšteva od 18 po 3, je izpovedal, da lahko ter da je $18-3=16$. (Sklep sodišča)

Kako se izvedenska vprašanja umeščajo v življenjski svet konkretnega uporabnika? Ta je bil namreč eno leto že nameščen na varovanem oddelku. Njegov vsakdanjik tam je bil precej monoton: dneve v tednu je spremljal v najboljši meri tako, da je opazil, da je za konec tedna opazno manj zaposlenih v zavodu kot med tednom od 7.00 do 15.00; z denarjem ni ravnal samostojno, slabše je videl, zaposleni pa so mu v njegovem imenu nalagali denar na ključek za kavni avtomat v avli zavoda; letne čase pa je lahko spremljal bolj iz notranjosti oddelka z izjemo občasnih izhodov ob spremstvu.

Sklepi se nadaljujejo z delom, v katerem sodišče prav tako podrobno povzame izvedenca, ki ga je vprašalo za mnenje. Opazno je, da v tem delu sklepi vsebujejo obširen popis za uporabnika obremenilnih informacij. Kot najpomembnejša informacija je navedena posameznikova kariera v psihiatričnih bolnišnicah in zavodih. Sklepi sodišč se namreč po navadi sklicujejo na informacije o tem, kolikokrat je bil uporabnik že na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici oziroma zadržan na varovanem oddelku.

To je tudi del, v katerem je prostor za obširen opis simptomatike in najrazličnejših »prekrškov«, denimo:

V domačem okolju je opustil jemanje zdravil in je postal nemiren. Bil je tudi psihomotorično pospešen, agitiran in jezav, pri njem pa so zaznali še paranoide in veličavske blodnje. (Sklep sodišča)

V tem delu izvedenci povzemajo prejšnje klinične zapise, ti pa so navadno opis uporabnikovega stanja, ne pa tudi okoliščin. Ne izvemo torej, kakšen je bil razlog uporabnikove »jezavosti« (morda je bil kdo jezen zaradi grožnje pred deložacijo, izgubo službe ali pa je bil jezen na kaj, kar je zunanemu očesu skrito), je pa »jezavost« vključena med psihopatološke znake. Gre torej za nekontekstualiziran ali celo dekontekstualiziran zapis uporabnikovega stanja (Bohinec, 2012).²

Poleg tega so v sklepih obširno povzeti »interakcijski prekrški« (Flaker idr., 2008, str. 231–257), ki so jih v preteklosti naredili uporabniki. Najpogostejše teme, ki jih najdemo v tem delu sklepov, so predvsem omembe tega, da uporabniki niso jemali zdravil, da so bili do »svoje produktivne psihopatološke simptomatike nekritični«, do zdravljenja pa »odklonilni«. Ali z besedami iz enega od sklepov:

Nasprotni udeleženec ni sposoben skrbeti sam zase, si priskrbeti najnujnejše za življenje, ni sposoben upoštevati navodil za uživanje zdravil [...], ni sposoben abstimirati od alkohola [...]. (Sklep sodišča)

V pripovednem loku v sklepih sodišč je velikokrat omenjeno tudi to, da ima uporabnik zaradi vsega tega »hudo okrnjen stik z realnostjo« in torej »hudo okrnjeno sposobnost obvladovanja lastnega ravnanja«, saj je to pogoj, zapisan v četrti alineji prvega odstavka 74. člena Zakona o duševnem zdravju.

Take sklepe sodišč lahko opišemo kot ceremonije ponižanja (Garfinkel, 1956). To je že znana strokovna operacija na področju socialnega varstva, na katero sta med drugim opozorila tudi David in Althea Brandon. Uporabnika je treba opisati kot socialni neuspeh, ga umestiti v »vrsto strokovno dovršenih in nečloveških predalčkov«, da bi ga prikazali kot upravičenca do pomoči (Brandon in Brandon, 1994, str. 12–14). Posebnost postopkov v moji raziskavi pa je, da ta splošni obrazec preselijo na sodišče, saj presoja o dopustnosti nameščanja na varovane oddelke brez privolitve.

Avtoriteta izvedenskih mnenj in »ubogljiva sodišča«

Čeprav 74. člen Zakona o duševnem zdravju (2008) opredeli kumulativne pogoje za namestitev na varovani oddelki, je ključen prav pogoj ogrožanja oz. nevarnosti, ki določa, da je namestitev dopustna, »če [uporabnik] ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim«.

2 V naših primerih bi lahko dodali tudi, da gre uporaba nevsakdanjih izrazov hkrati kot voda na mlin nevsakdanjim praksam. Odtujenost poimenovanja stisk torej tlakuje pot k za uporabnika odtujenim odgovorom na te stiske (varovani oddelki). Res pa je tudi narobe. Če bi rekli, da nekdo pod vplivom alkohola redno nagaja sosedom, bi se morali ukvarjati z uporabnikom in sosedo hkrati. Če je nekdo lačen in ga zebe, ker pozabi poskrbeti zase pod vplivom »blodenj«, bi se morali ukvarjati s tem, kako poskrbeti, da bo v tem obdobju kaj jedel in bil vsaj za silo na toplem. Čim te konkretne probleme poimenujemo na nevsakdanji način, jih premostimo v sfero reševanja na nevsakdanji način (varovani oddelki), ki je znan in dostopen le strokovnjakom.

V raziskavi smo naleteli na takšne situacije pred namestitvijo, ki so jih v postopkih na sodišču umestili v kategorijo ogrožanja: nekaj ljudi je povzročilo manjši požar ali tlenje cigarete v postelji ali v svojih bivalnih prostorih; nekateri so tavalali oz. odhajali na izlete, na katerih je strokovnjake skrbelo, kaj se bo zgodilo; nekateri so pomanjkljivo skrbeli zase in doma niso imeli dobre podpore pri tem; v več primerih so imeli uporabniki težave s pijačo ali nedovoljenimi drogami in so pod njihovim vplivom ali zaradi težav z duševnim zdravjem povzročali težave bližnjim, sosedom ali komu drugemu.

Učinki prej opisane ceremonije ponižanja so navadno tako močni, da sklep o namestitvi na varovani oddelek navadno upraviči zgolj splošna izjava, da uporabnik ogroža sebe ali druge. Potreba po natančnem pojasnilu o vzročno-posledičnem razmerju med boleznijo in ogrožanjem zbledi pod težo prej predstavljenih bolezenskih stanj. To dobro ponazarja stavek iz enega od sklepov, ki je nadaljevanje opisa stanja uporabnika: »V tem stanju hudo ogroža svoje zdravje in svoje življenje.« Ceremonija ponižanja torej daje sklepu o hujšemu ogrožanju substanco, ki je ta sicer nima.

Navadno ni potrebno nobeno nadaljnje pojasnilo, saj bolezensko stanje v povezavi z zgodovino interakcijskih prekrškov implicira nevarnost. Opisov konkretnih dejanj večinoma ni – ne izvemo, denimo, s čim konkretno in kako človek ogroža sebe ali druge, ker je »nekritičen do svoje produktivne psihopatološke simptomatike«. Vzpostavljena je le implicitna povezava med nalepko duševne bolezni in nevarnostjo.³

Izvedenska mnenja imajo torej v postopkih na sodišču veliko veljavo, med raziskavo pa nismo zasledili primera, ko bi sodnik dvomil ali zahteval dodatno argumentacijo izvedenskega mnenja.

Da opisov konkretnih tveganj oziroma tveganih ravnanj ter morebitne nevarnosti večinoma ni zaslediti v sklepih, pričajo tudi naše izkušnje, ko smo za potrebe načrtovanja preobrazbe varovanega oddelka naredili pregled tveganj vseh stanovalcev, ki so bili takrat na varovanem oddelku. Ker smo do tedaj že ugotovili, da sklepi sodišč navadno niso zelo povedni glede konkretnih situacij »ogrožanja sebe ali drugih«, smo se pregleda tveganj lotili tako, da smo v akcijskoraziskovalni skupini pomislili na tveganja za vsakega stanovalca (takrat jih je bilo na oddelku 19) in skupaj premislili, kakšna tveganja bi bila možna pri preselitvi. Pri analizi smo ugotovili, da takrat na oddelku ni bilo ljudi, ki bi »ogrožali druge«, pač pa bi jih lahko razumeli kot take, ki »ogrožajo sebe« zaradi različnih vzrokov. Ko smo si predstavljali, da moramo vsem zagotoviti varnost v skupnosti, smo ljudi shematsko razdelili v skupine glede na tveganja, na katera je treba biti pozoren pri preselitvah:

- hrana in z njo povezani možni zdravstveni zapleti (pri dveh uporabnikih);
- težave s pijačo (pri enem uporabniku);
- nevarnost, da odide in zatava (pri enem uporabniku);

3 Prav zato je strokovna delavka na varovanem oddelku večkrat rekla, da ji sklepi sodišča po navadi ne pomagajo pri sprejemu uporabnika, saj v njih navadno ne izve ničesar konkretnega.

- agresija do drugih (pri enem uporabniku);
- nismo zaznali večjih tveganj (pri 14 uporabnikih).⁴

Naslednja stvar, pri kateri se pokaže avtoriteta izvedenskih mnenj, je dokazovanje dveh pogojev: pogoja iz prvega odstavka 74. člena Zakona o duševnem zdravju, da uporabnik »potrebuje stalno oskrbo in varstvo, ki ju ni mogoče zagotoviti v domačem okolju ali na drug način« in da »navedenih vzrokov in ogrožanja [...] ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (izven socialno varstvenega zavoda, v nadzorovani obravnavi)«.

Pri tem se ponovi vzorec, da izpolnjevanje obeh pogojev izvedenska mnenja večinoma le navajajo. Navadno namreč vsebino obeh členov, ki sta v odredbi, ki jo izvedenci poda sodišče za pregled uporabnika, v vprašalnem naklonu, izvedenci v svojem mnenju spremenijo v trdilni naklon in s tem – brez utemeljevanja – potrdijo, da sta oba pogoja izpolnjena. Sodišča v izreku sklepa navadno ne pozabijo poudariti, da konkretni izvedenec »kot specialist psihiater nedvomno razpolaga s potrebnim strokovnim znanjem« za svoje mnenje, v tem duhu pa torej tudi ne dvomijo o ocenah, ki jih izvedenci zapišejo kot dejstvo. Tako na primer zapišejo, da je navedena ogrožanja »mogoče odpraviti samo z obravnavo nasprotnega udeleženca na varovanem oddelku«. Čeprav sta obe alineji izjemno pomembni, saj namestitev v varovani oddelki utemeljujeta kot »zadnjo možnost« (angl. *last resort*, lat. *ultima ratio*), se kaže, da sta v praksi bolj deklarativni okrasek zakona, ki ju zares ne upoštevajo niti izvedenci niti sodišče.

Te ugotovitve so prav presunljivo podobne ugotovitvam iz tujine. Raziskovalci s področja socialnega dela iz Švedske so ugotovili, da v postopkih odločanja o nadzorovani obravnavi (neprostovoljnem ukrepu v skupnosti) sodišča predlogom pritrdijo kar v 99 % primerov in skoraj ne dvomijo o mnenjih sodnih izvedencev psihiatrov (Zetterberg idr., 2014), zato so jih raziskovalci označili kot »ubogljiva sodišča«. Tak vzorec so zaznali in bili do njega kritični tudi nekateri sodniki v Sloveniji (Prestor idr., 2025, str. 74–75).

Odpust ali podaljšanje namestitve?

Vsi odpusti, ki so se zgodili med raziskavo, so bili redni, torej po poteku sklepa sodišča. Odpuščenih je bilo 6 stanovalcev.⁵ Trije so bili odpuščeni zunaj organiziranih oblik oskrbe, še trije pa so bili odpuščeni na odprti oddelki istega zavoda. Število odpustov je predstavljeno v preglednici 1.

4 Sicer bi lahko v posamezno alinejo uvrstili več stanovalcev, saj jih je imelo, denimo, več prehranske posebnosti (največkrat so imeli predpisano pasirano hrano). V posamezno alinejo smo zapisali le stanovalce, pri katerih smo ocenili, da so določene težave zanje veliko tvegane, ki ga je treba upoštevati pri preselitvi.

5 Oddelki so verificirani za 12 postelj, med raziskavo pa se je število zasedenih postelj gibalo okoli 18.

Preglednica 1: Odpusti iz varovanega oddelka Doma na Krasu od septembra 2020 do septembra 2023.

Način odpusta	Število odpustov
V skupnost (domov)	3
V glavno stavbo zavoda (odprti oddelek)	3
Uporabnikova smrt	2
Skupaj	8

Vsi trije uporabniki, ki so bili odpuščeni v skupnost (zunaj organiziranih oblik bivanja), so bili na varovani oddelek nameščeni neposredno iz skupnosti (torej niso bili v času neposredno pred namestitvijo uporabniki zavoda), neposredno po preselitvi pa tudi niso prejeli nikakršne formalne podpore ne od zavoda ne od drugih organizacij. V večji meri podpore zavoda niso želeli, saj jih je namestitev na varovanem oddelku preveč negativno zaznamovala. Tisti, ki so bili odpuščeni na odprti oddelek, pa so tam bivali neposredno pred namestitvijo na varovani oddelek. Vsi uporabniki so torej bili odpuščeni tja, od koder so bili nameščeni na varovani oddelek.

Pri spodbujanju odpustov smo med raziskavo posebej poudarjali metode socialnega dela, kot sta osebno načrtovanje in analiza tveganja, saj smo pred odpustom kot osnovo zanj navadno izdelali oboje. Z osebnim načrtom smo na enem mestu strnili vizijo življenja posameznega uporabnika zunaj varovanega oddelka in podpore, ki jo bo potreboval pri tem. Z analizo tveganja pa smo iskali načine ravnanja s tveganji, ki so bili manj omejujoči kot zapiranje na oddelek.

Šest odpustov v treh letih je precej majhna številka, zato se je umestno vprašati, zakaj. Prvi dejavnik je povezan s tem, kakšne mandate sprejemajo zaposleni v zavodu v postopkih odpusta oz. podaljševanja sklepov. Ko se je stanovalcem iztekla veljavnost sklepa in je moralo osebje razmisliti, ali naj vložijo predlog za podaljšanje, je bilo za večino stanovalcev na timskih sestankih slišati, da uporabnik »ni za na varovani oddelek«. Kljub temu so ob odsotnosti drugih možnosti sodišču predlagali podaljšanje sklepa. Razlog za to je bil, da bi uporabniki, če jim sklepa ne bi podaljšali, v večini primerov ostali brez oskrbe in stanovanja. V zavodu so torej prevzeli moralni mandat za reševanje stanovanjske stiske in pomanjkanja oskrbe v skupnosti, pri tem pa odmislili formalni mandat, da morajo uporabnika takoj, ko ne izpolnjuje več vseh pogojev za namestitev, odpustiti. Vsakič, ko so se odločali o tem, ali naj podajo predlog za podaljšanje, so se torej morali ukvarjati s protislovjem med pomanjkanjem stanovanj in podpore v skupnosti na eni strani in zagotavljanjem obojega v zavodu in hkratnim kršenjem pravic na drugi strani. Ko so podali predlog za podaljšanje, so s tem brez dvoma »rešili« situacijo za konkretnega uporabnika (ki ni izgubil strehe nad glavo in podpore), hkrati pa so prekrili to protislovje tako, da se z njim ni bilo treba ukvarjati drugim akterjem. Podaljšanje sklepa skupnostnim službam sporoča, da bo za uporabnika še eno leto nekako »poskrbljeno«.

Naše izkušnje so pokazale, da jim to večinoma ustreza, saj je ob njihovi preobremenjenosti to en uporabnik manj, s katerim se je treba ukvarjati (ob obilici dela, ki ga imajo s tistimi, ki še živijo zunaj ustanov). Odpusti »v prazno« pa se kljub temu dogajajo, ko bolnišnice nimajo prostora za nego po zdravljenju (Razpotnik in Dekleva, 2009, str. 32–33). To – v nasprotju s podaljševanjem sklepov – aktivira skupnostne službe.⁶

Drugi dejavnik lahko označim kot »urok sklepa sodišča«. Povzamem ga lahko s prevladujočim vzorcem, da je biti sprejet na oddelki veliko lažje kot biti odpuščen. Sprejem spodbujajo prevladujoči obrazci izključevanja, torej je sprejem navadno del dobro naoljenega stroja nameščanja v ustanove. Videti je, da je pri uporabniku, ki je označen kot »tvegan« ali »nevaren«, manj pomislekov pri omejevalnih ukrepih (pri namestitvi na varovani oddelki) kot pri odpustih, saj je omejevanje razumljeno predvsem kot zagotavljanje varnosti, večanje možnosti (odpust) pa kot bolj tvegano, saj implicira ravnanje s tveganji brez zapiranja in prisile. Ali na kratko: uporabnik je zato, ker ni dostopne oskrbe zunaj zavoda, označen za nevarnega in nameščen na varovani oddelki, to pa je potem tudi ovira za odpust, saj naj bi bil nevaren.

Z vsakim letom, ko se namestitvev podaljša, se lahko namreč nabere več za uporabnikov odpust obremenilnih sklepov in v njih zapisanih »prekrškov«, ki zgolj utirajo pot vedno daljši namestitvi in s tem zavirajo možnost odpusta. Naj navedem, kaj se je pokazalo, ko smo skušali spodbuditi odpust na odprti oddelki za enega uporabnika. Že ob prvi namestitvi je težko hodil, vendar je v enem letu, ki ga je preživel na varovanem oddelku, telesno opešal. V tistem letu ni ponovil incidenta, ki je bil razlog za prvo namestitvev na varovani oddelki. Kljub temu izvirnega tveganja v sklepu o podaljšanju namestitve ni več omenjenega, niti ni bilo predmet presojanja pri podaljšanju sklepa. Namesto tega pa se je v izvedenskem mnenju pojavilo vse kaj drugega. Izvedenec je omenil uporabnikovo slabovidnost, torej možnost padca in tavanja. Vse to je bilo do določene mere res, saj je uporabnik v enem letu telesno opešal in tudi vid se mu je precej poslabšal. A te spremembe ne bi bile videti dramatične, če bi jih osebe opazilo pri kakem stanovalcu na odprtem oddelku. Spremembe bi bilo namreč treba upoštevati in temu primerno prilagoditi oskrbo, v primeru uporabnika z varovanega oddelka pa je bilo vse to predstavljeno kot razlog za podaljšanje sklepa. Je s tem ogrožal sebe ali druge? Nič bolj kot kdo drug, ki pada ali tava na odprtem oddelku ali doma. Pa vendar je šlo za uporabnika, ki je že bil nameščen na varovanem oddelku, zato je bilo vse to uporabljeno kot nekaj, kar naj bi upravičevalo podaljšanje namestitve.

V drugem primeru smo zaznali podobno težavo. Pri podaljšanju sklepa za drugo leto so za uporabnika v sklepu sodišča zapisali, da je uporabnik že dokazal, da zanj ni varno biti na odprtem oddelku (čeprav se je to nanašalo na obdobje nekaj let pred tem sklepom), in sodišče te izjave ni logično dokazalo

6 Nikakor ne želim sugerirati, da je treba ljudi odpuščati na cesti in brez podpore, je pa treba razmisliti, kako ne prekriti omenjenega protislovja oz. ga toliko poudariti, da bi bila razrešitev vsaj delna.

z ničemer. A prav v tem je bistvo – ko je uporabnik nameščen, se lahko vse informacije o preteklosti uporabijo kot orodje za podaljševanje namestitve.

Tretji dejavnik, ki zavira odpuste, so težave pri ustvarjanju »koalicije vključevanja«. Če se pri sprejemu oblikuje koalicija izključevanja (Flaker idr., 2008, str. 35–47), se mora pri odpustu oblikovati mreža tistih, ki so stanovalce varovanih oddelkov pripravljeni sprejeti nazaj. Če gre za odpust v skupnost, morajo to mrežo ustvariti svojci in zaposleni v skupnostnih službah (center za socialno delo, še posebej, če izvajajo neposredne skrbniške naloge za to osebo); če gre za odpust na odprti oddelek, pa zaposleni tam. V obeh primerih pa je ustvarjanje te mreže posledica tega, da so njen pomemben del prav tisti, ki lahko predlagajo ponovno namestitev na varovani oddelek. V obeh primerih imajo pomembno vlogo (ne)formalne ureditve in razporeditve moči.

Pri poskusih odpustov na odprti oddelek istega zavoda je bilo denimo zaznati, da je vodja varovanega oddelka želela selitev uskladiti oz. se o njej pogajati z vodjo odprtega oddelka. Tako je želela ohranjati sodelovanje in dobre odnose z vodji drugih organizacijskih enot zavoda. Ni se torej sklicevala na svoje zakonske obveze (zagotoviti odpust takoj, ko zadržanje ni več dopustno), temveč je dajala prednost vzpostavljanju ali vzdrževanju dobrih odnosov s sodelavci na drugih oddelkih. Veliko vlogo pri odločanju o odpustih ima tudi psihiater, ki pogodbeno sodeluje z zavodom. V raziskavi smo ugotovili, da je mnenje tima na varovanem oddelku (ki stanovalca pozna zaradi vsakdanjega dela z njim) načelno podrejeno mnenju psihiatra (ki stanovalca navadno vidi enkrat na mesec ali celo redkeje). Vprašanje, kakšno moč ima oddelčni tim pri oblikovanju mnenja psihiatra, je vselej odvisno od razporeditve moči in od odnosov med temi akterji.

Pri poskusih odpustov zunaj zavoda pa je bilo treba vzpostaviti koalicijo vključevanja z akterji v skupnosti. Za stanovalce, ki so imeli skrbnika, je mnenje skrbnika odločilno vplivalo na (ne)uspešnost odpusta. Poleg skrbnika je bilo treba v odpust prepričati skupnostne službe, teh pa velikokrat razen na Centru za socialno delo sploh ni bilo. Pomanjkanje skupnostnih služb je bilo na sploh razlog za to, da stanovalci niso bili preseljeni z varovanega oddelka. Del ozadja je bilo tudi pomanjkanje nastanitev za samostojno bivanje ob podpori ter neformalnih pomočnikov in prijateljev.

Kaj je skupno vsem naštetim dejavnikom, ki otežujejo odpust? Flaker idr. (2008, str. 25–26, 437) bi rekli »conska obramba«. Gre namreč za to, da različne službe skrbijo predvsem za svojo »cono« (v kateri so edinole suverene). Cone različnih služb so definirane z njihovimi pristojnostmi. Na varovanem oddelku so dolžni poskrbeti za uporabnike, ki so tja namešчени, skupnostne službe pa za tiste, ki živijo zunaj zavodov. Z vidika zaposlenih na varovanem oddelku je torej jasno, da izgubijo »pristojnost« za uporabnika z njegovim odpustom, da torej nimajo vpliva na oskrbo kjerkoli zunaj oddelka. Tako jim ne preostane drugega kot prepričevanje drugih akterjev, naj uporabnika sprejmejo nazaj, ali pa to, da ga pač odpustijo. Z drugimi besedami, s svojimi ukrepi in storitvami ne morejo dodati oskrbe tam, kjer je drugim službam zmanjka.

Naj za konec omenim še eno posledico opisane conske obrambe, odgovornost. Pomenljivo je, da se je vprašanje odgovornosti največkrat postavljalo pri poskusih rahljanja omejujočih ukrepov (večinoma pri odpustih pa tudi pri omogočanju samostojnih izhodov ipd.) in ne pri njihovem uvažanju. Pomembno ozadje tega vprašanja je, da je uporabnik na varovanem oddelku že *a priori* označen za nevarnega oz. za nekoga, ki »ogroža sebe ali druge«. V vsakdanjem življenju se to vprašanje ne bi porajalo, saj bi takoj odgovorili, da je odgovoren ta, ki tvega. To pa se v teh primerih ni dogajalo, saj je prevladujoča premisa, da naj bi odgovornost za uporabnika prevzel nekdo drug.

Ugotovili smo, da si strokovnjaki odgovornost, če je ne želijo sprejeti, podajajo. Tim varovanega oddelka lahko glede pomembnih odločitev prenaša odgovornost na psihiatra, ki pogodbeno sodeluje z zavodom. Ko so delovali tako, so psihiatra le vprašali za mnenje, ne pa aktivno zagovarjali določene rešitve ali mnenja. Ko psihiater ni želel podati posebnega mnenja, pa je lahko odločanje (in s tem domnevno odgovornost) prepustil sodnemu izvedencu psihiatru v postopku pred sodiščem. To se je zgodilo takrat, ko je zavod predlagal podaljšanje namestitve, čeprav so mnogi zaposleni menili, da to ni potrebno. Očitno je torej, da se oblikuje veriga prenašanja odgovornosti od uporabnika prek oddelčnega tima pa vse do sodnega izvedenca. Bolj kot se premikamo po verigi proti sodnemu izvedencu, dlje so ljudje, ki naj bi sprejeli odgovornost, od dejanskega stika z uporabnikom in hkrati tudi dlje od neposrednega zagotavljanja podpore zanj. V besednjaku analize tveganja (Flaker in Grebenc, 2011): dlje ko so od dobička, bližje so skrbniški vlogi.

Razprava

Kako razumeti sklep o namestitvi na varovani oddelki?

Sklep o namestitvi na varovani oddelki je treba razumeti kot način, kako zagotoviti oskrbo.⁷ Zdi se, da je to tudi ena izmed redkih prednosti trenutnega sistema varovanih oddelkov. Pripoved, ki jo lahko rekonstruiramo iz obstoječega normiranja tega področja, gre nekako tako: ko uporabnikove potrebe postanejo tako velike in intenzivne, da začne ogrožati sebe ali druge, si lahko ob intervenciji sodišča priskrbi oskrbo (na varovanem oddelku), ki naj bi bila v primerjavi z oskrbo v skupnosti intenzivnejša. Z drugimi besedami: domnevno posebej intenzivne storitve, ki jih ne morejo zagotoviti službe v skupnosti, se kopičijo na varovanem oddelku, torej je treba uporabnika premestiti tja, če želi dostopati do teh storitev.⁸ Tako sliko je Flaker (2015, str. 45) opisal kot »kaskadno« definicijo storitev socialnega varstva, saj večja

7 Nekdaj je bil razmeroma hiter, ob prezasedenosti varovanih oddelkov pa se upočasnjuje.

8 Prav zato v nadaljevanju uporabljam premestitev kot sopomenko za namestitev, le da želim s tem poudariti vidik spremembe lokacije bivanja.

intenzivnost oskrbe implicira tudi vse večjo izkoreninjenost uporabnika iz običajnega življenjskega sveta (zaradi premestitve).⁹

Ker so storitve v skupnosti (koordinirana obravnava in druge storitve centra za socialno delo, programi nevladnih organizacij in nadzorovana obravnava) v praksi velikokrat nepovezane in ne dovolj intenzivne, imajo sodišča, če s pomočjo izvedencev presodijo, da uporabnik potrebuje intenzivno oskrbo, le eno možnost – izdati sklep o namestitvi na varovani oddelek. Ker torej ni manj omejujočih alternativ v skupnosti, je označevanje uporabnikov kot nevarnih nujen pogoj za zagotavljanje nekakšne oskrbe.

Tu pa se pojavlja vse več težav. Prvič, namestitev na oddelek, ki je zaklenjen, moramo razumeti ne kot pravico do oskrbe, temveč kot kršitev pravic. Pojavlja se razkol med perspektivo, ki zagovarja terapevtsko dimenzijo omejujočih ukrepov (npr. zapiranja in vezanja; gl. Amatulli in Borghetti, 2015), in tisto, ki te prakse pojmuje izključno kot kršitev pravic (Del Giudice, 2020). Zdi se, da je druga perspektiva edina sprejemljiva glede na *Konvencijo o pravicah ljudi z ovirami*, ki jasno določa, da ima vsak, ne glede na vrsto in intenzivnost oviranosti, pravico do življenja v skupnosti (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006; Grebenc in Škraban, 2025).¹⁰

Drugič, logika nujne premestitve je problematična. Premestitev bi bila upravičena, če tam, kjer človek živi, strokovnjaki ne bi mogli opraviti diagnostičnih ali terapevtskih postopkov (Flaker, 2022, str. 149). Kar je Flaker ugotavljal za ljudi z demenco, velja tudi za področje varovanih oddelkov v posebnih socialnovarstvenih zavodih. Premestitev namreč ni opravičljiva, saj ni na varovanem oddelku ničesar (nikakršnih diagnostičnih ali terapevtskih naprav), česar ne bi mogli zagotoviti zunaj zavoda. Premestitev je moč razumeti le zato, ker se v varovanih oddelkih kopičijo človeški in materialni viri, to pa pomeni, da je to, kako te vire predstaviti v skupnost, pravzaprav organizacijsko vprašanje in vprašanje politike socialnega varstva. Z vidika uporabnika je premestitev sicer kdaj dobrodošla, saj pomeni odmik od situacije, ki je lahko obremenjujoča, vendar v številnih primerih uporabniki *izrecno* ne želijo zapustiti kraja, kjer bivajo pred premestitvijo. Zato je treba sistem varovanih oddelkov spremeniti tako, da bodo zagotavljali nekaj kapacitet za (začasen!) odmik, večino storitev pa preselili s terenskim delom v skupnost (in jih ne pogojevati s premestitvijo). To implicira zakonske spremembe, saj morajo sodišča dobiti podlago za izrekanje sklepov, ki oskrbe ne pogojujejo s premestitvijo.

9 Žal kaže, da oskrba na varovanem oddelku ni intenzivna in da so razlog za to predvsem splošni varnostni ukrepi za domnevno nevarne, med drugim tudi zaklenjena vrata (Škraban, 2024).

10 S to pravico, zapisano v 19. členu, se povezujejo tudi druge, še posebej tiste iz 12. in od 14. do 18. člena: enakost pred zakonom; osebna svoboda in varnost; prepoved mučenja, krutega, nečloveškega, ponižujočega ravnanja ali kaznovanja; prepoved izkoriščanja, nasilja in zlorabe; varovanje osebne integritete; in pravica do svobode gibanja in državljanstva.

Socialnodelovna perspektiva nujnih sprememb

Edina sprejemljiva smer sprememb na varovanih oddelkih je torej ta, da jih kot prostore odpravimo, saj kršijo pravice tam nameščenih ljudi. Ker je treba institucionalno oskrbo odpraviti, se zdi, da je ena izmed možnih rešitev preobrazba varovanih *oddelkov* v varovano *obravnavo*, ki bi varnost zagotavljala na druge, manj omejujoče načine. To ima pomembne posledice predvsem za oblike dela in organizacijo služb, pa tudi za postopke, s katerimi bi presojali o upravičenosti takih ukrepov. Ker so postopki osrednja tema članka, je treba razmisliti predvsem o nujnih spremembah postopkov.

Kot prvo se postavlja vprašanje, na kakšni podlagi naj temeljijo ukrepi, ki bi ohranili deklarativni namen (dostop do intenzivnejših storitev), a spremenili vsebino in način. Vse večji trend v tujini je, da zaradi hudih kritik koncepta ogrožanja ta koncept zavračajo in iščejo rešitev v konceptu zmanjšane možnosti odločanja (angl. *mental capacity*) (Brown, 2024; Dawson in Szmukler, 2006). Ta smer je za socialno delo v Sloveniji nova in še popolnoma nerazvita, zato bi jo morali najprej sploh ovrednotiti in oceniti njeno utemeljenost in uporabnost.

Druga možnost je, da koncept uporabimo, vendar spremenimo organizacijo služb. S tem bi prepoznali, da so ogrožanje, tveganje in nevarnost, ti sicer »moralno konservativni« koncepti (Stanford, 2008), ki brez dvoma izhajajo iz skrbniške vloge strokovnjakov, odvisni predvsem od organizacije služb, ki jih udeležujejo v praksi. Kako bi torej bilo, če bi ohranili koncept »ogrožanja« kot pogoj za nujne ukrepe? Odgovor na to vprašanje da nekaj idej tudi o vsebini teh ukrepov.

Kot nas uči socialnodelovna metoda, analiza tveganja, so med ključnimi načeli dobrega ocenjevanja tveganj konkretnost, fokusiranost in upoštevanje verjetnosti (Flaker in Grebenc, 2011). Konkretnost pomeni, da analiziramo okoliščine tveganja (v besednjaku analize tveganja so to grožnje), vendar nas vselej zanimajo konkretni dogodki, izidi (nevarnosti). Če jih še ni, nas kljub temu zanima, kaj natančno nas skrbi, da se bi zgodilo. Fokusiranost pomeni, da nas zanimajo ukrepi, s katerimi želimo vplivati na prej identificirano konkretno nevarnost, in ne ukrepi, ki človeka omejijo vsepovprek (zapiranje). Upoštevanje verjetnosti pa pomeni, da nas mora pri načrtovanju ukrepov zanimati ocena, kako verjetno je, da se konkretni neželeni dogodek ponovi.

Če iz tega zornega kota pogledamo na ugotavljanje ogrožanja v sklepih sodišč, vidimo, da jim pogosto manjka večina vrtilin dobrega ocenjevanja tveganj. Manjka konkretnost, ker prevladujejo abstraktne sodbe o tem, kako da se uporabnik ogroža. Manjka fokusiranost, saj izvedenska mnenja ne proizvedejo fokusiranih ukrepov, ki bi bili odgovor za konkretna tveganja, temveč le takega, ki človeka omeji vsepovprek (namestitev na varovani oddelki). Končno pa manjka tudi upoštevanje verjetnosti, saj v mnenjih navadno ni ocene verjetnosti, da se neljubi dogodek ponovi, temveč ostanejo zgolj pri oceni, da določeno ogrožanje obstaja. Če bi izvedenci prevzeli ta načela pri pisanju mnenj, bi ocenjevanje tveganj postalo osredotočeno na osebo (Kinsella, 2000),

tveganja pa bi začeli razumevati bolj kontekstualno. To bi najlažje naredili, če bi bili izvedenci za ta del ocenjevanja socialni delavci, ki se te metode priučijo na fakulteti (druge naloge izvedencev – denimo presojanje o tem, ali ima uporabnik kako duševno motnjo – pa bi ostale domena psihiatrov).

Izvedenska mnenja pa imajo še en nerazviti potencial, in sicer proaktivnosti, ki je še ena izmed vrlin analize tveganja. Pomeni namreč, da tveganja ne le analiziramo, temveč se nanje tudi odzivamo z naborom različnih strategij za zmanjševanje škode. Trenutni sistem služb in zakonodaja sta podlaga le za to, da izvedenci v svojih mnenjih ugotavljajo upravičenost le enega načina poseganja v življenjski svet uporabnika (namestitev na varovani oddelok).¹¹

Potencial izvedenskih mnenj je gotovo ta, da bi na podlagi analize tveganja ustvarila načrt za različne ukrepe, kako se odzivati na tveganja v okolju, kjer uporabnik živi. Tako kot zdaj, ko ima sklep sodišča finančne posledice, saj uporabniku omogoči dostop do oskrbe (na varovanem oddelku), bi lahko analiza tveganja pomenila podlago za personalizirano alokacijo finančnih sredstev za izvedbo ukrepov za intenzivnejšo podporo oz. zagotavljanje varnosti. Gre torej za vprašanje načinov financiranja in fleksibilnosti sistema pomoči, da se odzove na spreminjajoče se potrebe uporabnikov, ne da bi te uporabnike premeščal. Menim, da bi bilo intenzivnost oskrbe najbolj smiselno povečevati na metodičen način (analiza tveganja).

Vprašanje je, ali naj je takšna analiza tveganja orodje za odločanje o obveznih ukrepih na sodišču ali pa zgolj orodje intenzivnejšega, a formalno nepriprilnega dela skupnostnih služb. Prva možnost bi pomenila, da lahko uporabnik prejema podporo v skupnosti v skladu z dogovorom, v izjemnih primerih pa je lahko del te podpore formalno obvezen (glede na ukrepe iz analize tveganja). Druga možnost pa ne bi predvidevala prisilnih ukrepov v skupnosti (vsaj ne takih, ki izhajajo iz analize tveganja).

Prvo možnost – prisilne ukrepe v skupnosti – delno že poznamo v obliki nadzorovane obravnave (angl. *community treatment orders*). Ta se je v tujini pokazala kot ne posebej učinkovita, saj nezadostno preprečuje ponovne krize in ne zmanjšuje pogostosti hospitalizacij (Rugkåsa, 2016; Rugkåsa in Burns, 2017), hkrati pa je doživela velik odpor uporabnikov, ki so nezadovoljni s širjenjem prisilnih ukrepov v skupnosti (Fabris, 2011). Z obveznimi ukrepi na podlagi analize tveganja ne mislim na obvezno medikamentozno terapijo (to vključuje že nadzorovana obravnava), temveč mislim na širše ukrepe (tehnične, socialne, za preurejanje okolja ipd., gl. Flaker in Grebenc, 2011).

Druga možnost sproža vprašanje, ali poleg nadzorovane obravnave sploh potrebujemo več prisilnih ukrepov v skupnosti. Če je uporaba prisile premosorazmerna z odsotnostjo skupnostnih služb – kot sem povzel v uvodu – je treba krepiti skupnostne službe pred vsakršnim načrtovanjem prisilnih

¹¹ Prav vpetost sklepov sodišč v sistem, ki ponuja le eno možnost, po mojem mnenju tudi ključno pogojuje vsebino, ki sem jo kritiziral v poglavju z rezultati. V tem pogledu ta kritika ne leti toliko na posamezne avtorje/avtorice sklepov sodišč in izvedenskih mnenj, ampak na širši kontekst, kamor se umeščajo.

ukrepov v skupnosti. Čeprav nekateri ugotavljajo, da je mogoče prisilne ukrepe izvajati v skladu s socialnodelovno etiko (Brophy in McDermott, 2013), je pomembno razmisliti tudi o radikalnejšem stališču, da je prisila vselej zatiralska praksa, saj prisilni ukrepi ne krepijo moči uporabnikov in usodno načenjajo socialno pravičnost (Maylea, 2017).

Pravica do zdravljenja in oskrbe na podlagi *Konvencije o pravicah ljudi z ovirami* ne pomeni, da država zdravljenje in oskrbo vsili uporabniku, temveč nalaga državi odgovornost, da zagotovi razmere za zelo kakovostno oskrbo, ki spoštuje človekove pravice in je za uporabnika prostovoljna. Iz te perspektive sledi, da dokler socialno delo ne zavrne prisilnih ukrepov, s tem podpira obstoječe stanje, v katerem država ne zagotovi količine in dovoljšne kakovosti storitev, da prisila ne bi bila več potrebna (Maylea, 2017). V skladu s to perspektivo je analiza tveganja s prej predstavljenimi načeli uporabna metoda ocenjevanja tveganj in proaktivnega ravnanja z njimi, ki naj bo integrirana v delo skupnostnih služb,¹² nikakor pa naj na njej ne temeljijo prisilni ukrepi.

Omejitve raziskave

Akcijska narava raziskave ima prednosti in slabosti. Veliki prednosti sta, da smo z neposrednim delom z uporabniki pridobili rezultate, ki bi z uporabo intervjujev sicer morda ostali nevidni, in da smo postopke raziskovali s spodbujanjem odpustov. S tem smo neposredno povečevali moč uporabnikov. Raziskovanje je bilo torej namenjeno ne le spoznavnim, temveč tudi akcijskim ciljem. Šibkost takšnega raziskovanja pa je, da vsebina (postopka) ni sistematično raziskana, raziskana je le takrat, ko je potrebo po tem zahtevala praksa, zato verjetno nisem popisal vseh vidikov postopkov in vse možne raznovrstnosti sklepov sodišč.

Čeprav Zakon o duševnem zdravju predpisuje enoten postopek ne glede na vrsto varovanega oddelka, so rezultati še posebej povedni za varovane oddelke v posebnih socialnovarstvenih zavodih (ni pa jih moč posplošiti na vse take varovane oddelke), saj je raziskava potekala v enem izmed njih. Kljub temu bi raziskava s podobno metodologijo v drugih posebnih zavodih morda dala drugačne rezultate, še posebej v delih, ki se nanašajo na miselnost zaposlenih in njihove načine dela.

Sklep

V raziskavi smo ugotovili, da gre pri postopkih nameščanja za svojevrstne ceremonije ponižanja, saj je treba uporabnike z izvedenskimi mnenji in

12 Obstaja tudi močna kritika ocenjevanja tveganj v skupnosti (Sawyer, 2005; Szmukler in Rose, 2013) ob prehodu iz institucionalne oskrbe v skupnostno, vendar gre za kritike birokratskega ocenjevanja tveganj in nikakor ne kontekstualnih načinov ravnanja s tveganji (Kinsella, 2000). Kljub temu je na mestu kritika, da sta se socialno delo in varstvo začela vzpostavljati na temelju koncepta tveganja in ne podpore (Kemshall, 2002).

sklepi sodišč prikazati kot nemočne in nevarne, da bi s tem prikazali njihovo upravičenost za dostop do deklarativno intenzivnejše oskrbe (varovani oddelek). Strokovne utemeljitve v sklepih sodišč individualizirajo in nekontekstualno prikazujejo stiske uporabnikov. Ugotovili smo tudi, da sodišča o izvedenskih mnenjih večinoma ne dvomijo, saj jim za ugotavljanje izpolnjevanja nekaterih pogojev za namestitev zadoščajo neutemeljene trditve v izvedenskih mnenjih.

V raziskavi smo obravnavali tudi odpuste iz varovanega oddelka. Ugotovili smo več ovir pri odpustih, ki pa so večinoma preslikava dejavnikov, ki spodbujajo premestitve. Ukvarjali smo se predvsem z izzivi, kako ustvariti koalicijo in ureditve vključevanja. Ker to v praksi marsikdaj ne uspe, je največji rezultat tega serijsko podaljševanje veljavnosti sklepov, to pa pomeni dolgotrajno namestitev v obliki pomoči, ki naj bi veljala za »zadnjo možnost«, in to, da so uporabniki, da bi bili upravičeni do oskrbe na varovanem oddelku, označeni za nevarne.

Sklep o namestitvi na varovani oddelek način v praksi pomeni dostop do oskrbe. Čeprav je to dobra zasnova ureditve varovanih oddelkov, je njena ključna pomanjkljivost, da ta dostop pogojuje z namestitvijo in da se to dogaja za zaprtimi vrati. Varovane oddelke je treba preobraziti v vrsto drugih oblik oskrbe, ki bodo spoštovale človekove pravice in s katerimi bomo produktivneje ravnali s tveganji, ki so v trenutni ureditvi razlog za namestitev, dodatno pa bi s pomočjo socialnodelovnih metod lahko tudi omilili trenutne težave pri ugotavljanju tveganj v izvedenskih mnenjih.

Viri

- Amatulli, A., & Borghetti, S. (2015). La contenzione in psichiatria tra etica e pratica: Solo tesi e antitesi? V S. Rossi (ur.), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona* (str. 251–271). Merano: Edizioni Alpha Beta Verlag.
- Bohinec, M. (2012). Diagnoza in njen človek. *Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 39(250), 185–196.
- Brandon, D., & Brandon, A. (1994). *Jin in jang načrtovanja psihosocialne skrbi*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Breznik, B. (2005). *Obravnava kriznih stanj v zavodu Hrastovec-Trate nekoč in danes* (specialistična naloga). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Brophy, L., & McDermott, F. (2013). Using social work theory and values to investigate the implementation of community treatment orders. *Australian Social Work*, 66(1), 72–85. DOI: 10.1080/0312407X.2011.651727
- Brown, C. (2024). Towards a 'social model' of mental capacity for social work. *The British Journal of Social Work*, 54(4), 1610–1626. DOI: 10.1093/bjsw/bcad242
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. V G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (ur.), *The Foucault effect: Studies in governmentality* (str. 281–298). Chicago: The University of Chicago Press.
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006). United Nations. Pridobljeno 8. 7. 2025 s <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

- Dawson, J., & Szmukler, G. (2006). Fusion of mental health and incapacity legislation. *British Journal of Psychiatry*, 188(6), 504–509. DOI: 10.1192/bjp.188.6.504
- Del Giudice, G. (2020). ... e tu slegalo subito: Sulla contenzione in psichiatria. Merano: Edizioni Alpha Beta Verlag.
- Dom na Krasu (2020). *Načrt preobrazbe Dom na Krasu 2020–2025, ver. 0.1 (interno gradivo)*.
- Egidi, S. (2010). The No-Restraint method/No Restraint come metodo. V L. Toresini, & R. Mezzina (ur.), *Beyond the walls: Deinstitutionalisation in European best practices in mental health/Oltre i muri: La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute mentale* (str. 365–381). Merano: Edizioni Alpha Beta Verlag.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2012). *Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. DOI: 10.2811/87077
- Fabris, E. (2011). *Tranquil prisons: chemical incarceration under community treatment orders*. Toronto: University of Toronto Press.
- Falant, V. (2016). *Varovani oddelki v socialnovarstvenem zavodu: med varstvom in zapiranjem* (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V. (2015). *Prispevki k taksonomiji socialnega dela in varstva*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V. (2022). Demenca – razlog za dezitucionalizacijo. *Socialno delo*, 61(2–3), 146–163. DOI: 10.51741/sd.2022.61.2-3.146-163
- Flaker, V. (2024). *Temeljne operacije socialnega dela: prispevki k taksonomiji socialnega dela in varstva, 2. del*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Ficko, K., Grebenc, V., Mali, J., Nagode, M., & Rafaelič, A. (2019). *Hitra ocena potreb in storitev*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., & Grebenc, V. (2011). *Analiza tveganja* (interno gradivo).
- 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., Rafaelič, A., Bezjak, S., Ficko, K., Grebenc, V., Mali, J., Ošljaj, A., Ramovš, J., Ratajc, S., Suhadolnik, I., Urek, M., & Žitek, N. (2015). *Izhodišča dezitucionalizacije v Republiki Sloveniji (Končno poročilo, verzija 3.2)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Garfinkel, H. (1956). Conditions of Successful degradation ceremonies. *American Journal of Sociology*, 61(5), 420–424. DOI: 10.1086/221800
- Grebenc, V., & Škraban, J. (ur.) (2025). *Preobrazba varovanih oddelkov v skupnostne oblike oskrbe odraslih in otrok z oviranostmi: poročilo o raziskavi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Kemshall, H. (2002). Risk, social policy and welfare. *The British Journal of Social Work*, 32(8), 1124–1125. DOI: 10.1093/bjsw/32.8.1124
- Kinsella, P. (2000). *Person centred risk assessment*. Paradigm. Pridobljeno 8. 7. 2025 s <https://www.choiceforum.org/docs/riskkinsella.pdf>
- Krtelj, B. (2016). *Varovani oddelki v procesu reinstitucionalizacije: Zakon o duševnem zdravju in modeli obravnave stanovalcev* (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Large, M. M., Ryan, C. J., Nielssen, O. B., & Hayes, R. A. (2008). The danger of dangerousness: Why we must remove the dangerousness criterion from our mental health acts. *Journal of Medical Ethics*, 34(12), 877–881. DOI: 10.1136/jme.2008.025098
- Lorant, V., Depuydt, C., Gillain, B., Guillet, A., & Dubois, V. (2007). Involuntary commitment in psychiatric care: What drives the decision? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), 360–365. DOI: 10.1007/s00127-007-0175-2

- Maylea, C. H. (2017). A rejection of involuntary treatment in mental health social work. *Ethics and Social Welfare*, 11(4), 336–352. DOI: 10.1080/17496535.2016.1246585
- McGarvey, E. L., Leon-Verdin, M., Wanchek, T. N., & Bonnie, R. J. (2013). Decisions to initiate involuntary commitment: the role of intensive community services and other factors. *Psychiatric Services*, 64(2), 120–126. DOI: 10.1176/appi.ps.000692012
- Mesec, B. (2006). Action research. V V. Flaker, & T. Schmid (ur.), *Von der Idee zur Forschungsarbeit: Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft* (str. 191–222). Wien: Böhlau Verlag, Herbst.
- Podgorelec, T. (2021). *Pregled dela v varovanih oddelkih* (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Posebni socialnovarstveni zavodi* (b. d.). Pridobljeno 7. 7. 2025 s <https://www.gov.si teme/posebni-socialnovarstveni-zavodi/>
- Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (2009). *Ur. l. RS*, št. 97/09, 84/12 in 85/14.
- Prestor, L. G., Arnež, J., Tomc Arko, M., & Plesničar, M. (2025). Prisilna namestitve v socialnovarstvene zavode: izzivi normiranja in odločanja. V V. Grebenc, & J. Škraban (ur.), *Preobrazba varovanih oddelkov v skupnostne oblike oskrbe odraslih in otrok z oviranostmi: poročilo o raziskavi* (str. 45–99). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Rafaelič, A. (2016). Hitra ocena potreb in storitev za načrtovanje dezinstitutionalizacije. *Socialno delo*, 55(4), 191–204.
- Razpotnik, Š., & Dekleva, B. (2009). *Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Rose, N. (1998). Governing risky individuals: the role of psychiatry in new regimes of control. *Psychiatry, Psychology and Law*, 5(2), 177–195. DOI: 10.1080/13218719809524933
- Rugkåsa, J. (2016). Effectiveness of community treatment orders: the international evidence. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 61(1), 15–24. DOI: 10.1177/0706743715620415
- Rugkåsa, J., & Burns, T. (2017). Community treatment orders: are they useful? *BJPsych Advances*, 23(4), 222–230. DOI: 10.1192/apt.bp.115.015743
- Saraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 3(1), 3–5.
- Sawyer, A.-M. (2005). From therapy to administration: deinstitutionalisation and the ascendancy of psychiatric 'risk thinking'. *Health Sociology Review*, 14(3), 283–296. DOI: 10.5172/hesr.14.3.283
- Saya, A., Brugnoli, C., Piazzzi, G., Liberato, D., Di Ciaccia, G., Niolu, C., & Siracusano, A. (2019). Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: a narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 271. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00271
- Stanford, S. (2008). Taking a stand or playing it safe?: Resisting the moral conservatism of risk in social work practice. *European Journal of Social Work*, 11(3), 209–220. DOI: 10.1080/13691450802075063
- Svetovna zdravstvena organizacija (2023). *Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice*. World Health Organization; the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights). Pridobljeno 7. 7. 2025 s https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/WHO-OHCHR-Mental-health-human-rights-and-legislation_web.pdf

- Szmukler, G., & Rose, N. (2013). Risk assessment in mental health care: values and costs. *Behavioral Sciences & the Law*, 31(1), 125–140. DOI: 10.1002/bsl.2046
- Škraban, J. (2024). Secure unit and risk management practices in a long-term mental health institution in Slovenia. *e-cadernos CES*, 42, 9–28. DOI: 10.4000/13x59
- Škraban, J., Kapus, A., Prevodnik, K., & Jelenc, L. (2025). Značilnosti varovanih oddelkov, obravnave stanovalcev in odpust. V V. Grebenc, & J. Škraban (ur.), *Preobrazba varovanih oddelkov v skupnostne oblike oskrbe odraslih in otrok z oviranostmi: Poročilo o raziskavi* (str. 166–205). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Wormdahl, I., Husum, T. L., Kjus, S. H. H., Rugkåsa, J., Hatling, T., & Rise, M. B. (2021). Between no help and coercion: toward referral to involuntary psychiatric admission. A qualitative interview study of stakeholders' perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 12. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.708175
- Zakon o duševnem zdravju (2008). *Ur. l. RS*, št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – US.
- Zetterberg, L., Sjöström, S., & Markström, U. (2014). The compliant court – Procedural fairness and social control in compulsory community care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 543–550. DOI: 10.1016/j.ijlp.2014.02.027

Joanna Fox, Shulamit Ramon, Raf Hamaizia

The process of deinstitutionalisation from within an institution: evaluating innovations in a closed ward for women with (borderline) personality disorder

Although UK Mental Health services have been de-institutionalised since the end of the 20th century, women with (borderline) personality disorder are often admitted compulsorily to closed psychiatric wards due to high level of self-harm. The paper focuses on the evaluation of introducing innovative intervention methods, alongside dialectical behaviour therapy, in the Daffodil ward which promoted the agency and self-responsibility of service users in managing their mental health. The evaluation reported in the article includes individualised photovoice followed by interviews of the inpatients, and in parallel receiving providers' reports about every three months. The photovoice method enabled service users to take photos representing their experiences on the ward; this provided a basis for interview content. The new interventions promoted the recovery and empowerment of service users and utilised the transformative role of peer support and experts by experience in improving ward culture. The interim findings highlight how the impact of an effective culture of experts by experience involvement and the introduction of a new service model can provide a context for deinstitutionalisation from within an institution, providing a template for future hospital service delivery.

Key words: mental health, psychiatric ward, behaviour therapy, service users, recovery, photovoice.

Joanna Fox, PhD, is an associate professor of mental health recovery at Anglia Ruskin University, UK. Contact: joanna.fox@aru.ac.uk

Shulamit Ramon, PhD, is a professor of social inclusion and well-being at University of Hertfordshire, UK. Contact: s.ramon@herts.ac.uk

Raf Hamaizia is an expert by experience lead at Cygnet Health, UK. Contact: rafhamaizia@cygnethealth.co.uk

Proces deinstitutionalizacije znotraj institucije: evalvacija inovacij na zaprtem oddelku za ženske z (mejno) osebnostno motnjo

Čeprav so službe za duševno zdravje v Združenem kraljestvu od konca 20. stoletja deinstitutionalizirane, so ženske z (mejno) osebnostno motnjo pogosto prisilno sprejete na zaprte psihiatrične oddelke zaradi visoke stopnje samopoškodovanja. Avtorice opisujejo evalvacijo uvajanja inovativnih intervencijskih metod, ki so poleg dialektične vedenjske terapije na oddelku Daffodil spodbudile samoodgovornost uporabnic storitev pri skrbi za svoje duševno zdravje. Evalvacija vključuje individualiziran fotoglas, intervjuje s hospitaliziranimi pacientkami in poročila izvajalcev približno vsake tri mesece. Metoda fotoglas je uporabnicam storitev omogočila snemanje fotografij, ki prikazujejo njihove izkušnje na oddelku; to je bila podlaga za vsebino intervjujev. Inovacije so spodbudile okrevanje in krepitev moči uporabnic storitev, k izboljševanju kulture na oddelku pa so občutno pripomogle vrstniška podpora in osebe, ki so strokovnjakinje za svoje osebne izkušnje stiske. Preliminarne ugotovitve kažejo, da lahko učinkovita kultura vključevanja takšnih strokovnjakinj in uvedba novega modela storitev zagotovita kontekst za deinstitutionalizacijo znotraj ustanove. To je potem vzorec za prihodnje izvajanje bolnišničnih storitev.

Ključne besede: duševno zdravje, psihiatrični oddelek, vedenjska terapija, uporabniki storitev, okrevanje, fotoglas.

Dr. Joanna Fox je izredna profesorica za duševno zdravje in okrevanje na Univerzi Anglia Ruskin University. Kontakt: joanna.fox@aru.ac.uk

Dr. Shulamit Ramon je redna profesorica za socialno vključevanje in blaginjo na Univerzi v Hertfordshiru. Kontakt: s.ramon@herts.ac.uk

Raf Hamaizia je vodja strokovnjakov na podlagi osebne izkušnje stiske, v britanski organizaciji Cygnet Health. Kontakt: rafhamaizia@cygnethealth.co.uk



Johanna Fox
0000-0003-3462-2978



Shulamit Ramon
0000-0002-4680-8602

Introduction

A large-scale deinstitutionalisation of mental health services has taken place since the end of the 20th century in the UK leading to a considerable reduction in the number of people hospitalised from 52,000 in 2001, to 23,000 in 2022 (BMA, 2022). Women with (borderline) personality disorder may often self-harm and may be at risk of suicide or parasuicide and therefore are often hospitalised. Borderline personality disorder or emotionally unstable personality disorder is perceived as a disturbance in the regulation of emotions which is accompanied by poor self-esteem, with disbelief in the self-capacity to improve, as well as self-shame, difficulties in relationships with others, impulsivity, a high level of self-harm and experimentation with drugs which may lead to hospitalisation (NHS, 2022).

This group is vulnerable at the entry to an inpatient closed ward, likely to engage in serious self-harm and hence are hospitalised for safety reasons. Interventions to improve their condition may lead to 50% of success over time, but they often require long term support (Zanarini *et al.*, 2010). This article outlines an attempt to introduce new methods of working with this population and the evaluation of this initiative from the perspectives of both the women and the service providers who work with them.

Deinstitutionalisation is reviewed in this article, followed by consideration of the needs of women diagnosed with (borderline) personality disorder. The newest innovations are considered as to their impact on reducing/eliminating self-harm and their transition to the community from a closed ward. The article provides a context for the implementation of expert-by-experience programme at the private mental health provider, and key innovations in the ward which have been taking place since the beginning of 2024.

An interim evaluation of these innovations is presented. The findings highlight how the impact of a culture focused on engaging with the inpatients, and listening to experts by experience, as well as a range of activities on the ward can provide a context for deinstitutionalisation within an institution. It provides new insights into understanding the ongoing relevance of deinstitutionalisation theories and how effective innovations can provide a template for future service development within closed wards for women with (borderline) personality disorder.

Background

UK deinstitutionalisation policy and process have been led by the belief that a community mental health services system provides the best support for people with mental health needs of all ages and levels of need, supported by the legislation of the UK Community Care Act (1990). These processes established more community services, such as crisis intervention home treatment teams, and in a few places, new day centres focused on recovery and integration to the community (Castillo, 2016). The introduction of the Direct

Payment scheme in the 1997 enabled people to have more choice in the type of services they wanted and could have (UK CIL, 2024).

While the UK government was primarily interested in saving money, UK mental health professionals, informal family carers and active service users, alongside the voluntary sector, focused on establishing the most effective care provision within the community. Most current hospital inpatient beds are now located in psychiatric wards within general hospitals.

By February 2024 there were estimated to be 17,836 such beds, the lowest ever number (Statista, 2024). Yet the number of hospitalised days has gone from 32 in 2001 to 39 in 2023, indicating that the issues leading to hospitalisation continue to require our attention (BMA, 2022). While the three special forensic psychiatric hospitals continue to exist, many ordinary psychiatric hospitals have been closed. The process of reduction of beds is ongoing although not surprisingly, the Covid 19 pandemic, of 2020 to 2022, alongside the poor economic climate since 2008, led to increased demand for mental health interventions (BMA, 2022), especially among young people. The UK system offers a national health service to all citizens, and indeed most mental health facilities are run by NHS units, although Daffodil ward is located within a private mental health provider organisation.

During deinstitutionalisation processes, a reduction in stigma has been observed and public fear of violence from people experiencing mental ill health has reduced; though not in full. Periodically instances of violence by this population group occur, although most of the time they are themselves the victims of violence (Rettew, 2023). Recent updates show that 88% of people experiencing mental ill health have not engaged in any violent behaviour, and only 4% of violence perpetrated could be attributed to mental illness. We do not have sufficient research concerning violent behaviour by either staff towards service users in closed wards, or conversely.

There are many calls for improving mental health services both in hospital settings and in the community (Johnson *et al.*, 2022). Montenegro *et al.* (2023) in a scoping literature review underline that successful deinstitutionalisation requires the need to: undertake a sufficient needs assessment of the institution population, provide appropriate financial investment for transition, develop the workforce accordingly, and to carefully monitor implementation and quality.

More women experience (borderline) personality disorder than men (at a ratio of 3:1), most of whom have a normal to a high IQ. While it appears in only 3% of the general population, its percentage in clinical settings is much higher (with rates of 6.4% in primary care visits, 9.3% in psychiatric outpatient, and 20% in psychiatric inpatient). The rate in the general population is equal between men and women, raising the possibility that the much higher rate in clinical settings is due to more women experiencing borderline personality disorder seeking help more than men (NHS, 2022).

A range of often intense negative emotions are experienced, such as rage, sorrow, shame, panic, terror, long-term feelings of emptiness and loneliness.

Borderline personality disorder is treatable, especially with the application of individual and group dialectical behaviour therapy (Gillespie *et al.*; 2022, Hernandez-Bustamante *et al.*; 2024, Vijayapriya and Tamarana, 2023); however, this intervention requires a high level of service input. Personality disorder covers 10 possible diagnostic categories, of which borderline personality disorder is the most frequent, followed by anti-social personality disorder.

Therapeutic work with borderline personality disorder in the UK

Service users with (borderline) personality disorder may require long term inpatient stays to support their recovery, although often successful short-term interventions are sought, especially during inpatient admission for personal as well as for economic reasons. Helleman *et al.* (2014) have reported how Brief Admission Interventions can be very helpful in managing acute crisis and providing a safe space for interim self-harm reduction. However, for some women, short term hospitalisation may be less successful. In a first-hand account, Williams (1998) argued that repeated hospitalisation denies people with borderline personality disorder the autonomy and agency to take control of their own recovery; thus requiring longer-term treatment.

Stapleton and Wright (2019) underlined the helpfulness of hospital inpatient stays for some service users with borderline personality disorder. A meta-analysis of eight primary qualitative studies and three first-hand accounts of the experiences of inpatient stays for this population revealed the following positive factors from the inpatient experience: opportunities to be listened to and to talk to staff and peers, timeout from daily life and feelings of safety and control were perceived as positive elements of inpatient care. Negative experiences were attributed to a lack of contact with staff, negative staff attitudes, staff's lack of knowledge about borderline personality disorder, coercive involuntary admission and poor discharge planning. This comment thus emphasises that it is important for people with borderline personality disorder to be empowered to share responsibility for their own recovery, as indicated in the Springbank model which promotes a long-term hospital stay building on successful future focused recovery (Nagrodzki and Zimbron, 2019; Henry *et al.*, 2021; Yue *et al.*, 2023).

Recent innovations have been developed to support women with (borderline) personality disorder. The Haven project (Castillo *et al.*, 2013; Castillo, 2016), located in Colchester (UK), and Springbank ward in Cambridge (UK), have demonstrated that enhancing co-production, shared decision-making and applying dialectical behaviour therapy can make a considerable positive difference to the lives of females with borderline personality disorder.

The Haven (Castillo, 2016) was a day centre with a crisis residential unit for females with borderline personality disorder. Out of 139 referrals 69 made suicide attempts and 59 self-harmed in other ways (Castillo, 2016).

It offered dialectical behaviour therapy, and a variety of day activities. The residential unit enabled women to stay there when in crisis for up to three weeks, treated by professional staff members, thus preventing the need to use long-term hospitalisation, and reducing substance misuse. A special project offered training to several service users to become trainers in other services for people with personality disorder. The centre was successfully managed jointly by the staff and peer representatives. Outcomes indicated an elevated level of success in preventing many hospitalisation days, use of police, and reduction of use of eating disorder services. A carers support group was established. A group of service users and Dr. Castillo ran the research aspect of the centre over two years, leading to several publications in peer reviewed journals and two books.

Springbank closed ward for female borderline personality disorder successfully embarked in 2016 on a new intervention regime which included individual and group dialectical behaviour therapy, shared decision-making between service users and providers focused on medication and the transition to the community planning and revoking compulsory admission for voluntary admission upon entering the ward. The outcomes demonstrated the reduction of critical incidents and major tranquilization to zero by 2019, which has continued to be maintained (personal communication from the consultant psychiatrist of the ward, 2024), alongside an increase in taking self-responsibility as well as increased satisfaction for both service users and staff from the ward regime. One woman moved from being a service user to becoming a peer support worker in the ward.

A small scale qualitative project in Springbank (Nagrodzki and Zimbron, 2019; Henry *et al.*, 2021), focused on exploring both staff and service users' perspectives of the ward environment, indicated that the usually one year long therapeutic programme offered at Springbank to new service users, co-produced with them, supports women with borderline personality disorder to recover after failing to benefit from acute ward admission and community psychiatric treatment prior to entering Springbank. Moreover, sharing the responsibility for recovery with the person, increases their engagement with the service, even if this co-produced vision for recovery may in the short-term increase their anxiety. This shared ownership of the process of recovery incorporates elements of positive risk-taking in people's choices about chronic self-harm and suicidality and increases the feeling of safety. The positive relationship developed between staff and service user is both therapeutic and personalised, has increased the sense of shared decision-making and co-production on the ward.

The adoption of a very similar, but not identical, innovation programme in Daffodil ward in a private mental health hospital in the Southeast of England, came about through the introduction of the Springbank model to a group at the Royal College of Psychiatrists in 2022. Key members of the Daffodil ward staff visited Springbank and decided to adopt the two key innovations practiced there.

Expertise by experience at provider organisation

At the provider organisation, the expert by experience programme plays a vital role in bridging the gap between service users and staff within inpatient settings. Unlike some organisations, experts by experience are identified as individuals who have directly experienced the types of services they now support and represent, rather than those with carer perspectives. This distinction ensures that feedback and insights come directly from individuals who understand the complexities, challenges, and nuances of being an inpatient, which is consistent with research showing that peer-led initiatives improve user engagement and service outcomes (Repper and Carter, 2011). Family carers, while highly valued, are identified separately as Carer Ambassadors, recognising the unique contributions they bring to care delivery and development.

All experts by experience are employed in paid roles, reflecting the organisation's commitment to valuing their unique contributions and lived expertise. The paid role also provides financial security, incentive and purpose for the experts by experience whilst also fostering a culture of equality with other paid professionals. This approach aligns with best practices in the equitable inclusion of those with lived experience in service development (Basset *et al.*, 2010). During their weekly visits, experts by experience focus on building relationships with service users, offering peer support, and creating opportunities for meaningful dialogue. Such peer-based approaches are well-documented for fostering trust, promoting recovery, and enhancing the therapeutic relationship between service users and the system (Gillard *et al.*, 2013).

Experts by experience play a crucial role in the ongoing development and improvement of service delivery. By capturing feedback from service users during regular visits, experts by experience help to identify issues, patterns, and areas for growth within the service. Staff and management are encouraged to incorporate this feedback into action plans and service adjustments. Such feedback loops exemplify the principles of coproduction, wherein individuals with lived experience act as equal stakeholders in shaping services (Slay and Stephens, 2013).

In addition to gathering feedback, experts by experience play an important safeguarding role. Their presence serves as a preventative measure against the risk of closed cultures, where insularity within the service may lead to inadequate care practices or neglect of service user needs. The importance of this role is underscored by recent recommendations to integrate lived experience perspectives as part of safeguarding efforts in mental health settings (NHS England, 2021). By observing the interactions between staff and service users, experts by experience can identify emerging concerns and raise them proactively. This safeguarding role complements their efforts to create positive cultural change based on co-production principles, fostering a sense of empowerment and inclusion for service users.

While experts by experience focus on the inpatient experience, family carer ambassadors engage in training, meetings, and projects to enhance collaboration between families and services through the carers network. Through their work, carer ambassadors complement the efforts of experts by experience, reinforcing the provider's commitment to involving all stakeholders in the development and delivery of high-quality care, ensuring that they are central to the organisation's mission of continuous improvement and compassionate care.

Evaluation of the closed ward for women with (borderline) personality disorder

Innovations on Daffodil ward, building on the expert by experience programme at the provider organisation and the Springbank model provide a unique opportunity to deliver deinstitutionalisation from within. The next section provides an interim evaluation of a one-year evaluation of innovation on Daffodil ward. The study data collection runs from Jan 2024 to June 2025. Initial results from the first two data collection points are presented.

Methodology

We applied mixed methods to the study, utilizing photovoice to capture the participants' perspective in a creative way, followed by online interviews. The interview, which included their explanation of the photo's choice they made, enabled us to capture qualitative data about inpatient experience. This was supplemented by staff reporting every three months over one year. All eligible service users were offered the opportunity to participate in two half days of interactive training on the use of photovoice and their participation in the study. Topics included the use of appropriate photos, ethically taken, to submit for the photovoice interviews, considering the types of photos that could not be taken, and the need to either ensure the anonymity of any person in a photo, or to obtain their written consent in any pictures they could be identified. All ward staff were offered several opportunities to learn about the project, including direct briefing of those staff filling in regular reports. Staff reporting included the number of critical incidents and major tranquilization instances, move from compulsory to voluntary admission status, assessments of the learning and interaction of participants in dialectical behaviour therapy individual and group sessions, shared decision-making concerning medication use, skills training, unsupervised visits outside of the ward, and planning the transition to the community.

Service users were asked to choose a pseudonym which was applied systematically to any data collected about them, and only the researchers had the list of their real names. This list was kept in a password protected file.

Baseline interviews focused on understanding the service users' current situation from their perspective, whilst subsequent data collection periods centered on identifying the changes participants experienced between the phases, inclusive of the planning process of moving out of the ward back into the community. All interviews were undertaken online. The interviews were audio recorded and then transcribed, using the automatic Microsoft word document facility. The duration of each interview was up to 60 minutes. The transcript was available only to the researchers and was also password protected. Transcripts were cleaned manually by both researchers. Data from all modes of collection was analysed following each period using Reflexive Thematic Analysis (Braun and Clarke, 2022). It allows analysis of significant amount of data from multiple participants to be analysed and synthesised into meaningful accounts. A five-step of compiling, disassembling, reassembling, interpreting and concluding is to be applied. In the context of reflexive thematic analysis, the raw data forms codes, codes form themes and thematic maps, whilst the identifications of the themes result in interpretation with conclusions responding to the research question. The same type of analysis was applied to the periodical reports by staff members.

At the end of the study, participants will have the opportunity to have three of their photos displayed at an online exhibition, using the pseudonym they have chosen. An all-staff online questionnaire will be circulated at project-end to capture providers' views of the ward innovations.

Sampling

All 16 service users, residents on the ward, were eligible for recruitment to the study and asked to participate. Service users join the ward at different times during the year, and thus are ready to transition to the community at different times, therefore, service users joined the study at diverse times in their treatment regime. To mitigate this limitation, the study had two simultaneous cohorts involved in the study. Moreover, because this is a very vulnerable group, and the residents were asked to consent to participate in the study, not all service users consented to participate. In the first cohort, 6 participants consented, one left the ward early; 2 participants chose to join the second cohort. One resident in the first cohort chose to undertake the first interview, but then chose not to be interviewed the second time, but she consented to her reports being included in the study. The one who left early allowed her data to be retained in the study.

Ethical approval

Favorable ethical approval was obtained through UK National Health Service Integrated Research Application System (project id 327734). Both service users and reporting service providers were provided with an information

sheet and asked to give signed consent to participate in the study. The consent process was facilitated by an independent staff member, not attached to the ward but available on site, to prevent any conflict of interest. Service users experiencing a diagnosis of Borderline Personality Disorder can experience high levels of emotional distress; thus, interviewers had to be sensitive to the participants’ needs and flexible in rearranging interviews on numerous occasions. The needs of participants took precedent during all contact points.

Key findings

Critical incidents

Self-harm is commonly practised by women with a diagnosis of borderline personality disorder to manage distress (NHS, 2022). The Mental Health Act (from 1987, amended in 2007) enables service users, experiencing severe distress, to be compulsorily detained in hospital under certain strictly defined criteria if they are at risk to themselves. Some service users may enter this ward compulsorily or can be returned to the ward by police if they are at risk of harm. A predominant reason for service users’ admission to the ward is the incidence and severity of self-harm. Table 1 provides a summary of critical incidences, including occurrences of fixed ligature, cutting, violence towards staff, head banging, absence without leave, suicidal potential such as being next to train tracks, burning with aerosol.

Table 1: Summary of critical incidences.
Period 1: 31.01.24–01.05.24

Pseudonym	Period 1: number of incidences	Types of incidences	Number of particular incidents	Follow up care provided
Angel	20	Suicidal behaviour Ligature Cutting	1 18 1	Taken to Hospital Accident and Emergency Dept (A&E) None None
Bluedog	9	Suicidal behaviour Ligature Headbanging Burning with aerosol Cutting	2 2 3 1 1	Taken to A&E (1) Restraint to remove ligature (1) None Taken to A&E First aid given
Greenfrog	2	Headbanging	2	None
Roadmanjobs	3	Punched a wall Cutting	2 1	None Needed surgery
Simon Garfunkel	5	Punched a wall	5	None
Superstar	9	Headbanging Ligature Punched walls	4 1 4	None

Pseudonym	Period 1: number of incidences	Types of incidences	Number of particular incidents	Follow up care provided
Second cohort				
Poppy (19.06.24 - recently arrived on ward)	0	0	0	0
Purplestacey 23.01.24– 26.06.24	36	Selected examples Headbanging Ligature Burning with aerosol Shouting at staff attempted AWOL (Absence without leave) from hospital Cutting Incident of alcohol use and being overly intoxicated	16 8 1 1 5 3 1	Resulting in restraint (9) None None None Restraint (5) A&E attendance (1) First aid (1) None (1) 1

Period 2: 15.05.24–15.08.24

Pseudonym	Period 1: number of incidences	Types of incidences	Number of particular incidents	Follow up care provided
Angel	9	Suicidal behaviour Ligature Cutting Punched wall Security incident	1 5 1 1 1	Taken to A&E None None None None
Bluedog	6	Headbanging Cutting	4 1	None None
Greenfrog	2	Headbanging	2	None
Roadmanjobs	3	Overdose	3	A&E attendance (3)
Simon Garfunkel	4	Punched a wall Had an altercation with member of public	3 1	None Called ward for support
Second cohort				
Poppy	10	Non fixed ligature Headbanging Cutting	7 2 1	0 0 Wound dressed
Purplestacey	15	Ligature Overdose Cutting Punched wall Security incident	5 1 1 1 1	None Taken to A&E None None None

Service users experience high levels of distress, both prior to coming on the ward and after their ward admission. There is a significant reduction in the number and severity of critical incidents between the two data collection periods. Moreover, the strategies put in place by the ward focus on identifying recovery goals to ensure effective transition to the community, emphasising

the development of self-esteem and self-worth, promoting a ward environment based on recovery through the regular provision of activities, and building of relationships with staff and peers. This approach is extensively supported by both group and individual dialectical behaviour therapy. These themes capture the complex web of interdisciplinary support put in place to successfully support these women, both during their ward stay and after their transition to the community.

Planning for successful transition to the community

On this ward, women are most often discharged from compulsory detention around three months after admission. This is a step which indicates being less ready to take the risk evident in the Springbank model in which compulsory detention is revoked immediately on admission. Identifying clear recovery goals with a clear pathway to leaving the ward is key to successful transition back to the community at the end of the ward stay, and a focus on the therapeutic alliance to support transition decisions is essential to all types of support offered on the ward.

Most of the service users are ambitious women. However, there is less of a significant self-identity with some participants experiencing gender identity fluidity and self-doubt in their abilities and capabilities. Their ambitions are identified from an early stage with staff support concerning future life directions. For example, although Angel was less willing to engage with ward activities, she expressed a desire to become a childcare worker. Bluedog, although experiencing acute distress, continued her studies in Healthcare level 3 via distance learning, with an ambition to become a mental health nurse. On leaving the ward, Greenfrog will take up a place at university. The focus on long term goals and transition is developed by engagement on the ward. Roadmanjobs notes:

We talk a lot about like values and sticking to those values to make a life worth living. And since I'm in a much better place now, I'm more able to understand. (Data collection period 1)

This is supported by effective transitions planning, as detailed by Superstar.

Discharge book... Yeah, if there is a plan then they discharge you near my mum's. I got photos in my discharge book I've got my hobbies. What I like, what I don't like, what I wanna live in a bungalow. And just pictures really. (Data collection period 1)

For some interviewees transition to the community was very difficult. Purplestacey experienced 15 critical incidents in data collection period 2, although this was significantly less than the 36 incidents experience in period 1. She experienced much distress and attempted self-harm. She found it hard to motivate herself and tended to spend a lot of time away from the ward, engaging less in activities

I don't know what to really do as an activity, but I'm mostly out all of the time. (Purplestacey, interview, data collection 2)

She found it hard to envision a future outside of mental health services but would like to go to college to study childcare. However, when asked about how to achieve this, she couldn't identify the steps towards the goal, stating:

Not really at the moment, cause trying just focusing on myself until I actually know what I want with my life when I'm out of here. (Purplestacey, interview, data collection 2)

However, the complexity of people's experience and the need for continued engagement is key to supporting the recovery of this service user group, as identified in the Purplestacey's occupational therapy report:

Purple Stacey fluctuates between wanting treatment to not wanting to engage meaningfully. Hence needing redirection to visit goals and ensuring that they have a tangible experience on X ward. (OT report, data collection 2)

Self-esteem and self-worth

The feeling of self-worth and the role of self-esteem and ambition are key parts of recovery and transition to the community. Shared decision making is about sharing power between people involved in a mental health consultation process and enabling the best outcomes to be achieved for the service user, in partnership with the staff (Ramon *et al.*, 2017). The process of shared decision making enables a person with (borderline) personality disorder to take greater responsibility in their own care, namely around the desire to self-harm, which can be undertaken to manage past trauma and express distress (Nagrodzki and Zimbron, 2019; Henry *et al.*, 2021; Yue *et al.*, 2023). The intention is to create a sense of self-responsibility enabling the service user to be in control over their own lives, for which they need to learn to manage their own distress and risk (Henry *et al.*, 2021). This is at the heart of shared decision making, which is a process of sharing information, control, and risk in a person's life (Ramon *et al.*, 2017; Elwyn *et al.*, 2017). Shared decision making studies (Stovell *et al.*, 2016; Slade, 2017; Ramon *et al.*, 2017) have highlighted that to achieve successful shared decision making it is necessary to have mutual respect and trust as core conditions, and to consider power differential between the partners to this process.

On the ward, there is an emphasis on shared responsibility and shared risk-taking enabled by skills taught through dialectical behaviour therapy and other peer-related activities. In the research, women reported that peer leave, a practice at the centre of ward care, was a way to leave the ward in a safe and supportive environment where peers shared responsibility for self-care. The emphasis placed on valuing expertise by experience is key to building self-esteem. Being a ward peer support facilitator has given Greenfrog a sense of responsibility on the ward

It's helped me feel like it's helped me feel like more, I don't know, like, independent and, like, responsible for something. (Greenfrog, data collection period 1)

Greenfrog reported how in preparation for discharge, she managed her own medication, remembering the times and dosage – thus taking responsibility for her own care. She reported her sense of empowerment through this experience.

I mean on this day I was able because I have them in my room, I was just able to like, take my meds out with me and that was nice, like not having to ask for permission. I can just like give my own meds. That was like a nice independent thing. (Greenfrog, interview, data collection 2)

Shared decision making also demonstrates to the service users that staff members trust them sufficiently to give them more responsibility.

Hospital environment, activities and meaningful occupation

Service users living on the ward often stay for over one year. They may have come from other acute wards or placements where they have not succeeded in making a good recovery. The hospital offers a set of services provisioned by a multi-disciplinary team of practitioners to ensure successful transition to the community. Provision includes specialist dialectical behaviour therapy and psychological support, occupational therapy support, social worker support, and specialist psychiatric medication support. Additional activities to support successful transition are also offered. The reports provided by diverse professionals indicate the integration of inter-disciplinary care which provides a focus on recovery for all service users. Selected activities include:

- Vocational skills practised in the hospital shop
- Plan my week
- Volunteering/vocational roles
- Occupational therapy clinic
- OTA clinic
- Walk and talk
- Therapies clinic

And hospital activities include:

- Coping skills
- Art and wellbeing
- Know your own risk
- Mindfulness and relaxation
- Social communication
- Music and me

Such activities enable focusing on tangible recovery goals and support the women to follow interests and motivation for their own recovery. Greenfrog chooses which activities she does on the ward:

Yeah. They I think they have like a list of the groups that they're going to run and you can sign up for different groups. Yeah, and then you can come when you want. (Greenfrog, data collection period 1)

However, becoming more independent, she has begun to participate less in them.

Yeah, that's there's lots of like, hospital wide groups that, yeah, that you can choose from. I don't. Yeah, I don't go to that many anymore, because, I'm like going out more and going home more, but there's quite a lot going on, yeah. (Greenfrog, data collection period 1)

One service user highlights the usefulness of OT reflective time:

And because like say, in the past week, since I don't come every week, the reflection just helps me put things into perspective. (Roadmanjobs, data collection 1)

The cooking academy was particularly commended by two service users. Greenfrog commented how the cooking academy supported her to become more independent and to move into the community.

Yeah, that was main meal and that was like we went out to, was like a local... it was like a community hub where they had this big kitchen. We go on leave so I could do it and with the chefs, with the chef that works in the kitchen downstairs. More, but there's quite a lot going on, yeah. (Greenfrog, data collection period 1)

The positive relationship developed between staff and service users is both therapeutic and personal and increases the sense of shared decision making and co-production on the ward. Inter-disciplinary support by all professionals on the ward highlights the united multi-disciplinary response needed to support service users. Greenfrog experienced lack of motivation and engagement with many aspects of the ward environment. The occupational therapy report at period 1 reported:

At the start of admission her engagement fluctuated massively and she was unable to depict long term goals. (OT report, data collection 1).

Furthermore, Greenfrog experiences mobility issues on the ward. At the first data collection point, a picture of her wheelchair was chosen as her photo.

Photo 1: Greenfrog's photo of a wheelchair.



(Greenfrog, data collection period 1)

Paradoxically, the wheelchair represents freedom with restrictions. It gives her the freedom to go out with friends, but also restricts and limits her access. She experiences pain when walking and using crutches.

Like my wheelchair, as much as I don't like the fact that I need it, but it's giving me a lot of freedom. Like to go out and like not be in pain, and like it's not the best for mobility but like it's meant that I can do things like go to X Park and stuff where if I was just like walking on my crutches or like before when I was walking it was worse, but I wouldn't have been able to do those things. And like kind of accepting that this is what I need at the moment.

(Greenfrog, interview, data collection 1)

She reported that engaging in the walk and talk group enabled her to practise her mobility and talk in an informal and supportive environment to other service users. At the second data collection period, Greenfrog showed a picture of a less accessible beach that she went to visit with a friend from the ward (Simon Garfunkel). The wheelchair exists in the background.

Photo 2: Greenfrog's photo of a beach.



(Greenfrog, data collection period 2)

She suggested that the photo represented:

It's like it's similar like freedom and choice and doing things that I want to do. And I mean I feel like the wheelchairs like further in the distance and maybe that's like the next stage of my life being further away from that stuff. I mean being able to maybe manage without it or with using it less. Maybe. Hopefully in the next three months it won't be in the photo at all... In the last time [photo 1] it was like right near the front and like very much of that and in the space, I feel like it's still there, but it's like... It's a smaller thing. (Greenfrog, interview, data collection 2)

This simple but effective group activity was both empowering and supportive. Following the second data collection point, she started a course at a university, being supported by the social worker in applying for all necessary benefits. The experiences of peer and group leave are seen as effective for supporting independent engagement in the community.

The ward environment is sometimes busy, but with the noise of alarms and other service users engaging in self-harm, it negatively impacts emotional wellbeing.

Sometimes the noise... And sometimes the self-harming and it upsets me sometimes. And sometimes when someone self-harms and I'll see, I keep my distance and I won't talk to that patient. But then I'll come round and speak to them again. (Superstar, data collection 1)

Bedrooms are personalised and often seen as a safe space, “a haven”. Greenfrog data collection period 1 provides a picture of the room on the ward.

Photo 3: Greenfrog’s photo of her bedroom.



(Greenfrog; data collection period 1)

The photo 3 show a personalised room.

This is my room on the ward now. I think it’s just like when I came here, my room was completely empty. Like I just had the light blue mattress and the old blanket and now I’ve got like all of my own stuff that were more covered in fairy lights and it just makes me feel like I’ve come a long way. (Greenfrog, data collection period 1)

Raf Hamaizia, the third author of this article and one of the study’s lived experience advisers, recognised the significance of this photo to people who are resident on a hospital ward; the string of fairy lights poses a potential ligature risk. Thus, to have this item in Greenfrog’s room represents the level of trust from staff and the extent of Greenfrog’s recovery. Moreover, this photo captures the true potential of photovoice in revealing inner most experiences, even if the significance of the image isn’t immediately recognised by either the participant themselves or the researcher. Furthermore, such key insight underlines the ability of lived experience contributors to meaningfully influence research processes and analysis (Ramon, 2003).

Some women experience a lot of distress. Angel was interviewed at period 1, then chose not to be interviewed at period 2, but allowed us to receive

her staff reports. Vocational activities are also initiated to support her recovery which she is sometimes reluctant to engage with.

They often decline groups offered if they have engaged in maladaptive behaviours the night previous to offer. Angel also prioritises plans with peers on the ward and friends from her home town. Angel often spends time at the local town centre and or books hotels with peers. (OT report, Angel, data collection period 2),

However, the interdisciplinary engagement seeks to promote an environment of positive risk taking in preparation for transition to the community:

They are also working towards building a routine that is meaningful and supports a positive identity. Angel is working on developing vocational skills and commitment by engaging in a paid role in the hospital of looking after the guineapigs (OT report, Angel, data collection period 2)

Managing urges to self-harm and to participate effectively in routines are important parts of return to everyday living which are key objectives of her dialectical behaviour therapy plan.

Relationships and systems

Relationship based supports plays an important role in the process of care. This is emphasised both in the role of peer support and staff support. Peer support is promoted through activities such a peer leave and group work in recovery such as the walk and talk group. These activities were acknowledged by many as being an important part of their recovery. The process of shared decision making and positive staff relationships, based on respect, care and non-judgemental approach to self-harm, modelled positive relationships which increased self-responsibility in managing distress. This was further supported through the implementation of group-based and individual-based dialectical behaviour therapy which taught skills to manage the urge to self-harm.

Moreover, many service users reported how they experienced staff as supportive and non-blaming when they engaged in self-harming behaviour, feeling able to look up to staff (Bluedog). Yeomans *et al.* (2015) highlight the importance of an integrated approach to supporting people with personality disorder, focusing on building therapeutic alliance with staff and maintaining the safety and wellbeing of the person with personality disorder. This may contrast with some health care experiences, which are less helpful, in which service user report being blamed and stigmatised for self-harming and can receive very negative care (Stapleton and Wright, 2019). Ward staff were experienced as very valued and seen as empowering and supportive:

No. It's different to any other hospital I've been to how the staff treat you, and I think it's better. (Purplestacy, data collection period 1)

This positive relationship is reported despite Purplestacey's sometime apparent indifference, as reflected in the dialectical behaviour therapy report provided by staff:

Purplestacey can appear to act as if they are indifferent, when in discussions with the team. This has often been because they are expecting a negative experience and to be told they are not engaging effectively. (Purplestacey, data collection period 1, dialectical behaviour therapy report)

Consequently, from their experiences of receiving positive care, some service users reported the wish to become mental health nurses, based on the model of support they had received (Poppy).

The social worker plays an important role in ensuring connections between family and community and supporting transition-planning to follow up community placements. Moreover, additional activities on the ward, aimed at developing independent living skills, such as cooking, were often mentioned to be very helpful in building capacity to move out of the hospital.

Purplestacey has been able to build positive relationships on the ward with both peers and staff, whilst they have improved in taking notice when aspects of relationships are not working so they will address these experiences. (Purplestacey, data collection period 1, dialectical behaviour therapy report)

Despite this, it has been clearly reported in many of the traditional total institutions, latterly in the UK in the 1950s and 1960s, and more recently in former Eastern European countries, that the process of institutionalisation separates service users from their families. A total institution contains people within an environment that isolates them from their communities especially in a closed ward.

Due to the nature of (borderline) personality disorder, which is often related to (childhood) trauma, many women experience difficult relationships with families or are care-experienced. People with borderline personality disorder usually develop this in adolescence or early adulthood. Consequently, it is difficult for them to develop mature and lasting relationships, or to function successfully at home, educational settings and the workplace. Failures in these areas accentuate feelings of rejection, depressive moods and self-destructive impulses. Simon Garfunkel lost her mother prior to coming onto the ward. In data collection period 2 she states:

I've never been a very spiritual person. I'm still not really, but obviously since losing mum, I look at death differently. With the grief, and I think that's to be expected. And sometimes whenever I'm missing her, I'll ask her to kind of send me a sign. (Simon Garfunkel, data collection period 2)

This experience is reflected in the occupational therapy report:

Simon Garfunkel would like to gain more knowledge regarding who they are as an individual, and gain insight into coping with living with their past. (OT report, Simon Garfunkel, data collection period 2)

However, as they begin to build on their self-esteem and self-value they start to note:

Simon Garfunkel has started to notice that people might like them and their characteristics. They have noticed qualities in themselves that they have previously disregarded. Whilst beliefs of being a worthwhile person are forming, they also require strengthening, which Simon Garfunkel explained they want to do. They have noticed starting to believe they want to live for themselves as well as their family, as previously their purpose for living was purely for others. (Dialectical behaviour therapy report, Simon Garfunkel, data collection period 2)

This sense of building relationships is shown in the picture provided by Simon Garfunkel at data collection period 1, depicting geese in a local park.

Photo 4: Geese by Simon Garfunkel.



(Simon Garfunkel, photo data collection period 1, depicting geese in a local park)

You know, I've built up trust with them. They're coming to eat out of my hands now, both of them. (Simon Garfunkel, data collection period 1)

Building relationships with such animals is important:

I've spent a lot of money on bird food and it's been worth it because the impact that they've had on me is huge as well, and it's somewhere that I've gone even on the days where I'm feeling the worst and when it's been hardest to

stick to recovery, I've gone there and I've practised mindfulness and... And it's been someone where it's safe to do that. (Simon Garfunkel, data collection period 1)

And indeed, this is reflected in the experience of them making friends with pensioners outside the ward at the local park.

I've made connections with people and real, genuine, connections in my adult life that hasn't been in the context of mental health and of hospital. (Simon Garfunkel, data collection period 1)

Building peer support can be very helpful, and developmental. Improving inter-personal relationships is seen as key to the recovery of people on the ward.

Roadmanjobs initially was quite isolated on the ward. They have now been more effective at maintaining and establishing good relationships, whilst also being able to communicate her needs more effectively. Roadmanjobs' communication of needs is often prompted by staff. Her communication could be further enhanced. (Roadmanjobs, dialectical behaviour therapy report data collection period 2)

At the second data collection point, Roadmanjobs provides a picture of herself and a family member meeting at a particular place. This place is associated with pain as it used to be a place where they met with their ex-partner and then they broke up. However, they have learnt to reframe the experience:

Last week I decided that I want to sort of reframe that area instead of it being unclear. That's where me and my ex used to sit. Oh, I'm so sad, just this and that I changed it to just a place where me and my sister could sit and talk about our secrets and things like that. So I kind of reframed it, which is something I tend to do on the ward as well. If I do see like any risk items like on the ward, I tend to. If there's a risk item, I tend to sort of reframe it. (Roadmanjobs, data collection period 2)

Photo 5: Roadmanjobs' picture of herself and a family member.



Superstar represents a picture of her dad's (recently deceased) favourite meal of sausages and mash, which reminds her of home and of her wish to achieve independence, through the cooking academy she has attended.

Photo 6: Favourite meal of Superstar's father.



(Superstar, data collection period 1)

Moreover, pets and animals seem to be a recurring theme that is identified as key to positive relationships. Animals are very important to Superstar, Blue-dog, Roadmanjobs and Greenfrog. On the ward Superstar states:

They're getting some guinea pigs coming in. Downstairs near the doctor's surgery. They've a lovely house. It's a white house and they made it fun. (Superstar, data collection period 1)

Summary

Ward residents often enter the ward under compulsory order and are likely to experience high levels of stress, as is reported for service users with a diagnosis of (borderline) personality disorder. The ward employs many ways to secure successful transition to the community and build self-esteem and self-worth through a hospital environment that provides a haven with personalised activities to ensure meaningful occupation. However, sometimes the ward can be experienced as unsettling with loud alarms and critical incident occurrences. Emphasis is placed in the ward on developing positive relationships and supporting service users to engage with systems outside the hospital. The interdisciplinary support with a focus on identifying positive recovery goals reinforced by positive relationship-based care provided on the ward are essential to the effective care provision and successful transition to the community. This approach is promoted in the Daffodil ward by focusing on shared decision making and the implementation of effective dialectical behaviour therapy.

Conclusions and implications for practice

This study shows the process of deinstitutionalisation within an institution. The service users resident in Daffodil ward are women in need of safety as they have a history of engaging in serious acts of self-harm before entering, most often, under compulsory admission. This underlines the need for the existence of the closed ward.

However, a closed ward can be a place where misuse of power and authority can occur – as the experiences of people with learning disabilities were stifled as reflected in the UK case of Winterbourne View (Department of Health, 2012). The introduction of experts by experience, who regularly visit the ward, promotes a culture of openness and transparency which enables the redistribution of power and reinforces the importance of listening to the user voice (Basset *et al.*, 2010).

The innovations represent a process in which transition back to the community is at the forefront of all planning. Dialectical behaviour therapy group and individual therapy (Lineham, 2011), reinforced by a practice of shared decision making, build on a strengths approach (Xie, 2013) seeking to give women the tools to recover (Zanarini *et al.*, 2010) and to reach the goals that

they themselves want to achieve. Thus, the process of deinstitutionalisation within an institution through the introduction of new innovations, alongside the implementation of the expert by experience programme deliver the support that women require.

This best practice in closed ward model presents an innovative frame that has the potential to positively influence the development of future hospital care. However, the small sample means that the evidence base has some limitations, and future research would need to be conducted to consider its overall effectiveness. However, the cumulative evidence base, building on the Springbank model, suggests that such a model has real implications for future practice and has the potential to provide a future framework for effective hospital-based care delivery for women with (borderline) personality disorder.

Sources

- Basset, T., Faulkner, A., Repper, J., & Stamou, E. (2010). *Lived experience leading the way: peer support in mental health*. Together for Mental Wellbeing. Retrieved on 8 July 2025 from https://www.researchgate.net/publication/265446134_Lived_Experience_Leading_The_Way_Peer_Support_in_Mental_Health
- BMA (2022). *NHS beds data analysis*. Retrieved on 25 November 2024 from <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/pressures/nhs-hospital-beds-data-analysis>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. London: Sage Publications.
- Castillo, H. (2016). *The reality of recovery in personality disorder*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Castillo, H., Ramon, S., & Morant, N. (2013). A recovery journey for people with personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(3), 264–273. DOI: 10.1177/0020764013481891
- Department of Health (2012). *Transforming care: A national response to Winterbourne View Hospital. Department of Health Review: Final Report*. Retrieved on 8 July 2025 from <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7b91f7ed915d13110601c3/final-report.pdf>
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., et al. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*, 359. DOI: 10.1136/bmj.j4891
- Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., & Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research*, 13, 188. DOI: 10.1186/1472-6963-13-188
- Gillespie, C., Murphy, M., Kells, M. & Flynn, D. (2022). Individuals who report having benefited from dialectical behaviour therapy (DBT): a qualitative exploration of processes and experiences at long-term follow-up. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation*, 9(8). DOI: 10.1186/s40479-022-00179-9
- Helleman, M., Goossens, P., Kaasenbrood, A. D., & van Acheterberg, T. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention:

- a phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 442–450. DOI: 10.1111/inm.12074
- Hernandez-Bustamante, M., Cjuno, J., Hernández, R. M., & Ponce-Meza, J. C. (2024). Efficacy of dialectical behaviour therapy in the treatment of borderline personality disorder: a systematic review of randomised control trials. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(1):119–129. DOI: 10.18502/ijps.v.19i1.14347
- Henry, J., Collins, E., Griffin, A., & Zimbron, J. (2021). Treatment of severe emotionally unstable personality disorder with comorbid Ehlers-Danlos syndrome and functional neurological disorder in an inpatient setting: a case for specialist units without restrictive interventions. *Case Reports in Psychiatry*. DOI: 10.1155/2021/6664666
- Johnson, S., Dalton-Locke, C., Baker, J., Hanlon, C., Taylor Salisbury, T., Fossey, M., Newbigging, K., Carr, S. E., Hensel, J., Giuseppe Carrà, G., Hepp, U., Caneo, C., Needle, J. J., & Lloyd-Evans, B. (2022). Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*, 21(2), 220–236. DOI: 10.1002/wps.20962
- Linehan, M. M. (2011). Dialectical behavioral therapy: a cognitive behavioural approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1(4), 328–333. DOI: 10.1521/pedi.1987.1.4.328
- Montenegro, C., Irrarázaval Dominguez, M., González Moller, J., Thomas, F., & Urrutia Ortiz, J. (2023). Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Global Mental Health*, 10(e29), 1–21. DOI 10.1017/gmh.2023.18
- Nagrodski, J., & Zimbron, J. (2019). Attitudes towards Borderline Personality disorder Unit: a small scale qualitative study. *Pyschiatra Danubina*, 31, supplement 3, 626–631.
- NHS (2022). Symptoms – borderline personality disorder. Retrieved on 8 July 2025 from <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/borderline-personality-disorder/symptoms/>
- NHS England (2021). Learning from deaths – people with a learning disability and autistic people. Retrieved on 9 December 2024 from <https://www.england.nhs.uk/publication/learning-from-lives-and-deaths-people-with-a-learning-disability-and-autistic-people-leader-policy-2021/>
- Ramon, S. (ed.) (2003). *Users researching health and social care: an empowering agenda?* Birmingham: Venture Press.
- Ramon, S., Brooks, H., Rae, S., & O’Sullivan, M. (2017). Key issues in the process of implementing shared decision making (DM) in mental health practice. *Mental Health Review Journal*, 22(3), 257–274. DOI: <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2017-0006>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411.
- Rettew, D. (2023). The mental illness-violence link. *Psychology Today*. Retrieved on 25 November 2024 from <https://www.psychologytoday.com/gb/blog/abcs-of-child-psychiatry/202305/the-mental-illness-violence-link>
- Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*, 16, 146–153.
- Slay, J., & Stephens, L. (2013). *Co-production in mental health: a literature review*. London: New Economics Foundation.
- Stapleton, A., & Wright, N. J. (2019). The experience of people with BPD admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-analysis. *Mental Health*, 28(4), 443–457. DOI: 10.1080/09638237.2017.1340594

- Statista (2024). Mental health - United Kingdom. Retrieved on 25 November 2024 from <https://www.statista.com/outlook/hmo/mental-health/united-kingdom>
- Stovell, D., Morrison, A., Panayiotou, P., & Hutton, P. (2016). Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 23–28. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.158931
- UK CIL (2024). *Introduction to Direct Payments for Social Care in the UK*. Retrieved on 25 November 2024 from <https://ukcil.com/blog/introduction-to-direct-payments-for-social-care-in-the-uk>.
- Vijayapriya, C., & Tamarana, R. (2023). Effectiveness of dialectical behavior therapy as a transdiagnostic treatment for improving cognitive functions: a systematic review. *Research in Psychotherapy*, 26(2), 662. DOI: 10.4081/ripppo.2023.662
- Williams, L. (1998). A 'classic' case of borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 49, 173–4.
- Xie, H. (2013). Strengths-based approach for mental health recovery. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7(2), 5–10. PMID: PMC3939995
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: a clinical guide*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Yue, A. C., Philbey, A. W., Crawford, O. A., & Zimbron, J. (2023). The impact of stopping risk assessment checklists at a specialist personality disorder unit. *Cureus*, 15(1), e33935. DOI: 10.7759/cureus.33935
- Zanarini, C. M., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 663–667. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09081130

Vito Flaker

Vključevanje uporabnikov - krilatica ali krila preobrazbe

Vključevanje uporabnikov je glavni smoter preobrazbe institucij in tudi njeno glavno sredstvo, vendar pa zaradi drugih »pomembnejših« nalog organizacije praviloma ostane ob strani. Vključevanje je negacija izključevanja, s katerim totalne ustanove homogenizirajo družbo in ustvarjajo razvrednotene, odklonske vloge. Vključevanje se stopnjuje od zgolj navzočnosti in udeležbe preko navezav do poistovetenja in pripadnosti skupini in poteka na osebni, organizacijski ravni in ravni skupnosti. Skupščine (terapevtske skupnosti) so med izrazitejšimi načini, kako zagotoviti vključevanje uporabnikov v procesu preobrazbe. Vendar morajo, da dosežejo svoj cilj – samoupravljanja in osebne afirmacije udeležencev – biti odprte, demokratične in zares odločati o za udeležence zares pomembnih zadevah, sicer ostanejo le ceremonija, še huje, orodje nadzora, discipliniranja oz. manipulacije. Takšen način odločanja in udeležbe mora vztrajati tudi po preselitvah in razpršitvi stanovalcev, pri tem vključevati skupnost in njej prispevati. Vključevanje uporabnikov pomeni tudi nujno dodajanje kolektivne, skupnostne dimenzije sicer pogosto individualno zasnovani oskrbi in omogoča, da skupnost postane akter oskrbe (ne le njeno krajevno določilo). Vloga strokovnjakov je omogočati takšne procese, hkrati pa tudi zagotoviti oporo pri vključevanju. Hkrati pa nekdanji izključenci z vključevanjem poresničijo skupnost. Izluščili smo torej štiri obraze vključevanja: samoupravljanje oskrbe, podporo pri vključevanju, obnavljanje in krepitev mrež ter skupnostne akcije. Te moramo upoštevati in izvajati hkrati, saj vsaka dimenzija zase pogosto ni dovolj pa tudi krepijo druga drugo.

Ključne besede: dezinstitutionalizacija, skupščine, pripadnost, terapevtske skupnosti, demokratično odločanje.

Vito Flaker je napol upokojen profesor socialnega dela in aktivist na področju dezinstitutionalizacije. Kontakt: vito.flaker@fsd.uni-lj.si.

Users' involvement: a motto or the motor of transformation

Users' involvement and inclusion are the main purposes in the transformation of the residential institutions and its main vehicle. However, it is on the account of other undertakings of the organisation, mostly left aside in the process. Inclusion is the negation of the exclusion, which by total institutions homogenise the society and craft devalued, deviant roles. Inclusion can vary in intensity from mere presence and participation to attachment and identification, affiliation to a group and takes place on personal, organisational and community levels. Assemblies (therapeutic communities) are among the most prominent ways of how to enable involvement of users in the process of transformation. However, they need to, in order to achieve their mission – self-governance and personal affirmation of participants – be open, democratic and really decide on truly important issues, otherwise they remain mere ceremonies, or worse, instrument of control, discipline and manipulation. This way of decision making and participation must persist also after the resettlement and dispersion of residents and include the community and thus contribute to it. Inclusion of users into the community represents also adding the necessary collective, communal dimension to the otherwise individualised care and enables the community to become an agent of care (and not just adverbial clause of place). The role of the professionals is to facilitate such processes while providing support to users to do so. At the same time, the previously excluded by inclusion make the community more real. Four faces of inclusion can be decoded: self-management of care, support in inclusion, renewing and strengthening the networks and community action. These must be considered and enacted simultaneously, since alone they do not suffice as they complement and strengthen each other.

Key words: deinstitutionalisation, assemblies, affiliation, therapeutic communities, democratic decision-making.

Vito Flaker is semiretired professor of social work and activist of deinstitutionalisation. Contact: vito.flaker@fsd.uni-lj.si.



0009-0003-6275-8466

Vključevanje uporabnikov je temelj preobrazbe, njen glavni smoter, tudi njeno pomembno sredstvo. S tem v mislih se preobrazbe tudi lotevamo. Tako nam tudi narekujejo številni dokumenti, ki zahtevajo vključevanje, udeležbo in samoodločanje stanovalcev oz. uporabnikov (med njimi najpomembnejši *Konvencija ZN o pravicah onemogočanih/invalidov*). A so te pravice ostale na papirju in kljub številnim poskusom zev med deklaracijami in prakso vztraja (Urek, 2021).

Verjetno je to med najbolj spregledanimi viri preobrazbe, potencial, ki ga preredko izkoristimo. Čeprav je med glavnimi prioritetami po pomembnosti, ga navadno zanemarjamo, saj se druge zadeve zdijo nujnejše – treba je ljudi preseliti, nabaviti stanovanja, usposobiti osebje, ustvariti novo organizacijo, službe ipd. Vse se zdi nujnejše in pogosto akterji preobrazbe »vključevanje uporabnikov« prelagajo v oddaljeno prihodnost – »ko bodo razmere zrele«. Takšna logika tudi ni povsem iz trte zvita, saj se s premenami na številnih registrih krepijo stanovalci in večja se njihova kapaciteta sodelovanja, vključevanja. Hkrati pa izostanek takšnega delovanja lahko razumemo kot nezavedni manevar protagonistov preobrazbe, saj je prav vključevanje uporabnikov tudi med zahtevnejšimi nalogami, ki se je ne znamo prav lotiti.

Do strokovnjaštva neprizanesljivejša razlaga je, da je morebiti izostanek vključevanja uporabnikov tudi posledica omahovanja pri prenosu moči z osebja na uporabnike. Na drugi strani lahko vidimo razloge tudi v tem, da se uporabniki ne pojavljajo kot artikulirani akter, organizirana sila preobrazbe na sploh. Da ne bi namreč vključevanje uporabnikov pomenilo podaljšane odvisnosti od osebja (pa čeprav njim naklonjenega), si morajo stanovalci zagotoviti »zunanj« vir moči, osamosvajanja. To so navadno uporabniška društva ali zagovorniške organizacije, ki delujejo zunaj ustanove – prva pa pogosto niso dovolj močna za takšno udeležbo (zavodi pa niso navajeni takšnega sodelovanja), druge pa pri nas za zdaj ne obstajajo.

Prestrojiti izključevanje

Totalna ustanova je sredstvo totalnega izključevanja. Najočitneje človeka izključi prostorsko, odstrani ga s krajev, na katerih se stvari zares dogajajo, s tem posredno iz siceršnjega družbenega dogajanja, dodeli mu – Tanja Lamovec (1993) bi rekla – »provizorično eksistenco«, torej surogatne priključke na glavno družbeno telo. Hočeš nočeš se morajo »vključiti« v totalno ustanovo – izgubiti svojo osebnost, identiteto, se podrediti pravilom, urniku, programu in eni sami oblasti, zagotoviti, da v taki situaciji dasiravno preživijo.

Opomba: Besedilo je večji del nastalo ob zaključevanju projekta preoblikovanja zavoda v Dutovljah jeseni 2023. Zahvaljujem se vsem sodelujočim. Nastalo je tudi s pomočjo udeležbe v raziskovalnem programu »Socialno delo kot nosilec procesov družbenega vključevanja in socialne pravičnosti v Sloveniji – teoretske podlage, metodološke in metodične usmeritve in zgodovinski razvoj« (številka: P5-0058) pa tudi raziskovalnega projekta »Dolgotrajna oskrba ljudi z demenco v teoriji in praksi socialnega dela« (številka: J5-2567), ki ju financira ARRS.

S tem postane njihova glavna naloga (morda celo življenjsko poslanstvo) zagotavljati nemoteno delovanje totalne ustanove.

Goffman (2019, str. 65–70), denimo, z vidika samopojmovanja stanovalcev v takšni ekstremni situaciji razlikuje pet oblik takšnih prilagoditev: umik, nespravljalivost, kolonializacijo, spreobrnitev in mirno igro (*cool play*). V Hrastovcu smo z vidika osebj razlikovali med: aristokracijo, izzivalci, pozabljenimi in negibnimi (Flaker in Rafaelič, 2023, str. 220–221). Niti en niti drug način opisovanja skupin, ki se porajajo v totalni ustanovi, osebje navedno ne uporablja pri svojem delu. Za razvrščanje uporabljajo vhodne oznake (diagnoze), ki jih modulirajo glede na sistem privilegijev in oddelkov. Čeprav razlike v prilagoditvah stanovalcev vzpostavlja prav totalna ustanova in so njena funkcija, za njeno funkcioniranje niso ključne, obstajajo kot »naravno dejstvo«, pač so in so učinek totalne ustanove. Potreba po poimenovanju nastane takrat, ko hočemo totalno ustanovo spremeniti, preobraziti. Takrat je treba izziv sprejeti (in ne zatreti), pozabljene obuditi, negibne premakniti, aristokracijo pa »obglaviti« (privilegije, ki so jih prej imeli samo oni, morajo zdaj imeti vsi – lahko pa se iz aristokracije – ločene od raje – preobrazijo v »ljudske tribune«).

Uporabniki, v primeru zavodov natančneje stanovalci, oz. njihovo izključevanje iz vsakdanjih tokov življenja, so podlaga, podstat totalne ustanove. Snov, na katero totalna oblika deluje, je namreč prebivalstvo, glavna funkcija totalne ustanove pa prav zajemanje prebivalstva (Foucault, 1984; Flaker, 2017; Rafaelič in Flaker, 2021, str. 32–34). Kot družbeni aparat zajemanja zajame to ali ono skupino, tisti del prebivalstva, za katerega je pooblaščen. Zajamejo iz brezoblične mase, s tem pa maso oblikujejo, jo segmentirajo, glede na poljubne značilnosti te ali one skupine. Vzpostavlja razliko, odklon od brezoblične slehernosti, normalnosti. Odklon pa oblikuje s pomočjo označevanja, vloge oz. kariere, ki človeka pripelje v ta aparat zajemanja (Scheff, 1966; Goffman, 2019). Vloga je zajemalka, kariera pa tlakuje proces zajemanja.

Vključevanje uporabnikov zanika prav te značilnosti totalne ustanove oz. zajema prebivalstva. Odpravlja izključevanje v njegovem korenu – torej na eni strani vrača ljudi v splošno prebivalstvo – ki pa zdaj ni več brezoblična masa slehernikov, ampak postane množica raznoterosti, posamičnosti. Hkrati zanika odklonsko kariero, postopno izgubljanje in na koncu totalno izgubo moči. Vključevanje uporabnikov v kadru preobrazbe ustanove progresivno krepi moč odločanja in delovanja, zmožnost prevzemanja številnih in cenjenih vlog, tudi vodilnih v sami preobrazbi – se premakniti iz mirovanja, pasivnosti v tvorbo in gibljivo življenje. To tvori potencial za vključevanje.

Stopnje vključevanja

Vključevanje pogosto preveč zožimo na zmožnost, kapaciteto ustvarjanja in vzdrževanja stikov z drugimi, na fenomen (osebnih) omrežij. Morda je to res najustreznejši pokazatelj vključenosti, družbene udeležbe, a gotovo ni edina

domena vključevanja. Pozornost je treba usmeriti tudi v to, kako se ljudje vključujejo v družbene tokove, organizacije, skupine, družbene in družabne dogodke in kako se vključujejo v razne sfere družbenega življenja – poleg delovne tudi prostočasno, kulturno, športno ipd. V jeziku kategorij indeksa potreb (Flaker idr., 2008) je verjetno od indeksa »družabnosti in stikov« pomembnejša kategorija »neumeščenosti in pripadnosti«, ki pravzaprav ustvarja sintezo več vidikov človekove družbene moči, ki jo črpa z različnih področjih svojega življenja (stanovanje, delo in denar, kariera, družabnost, interakcija, vsakdanje rutine in prosti čas, življenjski dogodki).

Pravzaprav je prav pripadnost pojem (in tudi pojav), ki je vključevanju nadrejen in izraža najbolj izraženo stopnjo vključenosti. Vključenost lahko namreč definiramo zgolj kot navzočnost v poljubnem družbenem prostoru in (sleherno) udeležbo v družbenih interakcijah. Ko se v takšnem okviru pojavijo človeške navezave, torej trajnejše zveze, ki presegajo zgolj situacijsko določene interakcije, se vključenost s to povratno zanko okrepi in dobi naravo vezi, ki obstaja onkraj same situacije oz. ozemlja, na katerem se dogaja. Šele ko se človek poistoveti s skupino, njenimi vrednotami, predvsem pa z njenim delom in ko je takšno istovetenje vzajemno, ko tudi skupina vidi človeka kot člana skupine, lahko govorimo o pripadnosti oz. o integraciji človeka v kolektiv (Flaker idr., 2008, str. 362–364; cf. tudi Pečnikar Oblak, 2024).

Slika 1: Geneza pripadnosti.



To so lahko zgolj stopnje vključevanja oz. pripadnosti, ki jih v določenem kolektivu dosežemo, lahko pa jih imamo tudi za etape v procesu, ki lahko vodi k pripadnosti. Navzočnost in sodelovanje sta namreč tudi prvi pogoj, da se navežemo, navezave pa za to, da dobimo občutek pripadnosti. Tako tudi vključevanje navadno poteka – najprej se vključimo, pridemo pogledat; če se z drugimi povežemo, začutimo nekaj skupnega, se bomo s skupino, njenim delom in izdelkom poistovetili in (sčasoma) postali člani te

skupine, dobili bomo občutek pripadnosti. Seveda pa, kakor se to pogosto zgodi, bomo lahko ostali le na prvi ali drugi stopnji pripadnosti – bomo sodelovali, morda se s kom povezali, ne bomo pa čutili posebne pripadnosti kaki skupini ali njenemu projektu. Za vključevanje uporabnikov v procesu preobrazbe ali v kakšnem drugem okviru, ko imamo opraviti z ljudmi, ki so kronično in ekstremno izključeni, je ugotovitev, da je navzočnost nujen pogoj vključevanja, ključna in glavni začetni korak k vključevanju uporabnikov.

V procesu preobrazbe je torej treba na eni strani ustvarjati priložnosti za vključevanje, ustvarjati situacije, ureditve, procese, v katerih imajo stanovalci priložnost sodelovati, odločati, se povezovati in poistovetiti. Na drugi strani pa jih moramo hkrati z vključevanjem v takšne situacije tudi dati ustrezna orodja, ki bodo maksimirala njihovo udeležbo in vključenost – torej hkrati krepiti njihovo moč, moč vplivanja na skupino oz. za delovanje v skupini, v katero se vključujejo.

Ravni vključevanja

Vključevanje uporabnikov moramo spremljati in spodbujati hkrati na več ravneh. Stati jim je treba ob strani na ravni povsem osebnega vključevanja, gledati s perspektive vsakega posamičnega uporabnika. Vključevati jih je treba v vse organizacijske strukture in procese v samem zavodu, to pa pomeni tudi v snovanje in izvedbo preobrazbe. Ne nazadnje pa je treba spodbujati vključevanje v skupnost. Te plati vključevanja se delno prekrivajo in dopolnjujejo, delno pa gre za samostojne pojave oz. procese.

Slika 2: Ravni vključevanja.



Na osebni ravni je glavno in generično orodje vključevanja osebni načrt. V njem stanovalec predvidi najprej cilje vključevanja, kam in v kaj bi se rad vključil, potem pa jim doda načine, kako se bo vključeval. Pri tem so področja poljubna oz. odvisna predvsem od človekovih preferenc. Podobno vlogo ima tudi »odločanje s podporo«, ki ne le krepi moč odločanja, temveč človeka, ki je deležen podpore, vključuje v procese, ki ga zadevajo, omogočajo večjo stopnjo družbene vključenosti, hkrati pa je sam proces vključujoč. Tudi tu je treba človeka podpreti pri tem, da določi, kaj je zanj pomembno, hkrati pa mu zagotoviti oporo pri realizaciji tako samega odločanja kot pri uresničevanju odločitev. Ljudi je treba tudi konkretno in osebno podpreti, da se okrepijo za sodelovanje pri skupnem odločanju in upravljanju tako organizacije kot procesa preobrazbe. Preobrazba zavoda pa omogoča še bolj kot sicer, da stanovalci v tem procesu postanejo tudi »vrstniški pomočniki« – svetovalci, spremljevalci, negovalci, oskrbovalci – pa tudi ključni delavci, celo načrtovalci (Strmšek, 2007; Flaker in Rafaelič, 2023, str. 241).

Vključevanje v upravljanje in prevzemanje delovnih nalog je že tudi vključevanje na organizacijski ravni. S tem se preobraža vloga stanovalcev, iz njih kot posameznih uporabnikov in skupine stanovalcev nastanejo sodelavci in akterji preobrazbe. Pri tem lahko prevzemajo vloge, ki niso neposredno oskrbovalne narave – lahko se vključijo v vzdrževanje, pripravo hrane, administracijo ipd. V time se lahko začnejo vključevati ne le takrat, ko gre za njihove osebne time, temveč kot sodelavci, kot člani tima, ki deluje na določenem območju ali področju dela. Vključujejo se lahko bodisi kot predstavniki uporabnikov bodisi kot dejavni člani kolektiva v organe odločanja in vodenja, lahko ustvarijo tudi svoje lastne organe, denimo svet stanovalcev, komisije, delovne skupine za posamezne teme (Rape Žiberna, 2025; Sobočan, 2025; Šugman Bohinc, 2025; Flaker, 2025a, b). Ti pa morajo biti enakovredni ali vodilni.

Skupščine ali terapevtske skupnosti

Skupščine so način zagotavljanja udeležbe uporabnikov in njihovega vključevanja v procese preobrazbe, a pogosto obstajajo prav kot nasprotje resničnega vključevanja, njihov simulaker. Kot organ skupnega odločanja so del vsakršnega demokratskega izročila – lahko pa so, kot postrojeni vojaški zbori, le učinkovit način prenašanja ukazov elit. V institucijah so se uveljavile po drugi svetovni vojni pod okriljem socialne psihiatrije (Jones, 1952); tudi na podlagi northfieldskega eksperimenta (Bion, 1963, str. 11–26). Še prej pa jih zasledimo v eksperimentalnih šolah in kolonijah za otroke: »Mala republika« (*Little Commonwealth*) Homerja Lanea, po kateri se je zgledoval Neil (1960), v porevolucionarni Sovjetski zvezi Makarenko (1950).

Vsaj pri nas pa je ideja skupščin kot terapevtskih skupnosti razširila prav socialna psihiatrija, uvedli so jo v eksperimentu v Logatcu (Kobal, 1974). Od tod se je razširila različno poimenovana (terapevtska, domska skupnost,

parlament, plenum ipd.) po večini ustanov (manj v domove za stare, pod vplivom Vinka Skalarja celo v dijaške domove).

Terapevtske skupnosti naj bi imele dvojni smoter – organizacijski in terapevtski. Omogočale naj bi demokratično delovanje ustanove, vsaj sodelovanje njenih stanovalcev pri odločanju in vodenju. Hkrati pa naj bi to imelo tudi terapevtski oz. v pedagoških ustanovah vzgojni učinek – stanovalci naj bi s tem imeli priložnost »socialnega učenja« (Jones) oziroma (psihoanalitičnih) terapevtskih vpogledov (Bion) v svoje delovanje v skupnosti kakor tudi v delovanje skupnosti kot take. Tako naj bi se naučili odgovornosti, izražanja, imeli priložnosti za lastno iniciativnost ipd.

Terapevtske skupnosti oz. skupščine (v Italiji *assemblee*) so bile hkrati podlaga za razvoja skupinskega dela in nadgradnja dela v majhni skupinah v ustanovi (sestanki oddelkov, interesne dejavnosti, delovna terapija, drama ipd.). Zamisel terapevtske skupnosti oz. skupščin torej predvideva mikrodogajanje v skupinah, ki skupaj živijo, skupinah, ki skupaj delajo oz. ki se zberejo ob posebni in določeni dejavnosti. Skupščina ali zbor stanovalcev pa nima namena le medsebojnega obveščanja in usklajevanja dejavnosti manjših skupin, temveč predvsem razpravo in odločanje o skupnih zadevah, delovanju ustanove in s tem tudi o lastni usodi. Tako iz večjega števila ljudi, ki na začetku niso niti ozemeljska niti interesna skupnost, nastane skupnost, ki je vsaj delno avtonomna od okolja in nadrejenih instanc oblasti. To pa je v kontekstu preobrazbe zavoda tudi ključna poanta skupščin.

Če skupščine tega mandata nimajo oz. če niso zares organ odločanja, postanejo to, kar Goffman (2019, str. 94–112) imenuje »institucionalne ceremonije«, nekaj, kar v ustanovi poteka, dogodek, ki je sicer malce drugačen od siceršnje rutine ustanove (več navzočih, malce drugačno ozračje ipd.), a je kljub temu predvsem obveznost, zadeva, ki se je je treba udeležiti, a od nje ne pričakujemo kaj posebnega. Če skupščine zares o ničemer ne odločajo, izgubijo ne le svoj organizacijski smoter, temveč tudi terapevtskega oz. izraznega. Niso več to, kar bi morale biti – prostor, v katerem se ljudje svobodno izražajo, v katerem spontano prevzemajo pobudo in odgovornost za izvedbo pomembnih dejanj, v katerem dobijo vpogled, kako deluje skupina in kako delujejo oni sami v njej. Ne postanejo državljani, subjekti odločanja, temveč ostanejo predmet obravnave – odločanja drugih, skupščine pa ostanejo še en vzvod institucionalne vsevidnosti (panoptikuma).

Dosledna izpeljava ideje terapevtskih skupščin ali kako drugače poimenovanega skupnostnega odločanja v prostorsko omejeni ustanovi namreč vedno trči ob to, kar smo poimenovali »naravne meje metode« (Flaker in Rafaelič, 2023, str. 67–68, 85). Dosledna demokracija je možna znotraj ustanove, a večina resničnih življenjskih protislovij oz. resničnih tarč želje leži onkraj zidov. Zato ideja terapevtskih skupnosti oz. domskih skupščin zmore preobraziti ustanovo le do mere, ki jo določa njen doseg. V procesu preobrazbe je produktivna v začetnih fazah, potem lahko postane ovira, saj na koncu opravičuje izločanje ljudi in oblast strokovnjakov (pa če so še tako stanovalcem naklonjeni in demokratični). Več o moči in nemoči terapevtskih skupnosti v

Basaglinih spisih o tem: Basaglia (1967/2017, str. 389–401); Basaglia (2018, str. 101–115). Njegovi besedili bosta kmalu dostopni v slovenskem prevodu.

Če tako umeščene terapevtske skupnosti sploh o čem odločajo, so to obrobne, nepomembne zadeve, kot sta okrasitev oddelka ob praznikih in udeležba na skupnem izletu. A tudi pri tem lahko osebje ohrani prevlado, saj določa pravila oz. jih po svoje prikraja. Še večji obrat od intence, ki jo je imelo gibanje terapevtskih skupnosti, pa je odločanje o privilegijih stanovalcev. Pogosto se je namreč dogajalo oz. se še dogaja tam, kjer so to obliko ohranili, ne le v korekcijskih ustanovah (zaporih in vzgojnih zavodih), da so na skupščinah odločali o »izhodih« ali celo odpustih iz ustanove. To so sicer zadeve, ki so precej resničnejše od novoletnih okraskov, a s tem skupščine dobijo obeležje institucionalnega mehanizma (in niso njegova alternativa, niso izraz volje udeležencev). Uvrstijo se v temeljne mehanizme institucionalne vrste – potrjujejo sistem privilegijev (nagrada in kazni) in razmerje »med zunaj in znotraj«. Predmet odločanja ni skupna dejavnost in življenje, temveč, ali se je nekdo primerno vedel (na prejšnjem izhodu ali v času pred izhodom) in ali si »zasluži« takšno nagrado. S tem dodatno opredmeti stanovalce, še več, vsiljuje jim pogled, ki ga ima nanje osebje oz. ustanova, hkrati pa namesto, da bi spodbujale solidarnost stanovalcev ali celo solidarnost osebja s stanovalci, takšne povezave z medsebojnim presojanjem in dodeljevanjem oz. odtegnitvijo privilegijev razdira in kviri.

Skupščine v preobrazbi

Da bi skupščine uresničevale svoj smoter v preobrazbi ustanove, jih je treba umestiti v organizacijsko shemo ustanove. Formalno, izrecno v statutu ali neformalno, z etično zavezo vodstva, morajo skupščine postati obvezujoče za vodstvo in osebje, kakor so odločitve parlamenta obvezujoče za vlado; postati morajo center odločanja kolektiva. S tem bodo postale resnično mesto odločanja in postopno izgubile naravo ceremonialnih priveskov ali disciplinskih podaljškov ustanove. Naloga vodilnih delavcev pa je spodbujati, da se na dnevni red uvrstijo resnični problemi in vprašanja delovanja ustanove, pri tem pa razgaliti svoje dileme glede vodenja, poteka in učinkov preobrazbe, na drugi strani pa pozorno poslušati udeležence skupščine in njihove ideje (ne le formalno sprejete sklepe) redno uresničevati.

Podeliti skupščinam tako funkcijo in mesto je stvar odločitve, a tudi procesa – v katerem se lahko razvijejo, udeleženci naučijo, kako skupaj in demokratično odločati. Zvrstiti se mora več faz, ki omogočijo učiti se, kako sporočati svoja mnenja, poslušati druge, podajati predloge. Proces je potreben, da se ustvari ozračje, ki bo dovoljevalo nasprotovanje, konflikte, čustva, hkrati pa bo skupščina iznašla načine, kako take pojave uporabiti, jih narediti produktivne.

To je za vodstvo poseben izziv. Prenos moči namreč ni abstrakten proces, enkratno dejanje. Trema, omahovanje, celo strah vodstva, da bi prenesli moč navzdol, je v njegovi negotovosti, ali bo nova ureditev zagotavljala

uresničevanje že določenih ciljev oz. – še bolj banalno – ali se bo porušilo ravnotežje sil pri nekaterih rutinah, ki jih ob vseh spremembah vodstvo name-rava obdržati, saj spremembam ne nasprotujejo ali pa so celo zanje koristne.

Čeprav takšen strah utegne biti upravičen, pa na simbolni ravni izraža ne-zaupanje do uporabnikov, pa tudi do tistega dela osebja, ki sicer ni vključeno v procese odločanja. Takšna zaskrbljenost je torej legitimna na načelni ravni, na dejanski pa jo je treba preseči – zaradi zaupanja. Izkušnje skupinske dina-mike (White in Lippit, 1968), taborov (Flaker, 1981; Stritih, 1992b) in aktivi-stičnih skupščin (Flaker@ Boj za, 2012) kažejo, da dialog, razprava, o nečem, kar vzbuja negotovost, bolj koristi, kakor škoduje. Izboljšave izhodiščne ideje največkrat odtehtajo zaplete, ki izhajajo iz dodanih zamisli. Tudi če so zapleti obsežnejši, kot izboljšave izhodiščne sheme, jih na koncu odtehta skupni učinek demokratizacije, skupnega odločanja in zaupanja v človeka.

Ko gre za preobrazbo zavoda, je pomemben izziv, kako slišati tiste, ki jih sicer ne slišimo – ljudi, ki »ne govorijo«, ker ne morejo, nočejo ali pa prepros-to zato, ker jih zaradi razveljavitvene (invalidirajoče) nalepke ne slišimo (Urek, 2017). Za to je poleg ozračja, ki to spodbuja, potrebna tudi načrtna dejavnost. Slišnost ljudi, ki jih sicer ne slišimo, lahko povečamo tudi tako, da jih na takšne dogodke pripravimo, se pred sestankom posvetujemo, kaj bi rad človek, ki ga sicer ne slišimo, povedal, predlagal, kaj bi rad na skupščini dosegel, in potem skupaj razmislimo, kako bo to uresničil. Ko tega (še) ne moremo izvesti, imamo možnost, da takega udeleženca nekdo, ki mu je blizu, ki bolje od drugih ve, kaj je človeku pomembno, na skupščini zastopa, deluje kot njegov »avatar«.

Udeležba osebja ni nič manjši izziv. Ti bi na skupščinah lahko govorili, pa navadno nočejo. Z izjemo morda tistega, ki skupščino vodi, stojijo ob strani in kot starši ob peskovniku gledajo svoje »otroke«, ki se v njem igrajo. Vzgib je morda plemenit in resničen – pomembno je, da pustijo prostor tistim, ki ga sicer nimajo. A sporočilo je jasno in uničujoče: »Vi se kar igrajte, lahko nam poveste, kar hočete, mi pa se bomo (ko bomo sami) o tem do konca zmenili.« Je pa res, da tudi osebje (tudi vodilno) v totalni ustanovi, kjer vse poteka sa-modejno in od zgoraj navzdol, ni vajeno skupnega odločanja in da se mora za dejavno udeležbo na skupščinah opogumiti; premagati svoje strokovnjaške in distancirane poze (da so nezmotljivi, preudarni, se ne odzovejo čustveno ipd.), pa je težka naloga. Morda je nekatere celo sram – ne le trema pred javnim nastopanjem, temveč tudi bojazen, da bi jih videli v »neustreznih« luči – si-ceršnji sestanki osebja niso namreč zgled – ne demokratičnosti ne urejenosti.

Poleg zagotavljanja resničnosti oz. uresničevanja odločitev in zagotavlja-nja ustrezne udeležbe stanovalcev in osebja je treba tudi zagotoviti dober potek skupščin, njihovo vodenje. Da bi osebje, ki jim je bila poverjena naloga spodbujanja skupščin, ali zunanji sodelavci, ki smo jih za ta namen povabili k sodelovanju, tudi vodili skupščine, bi bilo neproduktivno. Vsekakor za vode-nje skupščin ne morejo biti ljudje nastavljeni vnaprej in zunaj skupščine – iz-voli ali postavi naj jih skupščina sama. Zares lahko kot moderator skupščino vodi kdorkoli in je primerno, da se ljudje na tem mestu izmenjujejo. Če je

funkcija moderatorja le »usmerjanje prometa« in nima ne v sami skupščini, še pomembneje pa zunaj nje, drugih prerogativov, pooblastil, je povsem u redu, da se za to funkcijo javi kdorkoli – na kraju samem. Ljudje, ki jim je kot delovna naloga poverjeno delovanje skupščin, pa imajo nalogo, da, še zlasti v začetnem obdobju, ko se delovanje skupščin šele uveljavlja, pripravijo vse potrebno za njihov potek (razglasijo kraj in čas dogodka, pripravijo podporo stanovalcem, ko gre za plenarno skupščino vseh stanovalcev, zagotovijo, da bodo pred plenarno potekale oddelčne skupščine ipd.).

Za potek skupščin je pomemben način odločanja, ki ga skupščine prevzamejo. Utečeni obrazci odločanja so odločanje z večino, preglasovanjem ali soglasjem. Skupščine, ki se trudijo za vključevanje vseh, dajejo prednost odločanju s soglasjem, saj tako sprejmemo odločitve, ki nikogar ne izključijo oz. »povezijo«. Je pa to način, ki razmeroma pogosto zahteva več časa in truda udeleženi. Slaba stran obeh teh uveljavljenih načinov pa je v tem, da vsi odločajo o vsem, pa čeprav jih morda stvar ne zadeva oz. nimajo zanjo interesa, hkrati pa svojo voljo, ki je zainteresirana le abstraktno, vsiljujejo drugim, ki imajo v zadevi resnični interes oz. jih to življenjsko zadeva. Da bi to presegli, so v nekaterih izročilih odločanje modularili, tako da upošteva vitalni interes udeležencev skupščine.

V izročilu sociokracije (Rau, 2022), denimo, udeleženci svoje nasprotovanje ali podporo izrazijo večstopenjsko in ne binarno z ZA ali PROTI. Denimo, na petstopenjski lestvici izrazijo, ali jim je vseeno, pa tudi ali so proti oz. za, a lahko kljub nasprotnim predlogom »preživijo«, na ekstremu pa, da se s predlogom odločno strinjajo ali pa mu nasprotujejo. Tak posnetek stališč je realnejši in bolj plastičen (večdimenzionalen in bolj gnetljiv), omogoča skupini boljšo orientacijo, še zlasti pa razpravo in pogajanje in modulariranje predloga, da se bodo z njim vsi kolikor toliko strinjali. Torej v tem modelu odločanja ne gre za popolno soglasje vseh (konsenz), temveč za strinjanje, privolitev kolektiva.

Drug tak način izhaja iz izročila »demokracije direktne akcije« (Flaker@Boj za, 2012, str. 10, 191–192). To pomeni, da na skupščini oz. kakem drugem forumu skupnega odločanja – v tem primeru je primerno poudariti: tudi delovanja – ljudje predlagajo le tisto, kar so pripravljeni sami narediti, »zastaviti svoje telo« (to pomeni tudi svoj čas in energijo). S tem se izognemo »delegiranju« nalog, pojavu, ki je sicer v organizacijski kulturi vsenavzoč, ko je nekdo v skupini »pameten« pri ugotavljanju, kaj bi bilo treba narediti, nato pa poveri izvedbo svoje ideje drugemu. Še zlasti pa se izognemo temu, da bi skupina razpravljala o stvareh, ki se nikomur ne zdijo vredne akcije, pa tudi abstraktnim, zgolj načelnim zadržkom. Nasprotujem torej le tistemu, kar me neposredno in konkretno zadeva. Če pa nisem zainteresiran (in imam o tem le abstraktne dvome), pa naj realnost spregovori zase. Nasprotovati nekemu dejanju *a priori* je tako brez zveze kot *a posteriori*, ko se je dejanje že zgodilo. Opo rekati je treba *in medias res*, torej v dejanju samem. Takšen način odločanja se torej izogne razpravam, ki niso akcijsko usmerjene, izogne se delegiranju nalog in razcepu med subjektom odločanja in delovanja, na praktični ravni tudi prihrani čas. Poanta, da takšne predloge sploh predstavimo

na plenumu, je v tem, da svojo akcijo razglasimo, k njej povabimo navzoče, da dobimo nekaj legitimnosti in tudi kakšen koristen nasvet ali predlog.

Takšno logiko delovanja zlahka vzpostavimo v aktivističnih okvirih. Ne le zato, ker gre za akcijo, temveč predvsem zato, ker je temeljni vir delovanja v takšnem okviru sama dejavnost, aktivizem. Dejanja so v tem okviru odvisna le od volje ljudi. Če imajo voljo in potrebujejo še »materialna« sredstva, jih pač poiščejo v sami akciji. Tako smo, denimo, razmeroma obsežno akcijo Iz-hod izvedli z lastnimi viri udeležencev in tistimi, ki smo jih srečali na poti, ko so nas ljudje oz. njihove organizacije gostili (Rafaelič in Flaker, 2012).

V organizacijah, institucijah, ki za svoje delovanje prejmejo sredstva, pa taka logika naleti na ovire, te pa niso nepremostljive. Zanje je značilen razcep med člani, ki odločajo, dodeljujejo sredstva, in člani, ki jih uporabljajo. Moč dodeljevalcev (odločevalcev) izhaja med drugim tudi iz ustvarjenega videza, da so sredstva omejena. Torej je treba sredstva raz-mejiti. To lahko storimo kolektivno, da skupaj razdelimo sredstva (participativni proračun) ali pa da skupaj iščemo ali celo porajamo nove vire in dodatna, manjkajoča sredstva. (Kot bi rekel Ostap Bender (Ilf in Petrov, 1974): »Denar leži na cesti, samo pobrati ga je treba.«) Lahko pa to storimo s samostojno oz. neodvisno akcijo podskupine tistih, ki so za kako akcijo življenjsko zainteresirani. Redno se namreč zgodi, da v procesu preobrazbe »institucija« zamuja z rešitvami oz. ne podpre posameznih, »neučakanih« preselitev, ki jih nato izvedejo stanovalci sami, sicer s podporo zaveznikov med osebjem, a z alternativnimi sredstvi – lastnimi ali takimi, ki jih najdejo v skupnosti. Za krepitev avtonomnosti in emancipacijo od pokroviteljev se mora skupščina kot sestava ljudi, ki so se znašli v isti situaciji, obrniti navzven in dejavno povezovati z več zunanjimi viri.

Prenos je ena izmed funkcij skupščinskega načina delovanja. Preobrazba mora ustvariti nove kanale ne le odločanja, ampak tudi nove načine sporočanja, informiranja, predvsem pa omogočiti prenos moči z osebja na stanovalce, s stroke na skupno razumevanje sveta, z vodstva na delavce in ne nazadnje od zunanjih odločevalcev k udeleženi v situaciji. To je tudi med najpomembnejšimi nalogami skupščin in plenumov. Struktura, ki je zdaj obrobna in ceremonialna, mora postati središče dogajanja, vozlišče informacij in vir raznih pobud. Hkrati pa mora biti delovanje skupščin usmerjeno v prenos delovanja iz institucije v skupnost. Skupščine morajo sčasoma svoje težišče prenesti iz ustanove v skupnost – tako da tematizirajo ne le preselitve, temveč tudi družbene probleme v skupnosti, da zasnujejo svoje dejavnosti, načrtujejo akcije v skupnosti in z drugimi akterji v njej.

Skupščine in vključevanje zunaj ustanove

Skupščine so na eni strani dediščina gibanja terapevtskih skupnosti, so pa tudi povsem generična, temeljna oblika demokratičnega srečevanja in delovanja. Vsekakor jih je lažje organizirati, ko so ljudje na kupu (v instituciji), se lahko vidijo vsak dan in morajo reševati težave skupnega življenja. Prehod v

skupnost pa je tako prostorska kot tudi interesna razpršitev. Ljudje bodo živel na raznih krajih, se ukvarjali vsak s svojimi težavami, se vključevali v različne dejavnosti, se udeleževali mnogovrstnih dogodkov (upajmo). Še vedno pa bodo – nekateri bolj nekateri manj – uporabniki kakih služb, v veliki meri tistih, ki bodo nastale namesto ustanove.

Skupščine torej s prehodom v skupnost izgubijo neposredni smoter urejanja in dogovarjanja o življenju pod isto streho. O tem se bodo ljudje odločali sami – tisti, ki bodo živeli samostojno, povsem sami, kot to sicer počnejo ljudje, ki živijo sami ali v paru, tisti, ki bodo živeli v vmesnih oblikah, pa se bodo pogovarjali in dogovarjali v manjših skupinah. Obdržijo pa smoter (in učinek) terapevtskih skupnosti v pomenu vzajemne podpore – tako pri vsakdanjih zadevah kakor pri preživljanju kriz, spoznavanju sebe in možnosti izražanja v skupini (del Giudice idr., 1988). Okrepi pa se njihov politični, državljanski smoter – postanejo lahko pomemben partner pri vodenju in upravljanju novih ali že prej delujočih služb ali pa akter v političnem prostoru lokalne, regionalne ali nacionalne razsežnosti.

Rocco Canosa (1988), Basaglijev sodelavec, ki se je preselil na jug Italije, se je, denimo, v revni četrti San Paolo v Bariju lotil preobrazbe ustanove na povsem skupnostni način. Z uličnim, skupnostnim delom – s skupščinami po soseskah, tudi s skupščinami uporabnikov psihiatrije, pa tudi z neposrednimi storitvami, ne samo designiranim klientom služb duševnega zdravja, temveč tudi s povsem splošnimi zdravstvenimi in socialnimi storitvami, do katerih obubožana soseska sicer ni imela polnega pristopa – se je skupnost mobilizirala. Okrepila je svoje notranje vire, hkrati pa so delavci službe za duševno zdravje z uporabo svoje strukturne moči okrepili prebivalstvo, da je lahko stopalo v politični konflikt oz. plasiralo svoje zahteve lokalnim oz. regionalnim oblastem. Lotili so se celo direktne akcije. Nekdanji pacienti in delavci služb duševnega zdravja so npr. zasedli lokalni center za duševno zdravje v skupnosti in s tem izpogajali sredstva za ustanovitev stanovanjskih skupin, ki so jih takrat in tam nujno potrebovali.

Čeprav terapevtske skupnosti v obliki skupščin uporabnikov lahko ohranijo svoje smotre vključevanja in mobilizacije uporabnikov v skupnosti, da imajo lahko zelo pomembne dobre učinke na udeležence, na skupnost, na udeležbo pri upravljanju služb in državljanškem angažiranju uporabnikov, pa večinoma niso vztrajale v okoljih, v katerih so izvedli dezinstitutionalizacijo. Navadno so jih opustili kot nepotreben balast. Kolektivno izkušnjo skupščin so nadomestile razne uporabniške pobude, skupine za samopomoč, vzajemno pomoč ali podporne skupine. Delno so jih nadomestile razne oblike dnevnega združevanja uporabnikov (dnevni centri), če so le količkaj presegli zgolj zajemalno funkcijo takih struktur, da imajo uporabniki čez dan kam iti in morda še kaj početi.

Oblika, v katero se je še najbolj prenesel demokratični, egalitarni in vključujoči duh terapevtskih skupnosti, so, denimo, klubi *Fountain House* (Doyle idr., 2013), ki poleg preživljanja časa zagotavljajo tudi možnosti plačanega dela, predvsem pa jih vodijo na samoupraven, skupščinski način. Združevanje

uporabnikov pa na področju duševnega zdravja zagotavljajo tudi »akademije okrevanja«. Pri tem pa je treba dodati, da sta za okrevanje potrebna kolektiv in skupnost (Flaker, 2016).

Podobno funkcijo srečevanja skupnosti in tudi možnosti pogovora o skupnih zadevah imajo tudi oblike, ki temeljijo na plemenskem modelu – družinske konference (Doolan, 1999; Wright, 2008; Horvat, 2024) in metoda odprtega dialoga (Seikkula idr., 2000; Seikkula idr., 2006; Seikkula in Arnkil, 2024). V njih vključevanje poteka v nasprotno smer. Ne gre za vključevanje uporabnikov v vrstniško strukturo niti v siceršnjo strukturo v skupnosti (o tem pozneje), temveč za vključevanje skupnosti v dialog, oskrbo uporabnika. Pomemben nauk teh izkušenj za našo razpravo je v tem, da je vključevanje dvosmeren proces. Ne gre le za vključevanje uporabnikov v skupnost, temveč tudi za vključevanje skupnosti v procese in tudi v službe oskrbe. S tem pa tudi službe in strokovnjaki (skupaj z uporabniki) prenehajo biti *corpus separatum* – od siceršnjega družbenega telesa ločeno telo, posebna zadeva – pač pa postane zadeva vseh.

Glavna smer in glavni izziv vključevanja uporabnikov po prehodu in, ne smemo pozabiti, med njim je vključevanje v obstoječe skupnosti – lokalne, interesne, identitetne in naključne; tudi ne samo skupnosti, temveč tudi v organizacije – bodisi tiste, ki formalizirajo skupnost (četrtne in vaše skupnosti, društva, cerkvene, politične organizacije), bodisi tiste, ki so del formalnega družbenega telesa (delovne, izobraževalne organizacije), ali pa ko vključevanje poteka z uporabo raznih storitev ali na način občinstva na kulturnih, športnih, zabavnih in drugih prireditvah.

Naštevane in kategorizirane možnosti, kam bi se lahko uporabniki vključili, se zdi s perspektive aktivnega, zaposlenega človeka, ki je vpet v več omrežij in njihovih dejavnosti in se vsak dan »sprehaja« od ene do druge in se pravzaprav le redko ustavi in vpraša, kaj bi hotel početi, precej odveč. Z vidika dolgoletnega stanovalca zavoda, tudi upokojenca ali človeka, ki je kako drugače potisnjen na rob in zato doživlja, kar bi lahko poimenovali »dejavnostno praznino«, pa je tak seznam priročen.

V totalni ustanovi so dejavnosti načrtovane in jih je stanovalec bolj deležen, kakor da bi jih izbiral ali organiziral. Da bi se izognili praznini po prehodu v skupnost pa tudi ponavljanju (in vsiljevanju) standardnih dejavnosti, ki jih organizacija tudi sicer zagotavlja, so v osemdesetih letih za povratnike iz ustanov pa tudi druge onemogočane ljudi začeli sestavljati »kataloge dejavnosti«, kot praktični opomnik, kaj vse lahko nekdo počne, kaj za to potrebuje in kako naj se tega loti (Wilcox in Bellamy, 1987). Bežen pogled na splet kaže na to, da se je ta zamisel obdržala, tudi da je pripravna za stare ljudi.

V ta omrežja in dejavnosti se bodo vključevali spontano ali bolj ali manj načrtno. Spontano se bodo lahko vključevali tako, da jih bo kdo povabil, ali tako, da se bodo sami povabili – bolj ali manj naključno izvedeli za kako prireditev, dogodek, ki jim bo zanimiv in dovolj dostopen, da se ga bodo udeležili. Vendar je za tako vključevanje, pa čeprav spontano, ali celo prav zaradi tega, potrebna splošna vključenost, navzočnost v omrežjih, skupnosti. Da me

nekdo nekam osebno povabi, moram biti (vsaj potencialno) del njegove mreže – sicer sem obsojen, da kot večni opazovalec tavam po raznih javnih prostorih, prireditvah, dogodkih – kakor smo opisovali, ko smo razpravljali o potrebah, ki izhajajo iz neumeščenosti (Flaker idr., 2008, str. 346–386) oz. tako, kot je značilno za nekatere redne obiskovalce raznih odprtij, ki se jih udeležujejo, ker so pač javno oznanjeni (ne pa ker bi jih kdo osebno povabil), nekateri zgolj zato, da so v družbi, nekateri, da na toplem kaj prigriznejo in popijejo, včasih pa tudi zaradi duhovne hrane. Za takšno splošno in generično vključenost oz. družabno navzočnost je, seveda, potrebna vsaj kolikor toliko nosilna mreža, dejavnost v njej pa tudi sredstva za udeležbo – odprti in delujoči kanali, denar (pa čeprav ne veliko, vsaj za vstopnico, vozovnico, pijačo ...). To pa je za povratnika iz zavoda izziv, za njegove pomočnike pa naloga, da se te razmere ustvarijo.

Povratniki iz ustanov oz. kako drugače izolirani ljudje se pogosto ne zmorejo vključevati spontano oz. za vključevanje oz. udeležbo v skupnostnih dogajanjih, kot smo jih našeli, potrebujejo (organizirano) oporo. Ta opora je lahko glede na dogodek zunanja ali notranja. Človek, ki je bil družbeno onemogočan, potrebuje spremljevalca, ki ga na dogodek ali vsaj do dogodka spremi, ali pa gostitelja, zaveznika, zaupnika na dogodku, ki ga bo sprejel, predstavil, tudi zaščitil ali posredoval, ko bi bilo treba.

Bolj ali manj pogosto se je treba za udeležbo v dejavnosti pripraviti. To velja še toliko bolj za tiste, ki smo bili pred udeležbo dalj časa prikrajšani za kako dejavnost, ali pa za take dejavnosti, ki same po sebi zahtevajo priprave. Za nekatere dejavnosti so potrebni rekviziti, za druge vsaj osnovne spretnosti, za tretje osnovne informacije. Včasih je treba tudi pripraviti »teren« – omogočiti dostop, najaviti ali predstaviti novega člana ali obiskovalca, zagotoviti notranjo oporo, včasih pa tudi v temelju spremeniti ureditve situacije. Tako smo, denimo, za vključevanje »problematičnih« otrok v taborniško organizacijo morali ukiniti kazni (sicer bi jih zelo hitro poslali domov oz. izključili) (Flaker, 1981; Mesec, 1990; Stritih, 1992a, b).

Priprave so toliko pomembnejše takrat, ko se hočemo udeležiti kake dejavnosti s posebnim namenom, ki ga bomo z njo uresničili – še posebej, če gre za jasen namen, ki zadeva, vključuje tudi druge in njihovo sodelovanje. Takrat udeleženec postane akter. Najočitneje je to, ko gre za formalne sestanke, na katerih se odloča o zadevi, ki je za udeleženca (uporabnika) pomembna, ali pa ko na njih od udeležencev nekaj pripravljenega pričakujejo. Priprave so podobne, kot so priprave za timsko konferenco v procesu osebnega načrtovanja. Človek mora vedeti, kaj hoče, kako bo to drugim predstavil, kakšne so možne reakcije navzočih, kdo ga utegne podpreti, kdo zavrni ipd. Mora vedeti, kaj je njegova strategija, in pripraviti ustrezno taktiko.

Zares bi se tako moral pripraviti vsakdo, ki hoče resno sodelovati na sestanku o resničnih problemih. Pa se navadno ne. To bi lahko imeli za del splošne kulture sestankovanja, brezbržnosti do javnih ali skupnih zadev, je pa ta vidik »kulture molka« bolj izraz strukturne jalovosti sestankovanja – razlogi, »zakaj so naši sestanki neznosni« (Randall in Southgate, 1988), niso le

v tem, ker se ne znamo dobro pogovarjati, temveč tudi zato, ker so rezultati sestanka znani že vnaprej, ker se na njih pogovarjajo lahko predvsem tisti, ki že tako odločajo, ker so sestanki potrebni predvsem za prenos oblastnih aksiomov navzdol.

Prav v tem se odpirajo vrata za resnično sodelovanje uporabnikov. Tudi to je razlog, da se pred sestanki uporabniki nanje pripravijo. Adut, ki ga imajo uporabniki, je presenečenje. Drugim udeležencem lahko spodnesejo tla pod nogami prav z razliko v pripravljenosti – zanje je to izziv, za druge rutina. Gre tudi za njihova eksistencialna vprašanja (njihovo življenje), pri drugih pa za le eksistenčna (službena dolžnost). Ne nazadnje pa uporabniki na sestanke prinesejo resničnost, so živa materija, ki jo sicer strokovnjaki obravnavajo abstraktno in posredno (pa čeprav na podlagi »ocene potreb« uporabnikov). Niso le predstavniki realnosti, na sestanke jo zares vnašajo. Njihova naloga ni »objektivno« predstaviti le splošnega položaja, situacije, težav uporabnikov – to je vloga zagovornikov – temveč svojo izkušnjo vnesti med ljudi, med udeležence sestanka.

Tudi če nekdo na sestanku ne govori (ker tudi sicer ne), če se navzočemu na sestanku blede, govori nerazumljivo, postavlja neumna in naivna vprašanja, pozabi na to, kaj je na dnevnem redu, hodi po prostoru, ko bi moral sedeti, se odziva na nekaj, kar je nekdo povedal že nekaj časa pred tem, je njegova navzočnost, recimo, sodelovanje na sestanku lahko zelo produktivno. Če nič drugega, »noro« vedenje na sestanku postavi pred navzoče uganko, rebus, ki ga, če naj postane resnična skupina subjekt (Guattari, 1984, str. 22; Flaker, 1988, str. 63–64; 2022, str. 37, 84), skupina mora rešiti, saj je pogoj emancipacije skupine, da skupina uzre ne le svoj konec, temveč tudi svojo norost. Naloga podpornikov, zagovornikov, mediatorjev ali facilitatorjev je v tem primeru omogočiti, kot tudi sicer v primeru interakcijskih prekrškov (Flaker idr., 2008, str. 231–257) – z dedramatizacijo, banalizacijo, vzpostavljanjem praktične relevantnosti, a tudi z radovednostjo in željo razumeti, kaj nam človek govori, s pripisovanjem smisla nesmislu, s humorjem in preokvirjanjem dogodkov v vsem dostopne okvire – in predvsem s človeškim spoštovanjem in spoštljivostjo.

Naštete motnje sestanka bi lahko označili z ustreznimi psihiatričnimi nalepkami: »avtizma«, »težke duševne manjrazvitosti«, »manije«, »demence«, »paranoje« ipd. S tem bi na videz olajšali potek sestanka, saj bi jih vsaj simbolno izključili (včasih pa tudi dejansko). Hkrati pa so te »klinične slike« podobne, ki si jih lahko prikličemo v spomin z večine sestankov, na katerih smo kadarkoli sodelovali. To je folklor sestankov. Delovanje skupine je v temelju »psihotično« (Bion, 1963; Flaker, 2022, str. 46, 91).

Naloga skupine, ki se sestane, je vedno, kako to na eni strani motečo, na drugi ustvarjalno dinamiko vsebovati. Tudi v skupini, v kateri ni ljudi z uradno podeljenimi nalepkami, ima obkladanje z diagnozami podoben namen diskvalifikacije antagonista. A če »diagnoze« nimajo institucionalne podlage – bodisi v tem, da nekdo že ima uradno takšno diagnozo, bodisi tako, da v organizaciji, kolektivu že obstaja »izključevalna koalicija«, ki deluje zoper

govorca, kot jo opisuje Lemert (1962) – tako etiketiranje ostane intersubjektivna zadeva, ne pa »objektivno« (družbeno) dejstvo. Kot tako jo skupina lažje vsebuje in s tem naredi kaj produktivnega. Če skupina ni zmožna takih dogajanj vsebovati, okrni svoje ustvarjalno oz. produktivno jedro. Pravzaprav je takšno izključevanje za skupino travmatična (poškodbeni) izkušnja, skupina ostane brez svojega ključnega organa – pohabljeni. To velja tudi v primeru, ko dejansko ali simbolno izključimo nekoga z uradno nalepko.

Priprave uporabnikov na sestanke in druga skupinska srečanja, njihova produktivna vloga sklica na resničnost in presenečenja, ne velja, kot bi se utegnili zdeti, le za sestanke, ki potekajo v sklopu služb, ki so jim namenjene. Pa tudi ni povsem gotovo, da takšne službe v primerjavi z običnimi situacijami lažje sprejemajo vdor realnosti uporabnikov. Strokovnjaki, izvajalci specialnih storitev so sicer zavezniki uporabnikov, ljudje, ki jih razumejo, ki so poučeni o njihovi stigmati (Goffman, 2008, str. 32–35), so poznavalci življenja uporabnikov. Na drugi strani je prav vanje investirana volja po izključevanju – ne le kot klasična ideologija normalnosti, ki naj bi jo pridigali in uveljavljali, temveč tudi marsikdaj prav zaščitniška vloga v sami skupnostni usmerjenosti ustvarja pogoje za njihovo diskvalifikacijo in izključevanje. Tudi ko gre za položaj poznavalca, je taka ureditev vprašljiva, saj ustvarja okoli uporabnikov mehurček, pufer razumevanja, ki pa pravzaprav občinstvu razumevanje onemogoča.

Resničnostni prispevek uporabnikov na sestankih je morda še produktivnejši, uspešnejši v kontekstu občega sestajanja ljudi. Tam imajo udeleženci manevrov izogibanja na voljo manj, predvsem pa gre za resničnejše zadeve. Tako kot so ljudje na vozičkih povzročili masovno in masivno odpravo arhitektonskih ovir, lahko druge skupine na sestankih hišnega sveta, četrtne skupnosti, ne le zagotovijo sklepčnost, ki navadno v takih strukturah primanjkuje, temveč lahko s svojim pogledom na življenje v konkretni skupnosti odpravljajo subtilnejše ovire za človeško združevanje in povezovanje. Z zahtevami za lahko branje lahko besedila le pridobijo ne le v dostopnosti, tudi v sporočilnosti, berljivosti in jasnemu izražanju osnovnih prvin besedila. Z zahtevami po dostopnosti do računalnikov in interneta se bosta za vse povečali obvladljivost tega medija in enakopravna udeležba v njem. Z razgaljenjem osamljenosti, ki jo izrazijo ljudje, ki jih označimo kot uporabnike, lahko vzpostavimo prostor neobremenjenega srečevanja in skupnega delovanja (raje skupnostne, družabne in socialne centre kakor »medgeneracijske«). Na splošnejši ravni je vdor uporabniške resničnosti (norosti, starosti, neumnosti itd.) v vsakdanje oblike človeškega in ljudskega srečevanja pomemben vir ustvarjanja nove solidarnosti med ljudmi pa tudi številnih družbenih inovacij.

Stopnja več od načrtnega vključevanja v družbeno dogajanje in dogodke z namenom je organizacija vključujočih dogodkov, ki dinamiko vključevanja in izključevanja tematizirajo. Takrat so uporabniki več kot akter, so subjekt dogajanja. Utegne se zdeti, da je takšnih izkušenj pri nas malo. Ostanejo skrite ali pa nanje pozabimo. Primeri, na katere na bi smeli pozabiti so: izkušnje društva Paradoks in kriznega centra, ki ga je vodila Tanje Lamovec,

dejavnosti Odbora za družbeno zaščito norosti in pozneje Altre, gledališke produkcije v Dutovljah, na področju starih Spominčice in morda Srebrne niti; nekatere akcije Sončka.

Gotovo obstaja še več manjših in manj javnih dogodkov, ki so jih spodbudili, vodili ali imeli v njih ključno vlogo uporabniki. Med najizrazitejšimi primeri vključevana s tematizacijo svojega družbenega položaja so akcije društva YHD. Njihovo javno in večstransko delovanje s performansi, kandidiranjem za predsednico države, angažiranjem poslancev kot osebnih asistentov ipd. je dodobra preobrazilo krajino onemogočanja (v malo bolj krajino omogočanja) in doseglo uveljavitev zakona o osebni asistenci. V njihovem primeru je šlo za zelo intelektualno skupino, za ljudi z veliko teoretskega znanja in aktivistično energijo. Vse, kar so ustvarili in dosegli, so dosegli v zavezništvu z drugimi gibanji, s kritično stroko, s podporo nekaterih akademikov. Za njihovo delovanje sta značilni njihova intelektualna ostrina in aktivistična energija, ki pa se ni porodila iz nič, temveč s podporo tam, kjer so začeli (Rutar, Dominkuš). Njihov dosežek je pomemben kot obrazec (paradigma), ki lahko velja tudi sicer. S tem, da podpremo uporabniške iniciative, jih celo izzovemo, ne pomeni nujno, da jih koloniariziramo, še manj, da jih zlorabimo.

»Zloraba uporabnikov« je namreč refren, ki ga aktivistični strokovnjaki in v procesu preobrazbe pogosto slišimo, slišali ga bomo tudi v prihodnje. V naših prostorih ga je najbolj elaboriral že v osemdesetih letih Kecmanović (1986; gl. tudi Mesec, 1988), eden izmed vodilnih mislecev in nosilcev jugoslovanske socialne psihiatrije, kot protinapad na takrat porajajočo se kritično zavest in gibanja zoper institucije (Flaker idr., 2020, str. 297–301). Srž refrena, ki ga je povzel po »tujih virih«, je dvojni očitek. Protagonisti reform, alternativ in kritiki psihiatrije in institucij naj bi uporabili »bolnike« za svoje lastne namene oz. v svojem lastnem interesu – tako za svoj zaslužek in osebno uveljavitev kakor za uresničevanje svojih političnih agend. Prvi del očitka zlahka zavrnamo. Nihče od protagonistov dezinstitutionalizacije ni na njen račun obogatel, večina bi jih zaslužila več z manj truda, če bi obdržali svoje službe ali prešli v zasebno prakso. Uveljavili so se pač zato, ker so bili prodorni misleci in so obravnavali družbeno pomembne teme.

Za razpravo o vključevanju uporabnikov je pomembnejši drugi očitek o politični zlorabi »bolnikov«. Ta (sprevrženi) očitek lahko zavrnamo na več točkah. Gre za emancipacijski projekt, v katerem se uporabniki osvobajajo odvisnosti od strokovnjakov in zlorab sistema. Res je, da s tem angažirani strokovnjaki odgovarjajo tudi na svoja eksistencialna vprašanja in probleme svoje vloge v sistemu. Res je tudi, da s tem odpirajo, podpirajo široko fronto človeške emancipacije in se vključujejo vanjo. A to ni ozek, strankarski program, ki bi ljudi zlorabljal, dušil glasove svoje klientele. Nasprotno, je delovanje, ki je v sozvočju s krepitvijo uporabnikov in skupnosti. Gre za politiko omogočanja, ne pa onemogočanja, gre za ustvarjanje polja, v katerem je možna vzajemna uporaba, navadno v dobro vseh. Kljub temu pa so ti očitki pomembni in produktivni v tem, da nas tudi tako opozorijo na bistveno, da je v ospredju uporabnik in da je on v resnici naš gospodar, dejstvo, ki

ga stroka tudi v najplemenitejši obliki kljub temu potisne v svoje nezavedno – pa čeprav se nam kdaj zdi to upravičeno, saj imamo veliko dela prav z reformo, ki naj bi tako pozabo, spregled, sprenevedanje preprečila.

Opis polja vključevanja (povzetek in sklep)

Čeprav je torej vključevanje uporabnikov glavni smoter preobrazbe totalne ustanove in tudi njen glavni vir oz. sredstvo, praviloma ta vidik preobrazbe ostane ob strani. To se zgodi bodisi zaradi prevelikega poudarka (fetišizacije) organizacijskih vidikov početja bodisi zaradi naivnega pričakovanja, da se bo moč vključevanja samodejno povečala zaradi organizacijskih sprememb, uporabniki pa tudi ostanejo ob strani zaradi omahovanja strokovnjakov pri prenosu moči navzdol, kakor tudi zato, ker uporabniki niso organizirana sila.

Ko se lotevamo vključevanja uporabnikov, se moramo zavedati, da je totalna ustanova predvsem stroj zajemanja nekoristnega prebivalstva, torej izključevanja – ne le z nameščanjem vanjo, temveč tudi z izrekanjem odklonskih usod – vlog in karier. Vključevanje zato vključuje zanikanje takega zajetja in prevrednotenje vlog, hkrati pa si mora tudi prizadevati ne zgolj za vključevanje (navzočnost, udeležbo, sodelovanje), temveč tudi za vzpostavljanje navezav in poistovetenje, torej za pripadnost neki družbeni skupini.

Pri tem obstajajo tri ravni vključevanja: (1) osebna – kam se človek hoče vključiti, (2) organizacijska – vključevanje v delovanje organizacije, ki zagotavlja oskrbo, in (3) vključevanje v dogajanja v skupnosti.

Ko je človek (še) v zavodu, je med glavnimi torišči vključevanja in aktivnega družbenega delovanja skupščina, plenum. Ta v srži demokratična oblika in metoda dela ima organizacijsko funkcijo – z njo se osebje in uporabniki oz. stanovalci ustanove organizirajo za uresničevanje svojih hotenj – ima pa tudi izrazno – v njej se ljudje izrazijo kot subjekti in je tudi izraz skupnosti, ki tako nastaja – ne more pa biti orodje uresničevanja institucije.

Vendar pa je ta oblika odvisna od umeščenosti v organizacijo. Večkrat kot nasprotno se namreč zgodi, da skupščine, terapijske skupnosti, postanejo sredstvo discipliniranja. To se zgodi, če se resnične odločitve sprejemajo drugje (če so organi zavoda skupščini nadrejeni). Takrat so skupščine le ceremonialne, njihova eksistencialna prodornost pa se banalizira, saj skupščina zares ne odloča o ničemer.

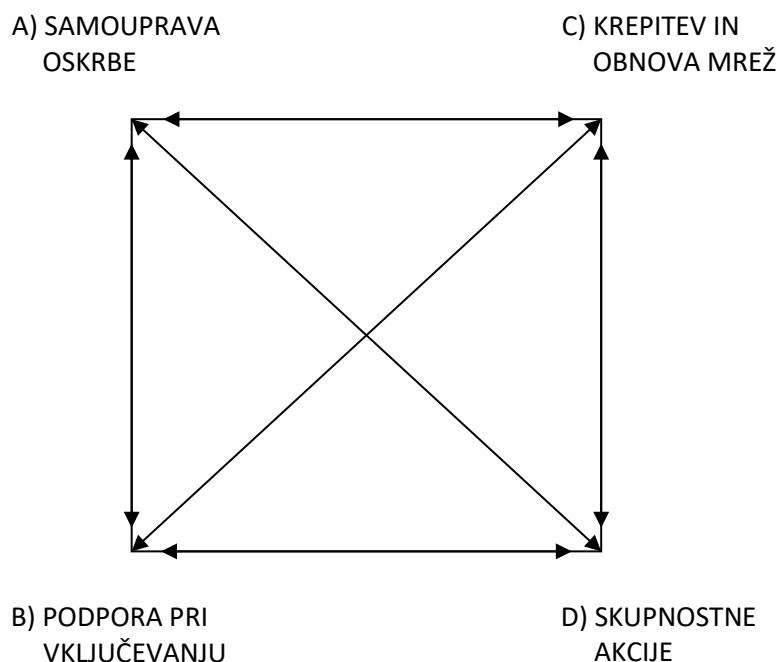
Da bi skupščine odločale o resničnih zadevah, morajo biti poleg tega, da postanejo njihove odločitve obvezujoče, zelo odprte narave, dovoljevati iskrene, pa čeprav pogosto težavne interakcije. Tega se morajo v procesu naučiti. Ni dovolj, da udeleženci, ki so sicer na vodstvenih položajih, tako dinamično dopustijo, vanjo se morajo, kot ljudje z lastnimi življenjskimi dilemami in vprašanji, vključevati. Hkrati pa je treba poskrbeti za vključevanje tistih, ki so sicer preslišani (ne samo stanovalci, tudi osebje), in za ustrezne načine odločanja, ki bodo nadomestili preglasovanje ali zamudno iskanje splošnega soglasja (npr. sociokracija ali demokracija neposredne akcije).

Poleg potentne umestitve v organizacijsko shemo in demokratičnega, iskrenega delovanja, ki omogoča neposredno srečevanje ljudi v kolektivu, sta izziva skupščin razporejanje sredstev pa tudi ustvarjanje novih virov. Zадnje kaže tudi na to, da se skupščine, ali kakorkoli že imenujemo kolektivno demokratično odločanje, morajo še v času, ko ustanova v fizični obliki še obstaja oz. obstaja na omejenem, vase zaprtem prostoru, usmerjati navzven, povezovati z raznimi akterji v skupnosti. S tem presežejo osebno anomijo, zgolj navzočnost stanovalcev, ki sicer po preselitvi lahko ostanejo neumeščeni, prosto lebdeči v družbenem prostoru, z malo tvornimi povezavami.

Samoupravljanje svojega življenja in vmesnih struktur ni namenjeno samo sebi, ampak ustvarjanju skupnostnih dogodkov, še bolj skupnostnih akcij, ki niso namenjene zgolj vključevanju uporabnikov, temveč predvsem izboljšanju življenja v skupnosti, takih, ki rešujejo protislovja življenja v njej. Hkrati pa se s tem krepijo in obnavljajo uporabnikove mreže – tako spontano kot tudi organizirano – kot mrežne konference, shodi.

Vključevanje uporabnikov ima torej štiri oblike: a) samoupravljanje oskrbe, b) podpora pri vključevanju v skupnostna dogajanja, c) krepitev in obnova mrež, d) skupnostne akcije. Te točke, vidiki vključevanja so med seboj povezane in vzajemno delujejo druga na drugo.

Slika 3: Štirje obrazi vključevanja.



Udeležba oz. samoupravljanje oskrbe vključuje tudi ustrezno podporo za sodelovanje v skupnostnem dogajanju, hkrati pa udeležba v skupnosti (skupaj z raznoterostjo izvajalcev oskrbe) krepi potencial upravljanja lastne oskrbe. Podobno naj bi upravljanje lastne oskrbe – na eni strani obnavljalo družabne in družbene mreže uporabnikov, na drugi vnašalo heterogene vplive v oskrbo

(s tem pa krepilo potrebo po demokratičnem dogovarjanju). Usmerjenost v skupnost, skupnostne akcije prav tako krepijo samoupravljanje oskrbe, ji dajejo smisel – ukvarjanja z resničnimi izzivi. Hkrati pa prav angažiranje uporabnikov lahko odločilno krepí skupnost.

Skupnostne akcije krepijo in bogatijo mreže uporabnika in jim dajo resničnostno dimenzijo, te pa dodatno povečujejo moč takih akcij. So tudi podpora vključevanju, hkrati pa se morajo vključevanju uporabnikov pogosto prilagoditi. Tako velja tudi za mreže, ki morajo, da bi v njih uporabnik imel svoje suvereno mesto, spreminjati način svojega delovanja, hkrati pa delujejo kot podpora pri vključevanju, ne le vanje, temveč v širše kroge delovanja, ki jih lahko takšna mreža omogoči.

V tem prepletu različnih vidikov vključevanja se kaže pomemba dialektika med močjo in pripadnostjo. Ti se medsebojno krepita in pogojujeta. Da lahko nekaj naredim, moram pripadati kolektivu, biti njegov konstitutivni del, da pa to postanem, moram imeti družbeno moč, veljavo. Gre za (A) moč odločanja, (B) moč namena, (C) moč druženja, tovarštva in (D) moč delovanja.

Če je zanemarjanje vključevanja (in krepitve) uporabnikov posledica fetišizma organizacije, ki prevlada nad človekom, so to tudi načini, kako se temu upreti, kako uroku organizacije ubežati. Hkrati pa je pot, ki jo tu nakazujemo, zelo osebna, angažirana. Zahteva angažiranost, postavljanje zase (in za druge), izpostavljanje drugemu, tudi njegovim hotenjem. Ne samo za uporabnike, tudi za tiste, ki storitve izvajamo. Vključevanje uporabnikov je hkrati tudi vključevanje drugih, še zlasti tistih, katerih naloga je pri tem jih podpreti. Saj smo z izključenostjo ljudi, ki jih izključujejo nalepke, izključeni tudi mi, ki jih lepimo – pa čeprav se utegne zdeti drugače. Toda, s tem se vključujemo le v virtualne, neživljenjske sheme oblasti, življenje pa ostane prazno.

Viri

- Basaglia, F. (1967/2017). *La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale*. V F. Basaglia (ur.), *Che cos'è la psichiatria?* Parma: Amministrazione provinciale di Parma; ponatis v Basaglia, F. (2017). *Scritti (1953–1980)*. F. Ongaro Basaglia (ur.), (Nova izdaja) Milano: il Saggiatore (str. 389–401).
- Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino: Giulio Einaudi editore.
- Basaglia, F. (2018). *Conferenze brasiliane*. (Nova izdaja) Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bion, W. R. (1963). *Experiences in groups*. London: Tavistock.
- Canosa, R. (1988). Treating social marginality in the South of Italy. V S. Ramon (ur.), *Psychiatry in transition* (str. 117–124). London: Pluto Press.
- del Giudice, G., Pasquale, E., & Reali, M. (1988). How can mental hospitals be phased out. V S. Ramon (ur.), *Psychiatry in transition* (str. 199–207). London: Pluto Press.
- Doolan, K. (1999). The Family Group Conference – 10 years'. *International Institute for Restorative Practices, Bethlehem, Pennsylvania* (spletna stran). Pridobljeno 20. 1. 2023 s www.iirp.org/library/vt/vt_doolan.html

- Doyle, A., Lanoil, J., & Dudek, K. J. (2013). *Fountain House: creating community in mental health practice*. New York: Columbia University Press.
- Flaker, V. (1981). Uveljavljanje skupinskega dela v taborniški organizaciji. V B. Stritih, G. Čačinovič Vogrinčič, V. Flaker, A. Kavar-Vidmar, B. Mesec, V. Milošević-Arnold, P. Rapoša-Tajnshek, & F. Stopajnik, F., *Prostovoljno socialno delo: raziskava* (str. 113–145). Ljubljana: Višja šola za socialne delavce v Ljubljani.
- Flaker, V. (1988). Tabor v Hrastovcu: Motnja ali vzpodbuda? V V. Flaker, & M. Urek (ur.), *Hrastovski anali za leto 1987* (str. 45–73). Ljubljana: RK ZSMS.
- Flaker, V. (2016). Social matrix of the recovery and empowerment. V J. Erking, V. Richter, & T. Schmid (ur.) *Aufbruch / Ausbruch: Baustellen der Gleichstellung: Fachsymposium von DAS BAND – gemeinsam vielfältig* (Sozialpädagogik, 28) (str. 66–80). Dunaj: LIT Verlag.
- Flaker, V. (2017). Stroj dezinstucionalizacije. V G. Meško, & D. Zorc-Maver (ur.), *Za človeka gre!: zbornik posvečen Vinku Skalarju* (str. 148–169). Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Fakulteta za varnostne vede.
- Flaker, V. (2022). *Moč skupine*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V. (2025a). Preobrazba timov in timsko delo v procesu preobrazbe. V T. Rape Žiberna, & A. Jurček (ur.), *Timsko delo v socialnem delu* (str. 207–236). Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani.
- Flaker, V. (2025b). Razpota timov. V T. Rape Žiberna, & A. Jurček (ur.), *Timsko delo v socialnem delu* (str. 277–319). Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani.
- Flaker V. @Boj za (2012). *Direktno socialno delo*. Ljubljana: Založba /^{cf}.
- Flaker, V., Jović, V., Cvetković, N., & Rafaeli, A. (2020). Borderline deinstitutionalisation: Yugoslav resonance and dissonance with Basaglia. V T. Burns, & J. Foot (ur.), *Basaglia's international legacy: from asylum to community* (str. 298–323). Oxford: Oxford University Press.
- 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. & Rafaeli, A. (2023). *Dezinstitucionalizacija II: nedokončana*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Foucault, M. (1984). *Nadzorovanje in kaznovanje*. Ljubljana: Delavska enotnost. (Ponatis 2004, Ljubljana: Krtina)
- Goffman, E. (2008). *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.
- Goffman, E. (2019). *Azili: eseji o socialni situaciji duševnih bolnikov in drugih zaprtih varovanec*. Ljubljana: Založba /^{cf}.
- Guattari, F. (1984). *Molecular revolution*. London: Penguin Books.
- Horvat, G. (2024). *The role of a family group conference in child foster care from a social work perspective* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Ilf, I., & Petrov, E. (1974). *Zlato tele*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Jones, M. (1952). *Social psychiatry: a study of therapeutic communities*. London: Routledge and Kegan, Tavistock Publications Limited.
- Kecmanović, D. (1986). *Upotreba duševnog bolesnika*. Beograd: Prosveta.
- Kobal, M. (1974). Therapeutic communities. V K. Vodopivec (ur.), *Maladjusted youth: an experiment in rehabilitation* (str. 107–109). Farnborough: Saxon House, Lexington Books.
- Lamovec, T. (1993). Provizorično bivanje: doživetje totalne institucije. *Socialno delo*, 32(3–4), 17–26.

- Lemert, E. (1962). Paranoia and the dynamics of exclusion. *Sociometry*, 25(1), 1–20.
- Makarenko, A. S. (1950). *Pedagoška pesnitev*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Mesec, B. (1988). Psihiatrova odveza družbi (recenzija D. Kecmanovića: *Upotreba duševnog bolesnika*). *Socialno delo*, 27(4), 349–365.
- Mesec, B. (1990). *Akcijsko raziskovalni projekti kot oblika skupnostnopsiholoških intervencij*. (Doktorska disertacija). Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Neill, A. S. (1960). *Summerhill: a radical approach to child rearing*. New York: Hart Publishing Company.
- Pečnikar Oblak, V. (2024). *Socialna omrežja članov inkluzivnega judo kluba* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Rafaelič, A. & Flaker, V. (ur.) (2012). *Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi* (tematska številka), *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 39(250).
- Rafaelič, A. & Flaker, V. (2021). *Dezinstitucionalizacija I: neskončna*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Randall, R., & Southgate, J. (1988). *Skupinska dinamika v skupnosti*. Ljubljana: ZKOS in VŠSD.
- Rape Žiberna, T. (2025). Vključevanje oseb z izkušnjo (uporabnikov) v timsko delo v socialnem delu. V T. Rape Žiberna, & A. Jurček (ur.), *Timsko delo v socialnem delu* (str. 179–201). Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani.
- Rau, T. (2022). Consent decision making. *Sociocracy for All* (spletna stran). Pridobljeno 20. 1. 2023 s <https://www.sociocracyforall.org/consent-decision-making/>
- Scheff, T. (1966), *Being mentally ill*. New York: Garden City.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214–228.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2000). A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. *Social and Clinical Psychiatry*, 10(2), 20–29.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2024). *Odprti dialogi: inovativen dialoško-mrežni pristop k duševnim stiskam*. Ljubljana: Chiara.
- Sobočan, A. M. (2025). Etični imperativ timov v socialnodelovni praksi. V T. Rape Žiberna, & A. Jurček (ur.), *Timsko delo v socialnem delu* (str. 73–97). Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani.
- Stritih, B. (1992a). *Skupinsko delo v procesu psihosocialne pomoči: razvijanje obravnavnega modela in sistemsko-teoretska analiza* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Stritih, B. (1992b). Tabor kot kompleksni avtopoetski sistem. *Socialno delo*, 31(1–2), 185–189.
- Strmšek, K. (2007). *Stanovalci v vlogi ključnega delavca v Zavodu Hrastovec (preoblikovanje enot Zarja)* (Specialistično delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Šugman Bohinc L. (2025). Vodenje tima v socialnem delu: sistematično nesistematični sodelovalni pristopi k vodenju kompleksnosti. V T. Rape Žiberna, & A. Jurček (ur.), *Timsko delo v socialnem delu* (str. 237–276). Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani.
- Urek, M. (2017). Unheard voices: researching participation in social work. *European Journal of Social Work*, 20(6), 823–833. DOI: 10.1080/13691457.2016.1278525

- Urek, M. (2021). The right to 'have a say' in the deinstitutionalisation of mental health in Slovenia. *Social Inclusion*, 9(3), 190–200. DOI: 10.17645/si.v9i3.4328
- White, R., & Lippit, R. (1968). Leader behavior and member reaction in three »social climates«. V D. Cartwright, & A. Zander (ur.), *Group dynamics: research and theory* (3. izdaja, str. 318–335). London: Tavistock.
- Wilcox., B. & Bellamy, T. G. (1987). *The activities catalog: an alternative curriculum for youth and adults with severe disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Wright, T. (2008). Using family group conference in mental health. *Nursing Times*, 104(4), 33–34. Pridobljeno 20. 1. 2023 s <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/using-family-group-conference-in-mental-health/564092.article>

Katarina Mauch

Prostor za dezinstitutionalizacijo: uporabniška perspektiva prehoda iz izključujočih k vključujočim življenjskim prostorom v okviru projekta Doma na Krasu

Eno od ključnih vprašanj dezinstitutionalizacije je pogosto, kje bodo ljudje v skupnosti živeli po tem, ko se preselijo iz zavodov. V preteklosti so se v Sloveniji kot ena od najpogostejših (organiziranih) oblik preselitev iz zavodov vzpostavile stanovanjske skupine. Čeprav so bile na začetku mišljene zgolj kot prehodna oblika oz. vmesna postaja med življenjem v instituciji in neodvisnim življenjem v skupnosti, strokovnjaki in uporabniki opozarjajo, da stanovanjske skupine niso najustreznejši način ustvarjanja prostora za ljudi, ki se vračajo iz institucij v skupnost, saj se v njih pogosto reproducira institucionalna kultura. Pri tem se postavlja vprašanje, kakšni prostori so ustreznejši in kako jih ustvariti. Članek predstavi uporabniško perspektivo ljudi, ki so bili v okviru projekta »Doma na Krasu« kot stanovalci zavoda na različne načine vključeni v proces dezinstitutionalizacije, in odločanje glede poteka preselitev v skupnost. Čeprav naj bi imeli ključno vlogo v procesu dezinstitutionalizacije, so se preselitve v projektu pogosto zgodile brez resničnega vključevanja in možnosti odločanja o tem, kje, s kom in kako bodo živeli. Članek sporoča, da so vključujoči in ustrezni prostori za preselitev ljudi iz institucij lahko samo tisti, ki jih ustvarjamo skupaj z uporabniki.

Ključne besede: preselitev, skupnost, vključevanje, institucije, stanovanjske skupine.

Katarina Mauch je socialna delavka in raziskovalka na Inštitutu Republike Slovenije za socialno varstvo. Je doktorska študentka na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani. Kontakt: katarina.ficko@irssv.si

Place for deinstitutionalization: users' perspective on the transition from exclusive to inclusive living places within the Dom na Krasu project

One of the key issues of deinstitutionalization is often where people will live in the community after resettling from institutions. In the past, in Slovenia, residential group homes have been established as one of the most common (organised) forms of resettlement from institutions. Although initially intended solely as a transitional form or an intermediate step between life in an institution and independent living in the community, experts and users point out that residential groups are not the most suitable way to create living in the community for people returning from institutions, as they often reproduce institutional culture. This raises the question of what types of places are more appropriate and how to create them. The article presents the users' perspective of residents on an institution, who were involved in the "Dom na Krasu" project and were part of the deinstitutionalization process, and on decision-making regarding the relocation to the community in various ways. Although these individuals were expected to play a key role in the deinstitutionalization process, relocations in the project often occurred without their real participation and without opportunities to decide where, with whom, and how they would live. The article emphasizes that inclusive and suitable spaces for people resettling from institutions are only those that are created together with the users.

Key words: relocation, community, inclusion, institutions, residential groups.

Katarina Mauch is a social worker and a researcher at the Social Protection Institute of the Republic of Slovenia. She is also a doctoral student at the Faculty of Social Work, University of Ljubljana. Contact: katarina.ficko@irssv.si



Uvod

Eden od ključnih¹ ciljev dezinstitutionalizacije je, da ljudje zapustijo institucijo, v kateri živijo, in se preselijo v skupnost. Pri tem so odločilna vprašanja, kam naj gredo oz. kje bodo živeli in ali imajo možnost odločanja o tem. Življenjski prostor je osrednji element institucionalizacije, saj se ljudje pogosto znajdejo v instituciji prav zato, ker so izgubili dom, hkrati pa je odsotnost doma ena od ključnih ovir za preselitev ven, saj ljudje navadno nimajo prostora, kamor bi se lahko vrnili (Bell in Lindley, 2005; Flaker idr. 2008; 2011; 2013). Življenjski prostor je pri dezinstitutionalizaciji torej eden ključnih virov, ki ga je treba za preselitev poiskati in pridobiti, predvsem pa je treba ob izhodu iz institucije ustvariti nov prostor, v katerem bo življenje povsem drugačno kot v instituciji.

Reševanje vprašanja življenjskega prostora zunaj institucije, v skupnosti, ima v Sloveniji že dolgoletno zgodovino in evolucijo. Med procesi dezinstitutionalizacije, od začetka devetdesetih let 20. stoletja do danes, so nevladne organizacije in zavodi kot alternativo institucionalnemu življenjskemu prostoru ustanovili številne bivalne enote² in stanovanjske skupine³. V preteklosti so bile te v procesu dezinstitutionalizacije mišljene kot prehodne strukture med institucijo in neodvisnim življenjem (Videmšek, 2012). Ljudje naj bi se iz stanovanjskih skupin namreč preselili naprej v samostojnejše oblike življenja v skupnosti, vendar pa se ja to zgodilo redko. Izkušnje tako v Sloveniji kot v tujini so poleg tega pokazale, da se je v takih bivalnih prostorih pogosto reproducira institucionalna kultura (Videmšek, 2012; Kendrick, 2017; Rosenthal idr. 2019; Gurbai idr. 2024). Sčasoma se je pokazalo, da so stanovanjske skupine manj ustrezen način ustvarjanja prostora za ljudi, ki se vračajo iz institucij v skupnost (Flaker, 2012; Kendrick, 2017).

Konvencija Združenih narodov o pravicah ljudi z oviranostjo (2008) priznava vsem ljudem z oviranostjo pravico do življenja v skupnosti in možnost, da sami izberejo stalno prebivališče in se odločajo, kje in s kom bodo živeli, in jim ni treba bivati v posebnem okolju (19. člen). Nujnost prehoda iz institucionalnih prostorov v alternativne oblike omenjajo tudi *Smernice za dezinstitutionalizacijo, tudi v izrednih razmerah* (2022) Združenih narodov, ki so nastale v sodelovanju z ljudmi z oviranostjo. Pomen in sporočilnost teh smernic je v tem, da problematizirajo več različnih življenjskih prostorov, tudi stanovanjske skupine, ki jih na primer opredelijo celo kot eno od oblik institucionalizacije. Predlagajo, da je namesto stanovanjskih skupin in podobnih institucionalnih rešitev za življenje ljudi v skupnosti treba razvijati

1 Pomemben cilj, ki pa ni edini, kot opozarjajo Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo (2012, str. 31), saj dezinstitutionalizacija poleg preselitev obsega celosten proces načrtovanja preobrazbe institucij in razvoj skupnostnih služb in storitev, tudi preventivnih.

2 Enote, v katerih živi skupaj od 7 do največ 20 ljudi. Po podatkih Inštituta RS za socialno varstvo je bilo leta 2022 v Sloveniji takih enot 94 za 1149 ljudi.

3 Po podatkih Inštituta RS za socialno varstvo je bilo leta 2022 v Sloveniji 72 stanovanjskih skupin za 293 ljudi.

najrazličnejše podporne storitve. Ključno je, da so te prilagojene potrebam in željam posameznika in da ljudje, ki te storitve uporabljajo, ohranijo moč odločanja o sebi in o vsem, kar jih zadeva. Prehod v skupnost torej zahteva ustvarjanje različnih prostorov, ki jih ljudje z oviranostjo sooblikujejo in v katerih lahko živijo svobodno, tako da sami odločajo o svojem življenju, s podporo, ki jo potrebujejo in ki jim je prilagojena.

V članku predstavljam majhen del širšega raziskovalnega procesa, izvedenega v okviru projekta Doma na Krasu. S pomočjo akcijskega raziskovanja (Mesec, 1990; 1993; 1994; Flaker in Rafaelič, 2023) smo se veliko ukvarjali z vprašanjem, kam se bodo ljudje preselili iz institucije, kje in kakšna naj bodo stanovanja oz. hiše in kako organizirati delo v skupnosti, da preprečimo reprodukcijo institucionalne kulture. Eden osrednjih ciljev projekta je namreč bil, da se iz zavoda Dom na Krasu v skupnost preseli vsaj 70 ljudi in da zavod zanje vzpostavi mrežo dostopnih in kakovostnih skupnostnih storitev. Tako bi imeli ljudje z oviranostjo, stanovalci Doma na Krasu, zagotovljeno vsakdanjo podporo na svojem domu v skupnosti. Da bi našli odgovor na vprašanje, kje bodo ljudje živeli po izhodu iz institucije, je zavod pozneje (decembra 2020, tj. sedem mesecev po začetku projekta Doma na Krasu) pridobil še projekt za vzpostavitev mreže stanovanjskih bivalnih enot.⁴ Njegov najpomembnejši cilj je bil zagotoviti primerno infrastrukturo (stanovanja ali hiše) za 70 uporabnikov.⁵ Drugi projekt je torej nastal kot odziv na prvega.

V nadaljevanju predstavim življenjske prostore ljudi, ki so se preselili iz Doma na Krasu, analiziram prehod iz izključujočih v vključujoče življenjske prostore in se kritično ozrem na to, kako so bili v proces preselitve vključeni stanovalci zavoda.

Doživljanje in ustvarjanje prostora

Caroline Yeo (2021) v članku o »arhitekturi moje norosti« opisuje različne prostore (dom, univerza, psihiatrična bolnica, ulica, park, kavarna, gostišče, mesto), prehode med njimi in svoja doživetja v teh prostorih v določenem trenutku. V nekaterih se počuti varno (ulica, gostišče, kavarna, stranišče na univerzi), v nekaterih ne (dom, psihiatrična bolnica), v nekaterih pa hkrati ljubljeno in ogroženo (dom), uspešno in izključeno (univerza). Opisuje prostor, v katerem se njena norost rodi, in išče prostore, v katerih lahko norost zdrži, ne da bi jo nasilno utišali.

Kako je prostor oblikovan, vpliva na to, kako se v njem počutimo. Svetloba prostora, stvari, ki so v njem, barve, vonj in zvok oblikujejo našo izkušnjo tega prostora (Johnsen idr., 2018). Če na primer na okna namestimo rešetke, omejimo razgled človeku, mu onemogočimo, da sedi na okenski

4 Ime projekta: »Dez institucionalizacija zavoda Dom na Krasu«.

5 S pogojem, da lahko v posamezni enoti živi največ 6 uporabnikov.

polici, se nagne čez okno ali spleza skozenj.⁶ Postavimo mu fizično oviro in mu hkrati sporočamo, da nečesa ne sme početi in da mu glede tega ne zaupamo.

Kako bomo prostor doživeli, je odvisno tudi od tega, kaj se v njem dogaja, in od naše lastne interpretacije tega dogajanja (Flaker, 2012; Bryant in Williams, 2020). Čakalnica v zobni ambulanti lahko v nas vzbudi tesnobo in strah pred bolečino ali pa olajšanje, ker smo prišli zgolj kot spremljevalec in vemo, da tokrat ne bomo prišli na vrsto. Na naše doživetje vplivajo ideje, ki jih imamo o nekem prostoru, ugled prostora in zgodbe, ki krožijo o njem (Johnsen idr., 2018). Zgodbe, ki krožijo o institucijah, lahko ljudi odvrnejo od tega, da bi se jim sploh približali (Goffman, 2019; Flaker, 1998).

Kako načrtujemo, gradimo in oblikujemo prostore, kaže naše razumevanje ljudi in njihovih potreb. Če pogledamo npr. zapore, način, kako jih gradimo in organiziramo, kažejo, kako razumemo ljudi, ki so zaposleni v zaporu, in tiste, ki prestajajo zaporno kazen, kako razumemo njihove potrebe in kako družba skrbi za svoje zapornike (Johnsen idr., 2018). Enako velja za prostore, ki jih ustvarjamo za namen institucionalizacije in dezinstitutionalizacije. Kako so oblikovani in organizirani, v kakšnem okolju so, kako so opremljeni ipd., priča o tem, kako razumemo potrebe njihovih stanovalcev oz. ljudi z oviranostjo in izvajalcev podpore.

Socialno delo ima ključno vlogo pri razumevanju potreb ljudi in skupnosti, s tem pa tudi pri ustvarjanju novih in spreminjanju že obstoječih prostorov. Socialne delavke stopamo in delujemo v različnih prostorih – na domu uporabnika, v pisarnah centrov za socialno delo, v bolnišnicah, šolah, na ulici ipd. (Flaker, 2012). Prostor, v katerem delujemo, oblikuje prakso socialnega dela, hkrati pa je socialno delo produktivno, ima moč, da spreminja in ustvarja prostore (Diebäcker in Reutlinger, 2018; Flaker, 2012).

Etnografska študija (Dirks idr., 2016) je pokazala, kako se lahko socialno delo pokaže kot protislovni agent v procesih segregacije, gentrifikacije in prostorskega nadzora in sodeluje v »čiščenju« javnega prostora, ki naj bi bil dostopen vsem, z ustvarjanjem posebnih prostorov za ljudi, ki motijo javni red. Ustvarja posebne, ekskluzivne prostore za določene družbene skupine ljudi (npr. za ljudi, ki uživajo droge in alkohol, ljudi s težavami z duševnim zdravjem). Obstajajo torej zaželeni mesta umika, ki so tudi zaščitni prostori, a ne ustrezajo vedno interesom, željam in potrebam skupin, ki so sicer vključene v te prostore, a s tem izključene iz drugih.

Pri ustvarjanju novih ali spreminjanju obstoječih prostorov ima socialno delo ključno vlogo, a je pomembno, na katero strani procesa je. Lahko sodeluje pri izključevanju in institucionalizaciji nezaželenih družbenih skupin ali pa posreduje tako, da mesta in prostore naredi dostopnejše in bolj vključujoče.

6 Rešetke na oknu lahko izključijo tiste, ki so notri, pa tudi tiste, ki so zunaj, npr. kot varovalo pred vlomilci v pritličnih stanovanjih, na kletnih oknih.

Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo (2012), na katerih smo utemeljili projekt Doma na Krasu⁷, določajo okvir, znotraj katerega lahko načrtujemo preselitve in nove prostore, v katerih bodo ljudje živeli. Poudarjajo, da je treba razvijati različne storitve v skupnosti (ne samo en tip podpore), da z razpršeno strukturo stanovanj oz. hiš, v katerih ljudje živijo, zagotovimo boljšo kakovost življenja uporabnikov in da je treba fokus od stanovanjskih skupin preusmeriti še k drugim možnim načinom preselitve. Ključno pa je, da si ljudje lahko sami izberejo kje, s kom in kako bodo živeli.

Pri ustvarjanju novih prostorov za namen dezinstytucionalizacije je torej socialno delo ključno, saj je spretno pri ocenjevanju potreb pa tudi pri iskanju inovativnih in raznovrstnih odgovorov na potrebe ljudi. Prostore mora ustvarjati in spreminjati skupaj z uporabniki tako, da bodo ti te prostore lahko obvladali (in ne da bodo prostori obvladali njih).

Prostor za dezinstytucionalizacijo

Institucionalni prostor je omejen na kompleks ustanove in njenih enot, v katerih veljajo posebna oblast, pravila in namen (Flaker, 2012). Značilno za institucijo je, da ljudi izključi in izolira od samostojnega življenja v skupnosti. Na enem mestu in pod eno oblastjo poskuša zadovoljiti vse potrebe posameznika (stanovanje, oskrba, prosti čas, delo ipd.) in s tem ljudi zadržuje v omejenem prostoru. Institucionalni prostor je homogen, ustvarjen na podlagi ene same ideje, za kolektivno življenje posameznikov, označenih z eno prevladujočo značilnostjo (Flaker, 2014).

Ko človek pride v institucijo, mu osebje dodeli oddelek in sobo, kjer bo živel. Sobo si navadno deli še z drugimi ljudmi. Prehodi med sobami in oddelki so možni, a zahtevajo poseben postopek in odobritev osebja ali pa so del discipliniranja uporabnikov⁸.

Podobno kot Gramsci (1955) opisuje svojo celico v zaporu ali pa kot Creswell (2004) opisuje prihod v študentski dom, se tudi človek, ki pride v institucijo, znajde v prostoru z določeno površino in prostornino zraka, ki mu pripada. V sobi je navadno nekaj osnovnih kosov pohištva – postelja, omara in nočna omarica. Vse sobe v instituciji so identične.

Ko pridemo v prostor, v katerem bomo živeli, si po navadi želimo doseči, da bo kaj povedal o nas. To navadno naredimo tako, da ga opremimo po svoje. Dodamo nekaj svojih stvari, nalepimo plakate in razglednice, obesimo družinske slike, prinesemo rože. V instituciji je zelo težko prostor opremiti po svoje. Prostor, namenjen posamezniku, je preprosto premajhen, ob tvoji postelji je že postelja nekoga drugega, prostor ni več tvoj. Če bi želel steno

7 V projektni dokumentaciji beremo, da projekt predvideva transformacijo oziroma nadaljevanje dezinstytucionalizacije Doma na Krasu, kot jo zahtevajo Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo (2012).

8 Na primer premestitev na drug oddelek mimo volje uporabnika, premestitev na varovani oddelek ipd.

pobarvati po svoje, potrebuješ soglasje sostanovalcev, predvsem pa dovolje-nje osebja. V instituciji veljajo pravila, ki določajo, kaj telo v tem prostoru sme in česa ne sme početi, togi urniki pa določajo, kje naj bo ob določeni uri dneva telo (Goffman 2019; Johnsen, 2018).

Prostori, v katerih lahko obstajamo in delujemo pod lastnimi pogoji, so ključni za preživetje in ustvarjalnost (Hrvatina, 2016). Ljudje, ki živijo v in-stitucijah, imajo prostor, v katerem lahko obstajajo in delujejo, a le v skladu s pogoji in pravili institucije. Ko skušamo opisati življenje v instituciji, lahko govorimo o brezdomstvu znotraj samega doma⁹ (stanovanjske skupine, in-stitucije). Prostor, v katerem ljudje živijo, a ga niso oblikovali, niti ni bil obli-kovan zanje, postane prostor, ki izključuje. Uporabniki postanejo tujci, ljudje, ki imajo dom, a nimajo besede glede življenja v njem.

Dezinstitucionalizacija omogoča, da si ljudje uredijo prostor (in razpola-gajo s svojim časom) čim bolj po svojih željah. Preobrazba zavoda obsega med seboj povezane procese, ki se osredotočajo na ponovno vzpostavljanje avtonomije, izbire in nadzora ljudi nad tem, kako, kje in s kom bodo živeli (*Smernice za dezinstitucionalizacijo, tudi v izrednih razmerah*, 2022). Povsem se spremeni namen institucije, ob tem pa se nujno spreminja in izginja tudi institucionalni prostor.

Za preselitev v skupnost Skupne evropske smernice za prehod iz insti-tucionalne v skupnostno oskrbo (2012) priporočajo načrtovanje razpršenih stanovanj in hiš, ki so po tipu in velikosti enaki tistim, v katerih živi večinsko prebivalstvo, in ki so raztreseni po soseskah med domovanji drugih prebival-cev. Preselitve v modularne gradnje oz. v sklop stanovanj oz. hiš na posebni lokaciji, ki so nanizana v posebnem stanovanjskem naselju ali na posebni uli-ci, pa označi kot neustrezne. Primerjava obeh oblik je pokazala, da razpršena struktura zagotavlja kakovostnejše življenje ljudi, saj lahko tako v skupnos-ti preprečimo getoizacijo, skupnosti pa omogočimo, da vidijo ljudi z ovira-nostjo kot ljudi in jih lažje sprejmejo za svoje sosede.

Skupne evropske smernice določajo še, da je treba pri načrtovanju življenja v skupnosti razlikovati zagotavljanje stanovanja od zagotavljanja podpore. V naj-boljšem primeru bi tako stanovanje za ljudi, ki se iz institucij vračajo v skupnost, zagotavljala druga organizacija kot tista, ki zagotavlja podporo. V nasprotnem primeru se lahko zgodi, kot se dogaja zdaj, da isti izvajalec zagotavlja stanova-nje in podporo, človek, ki ga zaradi različnih vzrokov izključijo iz stanovanjske skupine (npr. ker krši hišni red ali se spremenita intenzivnost in kompleksnost njegovih potreb), poleg stanovanja izgubi tudi podporo. Pri načrtovanju pre-selitve iz institucije moramo biti pozorni na to, da oblike in ravni podpore ki jo posameznik prejema, določajo njegove želje in potrebe, in ne to, kje živi. Želje in potrebe posameznika pa morajo poleg podpore določati tudi prostor, v katerem bo človek živel, in s kom si bo ta prostor delil (če sploh s kom).

9 Podobno kot Gilbert in Gubar (1979) trdita, da življenje žensk v prostoru, ki ga niso same zgradile, niti ni bilo zgrajeno zanje, pomeni samo brezdomstvo znotraj samega doma. Dom postane prostor izključevanja.

Metodologija

Podatke, uporabljene za namen članka, smo pridobili med izvajanjem projekta Doma na Krasu na Inštitutu Republike Slovenije za socialno varstvo. Raziskovalna naloga inštituta, ki je bil projektni partner Doma na Krasu, je bila tudi spremljanje preobrazbe. Potek preselitev iz zavoda v skupnost sem spremljala kot raziskovalka v projektu, pri tem pa sem skupaj z raziskovalci in osebjem, predvsem pa z uporabniki v več skupinah in timih poskušala ne samo spremljati, ampak tudi usmerjati proces dezinstucionalizacije. Preplet raziskovanja in akcije je tako potekalo v skladu z metodologijo akcijskega raziskovanja (Mesec, 1990; 1993; 1994)

Pri raziskovanju in zbiranju podatkov sem upoštevala ključna načela hitre ocene potreb in storitev (Flaker idr. 2019). Podatke, ki jih predstavljam v članku, smo raziskovalci pridobili z uporabo raznovrstnih metod, tehnik in virov podatkov in smo jih zbirali od junija 2020 do novembra 2024. Za namen članka sem uporabila podatke iz fokusne skupine s petimi uporabniki, iz šestih intervjujev z uporabniki, iz trideset osebnih načrtov uporabnikov, sekundarnih virov (zapisniki sestankov sveta stanovalcev v obdobju 2020–2023, zapisnikov srečanj uporabniške in ženske skupine v obdobju 2020–2023, raziskovalnih poročil projekta za leta 2020, 2021 in 2023, načrta preobrazbe zavoda Dom na Krasu in profila zavoda Dom na Krasu) in podatke, pridobljene z opazovanjem (strukturiranim in nestrukturiranim).

V raziskavi smo se osredotočili na življenjski prostor v ožjem pomenu, predvsem na stanovanja in hiše, v katerih uporabniki živijo, ne pa tudi na prostor skupnosti. Namen analize zbranih podatkov je predstaviti potek preselitev iz zavoda v skupnost z vidika možnosti izbire uporabnikov in ustvarjanja novega življenjskega prostora glede na njihove lastne želje in potrebe. Preverjala sem raziskovalno vprašanje: kateri dejavniki, momenti in situacije na različnih ravneh delovanja in življenja vplivajo na možnost udeležbe uporabnikov pri odločanju o preselitvi iz zavoda v skupnost?

Čeprav je Dom na Krasu med projektom vzpostavil več stanovanjskih skupin, pa preobrazba zavoda še ni končana. V članku predstavim podatke poteka prvih selitev in preobrazbe zavoda od začetka projekta leta 2020 do novembra 2024.

Rezultati in razprava

Načrtovanje preselitev

Stanovalci v samo snovanje projekta in prvega načrta preobrazbe zavoda niso bili vključeni, predvsem zaradi želje vodstva, da uporabnikom ne bi vplivali »lažnih upov«, zato so se več skupinam priključili šele, ko je bil projekt Doma na Krasu potrjen. Uporabnik je opozoril, da bi morali biti vključeni že takoj od začetka načrtovanja preobrazbe:

Hierarhija bi morala biti drugačna. Že takoj ko se je projekt pisal, bi morali biti zraven tudi stanovalci. Morali bi se skupaj pogovarjati, kako bomo to skupaj peljali, in da se nas upošteva.

Ob začetku projekta Doma na Krasu je zavod načrtoval, da bo storitve zagotavljal predvsem v Severnoprimorski in Obalno-Kraški regiji in v Postojni, kjer so že imeli dve stanovanjski skupini. V času projekta pa je zavod potem upošteval nenapisano pravilo, da se ljudi seli zgolj v objekte, zgrajene oz. kupljene v okviru projekta. Na začetku so tako v zavodu stanovalcem ponudili možnost, da se s projektom preselijo na eno od treh območij: Obala, Kras in Nova Gorica, kjer so pridobivali nepremičnine, ne pa tudi drugam (Ficko idr., 2020; Zoran idr., 2021; 2023).

Za boljšo organizacijo preselitev so v zavodu načrtovali teritorializacijo¹⁰, a so jo le delno izvedli. Oddelke, ki so bili prej poimenovani po pticah, so poimenovali glede na območja preselitve (Kras, Obala, Gorica). Nekaj uporabnikov se je preselilo tudi na oddelek, poimenovan po območju, na katero so se želeli preseliti, a ime oddelka ni zares izražalo dejanskega stanja, kamor se bodo uporabniki med preobrazbo preselili in kje bo osebje delalo (Zoran idr., 2021; 2023).

Med projektom je območje Obale odpadlo zaradi težko dostopnih nepremičnin (visoke cene nepremičnin). Nekaterim uporabnikom je bilo žal, da ni bilo več možnosti, da bi šli živeti na Obalo:

Smo zdaj dobili tri milijone, da spraznimo zavod, pa za bivalne hiše in stanovanja, da se ljudi preseli. V območju Krasa smo dobili zdaj, na Obali pa je preveč drago in tja zdaj ne bomo šli, je odpadlo. Ma ni mi dobro, da ne gremo na Obalo, sem hotel iti v Koper. (F1.1)

Ker Obala ni več prišla v poštev, so oddelek Obala v zavodu preimenovali v »odprto območje«. To naj bi bila četrta možnost preselitve nekam znotraj Zahodne kohezijske regije, a zunaj treh določenih območij. V zavodu so razmišljali, da je odprto območje tisto, kjer bodo našli nepremičninske objekte za nakup (Zoran idr., 2023).

Možnost izbire je bila torej že na začetku s projektom omejena. Ne samo, da uporabniki niso bili vključeni v oblikovanje načrta preobrazbe, ampak so bili tudi v zavodu na začetku fokusirani zgolj na zagotavljanje preselitev znotraj projekta – v hiše in stanovanja, zgrajena oz. kupljena s projektnim denarjem. Proti koncu leta 2023 se je ta miselnost nekoliko spremenila. S spremembo vodstva so v zavodu začeli iskati in tudi našli najemna stanovanja (npr. v Postojni) in tja so se ljudje iz zavoda preselili.

Nekateri stanovalci so povedali, da bi, če bi si lahko sami izbirali, izbrali tudi kakšno drugo mesto: »Če bi lahko izbrala, bi šla v Ljubljano živeti.« (F1.2)

¹⁰ S teritorializacijo smo želeli doseči, da bi v zavodu delovali oddelki, na katerih bi živeli in delali ljudje, ki bodo pozneje živeli in delali na istem območju. S tem bi olajšali organizacijo preselitev, povezovanje s skupnostjo in povezovanje uporabnikov in osebja s skupnim načrtovanjem preselitev in zagotavljanjem podpore na določenem območju.

Možnost izbire pri preselitvi je bila slabša za ljudi s telesno oviranostjo. Ena od uporabnic se je, na primer, želela preseliti v določeno hišo in za to sva skupaj pripravili osebni načrt. Ob pripravi načrta sva se pogovarjali še z drugimi. V enem od teh pogovorov je delovna terapevtka odsvetovala preselitev prav v tisto hišo, ker ni bila dovolj prilagojena za ljudi s telesno oviranostjo (hiša je sicer povsem prilagojena, a so hodniki kupljene hiše preozki za uporabo vozička), in priporočila hišo, ki je dostopnejša.

Povsem nemogoče so se vsaj na začetku projekta zdele preselitve ljudi iz varovanega oddelka. V zavodu je obveljalo, da je to za začetek procesa preobrazbe prevelik zalogaj. V načrtu preobrazbe so zapisali, da varovani oddelek v prvem letu še ne bodo povsem preoblikovali, bodo pa začeli že v prvem letu izdelovati analizo tveganja za ljudi na varovanih oddelkih in pripravljati akcijski načrt za preobrazbo varovanega oddelka (*Načrt preobrazbe Doma na Krasu 2020–2025*, 2020). Z izobraževanjem, predvsem pa z rednim delom na varovanem oddelku, katerega gonilna sila je bil asistent, zaposlen na Fakulteti za socialno delo, smo proti koncu projekta že prišli do točke iskanja možnosti preselitev za ljudi iz varovanega oddelka v skupnost. Na varovanem oddelku so pripravili osebne načrte in analize tveganja za uporabnike in predvideli možne načine preselitev v skupnost, a se preobrazba oddelka in preselitev v skupnost še nista zgodili (Kapus idr. 2025).

Pričakovanja in želje glede preselitve

Veliko ljudi je bilo skeptičnih, ali se bodo ljudje sploh preselili, saj so se začeli seliti šele na začetku leta 2023: »Ljudje čakajo na preselitve.« »Ne nam dajat lažnega upanja.«

O možnostih preselitve so se stanovalci z osebjem pogovarjali na skupščinah¹¹: »V četrtkih smo imeli skupščine na oddelkih in smo se o tem pogovarjali, o projektu in preselitvah, pa območjih.«

Uporabniki so se na skupščinah pogovarjali o pričakovanjih glede preselitve v skupnost. Povedali so, da pričakujejo boljše življenje v manjših enotah, več samostojnosti in možnosti za raziskovanje okolice. Nekateri so pričakovali lažji dostop do denarja, do banke in bankomatov, več miru za učenje in branje knjig. Nekateri so se zanimali za možnost zaposlitve in ali bodo lahko imeli ključke od svojega stanovanja oz. hiše. Drugi so povedali, da si želijo enoposteljno sobo ali pa garsonjero. Nekdo je povedal, da bi se raje preselil v drugo regijo, da bi lahko bil bližje svojcem. Nekdo od uporabnikov je rekel, da si preselitve ne želi, ker je na zavod navezan (analiza zapisnikov skupščin 22,23).

Uporabnica je rekla, da je vložila prošnjo za premestitev in da bi ji pri tem prišel prav zagovornik. Želi si namreč svoje sobe, v kateri bo lahko sama, saj ji je zelo veliko do tega, da ima svoj mir. V miru želi gledati televizijo,

11 Skupščine smo uvedli med projektom z namenom uvajanja demokratičnega načina odločanja in organiziranja življenja in dela v zavodu in demokratizacije odnosov med osebjem in uporabniki.

uporabljati računalnik, brez nenehnega prilagajanja sostanovalki (zapisnik skupščine, 7. 7. 2022).

Nekateri so poudarjali, da sama preselitev nekam drugam ni dovolj:

Pričakujem, ko se preselimo, po koncu projekta, da bo drugače. Hiša je. To je pomembno, ampak ni pa edino. Da imaš kje za spat, jest, da dobiš tablete – to je OK. Za življenje pa rabiš nekaj več kot to.

Analiza osebnih načrtov je pokazala, da si veliko uporabnikov želi imeti po preselitvi lastno sobo in svoj mir, saj ju v zavodu nimajo. Nekateri so v svojih načrtih zapisali, kakšen naj bo prostor, v katerem bodo živeli:

Rada bi imela pisalno mizo v sobi in zaveso z metulji. Hočem imeti ključ od sobe in od stanovanja, kjer bom. Pomembno mi je, da lahko vse, kar rabim, dosežem z vozičkom in da niso preozki hodniki. Stvari, ki jih rabim, ne smejo biti previsoko spravljene. Če ne bom v pritličju, rabim dvigalo. Zunaj želim imeti vrt.

Uporabniki so ob različnih priložnostih (na delavnicah, skupščinah, sestankih sveta stanovalcev) povedali, da imajo glede procesa preobrazbe zavoda in glede projekta premalo informacij, da dobijo informacije o tem, kako napreduje npr. gradnja hiš in iskanje stanovanj, zelo pozno.

Kot jaz vidim stvari, smo stanovalci dobili premalo informacij o preobrazbi zavoda, o tem, kam se bomo selili, kaj se bo gradilo, kaj se bo obnavljalo – kje in na kakšen način. Vprašali so nas na primer, kam bi želeli iti živeti – ampak na isti način, kot ko te vprašajo »A hočeš iti v Idrijo?« ali pa »A hočeš iti k psihiatru?« (Čaušević, 2023)

Kot dobro prakso lahko omenim skupščine, ki jih je projektni tim organiziral za uporabnike, ki se bodo preselili v Divačo. Tako osebje kot uporabniki so poročali o skupnem načrtovanju življenja v Divači in o dobrem ozračju na skupščinah med pripravami na preselitev.

Priprave na preselitev

Maja 2020 je Komisija za sprejeme, premestitve in odpuste odprla novo čakalno vrsto za stanovalce, in sicer za preselitev na območje regij Obala, Kras in Gorica, in tako začela prva poizvedovanja o tem, kam bi se stanovalci radi preselili. Formalno je postopek potekal tako, da se je uporabnik prijavil na eno od ponujenih možnosti. Potem je osebje z njim naredilo osebni oz. preselitveni načrt. Načrt so potrdili na timski konferenci, potem pa naj bi skupaj z uporabniki šli spoznavat okolico in se z vsakim posameznikom pripravili na preselitev.

Sam postopek so v zavodu zaradi različnih razlogov redko izvedli prav na tak način. Ena od uporabnic je na primer povedala, da še ni imela osebnega načrta, je pa že vedela, kam bi se rada preselila, zato sta skupaj z zaposleno šli na ogled enega kraja, pa si je potem premislila in se ni želela tja preseliti.

Večinoma je od priprave osebnega načrta do dejanske preselitve preteklo veliko časa, saj je osebje čakalo, da se najprej zgradi oz. kupi prostor za preselitev. O tem, da bi bilo dobro razmišljati tudi o najemniških stanovanjih, smo se veliko pogovarjali z osebjem v zavodu, a predvsem na začetku vodstvo zavoda za to ni imelo posluha, umanjala pa je tudi podpora naročnika (Ministrstvo za solidarno prihodnost), da bi zavod spodbudil k najemom (Ficko idr., 2020; Zoran idr. 2021; 2023).

Pogovor z enim od uporabnikov pred preselitvijo je pokazal, da uporabniki niso bili vedno informirani o tem, s kom bodo živeli, in da so se mogli kdaj na hitro odločiti in spakirati, brez posebnih priprav na preselitev: »Čez tri dni se selim. So mi prejšnji teden povedali. Zdaj grem, moram kupiti kovček in spakirat.« Isti uporabnik je na vprašanje, s kom bo živel in kako si je izbral ta kraj, kjer bo živel, povedal: »Ne vem, s kom bom živel. Štirje bomo. Bom tam videl, s kom bom, ko bom tam,« in »Ne morem si izbirati, kaj si bom izbral. Kaj me sprašuješ neumnosti, saj veš, kako je.«

Pri načrtovanju preselitve in življenja v skupnosti je pomembna tudi transparentnost pa tudi to, da upoštevamo perspektivo ljudi, njihove želje in potrebe:

V projektu so uvedli tudi individualni načrt. Meni se zdi, da to ni doseglo svojega smisla. Smo ga naredili, nekaj si je zaposlena zapisala. Ni pa čisto jasno, komu je bil ta načrt namenjen. Dobro bi bilo, da že na začetku, ko delaš načrt, vidiš, da so te upoštevali, da so te razumeli, kaj praviš, kaj rabiš. Pomembna je percepcija, kako vidiš stvari.

Glede priprav na preselitev so uporabniki na svetu stanovalcev zavoda opozarjali, da bi se bilo v zvezi s preselitvijo treba pogovarjati in dogovoriti tudi o tem, kakšne bodo življenjske razmere v skupnosti (odločanje o sebi, skrbništvo, delo in denar), o zasebnosti in varnosti v skupnosti (imeti svoje ključ, nasilje med uporabniki in osebjem, kako se zavarovati v mestu, na ulici), kako izboljšati odnose med delavci in stanovalci (»da nas jemljejo resno«; »da se stanovalci sami zmenimo, kako bomo živeli skupaj, brez da se osebje vmešava«) in kako postati del skupnosti (»kako se vključiti, da nas sprejmejo«).

Preselitve

Do novembra 2024 se je iz zavoda preselilo 44 ljudi, in sicer 22 v Novo Gorico, 18 na Kras in 4 v Postojno. Zunaj zavoda zdaj živi 96 ljudi (skupaj z že obstoječimi stanovanjskimi skupinami). Vsi uporabniki so se preselili v objekte, zgrajene oz. kupljene v okviru projekta, razen uporabnikov, ki so se preselili v Postojno in so v najemniškem stanovanju. Prostore lahko opišemo kot družinski tip hiše in stanovanj, z eno- in dvopostelnimi sobami in s skupnimi prostori (kuhinja, dnevna soba, kopalnica). Prostori so podobno opremljeni (omare, kuhinjska in kopalniška oprema so si med seboj podobne), saj je zavod za opremo izdal javno naročilo. Tako imajo npr. vse sobe lesene bolniške postelje, čeprav to ne ustreza potrebam in okusu vseh uporabnikov:

Povsod so bolniške postelje. Meni niso všeč. Mi je premajhna postelja, tudi se vedno malo premika, ker je na kolesih. Jaz ne potrebujem bolniške postelje. Bi si kupil drugačno, pa nimam denarja trenutno.

Prostori torej niso po osebni meri, čeprav si uporabniki poskušajo prostor urediti čim bolj po svoje (npr. z različnimi slikami, plakati, vazami). Prostori premalo odlikavajo življenjski slog in potrebe uporabnikov, saj so urejeni glede na interese zavoda (javna naročila) in po istem kopitu, podobno kot so si tudi vsi oddelki v zavodu med seboj podobni.

Čeprav prostori niso povsem prilagojeni okusu uporabnikov in je v nekaterih primerih pri preselitvi prevladala naglica in se ljudje niso posebej na to pripravili, pa so bili kljub temu zadovoljni, da vsaj niso več v zavodu, bodisi zaradi boljših prostorskih razmer (»Tu je boljše. Imam svojo sobo«) bodisi zaradi ustrežnejšega načina zagotavljanja podpore: »Tu mi je boljše, imam več svobode, mi ne diha skozi za vrat« in »Tu imam svoj mir, lahko grem ven, na kavico, tu je veliko boljše.«

Tako obstoječe kot nove enote so med seboj delno razpršene. V istem kraju so nekatere med seboj nekoliko bolj oddaljene (največja razdalja med dvema enotama je 2 km), več enot pa je v neposredni bližini druga druge (najkrajša razdalja med dvema enotama je 4 m).

Med preobrazbo zavoda so se trije uporabniki (dva moška in ena ženska) preselili povsem na svoje. Pri vseh treh preselitvah je bila poleg močne volje in odločnosti posameznikov ključna socialna delavka, ki je kljub usmeritvam zavoda (včasih tudi odkritemu nasprotovanju osebja in vodstva zavoda) ljudi podprla pri iskanju stanovanja in podpore, zato da so lahko zaživel v skupnosti. Vsi trije so se preselili v Osrednjeslovensko regijo (zunaj območja, ki naj bi ga pokrival zavod), dva v mesto, eden pa v vas. Dva sta dobila pravico do osebne asistencije. Eden od uporabnikov je potreboval nekoliko več podpore (sploh v času, ko je čakal na osebno asistenco), zato ji je uspelo mobilizirati skupnost, organizirala je krizni tim, vključila koordinatorja obravnave v skupnosti in uporabnika podprla pri iskanju stanovanja.

Sklep - dejavniki, ki ovirajo in spodbujajo izbiro življenjskega prostora

Dezinstitucionalizacija zahteva načrtovanje preselitev iz institucije in podpore v skupnosti, v skladu z željami in potrebami ljudi z oviranostjo, ki se selijo. Pri tem je pomembno, da so uporabniki vključeni v oblikovanje preobrazbe zavoda že od začetka in da ta proces vodijo. Tega nam v Domu na Krasu ni uspelo povsem doseči, niti v pomenu načrtovanja preobrazbe zavoda niti v pomenu določanja območja selitve ter oblikovanja in opremljanja samih prostorov, kamor naj bi se ljudje preselili. Kot so opozorili uporabniki, na začetku niso bili vključeni v pripravo projekta in načrta preobrazbe. Čeprav so se nekateri pozneje pridružili več delovnim skupinam ali pa so v različnih uporabniških skupinah poskušali vplivati na sam proces preobrazbe, so bili

pogosto preslišani (Kapus idr., 2025). To potrjuje tudi dejstvo, da so selitve (z izjemo Postojne in treh neodvisnih preselitev) potekale samo v objekte, kupljene v okviru projekta, ne glede na to, da so posamezniki izrazili željo, da bi živeli kje drugje.

Uporabniki so poudarili, da niso dobili dovolj informacij o tem, kaj se dogaja v projektu. Pomanjkanje informacij o poteku preobrazbe lomi moč uporabnikov za soustvarjanje procesa preselitev v skupnost – če nimaš informacij, ki jih potrebuješ, se težko odločiš ali pa sploh izgubiš priložnost, da bi o nečem odločal. Pogosto pa so uporabniki imeli informacije (npr. glede tega, da v okviru projekta na Obali ne bodo kupili oz. gradili hiš), a niso imeli vpliva, da bi situacijo spremenili v skladu s svojimi željami in potrebami.

Socialno delo je ključno pri tem, da ljudi podpre pri preselitvi in ustvarjanju svojega doma v skupnosti, a je pomembno, na katero stran se v procesu preobrazbe postavi in kako uporablja metode, ki so v izhodišču namenjene krepitvi moči uporabnikov.

Kot pomembne so se pokazale skupščine, saj so na njih uporabniki le prišli do nekaj informacij in so se lahko pogovarjali o dezinstucionalizaciji. Kljub možnosti razprave pa je skupščinam pogosto umanjkal akcijski del – kaj je treba narediti za to, da dosežemo cilje posameznika in skupine, in kdo bo to naredil, in da potem to tudi izvedemo.

V osebnih načrtih so uporabniki lahko povedali in zapisali, kako želijo živeti, težko pa rečem, da so lahko zares izbrali, kako želijo živeti. V tem pogledu je osebno načrtovanje včasih delovalo protislovno – namesto da bi z načrtom uporabniki pridobili moč, so vložili veliko časa v pripravo načrta, ki v ključnem delu pogosto ni bil uresničen.

Glede na nove prostore, kamor so se ljudje preselili, je težko reči, da smo bili pri preobrazbi zavoda inovativni, saj je obveljal ustaljen način preseljevanja v družinski tip stanovanjskih skupin zavoda, ki so podobno urejene in so med seboj le delno razpršene. Tudi tukaj se torej pozna, da uporabniki niso bili zares vključeni v oblikovanje in načrtovanje prostorov, v katerih bodo živeli. Z izključevanjem pa smo izgubili pestrost prostorov in možnih oblik preselitev v skupnost pa tudi pestrost ureditve prostorov. Ovira je bila v tem, da so bili vodstvo zavoda, zaposleni na projektu in naročnik projekta fokusirani predvsem na doseganje projektnih ciljev namesto na preobrazbo zavoda, ki temelji na življenjskih ciljih in potrebah uporabnikov.

Uporabniki zavoda so imeli v okviru preobrazbe zavoda omejene možnosti izbire, kje bodo živeli, saj so se v zavodu odločili, da bodo ljudi preselili v objekte, zgrajene v okviru projekta. Možnost izbire je bila še bolj omejena za ljudi s telesno oviranostjo, za ljudi, ki so bili s sklepom sodišča nameščeni na varovani oddelek pa se je zdela skoraj nemogoča. Kljub omejenim možnostim izbire pa so ljudje po preselitvi izražali zadovoljstvo, da vsaj niso več v zavodu, pa tudi, da je podpora organizirana drugače in boljše, kot je bila v zavodu. Sam prehod v stanovanjsko skupino tako doživljajo kot pozitivno, čeprav vidijo možnosti, kako bi si lahko prostor še bolj prilagodili, naredili še bolj domačega (npr. z nakupom drugačne postelje).

Preobrazbo zavoda Doma na Krasu je treba razumeti širše kot zgolj projekt. Preobrazba zavoda je proces, ki smo ga lahko s projektom spodbudili, a je nujno razmišljati širše od projekta – od projektnih hiš, projektnih aktivnosti ipd. Projekt Doma na Krasu se leta 2025 končuje, a preobrazba zavoda še ni končana. Na eni strani je projektno delo zavod prisililo, da kontinuirano in intenzivno razmišlja o dezinstitutionalizaciji in novih načinih zagotavljanja podpore v skupnosti, na drugi strani pa je to, da so v zavodu poskušali uresničiti zgolj projektne cilje (ne pa tudi ciljev preobrazbe), vplivalo na omejeno možnost izbire uporabnikov glede preselitev in življenja v skupnosti.

Dezinstitutionalizacija nas prisili, da se premaknemo od totalnega zajetja življenja ljudi v enem prostoru k temu, da ima človek svoj prostor, ki ga upravlja po svoje in v katerega svobodno stopa (in izstopa v druge prostore v skupnosti).

Dokončanje projekta zavodu omogoča, da na podlagi dosedanjih izkušenj nadgradi način dela tako, da bodo uporabniki zares lahko usmerjali potek preobrazbe zavoda in odločali o tem, kje, s kom in kako bodo živeli. Hkrati je to priložnost za socialno delo, ki lahko, če se postavi na pravo stran, mobilizira skupnost in ljudi podpore, da si uredijo svoj prostor, kot je pokazala ena od socialnih delavk.

Nujno je, da zavod še naprej razvija dobre prakse, kot so skupščine in osebno načrtovanje, in da razvija vključujočo kulturo, ki uporabnikom omogoča odločanje o svojem življenju. Poleg tega bi bilo treba prav s tem namenom raziskati, katere situacije in pristopi uporabnikom in osebju omogočijo, da se takšna kultura razvija in neguje.

Raziskava, ki sem jo predstavila v članku, je omejena na ožji življenjski prostor, v katerem živijo uporabniki in delujejo zaposleni Doma na Krasu, ne vključuje in ne problematizira pa dostopnosti in odprtosti prostorov širše skupnosti. V prihodnje bi bilo dobro razširiti področje raziskave tudi na druge prostore v skupnosti, da bi bolje razumeli, kaj dela prostor v procesu preobrazbe zavoda vključujoč in kako lahko ustvarjamo bolj vključujoče prostore.

Viri

- Bell A., & Lindley, P. (ur.) (2005). *Beyond the Water Towers: the unfinished revolution in mental health services 1985–2005*. Sainsbury: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Bryant, L., & Williams, C. (2020). Place and space in social work. *Qualitative Social Work*, 19(3), 321–336.
- Cresswell, T. (2004). *Place: a short introduction*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Čaušević, S. (2023). Doživljanje preobrazbe. V M. Urek, & J. Škraban (ur.), "Deinstitutionalisation..., that word!": achievements and contradictions of community care in European perspective / »Dezinstitutionalizacija ..., ta beseda!«: dosežki in protislovja skupnostne oskrbe v evropski perspektivi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Diebäcker, M., & Reutlinger, C. (ur.) (2018). *Soziale Arbeit und institutionelle Räume: explorative Zugänge*. Wiesbaden: Springer VS.

- Dirks, S., Kessler, F., Lippelt, M., & Wienand, C. (2016). *Urbane Raum(re)produktion – Soziale Arbeit macht Stadt*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Ficko, K., Blaško, G., Božič, B., Černič, M., Čuk, M., Humar, S., Korbar, L., Lindav Štepic, U., Nahtigal, K., Obreza, B., Perhaj, P., Pirc, S., Rafaelič, A., Sorta Kovač, U., Tavčar, T., Trček, A., Vremec, R., Zajc, K., Zoran, K., & Kobal Tomc, B. (2020). *Načrtovanje preobrazbe zavoda: začetno raziskovalno poročilo projekta Doma na Krasu*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba / *cf.
- Flaker, V. (2012). Prostor in socialno delo. *Teorija in praksa*, 49(1), 53–70.
- Flaker, V. (2014). Deinstitutionalisation as a machine. *Dialogue in Praxis*, 1–2(1–2), 119–131. Pridobljeno 12. 11. 2024 s <http://www.dialogueinpraxis.net>
- 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., Nagode, M., Rafaelič, A., Udovič, N. (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi, eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Mali, J., Rafaelič, A., & Ratajc, S. (2013). *Osebnostno načrtovanje in izvajanje storitev*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., & Rafaelič, A. (2023). *Dezinstucionalizacija II: nedokončana*. Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani.
- Gilbert, S. M., & Gubar, S. (1979). *The madwoman in the attic: the woman writer and the nineteenth-century literary imagination*. New Haven: Yale University Press. Pridobljeno 12. 11. 2024 s <https://ia803202.us.archive.org/32/items/TheMadwomanInTheAttic/The%20Madwoman%20in%20the%20Attic.pdf>
- Goffman, E. (2019). *Azili*. Ljubljana: Založba / *cf.
- Gramsci, A. (1955). *Pisma iz ječe*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Grebenc, V. (2005). *Ocena potreb in raziskovanje lokalnih vrednosti kot izhodišče za delovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (doktorska disertacija).
- Gurbai, S., Simeonova, V., & Tsaneva, T. (2024). *Poor her, for having dreams. Monitoring report on torture and ill-treatment of persons with disabilities in Bulgarian institutions, including small group homes*. Validity Foundation – Mental Disability Advocacy Centre Network of Independent Experts – NIE. Pridobljeno 12. 11. 2024 s <https://validity.ngo/wp-content/uploads/2024/04/20240411-BG-Monitoring-Report-EN-1.pdf>
- Hrvatini, A. (2016). *Socialno delo v avtonomnih prostorih: vloga socialnega dela pri graditvi kontramoči*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Johnsen, B., Fransson, E., & Giofrè, F. (ur.) (2018). *Prison, architecture and humans*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. Pridobljeno 12. 11. 2024 s <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/30826>
- Kapus, A., Hajdarevič Novak, A., Mauch, K., Rafaelič, A., Slatnar, B., Škraban, J., Zoran, K., & Kobal Tomc, B. (2025). *Poročilo pilotnega projekta »Doma na Krasu« - E-publikacija, v kateri so predstavljeni zaključki projekta*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Kendrick, M. (2017). *Why group homes are no longer optimal*. Sheffield: Centre for Welfare Reform. Pridobljeno 12. 11. 2024 s <https://citizen-network.org/library/why-group-homes-are-no-longer-optimal.html>
- Konvencija Združenih narodov o pravicah ljudi z oviranostjo (2008). Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov. *Ur. l. RS*, št. 37/2008. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/86045>

- Mesec, B. (1990). *Akcijsko raziskovalni projekti kot oblika skupnostnopsiholoških intervencij*. Ljubljana: Filozofska fakulteta (doktorska disertacija).
- Mesec, B. (1993). Akcijsko raziskovanje med socialnim inženirstvom in revolucionarnim aktivizmom. *Socialno delo*, 32(1-2), 61-91.
- Mesec, B. (1994). Model akcijskega raziskovanja. *Socialno delo*, 33(1), 3-16.
- Načrt preobrazbe zavoda Dom na Krasu 2020-2025* (2020). Dutovlje: Dom na Krasu.
- Rosenthal, E., Ciric Milovanovic, D., Ahern, L., Arnold, R., Bouclier, D., Beckwith, R., M., Brown, M., Levy R., M., Reeves Miller, M., & Mason, M. (2019). *A dead end for children: Bulgaria's group homes: disability rights international*. Pridobljeno 12. 11. 2024 s <https://www.driadvocacy.org/reports/dead-end-children-bulgarias-group-homes>
- Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo (2012). Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo. https://di.irssv.si/wp-content/uploads/2022/11/Skupne_evropske_smernice_za_prehod_iz_instit_v_skupnostno_oskrbo_SLO.pdf
- Smernice za dezinstitutionalizacijo, tudi v izrednih razmerah* (2022). *CRPD/C/5: Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies*. UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva: United Nations. Pridobljeno 11. 12. 2024 s <https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd-c5-guidelines-deinstitutionalization-including>
- Videmšek, P. (2012). Prehodnost stanovanjskih skupin: kje se izgublja proces dezinstitutionalizacije? *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250), 74-85, 293, 301.
- Zoran, K., Kapus, A., Rafaelič, A., Ficko, K., & Kobal Tomc, B. (2021). *Prvo vmesno poročilo pilotnega projekta »Doma na Krasu«*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Zoran, K., Ficko, K., Nemgar, M., Jezeršek, K., & Kobal Tomc, B. (2023). *Drugo vmesno poročilo pilotnega projekta »Doma na Krasu«*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Yeo, C. (2021). Architecture of my madness. V P. Beresford, & J. Russo (ur.), *The Routledge international handbook of mad studies* (str. 235-242). London: Routledge.

Bojan Šošić, Esmina Avdibegović, Nejra Tinjić, Vahid Djulović

Challenges and perspectives of user-led initiatives in post-conflict and transitional communities: experiences from Bosnia and Herzegovina

Following the end of the war in Bosnia and Herzegovina (1992–1995), the process of reforming mental health services began, focusing on the development of community mental health centers as the backbone of deinstitutionalized care for individuals with mental health issues. During this period, several user associations were established with the aim of amplifying the voice of service users in shaping the conditions for their improved status and full participation in society. The aim of this paper was to analyse challenges and perspectives in the development of the user-led organizations and user-led initiatives in Bosnia and Herzegovina as a post-conflict and transitional community. The authors of this paper attempted to answer exactly how and to what extent post-conflict and transitional circumstances provide an opportunity for the development of the user-led initiatives. In searching for the answer, the case study method of a user-led organization with a twenty-five years experience was used. The findings show that in using opportunities and coping with challenges the key lies in the independence, mutual assistance skills, democratic management of the organization, involvement of all the users in the development and implementation of initiatives, openness to cooperation, inclusion in the social network and willingness to learn and share knowledge.

Key words: mental health, deinstitutionalisation, stigma, user associations, community mental health.

Bojan Šošić works at the Board for Neurological and Psychiatric Research of the Department of Medical Sciences of the Academy of Sciences and Arts of Bosnia and Herzegovina. Contact: bojansosic@gmail.com.

Esmina Avdibegović, professor emeritus of the Faculty of Medicine, University of Tuzla, Tuzla, Bosnia and Herzegovina. Contact: esminaavdibegovic@gmail.com.

Nejra Tinjić is a psychologist at the Association for Mutual Assistance in Mental Distress "Fenix" Tuzla, Bosnia and Herzegovina. Contact: nejra@tkfenix.ba.

Vahid Djulović is a user and leader of the Association for Mutual Assistance in Mental Distress "Fenix" Tuzla, Bosnia and Herzegovina. Contact: info@tkfenix.ba.

Izzivi in perspektive uporabniško vodenih iniciativ v pokonfliktnih in tranzicijskih skupnostih: izkušnje iz Bosne in Hercegovine

Po koncu vojne v Bosni in Hercegovini (1992–1995) se je začel proces reformiranja služb za duševno zdravje, ki se je osredotočil na razvoj centrov za duševno zdravje v skupnosti kot hrbtenice dez institucionalizirane oskrbe za posameznike z duševnimi težavami. V tem obdobju je bilo ustanovljenih več uporabniških združenj, katerih cilj je bil okrepiti glas uporabnikov storitev pri oblikovanju razmer za izboljšanje njihovega položaja in polno sodelovanje v družbi. Cilj članka je analizirati izzive in perspektive pri razvoju uporabniško vodenih organizacij in pobud v Bosni in Hercegovini kot pokonfliktne in tranzicijske skupnosti. Avtorji poskušajo odgovoriti na vprašanja, kako in v kakšnem obsegu pokonfliktne in tranzicijske razmere ponujajo priložnost za razvoj uporabniško vodenih pobud. Pri iskanju odgovora je bila uporabljena metoda študije primera uporabniško vodene organizacije s 25-letnimi izkušnjami. Ugotovitve kažejo, da so ključni pri izkoriščanju priložnosti in spopadanju z izzivi neodvisnost, spretnosti medsebojne pomoči, demokratično upravljanje organizacije, vključevanju vseh uporabnikov v razvoj in izvajanje pobud, odprtost za sodelovanje, vključevanje v socialno mrežo ter pripravljenost za učenje in prenos znanja.

Ključne besede: duševno zdravje, dez institucionalizacija, stigma, uporabniška združenja, skupnostno duševno zdravje.

Bojan Šošić dela v Odboru za nevrološko in psihiatrično raziskovanje na Oddelku za medicinske vede na Akademiji znanosti in umetnosti Bosne in Hercegovine. Kontakt: bojansosic@gmail.com.

Dr. Esmina Avdibegović dela na Medicinski šoli Univerze v Tuzli. Kontakt: esminaavdibegovic@gmail.com.

Nejra Tinjić je psihologinja na Združenju za vzajemno podporo v duševnih stiskah "Fenix" Tuzla. Kontakt: nejra@tkfenix.ba.

Vahid Djulović je uporabnik in vodja Združenja za vzajemno podporo v duševnih stiskah "Fenix" Tuzla. Kontakt: info@tkfenix.ba.



Bojan Šošić
0000-0002-9481-3760



Esmina Avdibegović
0000-0002-3486-8903

Introduction

Significant changes have been made in the field of the mental health care since the middle of the 20th century. In many countries, especially the highly developed ones, institutional care has been replaced by the community-oriented care with the development of new and alternative services, along with the strengthening of the user and recovery movements (Stein *et al.*, 2022). From passive recipients of mental health services, persons with mental health difficulties became active participants influencing mental health care policy and practice (Näslund *et al.*, 2023).

In these processes of change, the movement of users and user-led organizations played a significant role. Service users and user-led organizations have made an effort in democratization of the public policies and services, especially healthcare and social policies and services, with a tendency to make changes in receiving those services that would be in accordance with their rights and needs (Beresford, 2020). Also, new discoveries on mental health based on users' life experience contributed to focusing more on involvement and empowerment of users with the change of the focus of activities to the needs and wants expressed by the individual, and not on the symptoms or disability (Näslund *et al.*, 2023; Slade, 2009).

User-led organizations play an important role in the promotion of and advocating for the user-services involvement in the shaping of public policies and mental health services in accordance with the needs of persons with mental health difficulties (Rose *et al.*, 2016). Despite the fact that the involvement of the service users is emphasized in strategies, plans and declarations in many countries (Storm and Edwards, 2013) and that in the recovery-oriented approach the involvement of users is one of the key aspects (Slade *et al.*, 2014), and that there is a growing interest in the user-involvement concept (Thornicroft and Tansella, 2005), in practice it is not often achieved and sometimes it remains at a purely symbolic level (Laitila *et al.*, 2018).

In the implementation of the user-involvement concept, there is a huge gap between the developed countries and low- and middle-income countries. For example, while in British mental health services the concept of "user involvement" is embedded in service policy (Rose *et al.*, 2016), it is either a completely foreign or a not well-known concept in low- and middle-income countries (Lempp *et al.*, 2018; Ryan *et al.*, 2019). Socio-political and economic context in which persons with mental difficulties live significantly determine the organization, scope, provision and availability of the mental health services (World Health Organization, 2025; Kirkbride *et al.*, 2024) including the possibilities of inclusion and participation of users and user organizations in public policies and services (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation, 2014; Lempp *et al.*, 2018; Montenegro, 2018).

There is little research dealing with user involvement in low- and middle-income countries (Ryan *et al.*, 2019; Lempp *et al.*, 2018). Ryan *et al.* (2019) found that in the published research results from low- and middle-income

countries, none of the research was led by users, and service users in these research projects were mostly the research subjects.

The aim of this paper was to analyse challenges and perspectives in the development of the user-led organizations and user-led initiatives in Bosnia and Herzegovina as a post-conflict and transitional community. The introductory part of the paper presents the post-war context of Bosnia and Herzegovina, the reform process of mental health services and the establishment of user associations.

Socio-political context of mental health system reform in Bosnia and Herzegovina

With the dissolution of the Socialist Federal Republic of Yugoslavia, the Republic of Bosnia and Herzegovina declared independence in March 1992. Shortly after gaining independence, the country was engulfed in a brutal and devastating war, which ended in late 1995 with the signing of the Dayton Peace Agreement. This agreement defined the current state of Bosnia and Herzegovina and its internal administrative structure, which is based on ethnic principles (Fočo, 2001; Gavrić *et al.*, 2013). Administratively, the state consists of two entities, the Federation of Bosnia and Herzegovina (federation of ten administrative units designated as cantons), and Republika Srpska, as well as one administrative unit with special status, the Brčko District of Bosnia and Herzegovina. These entities and the District are highly autonomous and maintain their own governance systems.

Following the establishment of peace, the country entered a process of transition, largely initiated and shaped by the international community. With the aim of establishing and maintaining peace, building a democratic society with a market economy, and moving away from a socialist governance model, a very complex and dysfunctional political system has been constructed to date – one characterized by intricate governance structures, decision-making processes, and economic mechanisms (Blagovčanin and Divjak, 2015).

A dysfunctional political system, a society deeply divided both politically and economically, a corrupt and fragmented state bureaucracy, unemployment, poverty, and the collapse of the education system are just some of the features of society that contribute to its entrapment in the past, the risk of renewed conflict, and the intensification of feelings of insecurity and helplessness (Blagovčanin, 2024). On the other hand, the war has resulted in numerous and long-term consequences for individuals, their families, and communities (Gavrić *et al.*, 2013; Kučukalić *et al.*, 2005; Priebe *et al.*, 2010).

Mental health system reform

Prior to the outbreak of war (1992–1995) against Bosnia and Herzegovina, the entire psychiatric care system in the country was primarily based

on psychiatric institutions, but it did contain a minor focus on rehabilitation and resocialization of persons with mental disorders (Kučukalić *et al.*, 2005). During the war, the system for protecting persons with mental health conditions was completely devastated. As a matter of fact, the position of persons with mental difficulties during the war in the country and immediately after the war remains an untold story.

In Bosnia and Herzegovina before the war, there were four large psychiatric hospitals (Jagomir, Domanovići, Jakeš, Sokolac) for a long-term accommodation of persons with mental difficulties. In the beginning of the war, psychiatric hospital Domanovići near Mostar and Jagomir near Sarajevo were completely destroyed by continuous bombing. Patients from the Jagomir hospital were transferred to a completely inadequate kindergarden facility situated in a part of Sarajevo that was under siege throughout the war. It is alleged that a number of patients went missing during the transfer, but the number of missing patients is unknown. Also, patients from the Domanovići hospital were transferred to the premises of the Clinical Hospital in Mostar that could not meet their needs. Maslov, Babić and Klarić (2003) state that during the war, among the patients with schizophrenia, a greater number of suicides were caused by their relocation, inadequate accommodation and lack of food and medicines.

Also, in the beginning of the war, Hospital Jakeš near Modriča (a psychiatric colony) with about 1000 patients experienced severe war actions. Many patients were exposed to bombing, hunger, the lack of medicines and care (Radovanović *et al.*, 1994). This forced the staff to evacuate in the very beginning of the war a number of patients to Hungary (about 57 patients), the Psychiatric Clinic in Tuzla (168 patients) and the Popovača Psychiatric Hospital in Croatia (around 30 patients with severe mental disorders who were physically endangered) (Tešić and Golub, 2008; Avdibegović *et al.*, 1992).

In a post-conflict and ethnically highly divided country, a reform of the mental health care system was initiated in 1996 (Federal Ministry of Health, Federation of Bosnia and Herzegovina, 2012). Despite ethnic divisions and the difficulty of reaching consensus among ethnonationalist parties on almost any issue, the projects and programs of mental health system reform received support from all sides. Mental health care appeared to act as an integrative factor within a deeply politically and economically divided society. The reform goals seemed promising, especially in the early years when the education process involved a wide range of professionals, mental health service users, and their families.

A working group of experts was formed in both entities of Bosnia and Herzegovina, consisting of psychiatrists, psychologists, social workers, nurses and public health physicians, with the primary task of developing a training program for staff of mental health centers, psychiatric hospitals and primary health care, with the possibility of participation of non-governmental organizations, users of psychiatric services and their families. The plan and

program of the education made by the expert group was approved by the ministries of health in both entities in the country.

The educational programs were realized with the support of World Health Organization, Swedish Psychiatric, Social and Rehabilitation Project for Bosnia and Herzegovina, HealthNet International, Medecins Sans Frontieres-Belgium, and Caritas Denmark-Danish Mobile Hospital. Training programs were implemented throughout the country in the form of training courses, short-term seminars, supervision, postgraduate and undergraduate training in the period from 1997 to 2001. The goal was to train staff of mental health centers, psychiatric institutions, primary health care and social work centers in providing care for people with mental disabilities in the community through introduction to the concept of community mental health, multidisciplinary and team approach, human rights-based approach, and involvement of users and their families.

In the training program other topics were included such as: trauma and working with the traumatized, how to cope with mental health problems in the primary health care, managing psychosocial problems, mental health of children and adolescents etc. Trainings were led by local and foreign experts, among others there were experts from Ljubljana (Vito Flaker, Andrej Kastelic and Darja Zavišek), Belgium (Anselm Derese, Myriam Deveugle, Roland Rogiers), the Netherlands (Guus Van de Veer), Italy (Mario Reali, Rocco M. Canosa), Sweden (Majda Omerov, Lars Jacobson, Bengt Lagerkvist, Ljiljana Kaleb) and others such as Robert Hayward and Peter Fleischmann (United Kingdom) who led trainings for the development of self-help and advocacy.

Alongside these educational programs, 38 community mental health centers were established and equipped (Cerić *et al.*, 2001; Lagerkvist *et al.*, 2013). Strategies and policies for mental health were developed, the role of community mental health centers was defined, operational standards were established, and laws for the protection of persons with mental disorders were adopted – representing a very significant step toward improving conditions of care for people with psychological difficulties (Sinanović *et al.*, 2009). Improving the conditions of care have been reflected, for example, in better availability and a wider range of mental health services such as coordinated care, occupational therapy, counseling, and other forms of psychosocial assistance. The care for persons with mental difficulties was no longer solely relying on the psychiatrist.

Legal acts and policies make it possible for other experts to be involved in care and support, such as psychologists, social workers, social pedagogues, speech therapists, occupational therapists and others. The multidisciplinary teams of community mental health centers were in the local community, at the level of primary health care, which facilitated access and availability. Furthermore, admission and accommodation in the psychiatric institutions, as well as the use of coercion were legally regulated, which has resulted in a reduction in the number of days of hospital treatment and the use of coercive methods. The transition from hospital treatment to community care is

facilitated through discharge planning policies and procedures and the creation of a post-hospital treatment plan.

For the first time it has been regulated that the user of the services is an active participant in the planning of admission, care and discharge. A particularly significant segment in the improvement of the conditions of care and the active participation of the service users was the introduction of the coordinated care based on the recovery and human rights. It all contributed to making the persons with mental difficulties to be more visible not only within the sector of the health care but also within other sectors within the community.

This reform process in the mental health sector was strongly financially supported by the international community (Lagerkvist *et al.*, 2013; de Vries and Klazinga, 2006). From 1996 until 2023, continuous efforts were made to strengthen the newly established system. A fundamental change in the context of psychiatric service provision entailed the limited use of psychiatric hospital beds, the opening of a network of community mental health centers, development of other community-based services, a multidisciplinary approach and teamwork, and the establishment of intersectoral cooperation (Čerkez and Avdibegović, 2017, p. 308; Maglajić *et al.*, 2022).

In the policy and strategy of mental health, in both entities in BiH, the leading goal was to ensure care in the community for people with mental difficulties with an approach focused on recovery and human rights (Federal Ministry of Health, Federation of Bosnia and Herzegovina, 2012; Ministry of Health and Social Welfare of the Republic of Srpska, 2020). After all activities aimed at decentralizing and strengthening community-based mental health care—strongly supported by international organizations—the question arises: where do we stand today in relation to deinstitutionalization, which was one of the reform goals?

From the idea of deinstitutionalization to transinstitutionalization

The policy of deinstitutionalization in psychiatry is oriented toward transforming care practices by shifting away from institutional settings toward the provision of community-based care. Within this policy agenda, psychiatric deinstitutionalization has involved the closure or downsizing of large psychiatric hospitals and the development of comprehensive community mental health services with the goal of promoting social inclusion and the participation of individuals living with mental illness (Montenegro *et al.*, 2023).

Following this agenda, and considering the post-war context, efforts in Bosnia and Herzegovina were meant to focus on the construction and development of comprehensive community mental health services, while also working to improve conditions and reduce the number of beds in the only two psychiatric institutions that survived the war (in the entity of Republika Srpska: the

Sokolac Psychiatric Hospital and the Jakeš Psychiatric Hospital). From the very beginning of the reform processes, the principle of comprehensiveness was jeopardized by fragmentation – both in relation to different sectors of care, and fragmentation induced by war-related divisions and destruction.

On the one hand, various legal frameworks insist on a unified, continuous, coherent, and decentralized system of care; on the other hand, other norms and regulations restrict this and render the health and social care systems fragmented and disconnected. Portacolone *et al.* (2015), writing about the model of deinstitutionalization in Trieste, note that the restoration of citizenship in the broadest sense of the term (the right to life and participation in community social life, the right to housing, establishment of social cooperatives, participation in unions, political parties, religious and civic organizations, and the right to be mentally different) was central to the process of deinstitutionalization.

The foundation for this restoration was the creation of a “life project” through dialogue between service providers and users of mental health services. “Life projects” are developed to provide structure and inspire meaning in the lives of those seeking mental health services. Furthermore, they emphasize that through the “life project,” attention shifts from symptoms and mere survival to long-term social integration of the individual, and to changing the position of the service user from a state of passive dependency to a state of active and engaged participation (Portacolone *et al.*, 2015).

In Bosnia and Herzegovina, over the past 27 years of reform, precisely this creation of a “life project” (Portacolone *et al.*, 2015) has been missing. Thus, despite everything achieved during these reforms, we are still faced with the fact that institutional care for people with mental disorders has not been stopped – on the contrary, it shows a growing tendency. As the number of psychiatric hospital beds and the length of inpatient stays have decreased, the number of beds in social care institutions and the duration of stays in those institutions have increased.

The growing trend of institutionalization of people with mental disorders in social institutions can be illustrated with data from the Agency for Statistics of Bosnia and Herzegovina. In 2018, a total of 1,144 adults with mental disorders were placed in social care institutions, while in 2023, that number was 1,473 (Agency for Statistics of Bosnia and Herzegovina, 2024). In comparison with data from the 2003–2008 period, we can see that in 2003, there were 519 such persons placed, and in 2008, the number was 562 (Agency for Statistics of Bosnia and Herzegovina, 2010).

Social welfare institutions, which were originally designed primarily for the care of individuals with intellectual disabilities, have in practice reoriented toward providing institutional care for individuals with mental disabilities. Research conducted by Šarić and Buljubašić (2020) indicated that there is a growing number of institutions in which a large number of users resides, that there is a transinstitutionalization of users and that the required conditions were not met, which are primarily related to the creation

of appropriate services and support for users in the local community after leaving the institution.

User associations in Bosnia and Herzegovina

During the initial period of mental health reform, user associations began to be founded. These associations brought together former psychiatric patients and people who lived with mental difficulties. The formation of user associations was supported by the staff of mental health centers and international organizations that supported mental health reform in Bosnia and Herzegovina, such as HealthNet International and SWEBiH. In 1999 and 2000, the first two associations were founded: “Vita” in Sarajevo and “Feniks” in Tuzla. The members of these associations chose to identify themselves as users of mental health services. In the following period, several more associations were formed, such as “Behar” in Mostar, “Stella” in Zenica, “Nada” in Doboj, “Sonata” in Trebinje, and “Novi Pogledi” in Gračanica. These associations were mostly affiliated with newly established mental health centers. The “Vita” association in Sarajevo was not closely tied to a healthcare institution; it was partly supported by HealthNet International, which managed part of the psychiatric institution reform project (Avdibegović *et al.*, 2003, p. 46).

In 2002, the user associations came together and established the Federation of Associations for Mutual Assistance in Mental Distress in Bosnia and Herzegovina. This Federation was supported by the Hamlet Trust through various projects, notably the “Pathways to Policy – involving users to create change” initiative, which aimed to empower users to influence local policy and practice and to connect them with other organizations within Hamlet Trust’s network (The Hamlet Trust, n.d.1).

However, this Federation, like the first user associations (with the exception of “Feniks” and “Sonata”), did not survive the internal crises within the organizations and the Federation itself, ceasing operations around 2005. The challenges faced by users – such as securing space for activities, freedom to choose activities, financial support, and independence from healthcare authorities – were considerable, particularly given the weak internal cohesion and organization among users. The dissolution of the Federation and some user associations coincided with the end of generous international support for the reform process.

Following the decision of the Swiss government to provide financial backing for a multi-year mental health project in Bosnia and Herzegovina (Placella, 2019), users and user associations regained the attention of various actors involved in the project. During the implementation of the Mental Health Project in Bosnia and Herzegovina (2010–2023), users of mental health services and their organizations were engaged to varying degrees and with diverse project goals. During this time, several user organizations were formed within community mental health centers, and continuous education

was provided in the fields of human rights, advocacy, public speaking, employment, and the fight against stigma (Institute for Population and Development, n.d.).

Methods

In this paper, through the case study of the user association “Feniks” from Tuzla, we have analyzed the challenges and perspectives of the development of user-led organizations and user-led initiatives in post-conflict and transitional circumstances and attempted to answer the question to what extent and how do these circumstances provide an opportunity for the development of user associations? In selecting the case study of the User Association for Mutual Aid in Mental Distress “Feniks” from Tuzla, the leading criteria were the establishment of the association in the first five post-war years, continuity of work, management of the association by the users and autonomy of the association.

The criteria of the association’s autonomy referred to the association’s self-reliance and independence in relation to mental health centers, psychiatric hospitals, centers for social work and other social protection institutions. In relation to the criteria of the period of establishment of the association and continuity of work, of the seven user associations in BiH that were founded in the first five years after the war, only the association “Feniks” from Tuzla and the association “Sonata” from Trebinje still exist and continue to work today. The association “Sonata” from Trebinje, from the beginning of its foundation until today, has been led by experts in mental health who are also employees in the mental health services.

Given that the association “Feniks” has been run exclusively by users since its establishment, and given that it is autonomous in its work, and that it has a continuity of 25 years of work, we have analysed the challenges and perspectives of the development of user-led initiatives in a post-conflict and transition context through the presentation of the work of this association. The association’s documentation has been used in our research, such as narrative annual reports on the association’s work, reports on project activities, internal newsletters and other archived photos and written documentation.

Through the development story of the Association for Mutual Assistance in Mental Distress “Feniks” from Tuzla, we will attempt to show how one might face such challenges and view obstacles as opportunities for further strengthening and growth.

Challenges and perspectives of a user-led initiative - the story of “Feniks”

Several patients of the Day Hospital of the Psychiatric Clinic at the University Clinical Center Tuzla, who had years of experience living with mental illness and long-term psychiatric hospitalization, discussed during group therapy

how they would like to have self-help groups that they could run themselves. The idea was discussed at length, steps toward its realization were considered, and in parallel, the hospital staff began educating patients about self-help and mutual support.

Over time, the number of interested patients grew, and within the group, the idea emerged to form an association, symbolically named “Feniks” (Udruženje za uzajemnu pomoć u duševnoj nevolji “Feniks”, n.d.). One member immediately created a logo, while others engaged in exploring how to register the association. In 2000, they held the founding assembly in the premises of the Day Hospital and received approval from hospital management to base the association on hospital grounds. A room was made available to them to use.

However, they soon faced the challenge that the room could not be used freely; their entry, stay, and departure times had to be recorded. This was one of their first challenges. They had an association, but not the freedom to use their time within it as they saw fit. This led them to reach out to the local community and city administration. Through HealthNet International, they connected with Robert Hayward of The Hamlet Trust (UK) and Igor Šprajcer from “Altra” in Slovenia. Their visit brought valuable insights into how to operate independently from a health institution.

Continued communication with the city administration yielded results: the city provided space in the center, away from the hospital. Due to war-related damage, the premises were in ruins. With local community support, renovation was carried out with help from the adult prison administration in Tuzla. Prisoners and association members jointly renovated the space. One year after its founding, “Feniks” moved into the new premises. Now they could come and go as they pleased, engage in preferred activities, and use items like glass cups, bottles, cutlery, scissors – items banned in psychiatric settings. They assumed responsibility for themselves and each other. Mutual trust emerged. They felt human – like everyone else. This was a good example of a joint action, freedom of action and creativity derived from a strengths-based approach to helping. In this approach, individuals and groups who need support or who have difficulties are considered to have the capacity and abilities within their social network to achieve the necessary change (Folgheraiter and Rainer, 2017).

Following this significant initial success, new challenges arose. Operating required funds, thus raising the question of financial sustainability. The members had no prior experience or skills in fundraising. Professional supporters encouraged them to tackle problems independently, with backing only if insurmountable obstacles emerged. One activity requiring no funds was media engagement – though it demanded courage. Initially, members appeared in the media accompanied by Day Hospital staff. Eventually, they presented independently. With a local radio production company, they hosted a weekly show led by a member. They fought stigma and promoted mental health through media and direct contact with journalists – without funding.

This empowered them. They began lobbying to improve their status, particularly access to treatment. At the time, medications required co-payment, leading many to discontinue treatment and face relapse or rehospitalization. Informed by professionals that health laws exempted them from co-payment, they campaigned and lobbied politicians. They were heard in the Tuzla Canton Assembly and gained favorable outcomes.

After three years operating without financial support, the association faced a crisis. Membership dwindled – some lacked travel funds, others wished for refreshments or excursions. At one point, only three members remained, one of whom used the premises for sleeping. Their persistence and renewed cooperation with The Hamlet Trust and other associations in Bosnia and Herzegovina helped them survive. A Hamlet Trust-supported research project on users' status in Tuzla Canton gave them new motivation. Former and new members returned, enabling training, networking, and fundraising skill development.

They accepted various tasks – landscaping parks, street cleaning, rehabilitating returnee areas and cemeteries. Through such work, they earned enough to purchase a van, gardening tools, woodworking machines, and equip carpentry and art workshops. They began organizing excursions throughout Bosnia and Herzegovina. Although they did not speak English, they accepted training invitations abroad and relied on participants from former Yugoslav republics for translation. During this period, they learned to use computers, underwent IT training, and received their first computers. Throughout, “Feniks” strengthened its self-help group work.

A pivotal resource was Prof. Tanja Lamovec's book *Psychosocial Assistance in Mental Crisis* (Lamovec, 2005), which she generously allowed “Feniks” to translate and publish in Bosnian. This helped them understand how to develop user associations, organize and maintain self-help groups, advocate, combat stigma and discrimination, and fight for human rights. Ideas and practical advice on institutional crisis coping as provided by Professor Lamovec guided “Feniks” members in overcoming obstacles.

A second major milestone was reached in 2007, when the City of Tuzla granted “Feniks” the use of a house for the duration of 30 years. This house remains their base of operations. Distancing themselves physically and symbolically from psychiatric institutions and professionals was a significant challenge and bold step. It aimed to demonstrate that people with mental illness, with minimal support, are capable of responsibility for themselves and others and can contribute to societal change. The benefits – both individual and social – are significant. For example, several “Feniks” members, previously hospitalized for over a decade, through meaningful engagement with “Feniks,” became key local actors in combating stigma and discrimination. The way that they did it was through sharing personal experience and knowledge of living with mental disorders, providing peer support, leading groups for self-help, activism and working on strengthening user associations.

Besides the aforementioned, it is significant to mention a user-led initiative in the field of research. The first user-initiated and conducted research on the needs and the quality of life of persons with mental disabilities in Tuzla Canton was conducted in 2003. This research was supported by The Hamlet Trust organization, which initiated in Bosnia and Herzegovina a Pathways to Policy programme (The Hamlet Trust, n.d.2; Maglajlić Holiček and Baldwin, 2009, pp. 68–69). This study was conducted on a sample of 319 users from the Tuzla Canton. The results of this study showed that 47% of persons with mental health difficulties receive very low monthly social benefits which could not cover even the food costs. Out of the 319 respondents, only 4% were in full-time employment, while 87% of them stated that they have very little social life and they go out rarely, and 63% were dissatisfied with the support they received from local health services (The Hamlet Trust, n.d.2). The key issues faced by the participants included poverty, unemployment, loneliness, lack of social status, and dissatisfaction with local health and social services (Maglajlić Holiček and Baldwin, 2009, pp. 68–69).

The results provided a foundation for developing further goals of the association, particularly concerning the improvement of the social status of persons with mental health conditions, enhancing access to health and social care services, and reducing stigma and discrimination – especially in the area of employment. The study also served as a starting point for subsequent research, focusing on topics such as access to mental health services, user satisfaction, employment opportunities for people with mental health conditions, and the specific needs of women experiencing psychosocial difficulties.

The results of a still unpublished study on the specific needs of women with an experience of psychosocial difficulties conducted in 2023 on a sample of 60 women with an average age of 40, indicate that the needs and the quality of life are similar to the results of the study conducted by “Feniks” 20 years earlier. Namely, 36.7% of women in this study are married, 50% of them live with their parents and are dependent on the parental help, 53.3% have below-average monthly earnings, 16.6% of them have their legal capacity deprived, and 29.4% mentioned an experience of abuse by a family member.

It is interesting that only 20% of women with psychosocial difficulties believe that they can independently manage their money and decide on with whom and where to live. Most women (70%) state that they need help in leading their lives independently, 51.7% need assistance in job search, 63.3% need support in relation to family relationships, while 58.3% have a need for safe housing.

In conducting this research as well as previous research, the users faced a number of obstacles and challenges such as: 1) How to reach research participants or the target group; 2) How to establish partnerships with health and social services; 3) How to make research findings visible to both the professional community and the general public; and 4) How to fund these activities. From experience, stigma and prejudice appear to be the primary obstacles in addressing these challenges.

Combating stigma

Anti-stigma activities were designated as a high priority. The initial initiatives included media appearances, including a weekly radio show hosted by a member of Feniks, as well as the marking of October 10 as World Mental Health Day. Feniks has continuously organized activities around October 10, involving other non-governmental organizations, the media, health and social workers, and educational institutions. Activities have included educational workshops in schools, a mental health parade, poster displays and brochure distribution with educational content, sharing personal recovery stories, producing short videos with anti-stigma messages, and engaging with health and social workers to address stigmatizing and discriminatory behavior.

From an initially member-led anti-stigma campaign without financial support, Feniks's campaign has grown into a sustained and financially supported effort. This was made possible through members' recognition of the importance of networking with other organizations and developing joint action strategies, alongside the recognition by local governing bodies of Feniks as a valuable partner in mental health promotion. Networking with other NGOs has, in itself, helped reduce stigma. Personal interactions between service users and the broader community play a crucial role in breaking down stereotypes and prejudices.

To illustrate this, we provide one example: Feniks was granted the use of a house by the city in a then-peripheral and underdeveloped urban neighborhood. The area around the house was unkempt, as was the street itself. Nevertheless, residents submitted a complaint to city and health authorities demanding that the "mental patients" be removed from their street, claiming that their children were now afraid to go to school. The request was denied. Members and friends of Feniks then undertook occupational activities to clean and beautify the house's yard, making it appealing to their nearest neighbor, who invited them to improve his yard as well. Soon, other neighbors began asking for help with yard work or various other tasks. Thus, contact was established. Stereotypes were broken. Over the following years, the street where Feniks's house was located became highly populated, with the Feniks house a recognized and welcomed part of it – its entrance proudly bearing the sign: "Life has no rerun."

Many people with mental disorders, such as schizophrenia, face symptoms and the consequences of their disorder on the one side, and on the other side stereotypes and prejudices stemming from misconceptions about mental illnesses on the other (Corrigan and Watson, 2002). Prejudice leads to discrimination and behavioral reactions that can be in the form of hostile behavior and harm, as stated in the previous example.

Stereotypes (negative beliefs), prejudice (agreement with beliefs and negative emotional reaction) and discrimination (behavioral response to prejudice) define stigma towards people with mental difficulties. The World

Health Organization (2001, p. 16) defined stigma as “a mark of shame, disgrace or disapproval that results in an individual being rejected, discriminated against and excluded from participating in a number of different areas of society.” According to the World Health Organization (2001), social beliefs, attitudes and reactions determine many aspects of mental health care. Social environment is an important factor in recovery and integration of persons with mental difficulties.

Negative social environment reinforces stigma and discrimination. Generally, the social perception of mental health problems is dominated by negative stereotypes. People with mental health problems are often viewed through the prism of their health problems, regardless of their overall contribution to the society. Research suggests that the stigma of mental difficulties is a widespread and significant problem worldwide (Avdibegović and Hasanović, 2017).

Corrigan and Watson (2002) emphasize protest, education, and outreach as strategies for changing public stigma. They also state that stigma is further reduced when the general public encounters people with mental disorders who are able to keep jobs or live as good neighbors in the community. Interpersonal contact is further improved when the general public can regularly interact with people with mental difficulties as peers. In our previously described example, it was the direct interpersonal contact and good neighborly relations that contributed to changing the environment towards the members of the “Feniks” association and their integration into the local community.

The day center – a place for encounters and recovery work

Self-help groups, gardening, woodworking as a hobby, crafting jewelry and greeting cards, painting, shared coffee breaks, and occasional communal meal preparations formed the daily rhythm for users gathering at the Feniks house. There was a growing need to structure these activities and ensure their continuity and regularity. Occasional support from mental health professionals in the form of consultations was also needed. Students of pedagogy-psychology and social work participated as volunteers. New ideas emerged from this collaborative environment, offering solutions for improving the association's work and making it more open and attractive to new members.

It appeared that establishing a day center would be a good way to structure activities and ensure their continuity. The idea's implementation was jointly considered by users and volunteers and transformed into a small pilot project. The challenge was to identify who might support the idea – which donor, and with whom to discuss it?

In the local context, day centers fall under the category of social welfare services. For the social welfare system to provide financial support, certain conditions must be met – one of which is the employment of professional

staff. A key problem was that Feniks had no employed professionals – in fact, no employees at all. So how could the association meet its own needs and integrate into the social welfare system while remaining independent from professional authority and maintaining its authenticity?

The question was how to remain true to oneself – open, honest, autonomous, and uninfluenced – preserving the founding idea of the association while also securing necessary support. The idea centered on encounters among individuals advocating for their personal and collective rights within the context of discrimination experienced due to mental health challenges.

While preserving this idea and being aware of the requirements for local government financial support, the first step toward realization was to pilot the day Center concept using donor funding in partnership with larger non-governmental organizations. Through this pilot project, the association was able to employ one professional, thereby fulfilling the primary requirement to receive financial support from local authorities for the day center. Sustaining this support involved annual reporting on fund use and submitting yearly requests for continued financing of day center activities.

Discussion

The mental health service user movement has been a key player in promoting user involvement in the development of services and a person-centered and recovery-oriented mental health care system in recent decades (Grim and Markström, 2024). Deinstitutionalization, questioning of the biomedical model of care and the legitimacy of biomedical theory, philosophical and political criticism of traditional psychiatry, and social changes created opportunities for the development of the concept of service user involvement (Millar *et al.*, 2016).

User-led organizations are groups or organizations led by the people who have a direct experience with a certain problem, situation, circumstances or difficulties. In the field of mental health, those are the people who have had or still have an experience with mental health difficulties. Those are groups or organizations established and led by the people who use their experiences as a basis for helping or supporting others. User-led organizations can be formal or informal groups that gather in order to provide mutual support or provide services that the public sector and other organization will not or cannot provide or to conduct trainings, disseminate knowledge, conduct research or activities for the promotion of mental health or campaigns for human rights and the fight against stigma.

User-led organizations, as non-profit organizations, have multiple purposes. First of all, their role is characterized by the goals of providing support to members (peer support, mutual aid activities, etc.), spreading knowledge and political advocacy, which includes influencing public opinion, politics and social development (Grim and Markström, 2024). These organizations

are often small, underfunded and often struggle to survive. They often lack the contacts and visibility in the community to attract big names, launch media campaigns and attract the attention of decision makers (National Survivor Network, 2019).

In the post-conflict and transitional communities, the issue of mental health is often largely ignored by local authorities and the government of the country that is entering post-conflict reconstruction. In a large number of cases, support for the reconstruction of the country is provided by various international organizations and foundations for the purpose of rebuilding life in devastated communities such as Uganda, Afghanistan, Rwanda, Kosovo, Syria, Ukraine, etc. In the case of Bosnia and Herzegovina, various international actors participated in the reconstruction, which influenced the processes of physical reconstruction, economic and social recovery with financial and other resources.

Significant international support through various projects and programs was in the reform of mental health services. In the context of post-war reconstruction, the movement of users also developed, as we stated in the introduction. Contact and exchange of experiences with users from other parts of the world and organizations advocating changes in the policy of mental health care provided opportunities and gave a perspective to strengthen the local newly established user associations.

On the other hand, the collapsed social and health system, unsettled political conditions, fragmentation of society, poverty, unemployment, a large number of traumatized people, mistrust, stigmatization and other post-war circumstances represented significant obstacles. These were obstacles that had to be mastered every day in order to survive. Many of the user associations founded during the reconstruction period did not survive.

What made the “Feniks” association different from other user associations in Bosnia and Herzegovina and what helped them survive? First of all, it is the establishment of autonomy and independence in their work regarding the staff of mental health services, networking with similar organizations, openness to learning from the experience of other organizations, especially in the part of financing and developing the structure of the organization.

Furthermore, this group of people with mental health difficulties developed and nurtured mutual and peer support. The members acquired and developed the skills of providing peer support, first through mutual sharing of experiences and knowledge in dealing with mental health difficulties and everyday life problems. Later, they developed these skills through the exchange of experiences with other user organizations. They showed openness for meetings and enthusiasm in achieving their goals. Most of the members of this association drew their enthusiasm and strength from the experience of many years of psychiatric treatment. The activities were on a voluntary basis, and the association had no employees. In communication with the mental health services and decision-makers, they advocated, and still advocate, for the acceptance and recognition of their “experiential knowledge”.

The skill of leading the association was also important in the survival of the association, especially in the part of using the social network, strengthening the capacity of the association, in establishing partnership and cooperation.

Currently, the challenges the association is facing are how to harmonise its activities with what donors and policy makers expect from them, while remaining autonomous. Brown and Ormerod (2020) state that user-led organizations have more in common with their communities than with the statutory bodies or large non-governmental organizations providing mental health services. Understanding the specific roles that these organizations play in the field of mental health will include the representation of user-led organizations as a sector in mental health (Brown and Ormerod, 2020).

Conclusion

Post-conflict and transition communities in the process of reconstruction and reform simultaneously provide opportunities and are a source of numerous obstacles for the development of user-led organizations and user-led initiatives. In a way, the reconstruction of life in post-conflict communities can bring about new ideas, political changes and social actions that meet the needs of people with mental difficulties and other marginalized and socially excluded groups.

The role of international organizations in these changes is crucial, especially if support programs for the development of the mental health system are included in the provision of assistance for the economic recovery as well as physical reconstruction. Abandoning the traditional psychiatric approach in mental health care, developing and strengthening community-oriented services and a recovery-oriented approach, changing mental health policy can create an environment favorable for the development of user associations and initiatives.

Based on the experience of the user-led organizations presented in this paper, it seems important to emphasize that proactive organization building, independence, democracy in the management of the organization, openness to cooperation, inclusion in the social network, willingness to learn and share knowledge and experience are important factors in the development and survival of user-led organizations. These factors, as well as the involvement of all users in the organization's decision-making and activities, were crucial in the realization of their initiatives.

Sources

- Agency for Statistics of Bosnia and Herzegovina (2010). Social welfare. Retrieved on 18. 5. 2025 from https://bhas.gov.ba/data/Publikacije/Bilteni/2010/SOC_00_2008_TB_1_BS.pdf
- Agency for Statistics of Bosnia and Herzegovina (2024). Social welfare: 2018–2023. Retrieved on 18. 5. 2025 from https://bhas.gov.ba/data/Publikacije/Bilteni/2024/SOC_00_2023_TB_1_BS.pdf

- Avdibegović, E., & Hasanović, M. (2017). The stigma of mental illness and recovery. *Psychiatria Danubina*, 29 (Suppl. 5), S900–905.
- Avdibegović, E., Maglajlić R. A., & Đulović, V. (2003). Mjesto i uloga korisničkih organizacija u psihijatriji u zajednici. In B. Stojaković (ed.), *Psihijatrija 21. vijeka* (pp. 44–54). Banja Luka: Udruženje "Zdravlje za sve".
- Avdibegović, E., Tadić, S., & Latifović, M. (1992). Položaj duševnog bolesnika u ratnim uslovima. *Acta Medica Saliniana*, 21, 61–63.
- Beresford, P. (2020). PPI or user involvement: taking stock from a service user perspective in the twenty first century. *Research Involvement and Engagement*, 6, 36. DOI: 10.1186/s40900-020-00211-8.
- Blagovčanin, S. (2024). Post-conflict dystopia: captive state and society – the case of Bosnia and Herzegovina. *Transparency International BiH*. Retrived on 17. 5. 2025. from <https://ti-bih.org/wp-content/uploads/2024/02/POST-CONFLICT-DYSTOPIA-CAPTIVE-STATE-AND-SOCIETY.pdf>
- Blagovčanin, S., & Divjak, B. (2015). How Bosnia's political economy holds it back and what to do about it. John Hopkins University - The Paul H. Nitze School of Advanced International Studies, Washington DC. Retrieved on 17. 5. 2015. from https://www.researchgate.net/publication/340593300_How_Bosnia's_Political_Economy_Holds_It_Back_and_What_To_Do_About_It
- Brown, M., & Ormerod, E. (2020). What do user-led groups need? Mental health user-led organisations as community organisations. *National Survivor User Network*. Retrieved on 16. 8. 2025 from: <https://www.nsun.org.uk/resource/what-do-user-led-groups-need/>
- Cerić, I., Loga, S., Sinanović, O., Čardaklija, Z., Čerkez, G., Jacobson, L., Jensen, S., Reali, M., Toresini, L., Oruč, L., Daneš, V., Miković, M., Mehić-Basara, N., Hasanbegović, M., Lagerquist, B., Flaker, V., Mollica, R., Pavković, I., Škobić, H., Lavelle, J., Horvat, D., Nakaš, B., Kapetanović, A., Bradvica, L., Weine, S., Mašić, I., Puratić, V., & Dančević, M. (2001). Rekonstrukcija službe za zaštitu mentalnog zdravlja u Federaciji Bosne i Hercegovine [Reconstruction of mental health services in Bosnia and Herzegovina]. *Medical Archives*, 55(1 Suppl 1), 5–23.
- Čerkez, G., & Avdibegović, E. (2016). Mentalno zdravlje u zajednici. In E. Avdibegović (ed.), *Socijalna psihijatrija* (pp. 208–316). Tuzla: Off-set.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- de Vries, A. K., & Klazinga N. S. (2006). Mental health reform in post-conflict areas: a policy analysis based on experiences in Bosnia Herzegovina and Kosovo. *European Journal of Public Health*, 16(3), 246–251. DOI: 10.1093/eurpub/cki092
- Federal Ministry of Health, Federation of Bosnia and Herzegovina (2012). The Policy And Strategy for the Protection and Promotion of Mental Health in the Federation of Bosnia and Herzegovina (2012–2020). Retrieved on 16. 7. 2025 from http://akaz.ba/udoc/Policy_and_Strategy_Mental_Health.pdf
- Fočo, S. (2001). The political-economic and social status of Bosnia and Herzegovina. *SEER: Journal for Labour and Social Affairs in Eastern Europe*, 4(2), 37–54. <http://www.jstor.org/stable/43291863>
- Folgheraiter, F., & Rainer, M. L. (2017). The principles and key ideas of relational social work. *Relational Social Work* 1(1), 12–18.
- Gavrić, S., Banović, D., & Barreiro, M. (2013). The political system of Bosnia and Herzegovina: institutions – actors – processes. Sarajevo: Sarajevo Open Centre. Retrieved on 18. 5. 2025 from https://soc.ba/site/wp-content/uploads/2013/07/POLITICAL-SYSTEM-OF-BiH_FINAL_web1.pdf

- Grim, K., & Markström, U. (2024). Mental health service user organizations in times of crises: adaptations, challenges and opportunities experienced by local associations during COVID-19. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19(1), 2380360. DOI: 10.1080/17482631.2024.2380360
- Institute for Population and Development (n.d.). Mentalno zdravlje – O Projektu: Osnazivanje korisnika usluga mentalnog zdravlja i njihovih udruženja. Retrieved on 18. 5. 2025 from <https://mentalnozdravlje.ba/projekat-mentalnog-zdravlja/#>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. DOI: 10.1002/wps.21160.
- Kučukalić, A., Džubur-Kulenović, A., Cerić, I., Jacobsson, L., Bravo-Mehmedbačić, A., & Priebe, S. (2005). Regional collaboration in reconstruction of mental health services in Bosnia and Herzegovina. *Psychiatric Services*, 56(11), 1455–1457. DOI: 10.1176/appi.ps.56.11.1455
- Lagerkvist, B., Mehic-Basara, N., Ceric, I., & Jacobsson, L. (2013). The Swedish support to Bosnia Herzegovina: rebuilding mental health services after the war. *Intervention*, 11(3), 249–260.
- Laitila, M., Nummelin, J., Kortteisto, T., Pitkänen, A. (2018). Service users' views regarding user involvement in mental health services: a qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 695–701.
- Lamovec, T. (2005). Psihosocijalna pomoć u duševnoj krizi (prijevod Slavica Pavlović). Tuzla: Udruženje za uzajamnu pomoć u duševnoj nevolji "Feniks".
- Lempp, H., Abayneh, S., Gurung, D., Kola, L., Abdulmalik, J., Evans-Lacko, S., Semrau, M., Alem, A., Thornicroft, G., & Hanlon, C. (2018). Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: a cross-country qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(1), 29–39. DOI: 10.1017/S2045796017000634
- Maglajlić, R. A., Vejzagić, H., Palata J., & Mills, C. (2022). 'Madness' after the war in Bosnia and Herzegovina – challenging dominant understandings of distress. *Health*, 28(2), 216–234. DOI: 10.1177/1363459322113.
- Maglajlić Holiček, R. A., & Baldwin, M. (2009). From reflection to action within community social work: the role of action research as a method for social work education and practice. In V. Leskošek (ed.), *Theories and methods of social work: exploring different perspectives* (pp. 61–81). Ljubljana: Faculty of Social Work, University of Ljubljana.
- Maslov, B., Babić, D., & Klarić, M. (2003). Suicides of the hospitalized chronic schizophrenic patients in the period from 1972 to 2002. *Psychiatria Danubina*, 15(3–4), 189–193. PMID: 19114927.
- Millar, S. L., Chambers, M., & Giles, M. (2016). Service user involvement in mental health care: an evolutionary concept analysis. *Health Expectations*, 19(2), 209–221. DOI: 10.1111/hex.12353.
- Ministry of Health and Social Welfare of the Republic of Srpska (2020). Strategy of mental health development in the Republic of Srpska, 2020–2030. Retrieved on 16. 7. 2025 from <https://vladars.rs/sr-SP-Cyrl/Vlada/Ministarstva/MZSZ/Publikacije/Documents/strategija%20engleski.pdf>
- Montenegro, C., Irrázaval Dominguez, M., González Moller, J., Thomas, F., & Urrutia Ortiz, J. (2023). Moving psychiatric deinstitutionalization forward: a scoping review of barriers and facilitators. *Global Mental Health*, 10, e29, 1–21. DOI: 10.1017/gmh.2023.18

- Montenegro, C. R. (2018). Beyond participation: politics, incommensurability and the emergence of mental health service users' activism in Chile. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 42, 605–626. DOI: 10.1007/s11013-018-9576-9.
- Näslund, H., Grim, K., & Markström, U. (2023). User-led mental health service evaluation: the contribution of user-focused monitoring to recovery-oriented quality development. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 10, 189–202. DOI: 10.1007/s40737-022-00303-6.
- National Survivor Network (2019) World mental health day – the crisis of user-led organisations. *National Survivor Network*. Retrieved on 16. 8. 2025 from: <https://www.nsun.org.uk/news/world-mental-health-day-the-crisis-of-user-led-organisations/>
- Placella, E. (2019). Supporting community-based care and deinstitutionalisation of mental health services in Eastern Europe: good practices from Bosnia and Herzegovina. *BJPsych International*, 16(1), 9–11. DOI: 10.1192/bji.2017.36.
- Portacolone, E., Segal, S.P., Mezzina, R., Scheper-Hughes, N., & Okin, R. L. (2015). A tale of two cities: the exploration of the Trieste public psychiatry model in San Francisco. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 39(4), 680–697. DOI: 10.1007/s11013-015-9458-3.
- Priebe, S., Bogic, M., Ajduković, D., Frančišković, T., Galeazzi, G. M., Kučukalić, A., Lečić-Toševski, D., Morina, N., Popovski, M., Wang, D., & Schützwohl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 518–528. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.37.
- Radovanović, Z., Erić, L., & Cucić V. (1994). Institute "Jakes" – an experiment which ceased to exist. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22(4), 315–317. DOI: 10.1177/140349489402200412.
- Rose, D., MacDonald, D., Wilson, A., Crawford, M., Barnes, M., & Omeni, E. (2016). Service user led organisations in mental health today. *Journal of Mental Health*, 25(3), 254–259. DOI: 10.3109/09638237.2016.1139070.
- Ryan, G. K., Semrau, M., Nkurunungi, E., & Mpango, R. S. (2019). Service user involvement in global mental health: what have we learned from recent research in low and middle-income countries? *Current Opinion in Psychiatry*, 32(4), 355–360. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000506
- Sinanović, O., Avdibegović, E., Hasanović M., Pajević, I., Sutović, A., Loga, S., & Cerić, I. (2009). The organisation of mental health services in post-war Bosnia and Herzegovina. *International Psychiatry*, 6(1), 10–12. DOI: 10.1192/S1749367600000229.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20. DOI: 10.1002/wps.20084.
- Stein, D. J., Shoptaw, S. J., Vigo, D. V., Lund, C., Cuijpers, P., Bantjes, J., Sartorius, N., & Maj, M. (2022). Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. *World Psychiatry*, 21(3), 393–414. DOI: 10.1002/wps.20998.
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84, 313–327. DOI: 10.1007/s11126-012-9247-x.
- Šarić, N., & Buljubašić, S. (2020). A critical review on the process of (de)-institutionalization in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Social Studies*, 3(3), 29–54.

- Tešić, N., & Golub, G. (2008). Odjeljenj bosanskih luda. *Nezavisne novine – Društvo*, 29. 3. Retrieved on 16. 7. 2025 from <https://www.nezavisne.com/novosti/drustvo/Odjeljenje-bosanskih-luda/21543>
- The Hamlet Trust (n.d.1). What is The Hamlet Network? Retrieved on 18. 5. 2025. from <http://www.hamlettrust.plus.com/frames.html>
- The Hamlet Trust (n.d.2). Researching needs in BiH. Retrieved on 18. 5. 2025. From <http://www.hamlettrust.plus.com/>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(1), 1–3.
- Udruženje za uzajamnu pomoć u duševnoj nevolji "Feniks" (n.d.). Historija udruženja. Retrieved on 18. 5. 2025. from <https://tkfenix.ba/historija-udruzenja/>
- World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved on 16. 7. 2025 from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809>
- World Health Organization (2001). *The world health report: 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (2025). *Social determinants of health*. Retrieved on 16. 7. 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>

Jošt Cafuta Maček

Tabori – ključna oblika učenja o dezinstitutionalizaciji

Članek je nastal na podlagi študijske prakse, ki so jo študentke in študenti Fakultete za socialno delo v študijskem letu 2015/16 izvedli na treh taborih v Srbiji, in sicer v treh različnih zavodih za ljudi s težavami z duševnim zdravjem. Prikazana je povezava med demokratičnimi načeli dezinstitutionalizacije in potrebo po njihovi vpleitvi v visokošolski sistem poučevanja in izobraževanja. Poudarek je na specifični obliki poučevanja in ustvarjanja znanja o dezinstitutionalizaciji in zanjo na taborih dezinstitutionalizacije. Posebna pozornost je namenjena vplivu taborov na proces dezinstitutionalizacije in taboru kot metodi učenja socialnega dela. Prikazano je, kako lahko ugotovitve o demokratizaciji odnosov in ustvarjanju znanja v skupnosti uporabimo tudi pri razvoju izobraževanja za socialno delo.

Ključne besede: totalne ustanove, socialno delo, visoko šolstvo, duševno zdravje, razmerja moči, ustvarjanje znanja.

Jošt Cafuta Maček je asistent in raziskovalec za Fakulteti za socialno delo. Kontakt: jost.cafutamacek@fsd.uni-lj.si

Camps – a key form of learning about deinstitutionalisation

The article is based on a study practice carried out by students of the Faculty of Social Work, University of Ljubljana, in the 2015/16 academic year at three camps in Serbia, in three different institutions for people with mental health issues. It shows the connection between the democratic principles of deinstitutionalization and the need to introduce them into the higher education system. The emphasis is on a specific form of teaching and creating knowledge about, and for deinstitutionalization, at deinstitutionalization camps. Special attention is paid to the impact of camps on the process of deinstitutionalization and to camps as a method of teaching social work. It shows how insights into the democratization of relationships and knowledge creation in the community can also be used in the development of social work education.

Key words: total institutions, social work, education, higher education, power relations, creation of knowledge.

Jošt Cafuta Maček is an assistant and researcher at the Faculty of Social Work, University of Ljubljana. Contact: jost.cafutamacek@fsd.uni-lj.si

Uvod

Članek je nastal kot rezultat taborov, ki smo jih v študijskem letu 2015/2016 študenti skupaj z mentorji v okviru študijske prakse na Fakulteti za socialno delo izvedli v treh različnih zavodih za ljudi s težavami z duševnim zdravjem v Srbiji. Po koncu opravljanja prakse smo svoje delo ovrednotili na sestanku v Ljubljani, ki je potekal v obliki fokusne skupine oziroma skupinske razprave. Pri obdelavi gradiva smo raziskovali, kako poučevanje in formiranje znanja v obliki taborov vpliva na ustanove, v katerih se tabori izvajajo, pa tudi na pridobivanje znanja v visokem šolstvu. Ob tem smo želeli poudariti tudi spremembe v hierarhijah moči v takšnem procesu pridobivanja znanja.

Učenje o dezinstitutionalizaciji in zanjo mora biti nujno dialoško. Izobraževanje, v katerem se učenec in učitelj ukvarjata s protislovji v njunem pojmovanju, je proces, v katerem se oba ukvarjata z njunim načinom razumevanja



0009-0004-2217-6629

objekta, ki ga opazujeta, o katerem razpravljata (Freire, 2019). Za to, da lahko učenec in učitelj enakovredno razpravljata, pa je nujna krepitev moči študentov v okviru integrativnega procesa, pri katerem sta teorija in praksa v simbiotskem odnosu, ki ustvarja znanje na podlagi izkušnje.

Okrepljenost je produkt kritičnega razmišljanja in je mogoča samo ob poznavanju in zavedanju delovanja moči v družbi. Ledwith in Springett (2010) menita, da visokošolsko izobraževanje namesto na kritičnem umu temelji na določeni politiki poučevanja. Kljub izraziti dikciji znotraj te politike, ki umešča krepitev moči študenta med prioritete, se to brez kritičnega mišljenja ne more zgoditi. Pri izobraževanju za dezinstitutionalizacijo je nujno, da namesto tehničnih intelektualcev, kot jih pojmuje Gramsci (1971), ki legitimirajo dominantno ideologijo na lažno nevtralen način, izobražujemo organske intelektualce, ki s pomočjo praksisa razgalijo in zavržejo lažne teorije.

Če želijo univerze razviti bolj demokratičen in vključujoč način razvoja znanja, morajo ovreči prevladujoče individualistično pojmovanje izobraževanja in mit o razvoju znanja kot linearnega, hierarhičnega predajanja znanja od profesorja na študente, kakršen je zakoreninjen v izobraževalnem sistemu (Taylor *et al.*, 2002). Potrebujemo sistem izobraževanja, ki ne temelji na ideji o vajeništvu v hierarhiji moči. Vajeništvo kot kritično učenje od bolj izkušenih je sicer odličen način pridobivanja znanja, vendar ne, ko deluje v službi ponotranjanja hierarhij moči. Poudarek v novem modelu univerze bi moral biti na dialogu in prepoznavanju različnosti skupin in skupnosti, ki jim mora služiti univerza.

Tabori dezinstitutionalizacije kot oblika učenja in poučevanja so izrazito dialoški in ne morejo delovati hierarhično, saj s tem izgubljajo svojo osnovno poslanstvo skupnega ustvarjanja znanja za iskanje inovativnih, boljših rešitev.

Tabori kot del dezinstitutionalizacije in demokratičnega učenja socialnega dela

Konvencija združenih narodov o pravicah ljudi z ovirami (2006) jasno določa, da morajo države podpisnice spremeniti zakone, ki diskriminirajo ljudi z ovirami, ne glede na posledice. Institutionalizacija je ena izmed oblik diskriminacije teh ljudi. Na razvoj dezinstitutionalizacije so zelo vplivala antipsihiatrična gibanja v šestdesetih letih in uporabniška gibanja v osemdesetih letih 20. stoletja. Antipsihiatrična gibanja problematizirajo delovanje in obstoj totalnih ustanov. Poudarjali so, da je »duševna bolezen« zgolj produkt razmer v družbi, da je torej socialnega izvora (Laing in Esterson, 1964; Cooper, 1980, Scheff, 1966). Podobno gibanje je potekalo v Italiji z imenom demokratična psihiatrija. Drugi val gibanj za dezinstitutionalizacijo so bila uporabniška gibanja v osemdesetih letih. Ta gibanja so imela velik vpliv na javno mnenje, manj pa na politiko (Goodwin, 1997).

Slovenija ima dolgo in pestro zgodovino različnih eksperimentov na področju dezinstitutionalizacije, pri tem pa so tabori imeli pomembno vlogo kot proces učenja in spreminjanja institucij.

Začetki poskusov dezinstitutionalizacije v Sloveniji segajo v šestdeseta leta 20. stoletja. Za začetek velja logaški eksperiment. Preoblikovanje deškega prevzgaiališča v Logatcu je tudi prva akcijska raziskava v Sloveniji. Konec sedemdesetih let je Inštitut za sociologijo pod vodstvom Bernarda Stritiha in Anice Kos začel izvajati kolonije na Rakitni. Kolonije so bile oblika akcijskih raziskav, ki so bile usmerjene v spremembo odnosov na mikroravni po zgledu sprememb odnosov na makroravni (socialistična demokracija in samoupravljanje) (Stritih in Mesec, 1977). Kot del širšega projekta »akcijskega raziskovanja krajevne skupnosti Štepanjsko naselje« se je delo iz eksperimentiranja v novem okolju preselilo v realni prostor družbenih organizacij z delovanjem taborniškega odreda Črni Mrav (Flaker, 1981).

Leta 1987 je pod okriljem Centra za prostovoljno delo pri Republiški konferenci ZSMS skupina prostovoljcev v zavodu Hrastovec organizirala prvi tabor v zavodskem okolju, ki deklarativno ni bil usmerjen v zapiranje zavoda, delovanje prostovoljcev in dogajanje na taboru pa je bilo izrazito antiinstitutionalno. Tabor so ponovili tudi prihodnje leto, leta 1989 pa so zaradi nasprotovanja psihiatrov namesto v Hrastovcu tabor izvedli v Ljubljani. Začetek novega tisočletja prinaša ponovno selitev dezinstitutionalizacije iz nevladnega sektorja v javne ustanove. Leta 2001 so učitelji, študentje in prostovoljci s Fakultete za socialno delo v zavodu Hrastovec znova izvedli tabor s ciljem dezinstitutionalizacije. (Rafaelič in Flaker, 2021; Flaker in Rafaelič, 2023)

Leta 2010 je bil kot posledica zastoja dezinstitutionalizacije, predvsem kot protest proti neposlušnosti naročnika uspešnega poskusa neposrednega financiranja, organiziran 700-kilometrski pohod po slovenskih ustanovah z naslovom Iz-hod. Akcija je bila še vedno »taborna«, vendar je dogajanje preselila na pot. To je bil prvi nomadski tabor dezinstitutionalizacije, ki je logiko taborov obrnil na glavo: namesto da bi v ustanove prišli študenti, profesorji, prostovoljci in aktivisti, je tabor ponudil izhod iz ustanov (Rafaelič in Flaker, 2012).

Tabori Fakultete za socialno delo kot del študijske prakse

Taborna oblika dela je pravzaprav stalnica v procesu slovenske dezinstitutionalizacije. To je posebnost, ki je omogočila enkraten razvoj znanja o dezinstitutionalizaciji in zanjo. Tabori so bili namenjeni in so še vedno namenjeni tako pridobivanju znanja kot ustvarjanju novega znanja za uveljavljanje osnovnih vrednot dezinstitutionalizacije. S pomočjo taborne oblike dela so se razvili pristopi skupinske dinamike in uveljavili vzorci demokratične organizacije, ki temelji na antiavtoritarnih pristopih sobivanja. Tabori so povezali in še vedno povezujejo različne akterje slovenske dezinstitutionalizacije, strokovne delavce, akademike, študente, aktiviste in uporabnike v močne mrežne povezave, ki jih tabori zgostijo in utrjujejo.

To je pomemben del zgodovine taborov, ki je pripomogla k razvoju taborov dezinstitutionalizacije kot obliki študijske prakse na Fakulteti za

socialno delo. V zadnjem desetletju so študenti in mentorji izvedli tabore v Dutovljah, Črni na Koroškem, Srbiji (Čurug, Tešice in Novi Bečej), Makedoniji (Demir Kapija), na Hrvaškem (Dom Turnić), v VDC Ilirska Bistrica in na gradu Cmurek na Tratah (Škraban *et al.*, 2022).

Namen taborov dezinstytucionalizacije kot študijske prakse je, da študenti znanje pridobivajo v okolju, v katerem obstaja direktni potencial za razvoj praktičnega in tudi teoretskega znanja na področju dezinstytucionalizacije. V nasprotju z običajnim načinom pridobivanja znanja v visokem šolstvu, v katerem študenti znanje pridobivajo *ex cathedra* v predavalnici, je oblika pridobivanja znanja na taborih negacija takega učenja in zagotavlja pridobivanje in preizkušanje znanja na kraju dogajanja, v praksi. Za učenje dezinstytucionalizacije bi tako lahko kot pogoj zahtevali doživetje totalne ustanove na lastni koži. Takšna izkušnja se je pokazala za nujno tudi v naši skupini, saj smo šele z izkušnjo totalne ustanove in dela v njej (včasih tudi okoli nje) resnično usvojili metode dezinstytucionalizacije in razumeli nujnost spremembe paradigme iz institucionalnih v skupnostne pristope.

Tabori dezinstytucionalizacije v Srbiji v letih 2015 in 2016

Na začetku tega tisočletja so predstavniki delovnih skupin Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve v Srbiji razpravljali o potrebnih reformah v socialnem varstvu in eden izmed ključnih ciljev reforme je bil dezinstytucionalizacija (Pejaković in Zajić, 2014). Leta 2012 se je začel evropski projekt z naslovom »Open Arms« (srb. *Otvoreni zagrljaj*). Projekt je obsegal mednarodno sodelovanje in terensko izobraževanje (Rafaelič, 2015). Dogajanje na področju dezinstytucionalizacije je bilo spodbujeno kot del dogovarjanja o pristopu Srbije v Evropsko unijo. Ta v skladu s skupnimi smernicami za dezinstytucionalizacijo (2021) vse svoje članice in tudi tiste države, ki želijo k članstvu pristopiti, poziva, da zaženejo proces dezinstytucionalizacije.

Kot nosilca izobraževanja sta bila v projektu udeležena profesor in asistentka Fakultete za socialno delo v Ljubljani in prav ta povezava je sploh omogočala tabore v Srbiji. Prvi tak tabor so leta 2015 izvedli v Čurugu, tabore, opisane v tem delu, pa smo izvedli leta 2016. Naši tabori so bili del projekta Otvoreni zagrljaj in so bili študijska praksa za študente ter tudi izobraževanje za vodstvo in zaposlene v zavodih, v katerih smo tabore izvajali.

Prvi, enotedenski tabor smo izvedli januarja 2016. Večja skupina študentov je odšla v Čurug, manjša pa v Tešice. Prvi teden je bil namenjen spoznavanju zavodskega življenja in preizkus načinov dela, ki smo si jih zamislili na pripravljalnih mentorskih srečanjih na fakulteti. Namen prakse je bila pomoč ustanovam v procesu dezinstytucionalizacije. V prvem tednu prakse se je pokazala razlika med zavodom, v katerem so že začeli proces dezinstytucionalizacije (Čurug), in zavodom, v katerem so šele potekali pogovori o načrtu transformacije, sam proces pa se še ni začel (Tešice). Študenti so v zavodu v Čurugu dobili izrazito podporo zaposlenih, poznalo pa se je tudi,

da so nekatere projekte, ki so jih začeli študenti na praksi v prejšnjem študijskem letu, izvajali vse leto in je imela torej ta skupina študentov precej dobre možnosti za nadaljevanje in nadgradnjo aktivnosti. V Tešicah pa je bilo treba aktivnosti šele začeti in je tako trajalo malo dlje, da so se v zavodu »prijele«.

Rezultati in razprava

Raziskava, ki smo jo izvedli, je kvalitativna, eksplorativna ter delno tudi akcijska, saj je nastala ob akcijah in akcije tudi obravnava. Rezultate in razpravo smo razdelili na tri sklope: (1) vpliv taborov na proces dezinstitutionalizacije, (2) znanje socialnega dela v dezinstitutionalizaciji (z razdelitvijo na skupno učenje v praksi in izmenjavo znanja) in (3) tabor kot metoda učenja socialnega dela. Podatke smo pridobili s pomočjo opomnika za vodenje fokusne skupine, nekaj pa tudi iz različnih dnevniških zapisov na taborih dezinstitutionalizacije. Preliminarna faza raziskave je trajala od oktobra 2015 do januarja 2016, ko smo izvedli prvi tabor. Po koncu taborov leta 2016 smo nato zbrali podatke. Po tem smo izvedli še več taborov v različnih ustanovah. Ti so nam bili v pomoč pri razumevanju podatkov in pisanju rezultatov in sklepa. Končni zapis izsledkov raziskave pa smo naredili leta 2023. Populacijo predstavljajo vsi študenti na Fakulteti za socialno delo, ki so opravljali študijsko prakso v obliki taborov dezinstitutionalizacije. Vzorec predstavlja 10 študentov, ki so opravljali študijsko prakso v zavodih v Tešicah in Novem Bečeju v študijskem letu 2015/2016. Poleg študentov različnih letnikov je bila v fokusni skupini navzoča tudi mentorica na fakulteti. Vzorec je neslučajnostni in priročni. Čeprav je vzorec razmeroma majhen in je analiza usmerjena predvsem v doseganje na dveh opisanih taborih, so ugotovitve zaradi skupne usmerjenosti in ciljev taborov dezinstitutionalizacije relevantne za kogarkoli, ki bi želel načrtovati tak tabor ali se ga udeležiti. Transkribiran zapis fokusne skupine smo kodirali in iz njega povzeli rezultate in sklepe raziskave.

Vpliv taborov na proces dezinstitutionalizacije

Posebnost taborov je, da nasproti totalni ustanovi ponujajo obliko totalne skupnosti in so nasprotje nasilni množični kolektivizaciji institucije in jo nadomeščajo s prostovoljno kolektivizacijo posameznikov s skupnim ciljem. Tabori kot totalne skupnosti imajo v nasprotju s totalnimi ustanovami postulat prostovoljnega vključevanja, so časovno omejeni in uresničujejo cilje, ki se ustvarijo z demokratično nehierarhično participacijo vseh taborečih. Spremembe, ki jih tabori lahko vnesejo, delimo na vsebinske, te vključujejo vnos teoretskih izhodišč in strokovnega znanja v proces transformacije, in akcijske, tiste, ki so povezane z vnosom nove, sveže energije in pogosto na utečene institucionalne sisteme delujejo moteče, vanje vnesejo nemir, ki lahko oživi mrtve zidove in vsaj za hip skupnost, podrejeno instituciji, obrnejo na glavo in institucijo podredijo skupnosti (Flaker in Rafaelič, 2023).

Nekateri cilji na področju vsebinskih sprememb, ki smo jih želeli doseči s tabori kot metodo dezinstitutionalizacije, so bili doseženi, mnogi ne. V parih smo skupaj z uporabniki na vsakem taboru izdelali skupaj med pet in deset osebnih načrtov za tiste, ki so si tega želeli. V sklopu izobraževanja za osebje smo predstavili metodo osebnega načrtovanja tudi njim, saj naj bi osebno načrtovanje nadaljevali tudi po našem odhodu. Predstavili smo tudi metodo analize tveganja in skupaj z delavci zavoda izdelali skoraj dvajset analiz tveganja. V obeh zavodih smo organizirali izobraževanje o normalizaciji in nekateri delavci so si to vzeli k srcu, to smo lahko zaznali v njihovi povečani občutljivosti za pritožbe stanovalcev v prihodnjih dneh. Nekaj zaposlenih je po tem izobraževanju prišlo na skupščino, ki smo jo organizirali na oddelku, in poslušalo predloge stanovalcev.

Tudi skupščine, ki so uporabnikom prvič omogočile sodelovanje pri razpravi o njihovem življenju v ustanovi, smo izvajali redno, dvakrat na teden na vsakem oddelku, in stanovalci so dejali, da jih bodo izvajali tudi v prihodnje. Vnesli smo nekaj nove energije in želeli med osebjem vzbuditi spremembo miselnosti iz skrbniške v zagovorniško. To smo poskusili doseči predvsem z zgledom, saj smo sami nastopili izrazito vključujoče in demokratično. Pomembnost novega pogleda na stanovalce je eden izmed udeležencev opisal tako:

Da smo res videli to razliko med skrbniško in zagovorniško vlogo. [...] Kako je bila ta skrbniška vloga pomembna, ki so jo v večini zavzemali vsi zaposleni skoraj 100-odstotno. Bilo pa je zelo pomembno, ko smo mi notri prileteli iz kontra perspektive, iz zagovorniške. (Študent 2. letnika)

Nekaj zaposlenih je kljub prvotnemu odporu sprejelo marsikatero kritiko in videli smo lahko, da so v prihodnjih dneh in tednih vložili več energije v odnose s stanovalci. Ni pa bilo opaziti, da bi se zgodila ključna sprememba v odnosih moči znotraj ustanove. Kljub novi občutljivosti ima namreč osebje kot del sistema omejeno možnost spreminjanja razmerij moči. Kljub temu pa so lahko zaposleni v zavodu pomemben potisk kamna, ki sproži plaz, če ponotranjijo vrednote dezinstitutionalizacije.

Tabor v totalni ustanovi povzroči nemir v zavodskem življenju, nemir, ki ga ustanova, ki si resnično želi spremembe v smeri dezinstitutionalizacije, sprejema z odprtimi rokami. Ta nemir je lahko začetek viharja, ki je potreben, da izruva globoke korenine institucionalizacije. Odnos, ki so ga imeli zaposleni do našega prihoda, je bil vsaj sprva pogosto brezbrizen ali pa odklonilen. Zaposleni imajo občutek, da jim taboreči študenti želijo posegati v njihovo področje dela brez dovolj znanja o tem, kaj to delo pomeni. To v veliki meri drži in študenti resnično pogosto prehitro vidijo zaposlene kot antagoniste grozljivih zgodb, ki se dogajajo za zidovi totalnih ustanov.

Kljub prizadevanju za spremembo pogleda zaposlenih na uporabnike težko rečem, da smo glede demokratizacije odnosov pripomogli k trajnostnim premikom v ustanovah, v katerih smo taborili. Prispevali pa smo vsaj delen vpogled v interne strukture osebja. Nekaj jih je na delavnicah o normalizaciji

izrazilo stisko zaradi hierarhije odločanja v ustanovi. Ob strinjanju z nujnostjo sprememb v ustanovi so zaposleni izrazili frustracijo ob tem, da brez dovoljenja vodstva ne smejo vpeljati novih oblik dela. Ugotovili smo, da težko delamo v okoljih, v katerih prevladuje močna hierarhična struktura vodstva do zaposlenih in stanovalcev, saj je to v nasprotju z našimi cilji. Dokler se vodstvo ustanove ne začne truditi za demokratizacijo odnosov, to težko pričakujemo od zaposlenih.

Znanje socialnega dela v dezinstitucionalizaciji

Pridobivanje in ustvarjanje znanja v obliki praktičnega učenja na taborih se zelo razlikuje od pridobivanja znanja pri visokošolskem poučevanju. Na eni strani imamo pasivno učenje, umaknjeno od snovi, ki jo predavatelj poučuje, predstavljeno v sterilno okolje predavalnice, na drugi strani pa imamo dinamično ustvarjanje znanja in učenja z nenehnim sprotim preverjanjem znanja v praksi in, v idealnih razmerah, uveljavljanjem znanja v praksi. Pri tej obliki generiranja znanja zbledijo običajna razmerja med nosilci moči, v tem primeru med mentorji oz. profesorji in študenti, saj skupno, v jasen cilj usmerjeno delo ustvari zavezništvo, ki presega formalne vloge posameznikov v hierarhiji moči.

Skupno učenje v praksi

Največja razlika v pridobivanju znanja, ki jo tabori omogočajo v primerjavi z učenjem v predavalnici, je pridobivanje in preizkušanje znanja z izkušnjo. Medtem ko študenti pridobivajo znanje, ga skupaj z drugimi akterji tudi ustvarjajo. To je znanje o dezinstitucionalizaciji, ki ne obstaja v vakuumu, obstaja vedno znova v praksi, v specifični situaciji prav tiste ustanove, v prav tisti skupnosti, v prav tistem času. Pri tem je lahko zunanji prispevek (študentov in mentorjev) izrazito pozitivna spodbuda za razvoj znanja za transformacijo določenega zavoda. Ustvarjanje znanja za posamezno ustanovo lahko pomeni skupno raziskovanje možnosti za preselitve glede na značilnosti stanovalcev, lahko pomeni načrt razvoja skupnostnih služb glede na specifične potrebe in priložnosti v lokalnem okolju.

Znanje, ki se razvija na taborih, je lahko in morebiti celo mora biti zelo praktično. Prav ta organska vključenost v transformacijo resničnega zavoda ponudi študentom enkratno priložnost za pridobivanje in preizkušanje znanja v novi reartikulaciji prakse, prilagojene tej unikatni situaciji. In tako vpetost v transformacijo specifičnega zavoda ustvarja najboljše strokovnjake za dezinstitucionalizacijo na splošno.

Pri izvajanju in hkratnem učenju osnovnih metod dezinstitucionalizacije, kot je osebno načrtovanje, se vidi, kako neprecenljiva je izkušnja.

No, saj to, da se moraš sproti prilagajati temu, kako teče pogovor, poskušati na en subtilen način vpeljevati osnovne pojme načrtovanja, čim bolj subtilno, da vstaviš osebni načrt v čim bolj organski pogovor. (Študentka 2. letnika)

Ena izmed študentk je sama omenila, kako malo pomaga to, da vnaprej poslušas o teh metodah, preden jih izvajaš.

Aja, naučila sem se delati dejansko analizo tveganja. V resnici ti ne pomaga zelo to, kar slišiš, preden sprobaš. Vseeno je bilo težko, ker dejansko to moraš speljati, in te oseba, s katero delaš, ne posluša ali pa ne razume, pa še zaradi jezika je malo težko, recimo, če česa ne razumeš, ali pa ona tebe ne razume. (Študentka 2. letnika)

V praksi študenti spoznajo, da imajo te naloge aplikativno vrednost, niso namenjene zgolj študiju in ocenjevanju, ampak je izrazito pomembno, kako izvedeš analizo tveganja ali pa osebni načrt, saj so to dejanski uporabniki v težavnih okoliščinah.

Sem se dejansko tudi naučil, kako to zadevo [analizo tveganja] dejansko speljati, meni je bilo stresno, ker je bilo zares. Jaz bi samo to dodal, da mi je bilo ful carsko, da smo imeli neko zelo realno motivacijo za to delati. Pač, nekje v ozadju je bilo, da je možnost, da se bo ta zadeva nekje uporabila, in to je bilo meni briljantno. (Študent 3. letnika)

Vsi študenti smo se strinjali, da je preizkušanje znanja in metod v praksi neprecenljivo, kljub temu pa smo imeli različne poglede na to, kako jih je najbolje izvajati.

... da bi bilo boljše individualno zaradi več razlogov. Recimo, ko je dva na ena, je premoč za nas. Zakaj je bilo dobro, da sva bila dva? Jaz sem lahko malo pisal zraven. Če bi bil sam, bi imel velike probleme s tem pisanjem. (Študent 2. letnika)

Takšna, taborniška oblika dela in učenja omogoča razhajanja in usklajevanja. V predavalnici se težko pojavijo tako različna mnenja, saj dokler se v praksi ne preizkusimo v vlogi človeka, ki pomaga narediti osebni načrt ali analizo tveganja, preprosto ne vemo, kaj bi nam najbolj ustrezalo. Poleg individualnega učenja v praksi tabori ponujajo »zgostitev« dogajanja in ljudi. Prav ta zgostitev omogoča, da se skupina študentov (in mentorjev) poveže v skupino, ki znanje ustvarja in preizkuša skupaj. Prispevek taborov k razvoju znanja znotraj ustanove v procesu transformacije pa je tudi direktna povezava med metodologijo dezinstitutionalizacije in preobrazbo. Tako lahko na primer izdelava osebnih načrtov in analiz tveganja na taborih neposredno pripomore k preselitvam v skupnost in demokratizaciji odnosov znotraj ustanove.

Ena izmed najpomembnejših vlog, v kateri se lahko študent preizkusi na taboru dezinstitutionalizacije, je zagovorniška. S tem, ko spimo, jemo in preživljamo skoraj ves svoj čas z uporabniki, imamo zares dobro priložnost stopiti v njihov življenjski svet in resnično poslušati njihove želje.

Meni je bilo res carsko, da sem se lotil nečesa, kar je nekdo na skupščini izpostavil kot problem, šel z njim okrog malo porihtati te zadeve, spraševal, kje se da to zrihtati, in tako naprej. Se mi zdi, da tako vidiš v praksi, zakaj je to [zagovorništvo] pomembno. (Študent 2. letnika)

Številne metode dezinstitucionalizacije smo razumeli in jih usvojili šele s preizkušanjem. To kažeta tudi izjavi taborečih:

Če bi mi lani kdo rekel, da moram to analizo tveganja narediti, bi se mi zdelo »kr neki«, kaj naj delam. Ker meni se zdi tudi ta naloga ena izmed pomembnejših na tem faksu. Samo to vidiš šele, ko jo narediš. (Študentka 3. letnika)

Pred samim taborom smo sicer poslušali predavanje o metodah dezinstitucionalizacije, vendar se nismo pretirano osredotočali na njihovo izvedbo in pomen. Nihče si ni zares predstavljal, kako bo videti izdelovanje analize tveganja ali pa osebnega načrta v praksi na taboru. Zato tudi kljub poudarkom mentorice pred prvim taborom nismo razumeli nujnosti vpeljave teh metod za zavod v procesu transformacije. Po izdelavi načrtov in analiz tveganja pa smo lahko v živo videli, kako je to v praksi pomagalo stanovalcem, da so lahko dobili nekatere svoboščine in pravice, ki jih pred tem niso imeli, in kakšna sprememba za njihovo bivanje je to v resnici bila. Čeprav sistematična akcija v smeri preselitev, pri kateri bi lahko pomagali izdelani osebni načrti in analize tveganja, ni bila izvedena, smo lahko študenti videli izjemen emancipacijski potencial teh metod.

Prav tako študent ne more razumeti birokratske rigidnosti, dokler je ne doživi na lastni koži, in takrat lahko dobi drobec te izkušnje, s katero se stanovalci zavodov srečujejo vsak dan;

Recimo za terme [načrtovan izlet, ki se ni nikoli zgodil zaradi neskončnih logističnih zapletov] sem potem videla, ko se niso zgodile šele, koliko stvari moraš pripraviti, da se lahko kaj naredi v teh ustanovah. Meni se tudi zdi, da nihče nima predstave, kako sploh izgleda njihov dan, no, vem, da je jaz nisem imela niti približno, in mislim, da bi morali iti vsaj za kak dan ali pa vikend prej dol in se spoznati s tem. (Študentka 2. letnika)

Vsi študenti, ki so se udeležili taborov, so omenili, da je bila zanje osebno in za njihov poklicni razvoj ta izkušnja neprecenljiva in ena izmed ključnih za razumevanje ideje dezinstitucionalizacije in socialnega dela na sploh. Eden od taborečih je svoje misli strnil takole:

Osebno se mi je zdela izkušnja neprecenljiva. Poleg tega sem velik zagovornik učenja tipa *learning by doing*, saj mislim, da se lahko preko preizkušanja in posnemanja naučimo neskončno več o delu z ljudmi kot iz knjig. (Študent 3. letnika)

Tako pa je pomembnost taborne oblike učenja opisala druga študentka:

Teorija je seveda pomembna, vendar je na koncu odnos in pristop glavni del socialnega dela, tega pa se težko naučiš iz knjig. (Absolventka)

Vpliv taborov dezinstitucionalizacije v Srbiji na skupino študentov, ki so se jih udeležili, je bil vsekakor velik, kot lahko ocenjujem po aktivnosti teh posameznikov v projektih, ki so sledili. Nihče izmed nas ni, preden smo izpeljali tabore v Srbiji, zase trdil, da je kompetenten sogovornik o

dezinstitutionalizaciji. Po izpeljanih taborih v Srbiji pa je velik del skupine nadaljeval organizacijo taborov dezinstitutionalizacije in prevzemal pomembne organizacijske in vsebinske naloge teh taborov. Študenti smo s pripevki o taborih sodelovali tudi na mednarodnih konferencah in mnogi so tudi pozneje svojo poklicno pot nadaljevali na področju duševnega zdravja in dezinstitutionalizacije.

Izmenjava znanja

Pri dezinstitutionalizaciji se znanje ustvarja sproti. Čeprav imajo vse ustanove podobna pravila in strukturo hierarhij, pa ima vsaka ustanova popolnoma svojo skupnost ljudi, slog vodenja, specifičen političen in ekonomski položaj ustanove, povezave z lokalno skupnostjo. Znanje o uvajanju dezinstitutionalizacije v praksi moramo tako črpati iz številnih virov. Pri tem je ključno, da pomembni akterji poslušajo drug drugega. Žal se to pogosto ne zgodi do mere, ki bi zagotavljala uspešno izpeljan proces dezinstitutionalizacije. Zavedati se je treba, da imajo različne skupine različne poglede in znanje o metodah dezinstitutionalizacije. Za uspešno transformacijo zavoda je pomembno, da upoštevamo tako znanje uporabnikov, zaposlenih, vodstva kot tudi zunanjih strokovnjakov.

Na naših taborih je bilo po mnenju študentov premalo resnične izmenjave znanj. Ob evalvaciji smo lahko opazili vidno frustracijo študentov ob tem, da ustvarjanje znanja ni potekalo tako, kot so si zamislili ob snovanju tabora.

Sem pa že na začetku videla, da so oni bolj mislili, da se pridemo mi tja učiti in da bodo oni nam pokazali, kako oni delajo, in mi bomo gledali. Potem pa so videli, da je naš namen ravno obraten, da mi njih nekaj naučimo in jim pokažemo. (Študentka 2. letnika)

To je zanimiva opazka, saj lepo ponazori veliko nejasnosti na taboru v stiku z zaposlenimi. Morebiti se je prav tu skrival potencial za boljše sodelovanje, morebiti bi morali obe skupini bolj poslušati druga drugo, ko sta izražali pričakovanja. Študenti smo imeli težave s tem, da niso bili zaposleni niti med sabo usklajeni, in smo težko iskali skupno področje ustvarjanja znanja.

Za izobraževanje recimo se mi zdi, da smo vseeno nekaj dosegli, ampak nismo mogli veliko doseči, ker morajo oni [zaposleni v zavodu] prvo med sabo začeti sodelovati. Ne moremo ohraniti neke delavnice, če oni ne bodo sodelovali med sabo, če se ne bodo pogovarjali med sabo. (Študentka 2. letnika)

Povezava znanj, ki je najbolj manjkala, je bila povezava med praktičnim znanjem zaposlenih in stanovalcev.¹ Da bi to povezavo vzpostavili, smo na taboru organizirali skupščine na vseh oddelkih, vendar se jih osebje praviloma ni udeleževalo. Občutek študentov ponazarja izjava:

1 Retrospektivno vidim, da je bilo prav znanje stanovalcev najbolj spregledano tudi na taborih, in smo verjetno nekoliko naivno pričakovali, da bomo z organizacijo skupščin na oddelkih poskrbeli za resnično vključitev stanovalcev v proces ustvarjanja znanja.

Pa karkoli smo s stanovalci počeli, so si zaposleni rekli: »U, hvala bogu, da je zdaj mir, zdaj so jih pobrali, so jih zbrali za skupščino, zdaj jih je pol manj na oddelku, zdaj bom jaz manj delal, zdaj grem lahko malo stran.« (Študentka 3. letnika)

V tej želji po razbremenitvi zaposlenih pa lahko najdemo tudi skupno začetno točko sodelovanja med taborečimi in zaposlenimi. So pa zato stanovalci od nas pričakovali veliko, skupščine so bile podij, na katerem so lahko sporočali svoje potrebe, to pa je ključno za uspešen proces dezinstitucionalizacije. Svoje videnje pričakovanj stanovalcev je ena izmed taborečih opisala takole:

Ja, no, oni so videli samo to, da so prišli novi ljudje, mladi, da smo imeli zagon in nismo na njih gledali po nekih diagnozah. [...] Nekateri niso mogli razumeti, da smo tam študentje, da če bi bili zaposleni, da bi mogoče lahko malo več naredili glede določenih stvari, tako pa smo bili na nekem novem teritoriju, kjer tudi z direktorico nismo mogli sodelovati, in ja, smo jih razočarali, definitivno, vsaj na skupščinah. (Študentka 2. letnika)

Že samo to, da smo študenti prišli s popolnoma drugačnim pogledom na stanovalce, je bilo pomembno tako za stanovalce kot tudi zaposlene, ki so lahko videli pogled, ki so ga sami, če so ga kdaj imeli, morebiti že pozabili. To pa je osnovni minimum taborov dezinstitucionalizacije. To bi seveda moralo obstajati tudi, ko v ustanovah ni taborov.

Zaradi nepripravljenosti za sodelovanje zaposlenih na skupščinah se je tudi v nas nabiral občutek nemoči in frustracije in smo za neuspeh zagovorniških akcij obtoževali njih.

Se strinjam, da na neki širši ravni nismo mogli nekaj narediti, in to je tudi stvar, ki je mene najbolj frustrirala na skupščinah. Ne moremo zares mi nič narediti, če ni niti enega zaposlenega tam. (Študent 3. letnika)

Kljub temu je bilo kakih pet zaposlenih, ki so sodelovali in imeli željo po novem znanju, vendar jih ni bilo dovolj za kritično maso in so bili po večini profili zaposlenih, ki so bili že tako ali tako bolje seznanjeni z metodami dezinstitucionalizacije, nasprotno pa večina zaposlenih ni kazala velikega zanimanja. To je ena izmed taborečih opisala tako:

Videlo se je, da so nekateri želeli, so bili zainteresirani, jih je zanimalo, medtem ko druge, na primer te medicinske sestre, ki imajo največ stika, ni zanimalo, da bi se učile in naprej to uporabile. (Študentka 2. letnika)

Verjamem, da mnogi zaposleni niso videli smisla v spremembi njihovih metod dela, saj niso verjeli, da bi lahko študenti iz Slovenije prinesli znanje, s katerim bi lahko to delo izboljšali. Ta očitek je delno upravičen, saj nam je zagotovo primanjkovalo izkušenj z delovanjem institucij, tega pa ne moreta nadomestiti obilje energije in nekaj znanja o metodah dezinstitucionalizacije. Verjamem, da bi lahko tudi taboreči bolj razumeli pomisleke, ki so jih imeli zaposleni. Predvsem bi verjetno morali več pozornosti nameniti negovalnemu kadru in stopiti z njim v zavezništvo za preobrazbo.

Tabor kot metoda učenja socialnega dela

Proces dezinstitutionalizacije prinaša paradigmatško spremembo v razmerjih moči. Zaposleni, ki so bili nosilci moči v odnosu do stanovalcev, se morajo tej moči odpovedati in upoštevati potrebe uporabnikov, ki postanejo vodilo sprememb. Tudi vodstvo zavoda, ki se transformira, se bodisi razpusti bodisi prevzame povsem nove naloge koordinacije oskrbe v skupnosti, oskrbe, ki upošteva uporabnika in njegove želje. Prav sodelovanje z uporabniki in učenje iz njihovih izkušenj morata biti temeljni vodili socialnega dela v praksi (Ferguson, 2009). Če je to želen in nujen končni rezultat demokratizacije odnosov v procesu dezinstitutionalizacije, se sprašujem, kako se ti cilji razbijanja institucionalnih hierarhij preslikajo na področje učenja o dezinstitutionalizaciji in zanjo, kako vplivajo na demokratizacijo odnosov v okviru visokošolskega poučevanja?

Ob na videz manj uspešnim poskusom demokratizacije odnosov v institucijah pa so ti poskusi vplivali na demokratizacijo odnosov med mentorico in študenti, torej na visokošolsko poučevanje in učenje. Že snovanje taborov dezinstitutionalizacije je v srži antiavtoritarno početje in kot tako težko združljivo z jasno hierarhično in avtoritarno usmerjeno logiko visokošolskega poučevanja. Že to, da so tabori oblika učne prakse in mora biti študentovo delovanje nekako ovrednoteno in ocenjeno, do določene mere povzroči, da se antiavtoritarni in antihierarhični element izgubljata v birokratizaciji sodobnega visokošolskega preverjanja znanja.

Pomembno je, da ima pri ocenjevanju večji pomen kot prognostična veljavnost pedagoška veljavnost. Zmožnost ocene sebe in svojega dela mora imeti večji pomen kot prognostična ocena, usmerjena v urjenje in rekrutacijo (Kvale, 1981). To pomeni, da sta pri ocenjevanju bolj kot preverjanje poznavanja, na primer osnovnih metod in znanja o dezinstitutionalizaciji, ključni samoocena posameznika in ocena njegovega dela znotraj skupine. Če je ocena že nujna, bi jo morala po demokratičnih načelih pravzaprav dati skupina in ne vodja.

Odnos mentorjev v takšni praksi težko upošteva uveljavljene pristope visokošolske pedagogike, saj se lahko s tem zelo hitro izneveri ključnim ciljem dezinstitutionalizacije. Tako so navadno odnosi precej bolj osebni in nehierarhični.

Mislim, da je odnos, ki so ga profesorji vzpostavili z nami, vsaj z mano osebno, pomenil zelo dober zgled in odnos, ki sem ga potem lahko naprej prenašal v razmerja z uporabniki in zaposlenimi. (Študent 2. letnika)

Mentorica na praksi pa je takole povzela svoje videnje tega, kdo je bil nosilec znanja, in dogajanja na taboru.

Tudi, da sem se jaz dosti od vas naučila in se mi zdi, da ste pokazali, da precej obvladate. Tisto kar je bilo fajn, je bilo to, ko sem vas gledala, kako hendlate z dogajanjem v živo, da je bilo res nekaj živega, in zares, da se niste samo igrali socialnih delavk. (Mentorica)

Mentorica je večkrat izrazila pozitivno presenečenje nad tem, kako zelo ustrezno smo povzemali in predajali znanje o metodah dezinstitucionalizacije, in poudarila, da smo nemalokrat mi njo spomnili na pomembnost določenih institucionalnih vzorcev. Na splošno je v skupini prevladoval občutek sprejemanja in čeprav je skupino sestavljalo več zelo različnih posameznikov in posameznic, je delovala zelo sprejemajoče in izrazito enakopravno. Za občutek enakopravnosti v skupini je najodgovornejši mentor, on je tisti, ki se lahko nepotrebni moči odpove in dovoli, da se razvije skupna moč v skupini. Vodja je lahko facilitator dogovarjanja, odločanje in odgovornost za odločitve pa se porazdelita med vse člane skupine (Flaker, 2022).

Tabori so polje demokratičnosti in tako tudi za znanje, ki se na njih oziroma, bolje rečeno, iz njih ustvari, velja, da nastane v sinhronem dialogu vseh taborečih. Na splošno je v skupini prevladoval občutek sprejemanja in enakopravnosti.

V glavnem, kar se tiče naše skupine, je bilo dobro gledati, kako smo se prilagajali en drugemu. Se mi zdi, da smo se zaradi vzdušja, ki je vladalo v skupini, naučili sprejeti tudi tiste stvari, ki so nam šle pri določeni osebi na živce. (Študent 2. letnika)

Ja, no, glede nas mi je bilo zelo všeč, da smo lahko sodelovali kot skupina, in se strinjam, vsak ima neke pluse pa minuse in minuse smo vsi spregledali oziroma nismo se toliko osredotočali na to. (Študentka 2. letnika)

Ob omejenem uspehu pri spremembah v instituciji lahko zapišem, da je v procesu visokošolskega učenja vsekakor prevladovalo demokratično ozračje in da so bile hierarhične meje, ko govorimo o skupnem delovanju, ki ločujejo mentorje in študente, skoraj izbrisane. Študenti smo sami prevzemali organizacijo in vodenje aktivnosti na taborih, mentorica pa se je vključevala kot enakovredna udeleženka. Tudi v bolj zasebnem in neformalnem delu naših taborov so se med vsemi taborečimi, tudi z mentorico, spletle enakovredne prijateljske vezi, pokazatelj demokratičnega ozračja taborov. Čeprav mentorica ni bila navzoča ves čas tabora, se to ni zelo poznalo na našem delovanju in organizaciji aktivnosti. Nobenega dogajanja ni določalo vertikalno podajanje navodil in znanja.

Za konec

Poučevanje socialnega dela se v postmodernem, neoliberalno usmerjenem visokem izobraževanju izgublja. Socialno delo v praksi se izgublja v upravnih postopkih in birokratskih ritualih, študij socialnega dela pa se izgublja v svoji lastni postmoderni artikulaciji stroke, ki ne temelji na ugotovitvah iz prakse. Razkorak med poučevanjem in stanjem v praksi je vedno večji, prostora za uporabnike pa ni ne na eni, ne na drugi strani. Socialno delo se mora z vsem, kar premore, upreti sprijaznenosti s sodobnim managerialističnim pristopom socialne politike. Nujna je povezava znanosti socialnega dela in stroke na terenu.

Če želimo spreminjati način poučevanja za dezinstitutionalizacijo, moramo spremeniti način visokošolskega poučevanja o socialnem delu na sploh. Tabori nam s svojo linearno obliko načrtovanja in organizacije lahko pomagajo, da se otresemo starih hierarhičnih odnosov in z dialogom vzpostavimo nove načine pridobivanja znanja. Z razvojem kritičnega mišljenja moramo ustvarjati kader, ki je osvobojen spon zastarele univerze in kot tak zmožen pogledati onkraj hierarhičnih odnosov, ki vladajo v totalnih ustanovah. To je morda največji še neizkoriščen potencial taborov dezinstitutionalizacije in naloga, da damo večji poudarek na znanje in izkušnje zaposlenih.

Demokratizacija odnosov, normalizacija in vsa druga orodja dezinstitutionalizacije so neuporabni, če nimamo na strani strokovnjakov ljudi, ki zavračajo vseobsegajoče in nepopolne modernistične resnice, razumejo izzive postmoderne relativizma, ob tem pa pozivajo k paradigmatiski spremembi oskrbe s pomočjo kritičnega, radikalnega pogleda na ustanove kot tudi proces visokošolskega izobraževanja, katerega del so ali so bili. Tabori pa nam omogočajo tudi vzpostavitev pozitivnih okolij za razvoj takšne emancipacijske miselnosti.

V procesu dezinstitutionalizacije ustvarjamo novo znanje, ki s pomočjo dialoga, ki poteka na mnogih relacijah (npr. strokovnjak – uporabnik, strokovnjak – država, profesor – študent), zavrača stare vzorce razvoja znanja. Pridobivanje takega znanja je neločljivo povezano s prakso socialnega dela, ni ga mogoče pridobiti zgolj s teoretskim izhodiščem in ni statično. Tako znanje se ustvarja skupaj z uporabniki in njihovo izkušnjo kot tudi izkušnjo strokovnjakov, profesorjev in študentov.

Temeljna razlika je, da je v običajnem procesu podajanja znanja v visokem šolstvu domnevni nosilec znanja mentor oziroma profesor, pri tabornih oblikah praktičnega učenja pa je nosilec znanja kolektivna izkušnja. V predavalnici je znanje popolnoma statična dimenzija in ga profesor razlaga študentom, znanje za dezinstitutionalizacijo pa je dinamična tvorba, ki temelji na demokratičnosti in svobodi, ustvarja pa se sproti in se prilagaja ljudem, ne pravilom katerekoli institucije, bodisi socialnovarstvenega zavoda bodisi univerze. Poleg drugačne oblike ustvarjanja znanja je tak način dela tudi upor proti ustaljeni družbeni delitvi moči, iz katere izhaja nepoštena diskriminacija, ki povzroča zatiranje (Thompson, 2010).

Tabori so v svoji ideji nasprotje totalne ustanove in pokažejo obrat institucionalne oskrbe. So totalne skupnosti, ustvarijo mrežo ljudi, ki preživijo nekaj časa v intenzivnem sobivanju in teden, dva ali več drug z drugim doživljajo nekatere izmed najlepših stvari v življenju, kot so sprejemanje, smeh, ljubezen, razumevanje, hkrati pa ustvarijo prostor, v katerem je dovoljeno in sprejeto skupaj doživljati tudi najhujše plati življenja, kot so osamljenost, izguba in izolacija. Tabori so zgoščena izkušnja bivanja in življenja, ki se potencira in okrepi skozi megafon skupnosti. Znanje, ki ga ustvarjajo, je znanje, ki iz te izkušnje tudi izhaja, to je znanje, ki ga ustvari skupnost. Prav tako, kot bi morali študenti ovreči površne predstave o tem, da so zaposleni v ustanovah nujno vršilci institucionalnega nasilja, bi se morali zaposleni v

ustanovah otresti predstav o tem, da so študenti in mentorji, ki prihajajo na tabor, nasprotniki, ki želijo ukiniti službe in zaposlenim v zavodih sporočiti, da so slabi ljudje zaradi same narave njihovega dela.

Pomembno je, da začnejo tako zaposleni kot študenti, mentorji in stanovalci delati skupaj proti rigidnemu ustroju totalnih ustanov in z demokratiizacijo odnosov in normalizacijo razmer uresničevati cilje dezinstitucionalizacije. Vprašanje je, ali so lahko študentje z nemirom, ki ga vnesejo v ustanove, glavno gonilo sprememb. Najverjetneje ne. Lahko pa so, z energijo in znanjem, ki ga prinesejo, zadnja slamica, ki zlomi kamelji hrbet institucionalnega statusa quo v ustanovi, kjer pri vodstvu in zaposlenih obstaja pripravljenost za transformacijo.

Tudi v visokem šolstvu govorimo o znanju, ki ga ustvarja skupnost, vendar je akademska skupnost izrazito drugačna od skupnosti, ki se ustvari na taborih. Razlik med znanjem, ki se ustvarja v skupnosti na taborih, in akademskim znanjem je precej. Morebiti ključna za razumevanje pomembnosti taborov kot študijske prakse je razlika med taborom, ki je samostojna entiteta dezinstitucionalizacije, in akademskim procesom, ki je po pravilu birokratski, hierarhičen in pogosto vsebinsko prazen. V tem akademski proces poučevanja in napredovanja v univerzitetnih hierarhijah moči spominja na strukture v totalnih ustanovah, ki temeljijo na pravilih. V zavodih obstaja množica pravil, ki svoje veljavnosti ne gradijo na skupnosti, temveč na hladni racionalizaciji, na zakonih ali pa na argumentu moči, kot starš, ki otroku reče: »To je tako zato, ker jaz tako rečem!« Temelji zgolj na izčrpanosti, ki je v birokratskih sistemih kroničnega zatiranja opazna na vseh ravneh. Prav tako se univerze in fakultete podobno zapirajo v nesmiselne relativizme in obsedenost s formo, v kateri imata navzočnost na predavanjih in izpolnjevanje nalog absolutno prednost pred lastno refleksijo in poglobljenim študijem praktične stroke in znanosti, ki ji študent pripada.

Znanje, ki se ustvarja na taborih, v skupnosti, pa je temu diametralno nasprotno. Skupnost taborečih, v nasprotju z akademsko skupnostjo, ki temelji na jasno določenih pravilih, temelji na dogovorih skupnosti. Tako je skupnost oziroma tabor sam ta, ki znanje ustvarja, saj dovoljuje, da se med ljudmi ustvari polje, ki ga v birokratskih, na pravilih in hierarhijah vzpostavljenih skupnostih, ni. Govorimo o področju življenja, sobivanja, ki namesto omejitev ponuja prostor za rast in s tem prostor za razvoj relevantnega znanja za skupnost.

Tabor je enkraten dogodek in kot tak ustvarja enkratno znanje za eno ustanovo, za eno skupnost. Kljub temu pa to ne pomeni, da tabori kot oblika dela in učenja za dezinstitucionalizacijo ne ustvarjajo prepleta mrež znanja, ki tvorijo kompetentno skupnost strokovnjakov za dezinstitucionalizacijo. Če se bojimo, da bi v ustanove vstopali s premalo vedenja, pa je tudi preveč izdelan sistem metod in znanja lahko ob vstopu v ustanove v procesu transformacije prav tako neproduktiven. Znanje, ki se ustvarja, ni le znanje, ki dopolnjuje resničnost stroke, spreminja se tudi resničnost posameznikov, vključenih v proces transformacije.

Znanje o dezinstytucionalizaciji in zanjo vsebuje imperativ neizključevanja in skupnosti in mora kot tako nujno izhajati iz nje. Nobeno znanje, ustvarjeno in predano zunaj okvirjev nehierarhične in demokratične skupnosti, ne more ustvariti kompetentnih in usposobljenih strokovnjakov za dezinstytucionalizacijo ali socialno delo na sploh. Izobraževanje za dezinstytucionalizacijo je radikalno in razume, da je za intelektualno teoretizacijo ključen tudi materialni svet, ki zahteva povezovanje med teorijo, izobraževanjem in njegovim potencialom za progresivne spremembe. Govorimo o ponovni artikulaciji praksisa, povezave med teorijo in prakso, med učenjem in izkušnjo v koherentni radikalni intelektualni analizi.

Viri

- Cooper, D. (1980). *Psihiatrija i antipsihiatrija*. Zagreb: Naprijed.
- Ferguson, I. (2009). 'Another Social Work is Possible!' Reclaiming the Radical Tradition. V V. Leskošek (ur.), *Theories and methods of social work: exploring different perspectives*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V. (1981). Uveljavljanje skupinskega dela v taborniški organizaciji. V B. Stritih, B. Mesec, V. Flaker, P. Rapoša-Tajnšek, G. Čacinovič Vogrinčič, V. Milošević Arnold, & A. Kavar Vidmar, *Prostovoljno socialno delo* (str. 113–145). Ljubljana: Višja šola za socialne delavce.
- Flaker, V. (2022). *Moč skupine*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., & Rafaelič, A. (2023). *Dezinstytucionalizacija II: nedokončana*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Freire, P. (2019). *Pedagogika zatiranih*. Ljubljana: Založba Krtina.
- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: from institutional to community care*. London: Sage.
- Gramsci, A. (1971). *Selections from prison notebook*. London: Lawrence and Wishart.
- Kvale, S. (1981). *Izpiti in gospostvo*. Ljubljana: Partizanska knjiga.
- Laing, R. D., & Esterson, A. (1964). *Sanity, madness and family*. London: Penguin book.
- Ledwith, M., & Springett, J. (2010). *Participatory practice: Community-based action for transformative change*. Bristol: The Policy Press.
- Pejaković, L., & Zajić, G. (2014). *Deinstitucionalizacija rezidencijalnih ustanova socijalne zaštite u Srbiji*. Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu. Pridobljeno 7. 3. 2025 s <http://www.zavodsz.gov.rs/media/2013/save-final-book-srb-sa-koricama-ok.pdf>
- Rafaelič, A. (2015). *Pomen povezovanja in vključevanja pri oskrbi po meri človeka in procesih dezinstytucionalizacije*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (doktorska disertacija).
- Rafaelič, A., & Flaker, V. (ur.) (2012). Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, XXXIX, 250.
- Rafaelič, A., & Flaker, V. (2021). *Dezinstytucionalizacija I: neskončna*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Scheff, T. (1966). *Being mentaly ill*. New York: Garden City.
- Stritih, B., & Mesec, B. (1977). *Prostovoljno preventivno in socialnoterapevtsko delo z otroki. Rakitna – akcijskoraziskovalna naloga: socialnoterapevtska kolonija*. Ljubljana: Inštitut za sociologijo.

- Škraban, J., Kafol Stojanovič, N., Fras, S., & Mestek, K. (2022). Študentski tabori kot metoda dezinstitucionalizacije. V S. Bezjak (ur.), *O skupnosti in dezinstitucionalizaciji onkraj obstoječih vrtov in vrtičkov: Zbornik Muzeja norosti* (str. 111–128). Trate: Muzej norosti.
- Taylor, R., Barr, J., & Steele, T. (2002). *For a radical higher education*. Buckingham: SRHE and Open University Press.
- Thompson, N. (2010), *Theorizing social work practice*. Hampshire: Macmillan Publishers Limited.

Nataša Novak

Pomoč koordinatorke obravnave v skupnosti uporabnici s težavami z duševnim zdravjem pri obnovi hiše

V prispevku so prikazane osebne okoliščine uporabnice in dogajanje pri urejanju stanovanjskih zadev znotraj obravnave v skupnosti. Opisano je, kako in zakaj je koordinatorica prevzemala vse več obveznosti, saj drugih pomočnikov ni bilo na voljo, hkrati pa je še vedno spoštovala integriteto in samostojnost uporabnice, saj je imela ta ves čas pomembno vlogo pri odločanju o postopku prenove in zbiranju finančnih sredstev. Posledica njunega sodelovanja in individualnega načrtovanja je bila, da je uporabnici po zaslugi prijav na razpise, donacij in dodatkov ob epidemioloških ukrepih vlade v treh letih uspelo privarčevati dovolj za obnovo.

Ključne besede: individualno načrtovanje, krepitev moči, zbiranje denarja, revščina, podpora.

Nataša Novak je univerzitetna diplomirana socialna delavka, zaposlena na Centru za socialno delo Severna Primorska kot koordinatorica obravnave v skupnosti. Kontakt: natasa.novak1@gov.si

How a Community Mental Health Coordinator can help a user with mental health issues in renovating her house

The article describes the personal circumstances of the user and the events surrounding the resolution of housing issues within the community. It describes how and why the coordinator took on more and more responsibilities, as no other assistants were available, while still respecting the integrity and independence of the user, who played an important role in deciding on the renovation process and raising funds. As a result of their cooperation and individual planning, the user managed to save enough money in three years to renovate the water and electrical systems, windows, and chimney, thanks to applications for tenders, donations, and government subsidies for epidemiological measures.

Key words: individual planning, empowerment, fundraising, poverty, support.

Nataša Novak is a social worker with a university diploma. She's employed at the Centre for Social Work, Northern Littoral Region, Slovenia, as a community coordinator. Contact: natasa.novak1@gov.si

Uvod

Prispevek sem pripravila na podlagi lastnih izkušenj dela z uporabnico s težavami na področju duševnega zdravja, ki se preživlja s pokojnino in varstvenim dodatkom ter nima prihrankov, kot cilj pa si je določila obnovo ključnih delov svoje hiše.

Ko je cilj večinoma dosegla, sem ji predlagala, da bi njeno zgodbo o uresničevanju cilja predstavila na konferenci o deinstitutionalizaciji. Sprva se je začudila, potem pa razveselila in mi dala soglasje, da lahko opišem vse dogajanje.

Tako je nastala študija primera, v katerem je predstavljeno uresničevanje cilja (popravlilo delov hiše) po načrtu obravnave v skupnosti. Dogajalo se je v letih 2020–2023 in še vedno traja.



Zakonodaja

Naj začnem s predstavitvijo obravnave v skupnosti v zakonodajnem in konceptualnem okviru. Zakon o duševnem zdravju (2008) je uvedel tri profile strokovnjakov: koordinatorja nadzorovane obravnave, ki je zaposlen v psihiatrični bolnišnici, zastopnika pravic na področju duševnega zdravja, ki spada pod okrilje Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, ter koordinatorja obravnave v skupnosti, ki je zaposlen na centru za socialno delo. Največ bom pisala o sodelovanju koordinatorke obravnave v skupnosti (v nadaljevanju koordinatorke) in uporabnice.

Vsebinsko oziroma delo znotraj obravnave v skupnosti ureja »Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti« (2009), v nadaljevanju pravilnik.

Pravilnik v 2. členu opredeljuje obravnavo v skupnosti, ki je postopek izvajanja socialnovarstvenih, zdravstvenih ali drugih storitev in programov pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave.

V 9. členu določa, da načrt vsebuje zapis ocene situacije osebe, ugotovitev potreb osebe, cilje obravnave, ukrepe za njihovo doseganje, predlog izvajalcev ukrepov, časovno opredelitev izvajanja načrta, način spremljanja, evalvacije izvajanja ukrepov in finančno ovrednotenje.

Pravilnik v tretjem poglavju v 10. členu določa šest področij urejanja, in sicer: urejanje stanovanjskih oziroma bivalnih razmer, urejanje socialne varnosti, urejanje zaposlitve in dela, urejanje podpore pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil, urejanje podpore pri zagotavljanju socialnih stikov in družabnosti ter druga pomembna področja za vključevanje v skupnost.

Ključni pojmi, metode, načela in značilnosti individualnega načrtovanja

Ključni pojmi obravnave v skupnosti so kakovost življenja, vpliv uporabnika, osebna participacija, kakovost izvedene storitve in individualizacija (Škerjanc, 2006, str. 25–32).

Kakovost življenja pomeni nadzor nad svojimi viri moči, ki so lahko osebni, finančni, premoženjski, sorodstveni in pomenijo mehanizem zadovoljevanja različnih osebnih potreb na ravni posameznika. Zadovoljevanje teh potreb se kaže v življenjskem slogu, osebnih vrednotah in dostopu do najrazličnejših vsebin, organizacij, programov, storitev ipd. Vpliv uporabnika bi lahko opredelili kot vprašanje, ali se odloča sam ali odloča kdo drug v njegovem imenu. Participacija pomeni, da sodeluje, ustvarja svoj slog življenja in si sam določa cilje, npr. kako želi živeti, porabljati denar, ki ga ima na voljo.

Kakovost storitve se meri v ustreznosti storitev, ki nastajajo na podlagi opredeljenih ciljev oziroma vizije uporabnika. Glede na to, mora biti storitev

oblikovana, individualizirana po meri uporabnika, in mora upoštevati njegove zmožnosti in sposobnosti, ima določene cilje, izvajalce, trajanje in vire za morebitno plačilo. Koordinatorji obravnave v skupnosti pri delu uporabljamo individualni pristop in metodo individualnega načrtovanja.

Pri tem je pomembno upoštevanje načel individualnega načrtovanja, in sicer: zaupnost vsebin pogovorov, zavezanost k udejanjanju ciljev vseh vpletenih oziroma članov multidisciplinarnega tima, zagotavljanje vpliva pri uresničevanju in udejanjanju ciljev, kjer ima zadnjo besedo uporabnik, krepitev moči uporabnika, možnost izbire in odločitve v časovnem pogledu, izbire izvajalcev, načina, vsebine ipd., vloge morajo biti jasno določene (vloga uporabnika, koordinatorke in izvajalcev), določen mora biti mandat glede trajanja, načina sodelovanja, prispevka vpletenih, na koncu pa je treba dosežke tudi proslaviti. (Škerjanc, 2006, str. 25–31)

Značilnosti metode individualnega načrtovanja so, da se začne na uporabnikovo željo. Uporabnik ohranja vpliv in zadnjo besedo v procesu zagotavljanja storitve in si pri tem izboljšuje kakovost življenja. Možno je ponovno načrtovanje v pomenu drugega kroga kot nadgradnje, ki se sproži med udejanjanjem ciljev, možno je tudi, da si uporabnik premisli ali si zamisli drugačno udejanjanje ciljev. (Škerjanc, 2006, str. 53)

Ob načrtovanju in pripravi predloga načrta obravnave v skupnosti spoznavamo uporabnika kot osebnost, njegove trenutne življenjske okoliščine (sedanjost), lahko nam predstavi svojo življenjsko zgodbo (preteklost), veliko pa govorimo o prihodnosti, saj se iz želja in težnje k spremembi oblikujejo cilji.

Metoda individualnega načrtovanja z udejanjanjem ciljev prinaša strukturo, tehnike in delovna načela za praktično socialno delo, za premik od besed k dejanjem, od opisovanja in načrtovanja k razmisleku in delovanju in orodje za pretvarjanje uporabnikovih osebnih ciljev v oblike pomoči in socialnovarstvene storitve. Hkrati prinaša tudi postopek za zbiranje podatkov o nalogah, ki so bile opravljene, o uresničenosti posameznih osebnih ciljev, o kakovosti opravljenih storitev, o vlogah, ki jih je izvajalec povzemal. (Škerjanc, 2010, str. 138)

Predstavitev uporabnice, načrtovanje in priprava predloga načrta obravnave v skupnosti ter delovna vprašanja

Predstavitev uporabnice in njene življenjske okoliščine

Uporabnica ima okrog petdeset let, živi sama v lastniški hiši, ki jo je podedovala po starših. Nima partnerja ali otrok, tudi sorodnikov ne, razen daljne sestrčne, ki živi v tujini. Imela je sestro, a je umrla pri njenih desetih letih. Zaposlila se je pri rosnih petnajstih letih, bila kmalu prvič hospitalizirana v psihiatrični bolnici in v 21. letu invalidsko upokojena s šestimi leti delovne dobe. Kot pove sama, je bila v preteklosti slabega zdravja, več v bolnišnici kot doma. Odkar sta ji umrla starša, se zaveda, da je sama za vse in da je najpomembnejša skrb za svoje zdravje.

Vse življenje živi v tej vasi in v tej hiši, rada ima mir. A tudi pogreša družbo, največkrat jo najde v domači vasi v majhnem vaškem lokalu, kjer se vedno kaj dogaja. Ima prijatelje, ki občasno pridejo na obisk ali pomagat, največkrat pri opravilih z drvmi. Preživlja se z invalidsko pokojnino in varstvenim dodatkom v skupnem znesku 576,44 evrov (odločba izdana julija 2021, znesek se usklajuje z rastjo inflacije), zato ji ni uspelo ustvariti prihrankov. Rada bere, piše različne misli in svoja doživljanja, veliko moli in obiskuje cerkev. Je miroljubne narave, prijazna, ustrezljiva, dobrotljiva in ko je na voljo, rada klepeta z ljudmi. Je tudi jasna in glasna, da želi imeti glavno in zadnjo besedo, kar zadeva dogajanje v njeni hiši, posebej pri popravilih, kdo lahko vstopi v hišo in kakšno vedenje je zaželeno. Zafrkavanja, podcenjevanja in žalitev ne sprejema in ne prenese.

Načrtovanje in priprava predloga načrta obravnave v skupnosti

Pobuda za vključitev v obravnavo v skupnosti je bila podana leta 2016. Z uporabnico sva začeli pripravljati predlog načrta obravnave v skupnosti. Uporabnica je leta 2016 prejela dediščino po očetu; podedovala je nepremičnini (hišo, v kateri živi, in gozd) in prihranke. Februarja 2017 je podpisala privolitev v obravnavo v skupnosti in cilje, ki si jih je določila, v resnici udejanjila v prvi polovici leta 2017, tudi cilj glede obnove hiše, saj je zamenjala streho, vhodna vrata in okna v pritličju hiše, potem pa se je načrtovanje (in obnova hiše) ustavilo. Uporabnica je živela svoje življenje, vesela je bila predstavnikov različnih služb (s področja zdravstva in socialnega varstva), ki so jo obiskovali na domu.

Predlog načrta obravnave v skupnosti je bil pripravljen avgusta 2019. Po večmesečnem usklajevanju je bil predviden multidisciplinarni tim na začetku marca 2020. A je bil odpovedan zaradi uporabničine poškodbe in potem prestavljen na jesen 2020, tudi zaradi razglašene epidemije covida-19. Načrt obravnave v skupnosti je bil tako potrjen in sprejet jeseni 2020. V načrtu so bili opredeljeni cilji za organizirano življenje v skupnosti, še odprte možnosti za oblikovanje ciljev, med že narejenimi pa je bila obnova hiše, saj se je pokazalo, da je bil to do takrat le delno dosežen cilj.

Poleti 2020 so se pojavile nove okoliščine in začele vplivati na obliko pomoči z vidika obnove pomembnih delov hiše. Kot problematična se je pokazala električna napeljava zunaj in znotraj hiše, glede udara strele zunaj in možnosti požara znotraj hiše (leseni stropi in dotrajana električna napeljava). Ob njeni hiši je državna cesta, ki je bila v tem letu obnovljena. V času gradnje ceste in obiskov delavcev, različnih izvajalcev del in inšpektorjev, se je pokazalo, da bo za začetek nujna vgradnja električne omarice na zunanjo-sti hiše in torej tudi obnova električne napeljave v notranjosti. V tem času je začela puščati še vodovodna napeljava v kopalnici, peč na drva v kuhinji pa se je začela dimiti in kaditi.

Postavilo se je več vprašanj, in sicer kako organizirati pomoč pri obnovi ključnih delov hiše, saj uporabnica nima prihrankov (oziroma proračuna za

ta namen), kdo bi bil pravšnja oseba za izvedbo organizacije, spremljanja, koordiniranja in vodenja izvedbe del ter različnih opravil.

Delovna vprašanja

Po pogovoru z uporabnico, hitrem naboru možnih finančnih pomoči in pristojnosti po pravilniku so se odprla delovna vprašanja:

- a) Ali pomoč pri obnovi ključnih delov hiše spada k nalogam obravnave v skupnosti glede na zakonodajo oziroma pravilnik?
- b) Ali je cilj, obnova ključnih delov hiše – električne, vodovodne in dimnikarske napeljave – sploh izvedljiv?

Rezultati

Vidik uporabnice

Za bivanje v domačem okolju uporabnica potrebuje obnovo električne, vodovodne in dimniške napeljave, saj so napeljave dotrajane in stare približno petdeset let. Hiša je bila zgrajena leta 1923, je kamnita, z lesenimi stropi, zid je širok približno 40 cm. Njen oče v starosti ni dovolil naložb in popravil v hiši. Uporabnici je zapustil nepremičnine in prihranke, ki bi sicer zadoščali za pokritje stroškov oskrbe njene mame za čas bivanja v domskem varstvu v preteklosti, saj je občina ob izdaji odločbe v zemljiško knjigo vpisala plombo na nepremičnine. Uporabnica se je po dedovanju premoženja in prihrankov po očetu leta 2016 odločila, da bo raje investirala v nujno obnovo hiše, in je leta 2017 najprej obnovila streho, zamenjala okna v pritličju in vhodna vrata. A za vsa potrebna popravila hiše ji je zmanjkalo sredstev.

Z uporabnico je bil sklenjen dogovor, da bo skušala varčevati pri porabi periodičnega in neperiodičnega dohodka, da bo prejeto nakazilo za določen namen za ta namen tudi porabila in bo različne izvajalce del spustila v hišo. Ti bodo večinoma moški, s katerimi se bo treba pogovarjati in jim izraziti želje in pričakovanja. Če bo ob tem doživljala stiske, se bo posvetovala s strokovno delavko društva Ozara ali z menoj, po potrebi z izbranim psihiatrom.

Uporabnica je leta 2020 dala v posek del gozda, prejela nakazilo za dogovorjen posek, a je bil posek dvakrat večji po ugotovitvah nadzornikov. Nakazila za lesno biomaso za nedogovorjen posek ni prejela v roku več kot enega leta. Kot koordinatorica sem vztrajala: če ni nakazila, govorimo o kraji. Šele jeseni 2021 se je uporabnica opogumila in dogodek prijavila na policijo. Sledil je sodni postopek, ki se je končal s poravnavo v veliko finančno škodo uporabnice.

Zakonodajni vidik

Pravilnik v 10. členu opredeljuje kot prvo izmed šestih področij urejanja: urejanje stanovanjskih oziroma bivalnih razmer. To področje je precej raztegljivo,

obsega tako pomoč pri iskanju ustreznega stanovanja, sobe, strukturiranih oblik bivanja in institucionalne namestitve, pomoč pri prijavi na razpise za neprofitna in profitna stanovanja, iskanje možnosti pri plačilu stroškov bivanja, pri urejanju različne dokumentacije ipd. Včasih se to zgodi v spremenjenih življenjskih okoliščinah, po odpustu iz bolnišnice, ali pa je takšen cilj načrta obravnave v skupnosti.

Osebe s težavami z duševnim zdravjem, ki ne potrebujejo več zdravljenja v bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, a potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju (2. člen pravilnika), najpogosteje bivajo v domačem okolju, a same velikokrat ne poznajo pravic, postopkov oziroma težko sledijo sosledju pri urejanju pravno formalnih in upravno administrativnih zadev.

Obravnava v skupnosti je kot naloga podrobno zapisana v »Katalogu javnih pooblastil, nalog po zakonu in storitev, ki jih izvajajo centri za socialno delo« (Katalog, 2024, str. 165–171). Predstavljen je ves postopek od pobude, priprave predloga načrta obravnave v skupnosti, sestave članov multidisciplinarnega tima za potrditev predloga načrta, evalvacije doseženega in prenehanje obravnave. Izvajajo se neposredno delo z uporabnikom, z mrežo izvajalcev storitev ali programov, organizacijo, koordiniranje in tudi nadzor nad izvajanjem načrta obravnave v skupnosti.

Izvajanje cilja popravila delov hiše

Začetek

Po načrtu obravnave v skupnosti je uporabnico obiskovala strokovna delavka društva Ozara, ki je že v prejšnjih letih sodelovala pri iskanju donacije in izvedbi beljenja kuhinje, prostora, kjer se uporabnica največ zadržuje. In sva kot članici multidisciplinarnega tima pregledali možnosti, kje začeti iskati pomoč oziroma sredstva, tako glede organizacij kot potencialnih razpisov za nepovratna sredstva. V nadaljevanju sva si nove informacije sproti sporočali.

Sklenjen je bil dogovor z uporabnico, da bo povprašala pri izvajalcih v okolici in pridobila vsaj dva predračuna za popravilo električne napeljave.

Pripravljen je bil načrt oddaje vlog različnim organizacijam, z vlogo za izredno pomoč na pristojnem centru za socialno delo, sledile so vloge za denarno pomoč na Rdeči križ in Karitas, lokalnemu Lions klubu za obnovo električne napeljave in Državni tehnični pisarni za sanacijo zidovja hiše po zadnjem potresu leta 2004.

Od avgusta do decembra 2020 so bile vloge oddane, nekatere že rešene, pri nekaterih je še čakala na odgovor. Glede na pravila poslovanja posamične organizacije je bilo nakazilo pomoči izvedeno na njen osebni račun ali predvidenemu izvajalcu del. Prvo opravljeno delo je bila vgradnja električne omarice januarja 2021, ko ji je uspelo pridobiti in prihraniti sredstva za plačilo.

Vlada Republike Slovenije je v letih 2020–2022 pripravila različne ukrepe za boj proti posledicam epidemije covida-19, ki so jih bili v obliki

denarnih nakazil deležni prejemniki denarne socialne pomoči in varstvenega dodatka.

Leta 2021 je bil odprt drugi javni poziv Zero500 (Eko sklad, 2021) na Slovenskem okoljskem javnem skladu (v nadaljevanju Eko sklad), ki je bil namenjen prejemnikom denarne socialne pomoči oziroma varstvenega dodatka v obliki nepovratnih sredstev do najvišje vrednosti 9.620 evrov za več namenov obnove oziroma popravil (so)lastniške nepremičnine.

V tem letu je bila oddana tudi vloga na Ustanovo radia 1 (ena) – fundacija preprosto blizu za obnovo kopalnice in z enako vsebino poslana na občino.

Z Eko sklada je na začetku leta 2022 prejela poziv za dopolnitev vloge, prav tako z Državne tehnične pisarne. Uporabnica je potrebovala pojasnila, da vloga ni zavrnjena, temveč želijo od nje dodatno dokumentacijo v določenem času. Za Eko sklad je vlogo uspešno dopolnila in prejela odobritev za menjavo oken v zgornjem nadstropju hiše in rekuperacijo. Vlogo je uspešno dopolnila tudi za Ustanovo radia 1 (ena) – fundacijo preprosto blizu in kmalu sklenila donatorsko pogodbo. Z občine na njeno vlogo ni bilo odgovora.

Za Državno tehnično pisarno ni našla dokazil iz drugega potresa leta 2004, saj njen oče ni prijavil škode na zidovju hiše in vloge ni mogla dopolniti.

Leta 2021 je bil na Eko skladu objavljen Javni poziv 86SUB-SOCOB21 (2021), »Nepovratne finančne spodbude socialno šibkim občanom za zamenjavo starih kurilnih naprav z novimi kurilnimi napravami na lesno biomaso v stanovanjskih stavbah«. Uporabnica se je prijavila, a odločitve o vrsti kurilne naprave nikakor ni mogla sprejeti.

Iskanje sredstev

Vsaka obnova je zahtevno delo, glede vsega načrtovanja, dogovarjanja, izvedbe in plačila. In še zahtevnejša, ko oseba nima rezerve denarnih sredstev in jih je treba poiskati. S tem se ukvarjajo temu namenjene organizacije, postavilo se je vprašanje, ali se obrniti na katero v lokalnem ali slovenskem merilu. A je bil sklenjen dogovor med uporabnico, predstavnico Ozare in mano, da se počaka, saj je glede na nabor različnih oblik pomoči treba voditi že zaprošene. *Fundraising*¹ ali televizijska oddaja² sta lahko zadnji možnosti.

1 *Fundraising* (ang.) »je pridobivanje sredstev, navadno za zagon določene ideje, projekta, podjetja« po spletni razlagi Frana (2024), slovarjev Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU. Za iskanje sredstev v mojem primeru je primernejša razlaga besede *fundraising* po Wikipedii (b.d.) »postopek iskanja in zbiranja prostovoljnih finančnih prispevkov s sodelovanjem posameznikov, podjetij, dobrodelnih fundacij ali vladnih agencij.« Cambriški slovar (Dictionary Cambridge, b.d.) termin *fundraising* razloži kot »zbiranje ali ustvarjanje denarja za določen namen, zlasti za dobrodelne namene.« V Sloveniji se *fundraising* izvaja za različne namene, npr. za pomoč ljudem in otrokom v socialni stiski, zaradi zdravstvenih težav in potrebujejo zahtevnejše zdravljenje v tujini ipd. Posameznik v stiski tako lahko dovoli zbiranje sredstev zanj določeni organizaciji in za določen namen, tudi s pojasnilom, zakaj prav zdaj. A na zbiranje sredstev, posebej v večjih zneskih za uporabnike s težavami z duševnim zdravjem, z nizkimi prihodki, ki živijo v dotrajani lastniški hiši, koordinatorica (še) nisem naletela.

2 Televizijske oddaje, v katerih izvedejo obnovo hiše v tednu dni, imajo svoja pravila izbire ljudi/družin, z različnimi življenjskimi zgodbami in okoliščinami, ki niso javno znani.

Takšni gradbeni posegi so velik izziv, potrebno je veliko iznajdljivosti, samoiniciativnosti, vztrajnosti in potrpežljivosti. Predvidoma naj bi oseba kot lastnica nepremičnine poznala razpise oziroma druge možnosti, upoštevala vsa navodila in pogoje ter razumela vse postopke, dokumentacijo in potem še samo izvedbo. Tem postopkom težko sledi neuka oseba, če pa ima hkrati še druge, kakršnekoli zdravstvene težave, telesne ali psihične omejitve, se v teh postopkih izgubi.

Načela izvajanja

Spomladi 2021 se je pokazalo, da uporabnica potrebuje vodenje v upravnih postopkih, razlago besedil prejete pošte in občasno tudi pomoč pri dogovarjanju z različnimi izvajalci del in predstavniki organizacij pomoči. Ko ni vedela, ali naj kak dogovor sklene ali potrdi, mi je zaupala stisko in prepustila odločanje.

Ob različnih dilemah ali vprašanjih, kako naprej ali kako bi raje, sem povprašala uporabnico po njenem mnenju, ji predstavila možnosti in kaj to pomeni časovno. Bilo ji je všeč, da je slišana in upoštevana, da sama razmišlja o rešitvah in odloča, kako in kdaj naprej, da se jo upošteva kot lastnico hiše, kot osebo, ki samostojno in suvereno odloča o sebi glede na predstavljene možnosti, ki jih ima.

Tako sem jo prosila, naj poda svoje mnenje v zvezi s ciljem obnove ključnih delov hiše. Povedala je:

Taki problemi so nastali vmes, da jaz ne bi bila kos vsemu, koordinatorka je pa vse rešila, kar sama nisem znala in kar je bilo treba. Spodbujala me je, ko sem malo zaspala. Brez nje ne bi mogla speljati vseh stvari. Ker ima tudi pameten telefon in računalnik in je zato lahko hitro rešila. Kar sem jaz zmogla, sem naredila, drugo mi je pa koordinatorka priskočila na pomoč. Polno dogovarjanja je bilo po telefonu. Tudi delavka s Karitasa je rekla, da je bila koordinatorka zelo zavzeta socialna delavka, in če ne bi bila tako zavzeta, jaz ne bi prejela 2.000 evrov s Karitasa, to je njena zasluga. Pravi čas me je tudi opomnila, da je treba narediti stvari do določenega roka in da ne bi pretekel zadnji dan, ko je bil določen rok. Ko se je bližal božič, je povedala, da lahko zaprosimo za pomoč Radio 1, in sem res prejela 4.400 evrov za obnovo kopalnice. (Osebni vir, ob obisku na domu 19. 4. 2023)

Glede na njeno mnenje je videti, da mi jo je uspelo upoštevati. Upoštevala sem tudi načela individualnega načrtovanja, v katerem je bila ohranjena zaupnost vsebin pogovorov z uporabnico. Vsi vpleteni so pokazali zavezanost k udeležanju ciljev, bil je zagotovljen vpliv uporabnice pri uresničevanju ciljev, saj je imela vpliv in zadnjo besedo, dobivala je podporo ves čas, imela je možnost izbire oziroma odločitve v časovnem pogledu in glede izvajalcev, določen je bil mandat v trajanju, načinu sodelovanja in prispevku vpletenih. Ko bo cilj obnove pomembnih delov hiše dosežen v celoti, bo sledilo proslavljanje dosežkov.

Izvajanje in izvedba

Zaprošeni zneski predračunov so bili za elektriko približno 4.400 evrov, za kopalnico sprva 6.500 evrov, leta 2022 pa so se stroški povečali za tretjino, na 9.000 evrov, in za obnovo obeh dimnikov brez peči 2.200 evrov.

Kljub prvim oddajam vlog leta 2020 in odobrenih pomočeh so zbrana sredstva kapljala zelo počasi. Tudi ob koncu leta 2021 ni bilo dovolj sredstev ne za elektriko ne za obnovo kopalnice, kaj šele za peč in dimnika. Odprlo se je šele leta 2022, tako glede financ kot glede izvedbe del.

Dela po drugem javnem pozivu Zero500 in sklenjeni pogodbi med Eko sklado, uporabnico in izvajalci so bila izvedena leta 2022. Takrat je bila papirna dokumentacija v celoti urejena. Zamenjali so ji okna v zgornjem nadstropju hiše, izolirali strop in montirali rekuperatorje zraka. Od vloge do odobritve je minilo približno pol leta in pol leta do izvedbe. Vmes pa je bilo treba rešiti še vprašanja, ki so se pojavila ob obnovi in za reševanje katerih je zmanjkalo sredstev znotraj razpisa. Treba se je bilo odločiti, kako rešiti plačilo, delo izvesti ali ne, kako poskrbeti za vgradnjo dodatnega okna na podstrešju in premontažo enega rekuperatorja. Oboje je uporabnica doplačala sama iz privarčevanih sredstev.

Jeseni 2022 sta bili obnovljeni celotna kopalnica in vodovodna napeljava.

Eko sklad je spomladi 2021 objavil Javni poziv 86SUB-SOCOB21 in ponudil nepovratna sredstva za zamenjavo kurilnih naprav prejemnikom denarne socialne pomoči oziroma varstvenega dodatka. Bilo je na voljo več možnosti. Pri več lokalnih izvajalcih sva z uporabnico preverili, ali bi se lotili tega dela, a si zaradi razmer na trgu, predvsem vsakokratnih povišanj cen materiala ob novi dobavi, potrebnega zalaganja sredstev in približno enoletnega čakanja na povrnitev sredstev te naloge niso upali prevzeti. Pri polletnem odločanju, kako in kaj, se je uporabnica odločila, da bi želela menjavo etažne peči in sanacijo enega dimnika, namesto centralne napeljave in dveh dimnikov. Če bi želela obnoviti oba, bi to preseгло razpisne pogoje, hkrati bi bila prevelik dodatni strošek tudi zaščita pred državno cesto ob hiši. Ob dolgem odločanju je čas »pobegnil« in peči so bile že na razprodaji. Uporabnica se je odločila, da bo kupila etažno peč, ki ji je bila všeč, čeprav še ni imela odločbe Eko sklada. Predvidela je, da ima dovolj sredstev, čeprav nakupa pozneje Eko sklad ne bi odobril. Po dopolnitvi vseh dokazil je prejela negativno odločbo.

Za obnovo je preostala še električna napeljava znotraj hiše oziroma po drugih prostorih pritličja in prve etaže, saj je bila do kopalnice že speljana.

Ob menjavi delovnega mesta strokovne delavke Ozare ob koncu leta 2020, ki je po svojih kanalih iskala vire pomoči za obnovo napeljave, sva z uporabnico ostali sami. Breme pomoči je v celoti padlo name, hkrati pa se je pokazalo, da poti nazaj ni in da je zdaj priložnost, ki jo je treba zgrabiti in projekt dokončati, kakršenkoli bi konec že bil.

Zbrana sredstva

Od aprila 2020 do marca 2021 je bilo zbranih 1.858,62 evrov. Prispevali so jih Center za socialno delo (izredna denarna in občinska pomoč), Rdeči križ in Karitas za obnovo električne napeljave in plačilo mesečnih obveznosti. Všteta sta letni dodatek in solidarnostni dodatek, zadnji kot epidemiološki ukrep vlade.

Od junija 2021 do junija 2023 je bilo zbranih 3.257,18 evrov. Za obnovo kopalnice sta jih prispevala Center za socialno delo (izredna denarna in občinska pomoč) in Rdeči križ. Všteti so še trije letni dodatki, solidarnostni dodatek za upokoјence in energetski dodatek, zadnja dva kot epidemiološka ukrepa vlade.

Za prenovu kopalnice so donirali: Lions klub (988 evrov), Ustanova Radio 1 (ena) - fundacija preprosto blizu (4.400 evrov) in Karitas (2.000 evrov). Skupna višina teh sredstev je bila 7.398 evrov.

Na razpisu Eko sklada ZER500 je pridobila sredstva v višini 9.620 evrov za menjavo oken v zgornjem nadstropju hiše in prezračevanje po hiši.

Glede kraje v gozdu je bila na sodišču sklenjena poravnava v višini 500 evrov.

V skupni višini je bilo tako zbranih 22.633,80 evrov.

Odgovori na delovna vprašanja

Odgovori na prvo delovno vprašanje

Pokazalo se je pomanjkanje storitev v skupnosti za ljudi, ki bivajo v domačem okolju:

- a) Koordinatorica sem po izobrazbi univerzitetna diplomirana socialna delavka, nimam znanj s področja gradbeništva in vodenja projektov. Vodenje projekta s področja gradbeništva obsega: načrt del in izvajalcev, časovnico, stroškovnik, zapisovanje sprotnega dogajanja, sprejemanje odločitev v prvem in naslednjih krogih, prilagajanje stroškovnika.
- b) Koordinatorica sem iskala pomočnika, bodisi organizacijo bodisi fizično osebo, ki bi fizičnim osebam z omejenimi sredstvi pomagala pri prijavi na razpise oziroma prevzela organizacijo nujne obnove delov hiše, s področja gradbeništva ali sociale glede na to, da je treba iskati še sredstva za plačilo, a nisem našla nikogar, ki bi mu lahko prepustila delo v celoti ali delno.
- c) Delitev del oziroma delna predaja ni bila mogoča niti znotraj socialne mreže uporabnice ali med člani multidisciplinarnega tima (sprva sva si delo delili predstavnici sociale, potem ne več).
- d) Zgodil se je konceptualni preskok od načrtovalke v izvajalko storitev, saj za takšna opravila v skupnosti še ni profila, storitev ali programa.

Odgovor je pritrdilen, saj po pravilniku opravljeno delo spada pod urejanje stanovanjskih in bivanjskih razmer. In določa naloge koordinatorja, da

pripravi načrt, opredeljene cilje pa naj bi uporabnik dosegel z izvajalci storitev. Če izvajalcev ni, se je do zdaj v praksi pokazalo, da postane izvajalec koordinator ali pa cilji ostanejo neuresničeni.

Odgovor na drugo delovno vprašanje

Obnova ključnih delov hiše je bila v času 2020–2023 že skoraj končana. Glede na množico vprašanj in pomislekov, kako bo šlo, se je kar dobro izteklo. Sodelovali so različni izvajalci – deležniki iz bližnjega okolja, ki so uporabnico poznali in so očitno našli pravi način oziroma pravo komunikacijo, ki je ustrezala obema stranema, saj so bila dela izvedena kakovostno in v roku ter v zadovoljstvo uporabnice. Cilj prenove je v večjem obsegu že izveden in odgovor na drugo delovno vprašanje je pritrdilen.

Odprto je ostalo še vprašanje napeljave elektrike po preostali hiši, a bo to naloga za obdobje 2024–2026. Na podlagi dveh predračunov bi za to potrebovala še 3.500–5.000 evrov. To je pomembno urediti zaradi lesenih stropov in preprečitve možnega požara v notranjosti hiše, saj je napeljava dotrajana.

Dodatek k obema vprašanjema

Kot koordinatorica sem se odločila, da bom odgovorila na obe delovni vprašanji, ne da bi vedela, kako daleč bo prenova hiše izpeljana:

- a) Z vidika osebnih doživljanj uporabnice glede tako same prenove, njenega zdravja in stresa, povezanega z obnovo svojega doma, kot tudi zbiranja finančnih sredstev je bila možnost, da bi uporabnica kadarkoli povedala, da je to zanjo preveč, da ne zmore več, in bi zgodbo končali.
- b) Iskanje finančnih sredstev je ves čas viselo v zraku. V prihodnje obstaja možnost predaje nalog organizaciji, ki se ukvarja z zbiranjem sredstev, da jih zbere za menjavo dotrajane električne napeljave v preostali hiši, za obdobje 2024–2026. Rok za izvedbo del ni bil določen, odvisen je bil od pridobivanja sredstev.
- c) Vložen prispevek koordinatorke k uresnitvi cilja uporabnice po samoceni presega zakonodajni vidik obravnave v skupnosti.

Ugotovitve

Vidik uporabnice

Uporabnica je dogovor o varčevanju upoštevala in prihranila vse neperiodične dohodke, prav tako je sredstva porabila za dodeljen namen. In le nekajkrat se je posvetovala ob stiskah, ko so v hišo prihajali različni izvajalci. Pokazalo se je tudi, da jo je več izvajalcev podpiralo, in sicer z zdravstvenega vidika (terapija in podpora) kot tudi glede socialnega varstva (podpora in dodeljena finančna sredstva). Uspelo ji je obvladati ves stres, povezan z obnovo hiše.

Glede prijave na razpis Eko sklada in izvajanja gradbenih del se je uporabnica posvetovala z več znanci. Z odgovori so jo včasih zmedli, vznemirili ali prestrašili, saj imajo različne izkušnje s prijavi in se različno spoznajo na razpise.

Vidik koordinatorke

Najpomembnejšo vlogo sem imela koordinatorica, saj sem odgovarjala na najrazličnejša vprašanja glede dokumentacije, izvajalcev in izvedbe del. Poleg tega sem se odzivala tudi na čustvene stiske uporabnice, jo opogumljala, usmerjala, ji dajala moč in iskala vire ali rešitve. Za namen obnove hiše po potrjenem načrtu obravnave v skupnosti sem prevzela številne vloge in naloge, saj jih nisem imela komu predati v celoti niti delno. Imela sem vlogo svetovalke, informatorke, spremljevalke, uradnice, zagovornice, motivatorke, koordinatorke (različnih deležnikov), pobudnice, iskala finančna sredstva (in verjetno opravljala še kakšno nepoimenovano vlogo). Za uspešno izvajanje sem potrebovala precej samoiniciativnosti, praktičnosti in organiziranosti, poleg tega pa sem morala pridobiti dodatna znanja, spretnosti in kompetence.

Zato je moje delo postalo precej obširno. Spomladi 2021, po pregledu nevladnih in državnih institucij, ki zagotavljajo različne oblike pomoči, in po oddaji prvih vlog bi lahko končala delo z vidika zakonodaje (urejanje stanovanjskih in bivanjskih razmer po pravilniku) in samega načrtovanja. A ker nisem imela komu predati teh vsebin dela, sta bili samo dve možni izbiri: ali pomagati uporabnici pri obnovi hiše ali jo začeti usmerjati v strukturirane oblike bivanja (tega si ni želela). V primeru požara v hiši bi bila/bo strukturirana oblika bivanja edina možnost, to sem že videla pri drugem uporabniku. Do takrat lahko poskusimo zadeve reševati drugače in sem se odločila za prvo možnost.

Začela sem načrtovati oddajo vlog in njihovo reševanje, uporabnici pojasnjevala postopke, ki se izvajajo po upravnem postopku, in vsebino prejetih dokumentov, iskala informacije s področja gradbeništva pri različnih deležnikih in se dogovarjala z uporabnico in drugimi deležniki glede izvajanja del – prevzela telefonsko in e-poštno komunikacijo z deležniki za odpravljanje komunikacijskih šumov, kratkih stikov in nedorečene komunikacije uporabnice, si naložila aplikacijo za skeniranje e-hrambo dokumentov, uporabnico usmerjala glede na časovnico, razlagala vsebino in sosledje papirne dokumentacije, urejala foto/video dokumentacijo za potrebe deležnikov in spremljala finančno stanje glede prejetih pomoči.

V teh letih sem uporabnico obiskovala približno enkrat na mesec, po potrebi večkrat. Začelo se je leta 2020, takrat sem izvedla devet obiskov, leta 2021 jih je bilo trinajst, leta 2022 petnajst in leta 2023 enajst. Obiski so trajali v povprečju uro in pol, prav tako traja pot v obe smeri uro in pol. Sicer sem vlagala čas še v iskanje informacij in telefonske klice, a tega nisem zapisovala.

Kot kaže študija primera, uporabnica sama tega ne bi zmogla in znala izpeljati. Osnovno delo koordinatorja je priprava načrta obravnave v skupnosti, v katerem so zapisani cilji za prihodnost in določeni izvajalci. Koordinator

ni izvajalec ciljev, a postane izvajalec, če ni drugega izvajalca v skupnosti, ki bi to vlogo prevzel, ali pa ostanejo neuresničeni. Po obveznostih sem se tako iz koordinatorke oz. načrtovalke spremenila v ključno delavko, ki lahko tako poglobljeno dela s precej manjšim številom uporabnikov.

Ves čas dogajanja sem upoštevala ključne metode in načela individualnega načrtovanja pri obravnavi v skupnosti. Šlo je za kompleksno, vključujočo in integrirano oskrbo uporabnice. Trudila sem se, da bi ostala še najprej v domačem okolju, v svoji hiši, imela vso potrebno podporo in sama odločala o sebi.

Z mojo pomočjo je uporabnici uspelo pridobiti sredstva za vzdrževanje hiše z zbiranjem različnih oblik finančnih pomoči. S sodelovanjem, iskanjem rešitev in kompromisov, ko so jo na domu obiskovali, poleg različnih predstavnikov služb pomoči, tudi predstavniki ustanov, ki so objavile razpise, in različni mojstri, je bila uporabnica uspešna pri uresnitvi svojega cilja. Je primer dobre prakse glede pravega pristopa in pomoči socialne in gradbenikov. Hiša je kljub obnovi nekaterih pomembnih delov še vedno potrebna obnove.

Med zakonodajo in stroko

Zakonodaja določa pravila igre in pri izvajanju obravnave v skupnosti predpostavlja, da so v skupnosti na voljo najrazličnejši izvajalci. Ker jih v praksi ni, postane lahko izvajalec koordinator, če druge osebe, profila, storitve ali programa ni na voljo. Stroka z metodo individualnega načrtovanja prepozna preskoke iz ene vloge v drugo, torej iz načrtovalca v izvajalca.

Potrebe na terenu in manko storitev

V primeru uporabnice, ki je oseba z dolgotrajnimi duševnimi težavami in se že dolga leta preživlja s pokojnino in varstvenim dodatkom in zato živi v dotrajani hiši, se bivanjske razmere v hiši z leti poslabšujejo. Brez sredstev za popravilo bi lahko šla živeti samo v strukturirano okolje, bodisi stanovanjsko skupino bodisi posebni socialnovarstveni zavod, saj druge možnosti ni na voljo, vendar si sama tega ne želi.

Profilov, storitev ali programov v skupnosti za popravilo lastniške hiše za različne ranljive skupine, kot so ljudje s težavami z duševnim zdravjem, invalidi in starostniki, ni na voljo, a bi bile nujno potrebne.

Koordinatorica sem oba razpisa Eko sklada predstavila približno tretjini uporabnikom (v številki je to petnajst), vključenih v obravnavo v skupnosti, ki so zaradi zahtevnosti tega cilja ali odlašali s prijavo na razpis ali se sploh niso upali prijaviti. Zavedali so se, da sami ne zmorejo vsega in da osebe, ki bi ji zaupali in bi jim lahko bila v oporo, v svoji okolici ali socialni mreži nimajo ali je niso našli.

Kot smo videli pri odgovorih na delovna vprašanja, se je pokazalo, da je takšna naloga zelo zahtevna in obsežna. Zagotavljanje takšne pomoči vzame veliko časa za enega uporabnika, glede na število vseh vključenih uporabnikov.

Predstavljena naloga je bila izvedena za eno (prvo) uporabnico kot vzorčni primer, vključeno v obravnavo v skupnosti. Za nadaljnje uporabnike, ki so razmišljali o istih ciljih, v smeri predstavljene pomoči, koordinatorka svoje podpore in pomoči nisem mogla več ponuditi, čeprav bi jo potrebovali.

Koordinatorica v letnih poročilih za Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve ter enake možnosti zapišem, da bi potrebovala ključnega delavca/pomočnika/javnega delavca v skupnosti (ni pomembno, kako bi bil poimenovan) z znanjem s področja duševnega zdravja, ki bi bil zaposlen za daljši čas in bi uporabnika obiskoval po nekaj ur na teden, prav z namenom preverjanja potreb uporabnika glede na zdravstveno stanje in v povezavi s cilji načrta na (šestih) področjih urejanja obravnave v skupnosti. V predstavljenem primeru bi bila vesela kakršnekoli pomoči v povezavi z urejanjem stanovanjskih in bivalnih razmer, saj dokler sva bili dve, je bilo precej lažje.

Sklep

Leta 2023 je Evropska komisija sprejela odločitev glede ogljičnega odtisa za vsako hišo. V naslednjih letih naj bi se zmanjšal. Tu se poraja vprašanje, kako bodo te smernice oziroma navodila lahko upoštevali revnejši državljani in predstavniki različnih ranljivih skupin, ki živijo v dotrajanih lastniških hišah, večinoma na podeželju, imajo majhna sredstva za preživetje, nimajo prihrankov, so neuki, ne poznajo možnosti pridobitve nepovratnih sredstev na podlagi objavljenih razpisov in nimajo osebne moči za izvedbo vseh potrebnih korakov, tako pri pripravi dokumentacije kot pri izvedbi gradbenih posegov.

Študija primera pri izvedbi obnove delov hiše je pokazala potrebo predstavnice ranljive populacije, ki živi v domačem okolju in svoj cilj lahko uresniči ob podpori in pomoči različnih izvajalcev v skupnosti ter razpisa Eko sklada za popravilo lastniške hiše in drugih razpisov. Dobrodošla je nova ponudba izbire koordinatorja ob zadnjem razpisu Eko sklada leta 2024, ki bi bedel nad dokumentacijo in izvajanjem del z namenom podpore in pomoči prijavitelju na razpis, če se ta odloči za to možnost.

Stanovanjski in bivanjski pogoji so osnova za življenje za vsakega posameznika, sploh pri tistih, pri katerih se na domu izvajajo tudi različne oblike pomoči, npr. pomoč na domu, osebna asistenca, dolgotrajna oskrba. Po smernicah Evropske unije in po zaslugi procesa deinstitutionalizacije bo vse več ljudi živelo v skupnosti oziroma domačem okolju, ne več v institucijah, in prejemale pomoč v domačem okolju.

Za delo v skupnosti bi bil profil ključnega delavca/pomočnika/javnega delavca dobrodošel kot pomoč koordinatorjem obravnave v skupnosti. Sledil bi potrebam uporabnika (na dnevni ali tedenski ravni) v celostnem pogledu in poskrbel za izvedbo enega ali več ciljev po načrtu obravnave v skupnosti. Kot omenjeno, sem predstavila razpis Eko sklada tretjini uporabnikov, v resnici bi vsi ti potrebovali predstavljeno pomoč. A že ena uporabnica je bila velik zalogaj in hkrati vzorec, kaj vse oseba kot predstavnica ranljive populacije

potrebuje, da funkcionira za dnevno življenje in uresničuje zahtevnejše cilje. Pokazala sem, da profili, programi, storitve kompleksne pomoči za ranljive populacije, ki si želijo popraviti svojo hišo in so brez prihrankov ter nimajo materialne in funkcionalne podpore svoje socialne mreže, še ne obstajajo, a bi bili nujno potrebni.

Viri

- Dictionary Cambridge (b.d.). Fundraising. Pridobljeno 18. 4. 2023 s <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/fundraising>
- Eko sklad (2021). Drugi javni poziv ZERO500. *Ur. l. RS*, št. 51/2021, 43/2022.
- Fran (2024). Pridobljeno 18. 4. 2023 s <https://www.fran.si/iskanje?View=1&Query=fundraising>
- Javni poziv 86SUB-SOCOB21 (2021). Nepovratne finančne spodbude socialno šibkim občanom za zamenjavo starih kurilnih naprav z novimi kurilnimi napravami na lesno biomaso v stanovanjskih stavbah. *Ur. l. RS*, št. 51/2012, 202/2021, 30/2024.
- Katalog (2024). Katalog javnih pooblastil, nalog po zakonu in storitev, ki jih izvajajo centri za socialno delo. Skupnost centrov za socialno delo, december 2024. Pridobljeno 9. 3. 2025 s https://www.scsd.si/files/Katalog_nalog_CSD_2024_ZSV_in_ZDOsk-1.pdf
- Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita koordinatorjev obravnave v skupnosti (Uradni list RS, št. 49/2009)
- Škerjanc, J. (2006). *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev*. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.
- Škerjanc, J. (2010). *Individualizacija storitev socialnega varstva*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Wikipedia (b.d.). Fundraising. Pridobljeno 18. 4. 2023 s <https://en.wikipedia.org/wiki/Fundraising>
- Zakon o duševnem zdravju (2008). *Ur. l. RS*, št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – odl. US.

Potrebuje področje duševnega zdravja svojo lastno etiko?

Zavzemanje za največje dobro vseh vpletenih naj bi bilo nekaj samoumevnega v vseh odnosih med dejavniki na splošno in na področju duševnega zdravja posebej, a je prav to področje zaradi specifičnega položaja oseb takšno, kot da zanj osnovna etična pravila ne veljajo: predvsem psihiatri, pa tudi »skrbniki« oseb s težavami z duševnim zdravjem si najvišje dobro teh oseb predstavljajo izrazito enostransko in pokroviteljsko, »narava motnje« namreč zanje pomeni, da s človekom v primežu akutne ali kronične duševne motnje ne morejo razpravljati enakovredno. Zato bom skušal najprej prikazati štiri osnovne etične tradicije in potem presojati razmerja med ljudmi na področju duševnega zdravja skozi optiko teh etičnih tradicij.

Etike v zgodovini: vrlinska, dolžnostna, utilitaristična in bioetika

Ljudje se v vsej zgodovini sprašujemo, kakšen vpliv imajo naša dejanja in odločitve na druge ljudi in kakšen je vpliv drugih na nas, zato je že v antiki etika veljala za eno temeljnih filozofskih disciplin, ukvarjala pa se je z vprašanjem, kakšne predpostavke in dejanja naj vodijo k temu, da bo človek živel čim uspešneje med drugimi na način, da bo zanj in za vse doseženo kar najvišje dobro.

Prvi je etiko sistematično obravnaval grški filozof Aristotel (384–322 pr. n. št.), ki je v nasprotju s svojim učiteljem Platonom, pri katerem je svet zgolj odsev idej in je med temi najvišja ideja dobrega, razmerje med dobrim in zlim postavil v konkretno človeško življenje ter v misel, da je namen vsake človeške dejavnosti ustvarjanje dobrega. Človek se z razumnim udejstvovanjem približuje svojemu cilju, najvišjemu dobremu, ki je »udejstvovanje duše v skladu z vrlino« (Aristoteles, 2016, str. 59) in ima podobo sreče, h kateri morata težiti tako posameznik kakor celotna družba. Človek napreduje k najvišjemu dobremu z dobrimi deli, ki so usklajena z vrlim delovanjem. Vrlina pomeni, da se v presoji in dejanju držimo razumne zlate sredine, torej se v ničemer ne zaganjamo za ekstremi, in tako sodelujemo pri izboljševanju sveta tako kot posamezniki in kot družba, cilj te dejavnosti pa je sreča. V tem pogledu je Aristotelova etika izrazito praktična in humanistična.



Povedano z metaforo: če menimo, da otrok za optimalen razvoj potrebuje določeno količino vitaminov in mineralov, bodo po vrlinski etiki starši otroku takšno prehrano zagotovili.

V novem veku je eno od možnih poti napredovanja človeka v smeri dobrega nakazal nemški razsvetljenski filozof Immanuel Kant (1724–1804), ki je skušal človekovo stremljenje proti dobremu popisati z enim samim pravilom, ki ga je (v nekaj različnih oblikah) poimenoval kategorični imperativ. Kant je v kategoričnem imperativu na novo izostreno določil tako imenovano »zlato pravilo« (»ne stori drugemu, kar nočeš, da bi drugi storil tebi«). Izhajal je sicer iz predpostavke, da etično pravilo ne sme temeljiti na vsakdanji izkušnji in primerih, pač pa mora, če naj velja za vse, izhajati iz čistega razuma, neodvisno od izkušenj, torej z vsakdanjo realnostjo sploh ne sme imeti neposredne zveze, če naj velja za vsakogar ob vsaki priložnosti. »Deluj tako, da lahko velja maksima tvoje volje vselej hkrati kot načelo obče zakonodaje« (Kant, 2003, str. 37). Kantova etika velja za deontološko (»dolžnostno«, grško *to deon* pomeni dolžnost), saj ljudje etično ravnamo po načelu, ne po svobodni izbiri takšnega delovanja (oziroma po Kantu prav v tej izbiri dosežemo največjo svobodo). Ključno je, da etično ravnamo iz dolžnosti, iz zakona, v to nas vodi razum, zato nas specifične okoliščine posameznega primera v ničemer ne odvrčajo od etičnega delovanja.

Kant bi rekel: svojemu otroku moraš zagotoviti vitamine in minerale, ker je tako prav.

Ker pa je kategorični imperativ težko aplicirati na prav vsako okoliščino človeškega delovanja, se je filozofija pogosto spopadala z neupogljivostjo Kantove deontologije in konec 18. stoletja se je v Angliji razvil utilitarizem (začetnik je bil Jeremy Bentham, najpomembnejši avtor pa John Stuart Mill), načelo, po katerem je osnova in merilo človekovega delovanja in moralnega vrednotenja končna korist (angleško *utility*), rezultat, ki naj kar največjemu številu ljudi zagotovi kar največje zadovoljstvo. Temelj utilitarizma, prav nasproten od kantovstva, je nepriznavanje pomembnosti načelom: zgolj končni učinek je tisto, kar »za nazaj« opredeli določeno dejanje ali misel za ustrezno, za etično upravičeno. Tej vrsti konsekvencializma (»usmerjenosti v cilj«) so razumljivo očitali prav nenačelnost, to, da je od nepomembne malenkosti lahko odvisno, ali se bo tehtnica pri določenem vprašanju nagnila v eno ali drugo smer, pri drugem, morda le malenkostno različnem, pa v drugo smer, in da nikdar ne moremo z gotovostjo trditi, da smo vključili vse možne argumente za in proti kaki odločitvi.

Na primeru vitaminov in mineralov bo filozof utilitarist ves čas preučeval, kateri vitamini in minerali so za otroka idealni v katerem razvojnem obdobju in v kakšnih količinah in koliko ter ali so možna predoziranja in stranski učinki, ali obstaja morda alternativna pot, je moč razviti alergijo in kaj storiti v temu primeru ... Skratka, koristnostna etika bo nenehno preigravala čim več možnih scenarijev, cilj pa naj bo čim večja korist tako za otroka kot za druge vpletene.

V sedemdesetih in osemdesetih letih 20. stoletja pa niso bila le vprašanja med načelnostjo in učinkovitostjo tista, ki so sprožila nastanek in razmah

bioetike, discipline, ki je bila namenoma ustvarjena za presojo etičnih vidikov žgočih vprašanj, ki jih je sprožal hiter razvoj medicinske in drugih naravoslovnih znanosti – te so namreč grozile, da bodo »človeški dejavnik« preprosto spregledale, tradicionalna etika pa ni imela oprijemališč, da bi se spoprijela z vprašanji, kot so kloniranje človeka, bioinženirstvo, zunajtelesna oploditev, dopustnost evtanazije ... Med kantovskim enim načelom in utilitarističnim »vse šteje« so avtorji skušali najti najboljšo možno vmesno pot, morda nabor nekaterih temeljnih načel, ki naj ne bodo spregledani, če naj dejanje velja za etično.

V delu *Načela biomedicinske etike*, ki sta jo leta 1979 izdala Tom L. Beauchamp in James F. Childress (in je do danes doživela veliko izdaj, npr. Beauchamps in Childress, 2013), sta avtorja določila štiri bioetična načela, ki naj veljajo pri presoji vprašanj:

- avtonomija (upoštevanje odločitev osebe in temeljenje na odločitvah, ki izhajajo iz čim več tehtnih informacij),
- dobrohotnost (upoštevanje razmerja med pozitivnimi učinki obravnave in bremenom v čim večjo korist osebe),
- neškodljivost (izogibanje prisilnosti ali škodovanju ali vsaj škodi, nesorazmerni z učinki zdravljenja),
- pravičnost (poštena razporeditev učinkov, tveganj in stroškov v čim enakopravnejši meri).

Namen je bil preprost: s čim manjšim številom temeljnih načel zajeti vsa možna etična vprašanja, ki se postavijo, in z uporabo teh omejenih referenčnih okvirjev ugotoviti, ali določeno dejanje velja za etično ali ne.

[Bioetiko] v ožjem pomenu razumemo kot problematiko moralnih in političnih vprašanj, povezanih s posebnimi okoliščinami, ki so se odprle zaradi sodobnih tehnologij v biologiji in biomedicini in spremenjenih odnosov do okolja. (Omladič, 2009, str. 232)

Bioetiko lahko razumemo kot poskus sinteze dosedanjih etičnih tradicij, ki naj bi obsegal žgoča vprašanja, ki jih današnjemu človeku vsiljuje razvoj znanosti. Še dve moderni etični tradiciji (etika nege, *care etics*, ki se je razvila predvsem iz sestrinske in klinične zdravstvene etike, in pa etika človekovih pravic, ki temelji na enakosti vseh ljudi, posebej deprivilegiranih in ljudi z omejitvami) bom v nadaljevanju razumel kot podzvrsti, ki jih je bioetika s konca 20. stoletja že nekako predvidela, saj je vprašanja teh etik možno interpretirati z načeli avtonomije, dobrohotnosti, neškodljivosti in pravičnosti. Etika nege in etika človekovih pravic sta torej pogleda, ki ju je bioetika šele omogočila.

Pri vprašanju vitaminov in mineralov lahko sklenemo, da zadovoljuje vsa štiri načela: ker bo otrok kot odrasel zelo verjetno spoznal, da je uporaba teh dopolnil zanj koristna, lahko dopustimo, da bosta njegovo avtonomijo do takrat nadomeščala starša; po dostopnih raziskavah so stranski učinki takšnega vnosa zanemarljivi, torej vsekakor koristni in ne škodljivi; ker bo tako otrok kar najboljše odraščal med podobno starimi sovrstniki, je zadoščeno tudi pravičnosti.

Možne rešitve za začasno neavtonomnost

Zakaj se pojavlja vprašanje, ali je za področje duševnega zdravja potrebna posebna etika ali nemara lahko tudi na vse okoliščine, ki nastanejo na tem področju, razširimo prej omenjena načela in vrednote?

Temeljna posebnost ljudi, ki postanejo »objekt« presoje na področju duševnega zdravja, je, da zaradi različnih razlogov v določenem trenutku ne morejo presojati razumno in tako, da bi bila razumnost njihove presoje samoumevna, obča, veljavna. Kaj to pomeni? V stanju duševne stiske, psihotičnega stanja ali blodnjavosti je prav temeljna značilnost človeka, da njegov kognitivni, spoznavni aparat informacije presoja drugače, kot bi zahtevala vsakdanja presoja teh informacij. Metaforično rečeno, v blodnji (ta je lahko paranoična, manična, depresivna, tesnobna ...) oseba spoznavnim elementom pripisuje drugačne, nenavadne pomene, jih med seboj povezuje v sklepe, ki so nenavadni, nevsakdanji. V mehanizem te drugačne (ne nujno zmotne ali bolezenske) spoznave se ne bom poglobljal, konec koncev tudi psihologija in psihiatrija v dvesto letih nista znanstveno preverljivo pojasnili tega fenomena, a velja, da oseba v takšnem stanju v konkretnem trenutku ne more procesirati zunanjih zaznav in notranjega miselnega toka tako, kot se nam zdi, da ga v podobnih okoliščinah procesiramo ljudje v vsakdanjem življenju (primer: neko povsem samoumevno zaznavo, ko npr. pri vratih pozvoni ali se oglasi telefon, oseba v blodnji zazna kot spremljavo drugih vsebin).

Predstavljajmo si torej, da osebi v takšnem stanju vsakdanje zaznave, komunikacija in misli niso dostopne v vsakdanjem pomenu, zato tudi ne more etično presojati svojega ravnanja in ravnanj drugih, kot bi se nam zdelo, da se lahko sporazumemo na podlagi skupnega premisleka in se torej strinjamo o določenem skupnem dobrem. Rečem lahko, da je oseba v blodnem stanju za etično presojo izgubljena, to pa pomeni, da v blodnem stanju tudi ne zmore poskrbeti za svoje največje dobro in jo zato lahko oteženo sklepanje namesto do družbeno konsenzualnih sklepov o trenutnem dobrem zanese do sklepov, ki ne njej ne drugim niso v korist. Povsem preprosto: oseba v psihotični stiski začasno ne more uveljavljati avtonomije v logičnem in etičnem sklepanju oziroma se lahko zaplete v lastno škodo, zato ji je začasno treba pomagati od zunaj.

Ker govorim o etiki, bom izhajal iz dveh premis:

- začasno »neavtonomni« osebi se bomo približali tako, da bomo skušali čim bolj upoštevati njene konkretne želje in namene ter te sproti »merili« tako, da se bomo v svoji pomočniški vlogi kar najbolj približali hipotetičnemu modelu, kaj bi oseba v določenem trenutku mislila in hotela, če bi ji bilo dostopno razumno presojanje, in
- ker se po izkušnjah oseba, ki doživi takšno začasno umanjkanje kognitivne presoje, če z njo ravnamo spoštljivo, sčasoma vrne v območje avtonomije in lahko spet prevzame svojo kognitivno presojo v svoje roke, naj bo zunanja pomoč ves čas usmerjena tako, da osebi pomagamo samo začasno in ji tudi s pomočjo spet pomagamo prevzemati nadzor nad njenim življenjem.

Pomoč osebi je torej že vnaprej zasnovana kot začasna, ki naj vodi v ponovno avtonomijo osebe, v času trajanja pa naj bo temeljna usmeritev premislek, kaj bi v konkretnih okoliščinah naredila oseba sama, če ji avtonomija začasno ne bi bila odvzeta. »Pomočnik«, ki upošteva etična načela, torej prevzame vlogo srčnega spodbujevalnika: zgolj začasno daje ritem drugemu srce tako, kot je za drugo srce najbolje. Takšna pomoč deluje najbolje po merilih vseh etičnih tradicij, ki sem jih naštel: kantovsko gledano slavi človekovo avtonomijo, utilitaristično rečeno ima ves čas v mislih, kako bo za to osebo in za vse druge v konkretnih okoliščinah poskrbljeno kar najbolje mogoče, po bio-etičnih merilih pa pristop »začasnega srčnega spodbujevalnika« tudi pokrije vse štiri vogale: osebi se že v procesu vrača njena avtonomija, nanjo se gleda kar najbolj dobrotljivo in se ji povzroča najmanjšo možno škodo, hkrati pa je zagotovljena pravičnost (v tem primeru upoštevanje Konvencije o pravicah invalidov, ki zapoveduje kar največjo avtonomijo osebe, hkrati pa določil zakona o duševnem zdravju, ki v izrecno navedenih primerih, ko bi oseba zaradi delovanja duševne motnje dejansko ogrožala svojo in varnost drugih, dovoljuje, da tudi z uporabo sile osebi začasno omejimo pravice in avtonomijo), pri tem pa vsa ta načela uporabljamo tudi pri presojanju, kako bodo naša dejanja vplivala na osebo v prihodnosti.

Če vzamemo najbolj radikalno možnost, ko se znajdemo v položaju, da po vseh navedenih merilih presodimo, da bo za osebo najbolje, če jo začasno celo fizično omejimo (ko denimo grozi, da bo stopila na okno visoke zgradbe in si vzela življenje, ko razburjena divja z avtomobilom po prometni cesti, ko nedosegljiva za razumno komunikacijo kriči in grozi, češ da smo vsi proti njej, in je ne omaje nobena beseda, ko je v okoliščinah paničnega napada prepričana, da ji bo zdaj zdaj odpovedalo srce, EKG pa ne kaže nepravilnosti ...), se »pomočniki«, torej ljudje, ki ji želimo čim bolj pomagati, pri tem pa želimo ohraniti čim več njene avtonomije, najdemo v okoliščinah, ko preprosto moramo prevzeti nase del avtonomije te osebe, saj se sicer utegne zgoditi, da se ji bo zgodilo kaj nepopravljivega. Tudi pri poskusu samomora lahko ravnamo omejevalno, kot je to s primerom o človeku na trhljem mostu odlično ponazoril Mill (2003, str. 233):

Če bi javni uslužbenec ali kdorkoli drug opazil, da poskuša nekdo prečkati most, ki preverjeno ni varen, in ga ne bi utegnil posvariti pred nevarnostjo, bi ga smel pograbit in odložiti na varno, ne da bi mu zares kratil svobodo, kajti svoboda je v tem, da vsak počne, kar si želi početi, on pa noče pasti v reko.

Za to, koliko drugi ljudje uporabljajo ali zlorabljajo svojo svobodo, smo soodgovorni le do tiste meje, ko presodimo, da razumejo, da je most dejansko trhel. Če se s tem prepričamo tudi, da oseba ni blodna, ji moramo v imenu njene svobode dopustiti, da se sama odloči, kako naprej.

Menim, da je prav to osnovno in najzahtevnejše vprašanje pomoči, tudi na informacijah temelječe pomoči in podpornega odločanja pri osebah, ki imajo težave z duševnim zdravjem: na kateri točki še lahko delujemo pokroviteljsko

in odločamo namesto njih, na kateri pa moramo v imenu njihove svobode »popustiti prijem«?

Vzemimo dva skrajna primera. Na eni strani oseba v stanju, klinično opredeljenem kot trdovratna depresija, povsem izgubi voljo do življenja, želi samo nehati živeti. Razumsko je odzivna, celo racionalna. Medicina ji pomaga z zdravili, a ne izboljšajo njene volje do življenja. Oseba lahko leto ali več ostane v enakem stanju. Jo smemo še naprej »držati za laket« ali ne? Na drugi strani imamo osebo, ki se v stanju blodnjave samozavesti loti množice projektov, a nobenega zares ne vodi ali dokonča, pri tem pa je skrajno naporna za okolico, bližnje in tudi samo znance. Zaradi prepričanja v svoj prav je nekritična do drugih mnenj in se nenehno zapleta v spore. Recimo, da zdravila sicer jemlje, glede na slabe izkušnje pa ne dovoli novih srečanj ne s psihiatrijo ne s psihoterapijo. Prepričana je, da ji pomagajo povsem napačno in omejevalno, saj sama nima občutka, da bi bila bolna. Zapletimo primer še s tem, da sta obe osebi v življenju že doživeli podobna stanja, obe sta že bili zdravstveno in psihoterapevtsko obravnavani, vendar ju življenje kljub temu znova pahne v enako neugodno in nevarno stanje.

Hipotetično se vprašajmo: ali obstajajo med ljudmi podobna stanja in morda lahko po analogiji pridemo do rešitev za naša človeka? Obstajajo stanja, ko ljudje prav tako ne vidimo smisla ali nismo pripravljeni sprejeti kritike ali nasprotovanja svojim načrtom? Se nam v življenju kdaj zgodi, da si ne prizadevamo za svoje in skupno najvišje dobro – ali smo vsaj nepripravljeni razumeti, da moramo, če naj drugi pustijo svobodno živeti nam, tudi imeti enako svobodo za svoja prizadevanja? Obstajajo stanja, v katerih za nas ne veljajo avtonomija, dobronamernost, neškodljivost in pravičnost?

Buchanan in Brock (1990) v študiji *Odločanje za druge* definirata tri skupine ljudi, pri katerih začasno skrbništvo v njihov največji prid sploh pride v poštev (tri skupine, ki v določenem trenutku niso zmožne samoupravnega rezoniranja, so otroci, ki kognitivni aparat šele pridobivajo, ostareli ljudje, ki kognitivni aparat postopno izgublajo, in ljudje z duševno motnjo, pri katerih se kognitivni aparat začasno »pokvari«). Zato morda velja za ljudi z začasno odvzeto zmožnostjo uporabiti način, ki je v rabi pri drugi podobni skupini, če predpostavimo, da je cilj (suverena uporaba avtonomije pri vsakdanjem odločanju in izražanju svobode) skupen obema skupinama.

Ne trdim, da je »norost« vrnitev v stanje otročjosti, v resnici pa osebi z duševno motnjo oporekamo prav to, kar oporekamo otroku: zmožnost avtonomne presoje konkretnih okoliščin in sklepanje na naslednje korake na podlagi znanja in izkušenj. Zato se bom skušal pri vprašanju, kako zmanjševati nadzor nad spoznavnimi in odločevalnimi zmožnostmi nekoga, pa to početi nadzorovano in s stalno mislijo na njegovo in skupno dobro, sklicevati na teorijo vzgoje. Odličen primer je pedagogika danskega filozofa Jesperja Juula, pri katerem se zdi, da je pri metodah vzgoje otrok uporabljal še največ etičnih in bioetičnih meril: njegova pedagogika namreč izhaja iz dveh osnovnih premis:

- podeljevanja avtonomije otroku, pomoč pri krepitvi njegovega samospoštovanja in samozavesti,
- spodbujanja, da ob spoznavanju splošnih družbenih vrednot »določa in zagovarja tudi svoje osebne meje« (Jull, 2017, str. 35), da torej razvija v stiku z družbeno resničnostjo osebno odgovornost.

Jull (2012, str. 28) trdi, da otrok med odraščanjem na podlagi neposredne izkušnje nabira dragocena znanja, ki jih bo uporabljal kot odrasel: »Že dejstvo, da ozavestimo svoja čustva ter notranje in zunanje vzorce odzivanja in jih sprejmemo, nam daje samospoštovanje, da lahko rečemo da ali ne – v skladu s tem, kar je primerno za naše duševno zdravje in socialni blagor.«

Je možno potegniti to vzporednico: bi bilo moč osebi, ki zaradi motnje začasno ni sposobna sama sklepati o posledicah svojih odločitev in dejanj in sama ne more zasesti komandnega mesta svoje odgovornosti, pomagati s postopnim predajanjem avtonomije na takšen način, s pomočjo, da ozavešča svoja doživljanja in jih sprejema? Da model deluje, smo preverili in lahko preverimo v vsakdanjem življenju kot starši ali odrasli sploh: vzgoja, ki vztraja na avtonomnosti vseh vključenih in hkrati na njihovi osebni odgovornosti, pomeni spoštljiv in aktiven pristop, brez velikih težav vanjo vključimo tudi spoštovanje najrazličnejših oviranosti, predvsem pa smo vpleteni ves čas varni pred hierarhijo, je konzervativen, nazadnjaški proces in ji enakopravnost ni vrednota.

»Vzgojni« vidik duševnega zdravja je v tem pogledu prav nasproten od pokroviteljskega, arogantnega pristopa do ljudi, ki je žal prevladujoč model in osebe v krizi in po krizi skoraj ne pripusti več med enakopravne soustvarjalce svojih življenj – prav zato se zdi Juulov pristop emancipacijski in človečen. Če to prenesemo na prejšnja primera, bi uporaba takšnega pristopa pri prvem, depresivni osebi brez volje do življenja, pomenila, da osebi priznamo, kako življenje v neredkih okoliščinah resnično ne kaže smisla in je to povsem legitimno stališče, vendar z nekaj sočutne pomoči lahko skušamo omogočiti vsaj manj obremenjen premislek o tem: morda začasno s pomočjo pri vsakdanjih opravilih in odločitvah, vsekakor pa s konkretnim in časovno opredeljenim ciljem, da bo oseba lahko sama informirana odločala o svojem življenju.

Pri drugi osebi, vznemirjeno agitirani in potopljeni v množico projektov, tudi lahko poskusimo s sočutno radovednostjo – in če denimo množico idej presega obseg našega razumevanja, lahko to mirno in stvarno povemo ter osebo prosimo, naj nam počasi in potrpežljivo pojasni svoje ideje. Če to ne bo šlo, se kljub temu lahko dogovorimo za nekatere skupne točke, skupne dejavnosti, pri katerih pa ne bomo poudarjali svoje razumnosti in kazali na nerazumnost drug osebe, skušali jo bomo mirno spodbuditi k obvladljivim dejavnostim in ji nevsiljivo predlagali še druge vire pomoči. Več kot sopotniki, ki nam je mar za etične vidike, ne moremo storiti. Osebo lahko vljudo opomnimo, da je svoboda dvosmeren proces in je jamstvo naše svobode omogočanja svobode vsem drugim ljudem, da je torej treba spoštovati tudi nerazumevanje ali nasprotovanje.

Sklep

Ali torej ni etično, če za nekoga, ki je tako vznemirjen ali prestrašen, da že izpolnjuje zakonske razloge za neprostovoljno zadržanje na psihiatriji (nevarnost sebi ali drugim), s klicem reševalcem ali na policijo zagotovimo obravnavo po zakonu, je nemara etično, če ga prepustimo negotovi usodi v upanju, da se njegovo stanje pomiri samo od sebe? Na to zahtevno vprašanje je treba na področju duševnega zdravja odgovarjati pogosto, tudi rešitev je pogosto neprijetna.

Zato je morda največ, da se zavedamo etičnih orodij v pomenu, da lahko v konkretnih okoliščinah preverimo svoje delovanje in delovanje drugih vpletenih oseb. Zaradi osnovne človečnosti moramo drugemu človeku, pa naj ga težave z duševnim zdravjem delajo še tako »odpornega« na vsakdanje razumno sklepanje, omogočiti življenje v čim bolj dopuščajočem okolju – in vzporednica s krepitvijo samozavesti in občutka samozavedanja, ki smo jo črpali iz juulovske pedagogike, se zdi za ta namen še najuporabnejša. Da se takšnega pristopa lotimo pri že odraslih ljudeh, ni napaka ali pomanjkljivost, saj je človek proces zavestnih in nezavednih procesov, ki segajo globoko v mladost in otroštvo, zato z metodo opozarjanja na človeške meje, avtonomijo in odgovornost ne moremo še povečati težav, s katerimi se človek spopriema že zdaj.

Tone Vrhovnik Straka

Viri

- Aristoteles (2016). *Nikomahova etika*. Ljubljana: Slovenska matica.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of biomedical ethics*, 7. izdaja. New York: Oxford University Press.
- Buchanan, A. E., & Brock, D. W. (1990). *Deciding for others: the ethics of surrogate decision making*. New York: Cambridge University Press.
- Juul, J. (2017). *Agresivnost: nov in nevaren tabu*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Kant, I. (2003). Kritika praktičnega uma. Zbirka *Analecta*. Ljubljana, Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Mill, J. S. (2003). *Utilitarizem in O svobodi*. Ljubljana: Krtina.
- Omladič, L. (2009). Filozofska bioetika: med znanostjo, pravom in politiko. *Časopis za kritiko znanosti*, 37, 235–336.

Preprečevanje prisilnih ukrepov v službah duševnega zdravja: usposabljanje o uporabi orodja *WHO QualityRights*

Kaj je orodje *WHO QualityRights*?

WHO QualityRights je pobuda Svetovne zdravstvene organizacije, ki se osredotoča na spoštovanje avtonomije, dostojanstva in zasebnosti oseb s težavami z duševnim zdravjem. Nameni pobude so zagotoviti primerno zdravstveno in socialno oskrbo, preprečevati zlorabe in zanemarjanje ter spodbujati socialno vključenost in okrevanje. Pobuda si prizadeva doseči trajnostno spremembo miselnosti in praks ter usposobiti vse deležnike za uveljavljanje pravic in okrevanje oseb s psihosocialnimi, intelektualnimi ali kognitivnimi ovirami.

V okviru pobude *WHO QualityRights* je Svetovna zdravstvena organizacija razvila številne smernice in orodja, ki so na voljo različnim ciljnim skupinam. Gre za obsežen paket izobraževalnih gradiv, ki je nastal v sodelovanju s strokovnjaki in strokovnjakinjami na področju duševnega zdravja, osebami s težavami z duševnim zdravjem, izvajalci in izvajalkami storitev duševnega zdravja, strokovnjaki in strokovnjakinjami za človekove pravice, nevladnimi organizacijami, invalidskimi organizacijami in drugimi zagovorniki in zagovornicami.

Gradiva so namenjena usposabljanju strokovnjakov in strokovnjakinj na področju duševnega zdravja, oseb s psihosocialnimi, intelektualnimi in kognitivnimi ovirami, uporabnikov in uporabnic storitev duševnega zdravja, družin, skrbnikov in drugih podpornikov in podpornic.

Paket gradiv vsebuje praktična orodja za uveljavljanje pristopa, ki temelji na človekovih pravicah in okrevanju, v skladu s Konvencijo Združenih narodov o pravicah invalidov (Združeni narodi, 2006) in drugimi mednarodnimi standardi na področju človekovih pravic. Gradiva vključujejo spletno učilnico in pisna gradiva, ki so dostopna na platformi *QualityRights eTraining* in *WHO QualityRights Guidance and Training Tools* (Svetovna zdravstvena organizacija, 2019a).

Pomemben del orodij *WHO QualityRights* je tudi ocenjevalni instrument, ki omogoča evalvacijo kakovosti storitev ter preverjanje njihove skladnosti z načeli človekovih pravic. Instrument pomaga prepoznati in odpraviti prakse, ki povzročajo diskriminacijo, ter spodbujati enakopravnost, zmanjševanje predsodkov in odpravljanje stigme.



Spletna učilnica *WHO QualityRights* vsebuje dinamično in interaktivno izobraževalno gradivo, ki vključuje video vsebine, informativne članke in diskusijske forume. Udeleženci in udeleženke lahko povečajo svoje razumevanje pravic in procesov okrevanja v kontekstu duševnega zdravja. Spletna učilnica vsebuje šest modulov, in sicer:

- človekove pravice;
- človekove pravice, duševno zdravje in zmanjšane možnosti;
- pravna sposobnost in pravica do odločanja;
- odprava prisile, nasilja in zlorabe;
- kakovostne storitve in vključenost v skupnost;
- duševno zdravje, dobro počutje in okrevanje.

Prva modula obravnavata človekove pravice na splošno in posebej v kontekstu duševnega zdravja, preostali moduli pa, kako te pravice uveljavljati v službah za duševno zdravje in drugje v družbi. Dostop do učilnice je brezplačen, udeleženci pa lahko po uspešnem koncu usposabljanja pridobijo certifikat, ki je dodatna spodbuda.

Uvajanje orodja *WHO QualityRights* v Sloveniji

Uvajanje orodja poteka pod okriljem Nacionalnega inštituta za javno zdravje in je vključeno kot ukrep v Akcijski načrt duševnega zdravja 2022–2023 (Akcijski načrt, 2022). Ta ukrep je del širšega prizadevanja za destigmatizacijo duševnih motenj. To je opredeljeno kot eno izmed prednostnih področij v Resoluciji nacionalnega programa duševnega zdravja 2018–2028 (Resolucija, 2018). Ključna cilja tega področja sta zmanjšanje stigme in diskriminacije, povezane z duševnimi motnjami, in krepitev pravic oseb z duševnimi težavami. To vključuje tudi spodbujanje skupnostno usmerjenih storitev in izboljšanje dostopa do podpore na področju duševnega zdravja. Nacionalni program duševnega zdravja MIRA, ki skrbi za izvedbo teh ukrepov, obsega različne dejavnosti za krepitev kompetenc, usposabljanje strokovnjakov in strokovnjakinj ter za promocijo celostne skrbi za duševno zdravje, v skladu z načeli človekovih pravic.

Trenutna faza implementacije orodja *WHO QualityRights* vključuje prevod spletne učilnice v slovenščino in njeno tehnično umestitev na spletno stran Svetovne zdravstvene organizacije. Spletna učilnica bo v slovenščini brezplačno na voljo širši javnosti leta 2025. Ker pa je jasno, da zgolj informativno obvestilo o spletni učilnici ne bo dovolj za učinkovito implementacijo, načrtujemo aktivno sodelovanje s ključnimi in zainteresiranimi deležniki. Poglavitni nameni tega sodelovanja bodo ozaveščanje in informiranje o usposabljanju na področju vsebin *WHO QualityRights* ter spodbujanje širše vključenosti deležnikov v Sloveniji. Cilja sta doseči pozitivne spremembe na področju znanja in družbenega odnosa do duševnega zdravja ter izvajati kakovostno oskrbo v skladu s standardi orodja *WHO QualityRights*.



Vir: Arhiv Svetovne zdravstvene organizacije

Poleg zagotavljanja dostopnosti spletne učilnice smo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje med 25. in 27. novembrom 2024 v Ljubljani izvedli usposabljanje o uporabi orodja *WHO QualityRights*, s poudarkom na specifični temi *Alternativne prakse prisilnim ukrepom v službah za duševno zdravje*. Tole je poročilo s tega usposabljanja.

Usposabljanja so se udeležili strokovnjaki in strokovnjakinje s področja zdravstvenega in socialnega varstva iz vseh slovenskih psihiatričnih bolnišnic ter dveh socialnovarstvenih zavodov, in sicer na podlagi vabila. Izvedbo usposabljanja je vodila multidisciplinarna ekipa strokovnjakov in strokovnjakinj iz Združenega kraljestva in Svetovne zdravstvene organizacije. Dogodek je organiziral Nacionalni inštitut za javno zdravje v sodelovanju z Regionalnim uradom Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo, Ministrstvom za zdravje in Pisarno Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji. Financiranje delavnice je zagotovila Evropska unija v okviru projekta »Spoprijemanje z izzivi duševnega zdravja v Evropski uniji, na Islandiji in Norveškem«.

Alternativne prakse prisilnim ukrepom v službah za duševno zdravje

Usposabljanje »Alternativne prakse prisilnim ukrepom v službah za duševno zdravje«, ki je potekalo v Ljubljani, je del specifičnih modulov, ki so standardizirani in dostopni na spletni strani WHO QualityRights Guidance and Training Tools (Svetovna zdravstvena organizacija, 2019b).

Usposabljanje je bilo interaktivno ter je spodbujalo aktivno udeležbo udeležencev in udeleženk. Prikazi vsebin iz prakse in igra vlog so omogočili

evalvacijo alternativnih pristopov, ki temeljijo na tehnikah deeskalacije pri zagotavljanju pomoči osebam, ki so zelo vznemirjene, preplavljene s čustvi, vznemirjene in se odzivajo agresivno. Usposabljanje so izvajali strokovnjaki in strokovnjakinje iz Svetovne zdravstvene organizacije in Združenega kraljestva z dolgoletnimi kliničnimi izkušnjami dela z osebami z duševnimi motnjami. In sicer:

- dr. Jennifer Kilcoyne, direktorica nacionalnega programa HOPE(S) v organizaciji Mersey Care, ki dela pod okriljem Nacionalne zdravstvene službe v Angliji;
- Danny Angus, pomočnik direktorja nacionalnega programa HOPE(S) v organizaciji Mersey Care, ki dela pod okriljem Nacionalne zdravstvene službe v Angliji;
- dr. Roger Banks, psihiater in nekdanji direktor Nacionalne zdravstvene službe v Angliji.

Namen usposabljanja je bil predstaviti prakse, ki ne le krepijo moč in kompetence uporabnikov in uporabnic storitev, temveč tudi podpirajo in krepijo strokovnjake in strokovnjakinje, ki pomoč zagotavljajo. Cilj usposabljanja je bil povečanje kompetenc udeležencev in udeleženk, tako da bodo sposobni:

- opredeliti in prepoznati prisilne prakse v zdravstveni in socialni oskrbi;
- razumeti telesne in psihološke posledice izolacije in uporabe prisilnih sredstev pri uporabnikih storitev in strokovnjakih v službah za duševno zdravje;
- razumeti, kako prisilne prakse kršijo človekove pravice;
- razumeti in kritično ovrednotiti razloge za uporabo prisilnih praks v službah za duševno zdravje;
- pridobiti znanje o različnih strategijah, ki jih je mogoče uvesti v službah za duševno zdravje za zmanjšanje uporabe prisilnih praks.

Zmanjševanje prisilnih praks v službah za duševno zdravje: prehod k novi kulturi oskrbe brez prisile

Prvi dan usposabljanja so imeli uvodne nagovore dr. Iztok Kos, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje, dr. Melita Vujnović, predstavnica in vodja pisarne Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji, dr. Branko Gabrovec, direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Melita Murko, tehnična sodelavka za vodilni program na področju duševnega zdravja pri Regionalnem uradu Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo v Københavnu, in dr. Suzana Oreški, odgovorna za implementacijo orodja *WHO QualityRights* v Sloveniji, zaposlena na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje.

Sledila je panelna razprava z naslovom *Zmanjševanje prisilnih praks v službah za duševno zdravje: prehod k novi kulturi oskrbe brez prisile*. V njej so sodelovali strokovnjaki in strokovnjakinje iz prakse:

- dr. Vesna Švab, dr. med, spec. psihiatrije, vodja Centra za duševno zdravje odraslih v Zdravstvenem domu Logatec;
- dr. Andreja Čelofiga, dr. med. spec. psihiatrije, zaposlena na Psihiatričnem oddelku v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor;
- Aleš Zemljič, univ. dipl. org., dipl. zn., zaposlen na Psihiatričnem oddelku v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor;
- in prej predstavljena dr. Jennifer Kilcoyne in Danny Angus.

V panelni razpravi so bile predstavljene praktične izkušnje iz Slovenije, predvsem iz mariborske psihiatrične bolnišnice; tam so med letoma 2018 in 2020 izvajali projekt za zmanjšanje agresivnega vedenja in uporabe prisilnih varovalnih ukrepov na oddelkih v intenzivnih enotah psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji. Cilji projekta so bili oblikovati program, zagotoviti izobraževanje za zaposlene in jih usposobiti za uporabo alternativnih tehnik pri obvladovanju agresivnega vedenja pacientov in pacientk. Poseben poudarek je bil na tehnikah, kot sta deeskalacija in komunikacijske strategije, saj so se pokazale kot učinkovite metode pri obvladovanju zahtevanega vedenja.

V usposabljanje so se najprej vključili zdravstveno-negovalni timi vseh oddelkov Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, pozneje pa tudi psihiatrične bolnišnice. V treh so izvedli delavnice o komunikaciji in deeskalaciji za zaposlene na akutno-intenzivnih oddelkih. V okviru projekta so izvedli tudi raziskavo za oceno vpliva takšnega izobraževanja na pojavnost in trajanje prisilnega varovalnega ukrepa, kot je omejitev pacientov in pacientk s pasovi (Čelofiga *et al.*, 2023). Predstavljene so bile tudi praktične izkušnje uporabe tehnik deeskalacije na oddelku ter odzivi sodelavcev in sodelavk.

Prehod k novi kulturi dela je vnesel številne izzive in dileme, vendar so izkušnje z novim pristopom povečale kompetence zaposlenih in zadovoljstvo pri delu. Rezultat opisanega projekta je tudi publikacija *Osnove deeskalacijskih tehnik: priročnik za učenje in trening*, ki ga je izdalo Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu (Čelofiga in Koprivšek, 2018). Zaradi epidemije covida je bilo usposabljanje prekinjeno, vendar je zdaj druga priložnost za nadaljevanje izobraževanja. Več o tem v zadnjem poglavju.

V razpravi je bilo poudarjeno, da je pomembno uvajati pristop, ki temelji na človekovih pravicah pri vsakodnevem delu z osebami z duševnimi motnjami, in v osebo osredotočeno oskrbo, krepitev skupnostnih in mobilnih oblik pomoči ter multidisciplinarno sodelovanje. Predstavljena je bila tudi vloga vrstniške podpore in zagovorništva oseb z duševnimi motnjami. Vrstniška podpora bi morala biti zagotovljena v vseh psihiatričnih bolnišnicah, vrstniški podpornik in podpornica pa navzoča oz. zaposlena v vseh timih na področju duševnega zdravja.

Strokovnjaki in strokovnjakinje iz tujine so omenili pozitivne vidike nove kulture oskrbe, ki temelji na humanem in sočutnem pristopu. Njihovi prispevki so se smiselno navezovali na teme, ki so bile obravnavane v



Vir: Arhiv Svetovne zdravstvene organizacije

nadaljevanju usposabljanja, v obliki predavanj in delavnic, zato so še dodatno pojasnili pomen uvedbe pristopov, osredotočenih na človekove pravice in blaginjo pacientov in pacientk. Predstavljena je bila dobra praksa modela HOPE(S).

Model HOPE(S) je inovativni pristop, ki ga je razvila organizacija Mersey Care NHS Foundation Trust v Združenem kraljestvu. Model uporabljajo na nacionalni ravni kot model zmanjšanja prisilnih praks (kot sta vezanje in zapiranje) v službah za duševno zdravje in za spodbujanje neškodljive in v človekove pravice usmerjene oskrbe. Ključni elementi modela HOPE(S) so:

1. Brez škode (ang. *Harm-free*): zagotavljanje varnega okolja, ki zmanjšuje tveganje za škodljive posledice uporabo prisile.
2. Priložnosti (ang. *Opportunities*): ustvarjanje okolja, ki podpira posameznike pri učenju novih strategij za obvladovanje stresa in konfliktov.
3. Preprečevanje (ang. *Prevention*): aktivno prizadevanje za prepoznavanje sprožilcev konfliktov in za njihovo preprečevanje z ustreznimi intervencijami.
4. Zaščitni ukrepi (ang. *Safeguards*): vzpostavitev jasnih pravil in podpore za zaščito pravic uporabnikov in osebja.

Razlogi za uporabo prisilno-varovalnih ukrepov in njihov vpliv na posameznika

V popoldanskem delu usposabljanja smo se osredotočili na dve ključni temi. Prva je bila uporaba prisilnih varovalnih ukrepov in izolacije. Raziskovali

smo dejavnike, ki so pogosto razlog za uporabo teh ukrepov, ter njihov vpliv na psihološko, čustveno in telesno počutje uporabnikov in uporabnic storitev. Obravnavali smo tudi vpliv teh ukrepov na zaposlene, ki jih izvajajo, in raziskali predpostavke, povezane z njihovo uporabo. Iskali smo rešitve za izboljšanje varnosti vseh, brez uporabe prisile, in raziskovali ravnovesje med zagotavljanjem varnosti, upravljanjem tveganj, spoštovanjem človekovih pravic in oskrbo, usmerjeno v posameznika. Posebno pozornost smo namenili spodbujanju razvoja in vpeljavi sočutne oskrbe. Te vsebine smo podkrepili z interaktivnimi vajami, video posnetki in intervjuji, v katerih so uporabniki storitev predstavili svoje osebne izkušnje s prisilnimi ukrepi. Ti prispevki so omogočili boljši vpogled v vpliv teh praks na posameznike in spodbudili razpravo o alternativnih pristopih, usmerjenih v človekove pravice.

Druga tema so bile strategije za neuporabo izolacije in prisilnih ukrepov. Poudarili smo pomen travme, prepoznavanja senzibilnosti in znamenja stresa ter napetosti pri pacientih in pacientkah in pojasnili odzivanje osebja nanje, brez prisilnih ukrepov. Pri odzivanju na napete situacije je koristna uporaba t. i. osebno usmerjenih informacij za podporo osebam v stresnih situacijah. Ustvarjanje kulture sočutnega razumevanja in sprejemanja, podpornega okolja, udobnih sob za pogovore in reševanje napetih situacij, v osebo usmerjenega načrta ne zgolj zdravljenja, temveč prepoznavanja šibkih točk oz. občutljivosti in znamenj stresa in zagotavljanja vnaprej izražene volje (angl. *advanced care plan*) lahko pripomorejo k obvladovanju napetih situacij in oskrbi, prilagojeni osebi, brez uporabe prisilnih ukrepov.

Deeskalacija napetih in konfliktnih situacij

Drugi in tretji dan usposabljanja smo obravnavali deeskalacijo napetih in konfliktnih situacij. Poudarek je bil na praktičnih primerih, nasvetih za umiritev, demonstracijah in vajah z igranjem vlog. Posebno pozornost smo namenili tudi delu z otroki in odraslimi z motnjami v duševnem razvoju in avtizmom. Razumevanje vedenjskih izzivov smo obravnavali z vidika človekovih pravic in medosebne dinamike. Oba dneva so obogatili prispevki oseb z lastnimi izkušnjami z oskrbo brez prisile. Predstavljeni so bili prek videa. Predstavljeni so bili tudi primeri dobrih praks iz Združenega kraljestva, ki ga izvajajo v modelu HOPE(S).

Krepitev kompetenc za trajne spremembe

Odzivi udeležencev so bili večina pozitivni. Oblikovala se je tudi ožja delovna skupina, v kateri bodo predstavniki vseh psihiatričnih bolnišnic in dveh socialnovarstvenih zavodov opredelili ključne teme in izzive, ki bi jih želeli podrobneje preučiti na nadaljnjem usposabljanju. To bo obsegalo večmesečno supervizijo s strokovnjaki Svetovne zdravstvene organizacije in t. i. naknadno (*follow-up*) usposabljanje, ki ga bo Nacionalni inštitut za javno zdravje

organiziral skupaj s Svetovno zdravstveno organizacijo in Ministrstvom za zdravje.

Prav tako je načrtovano dolgoročno sodelovanje s strokovnjaki, ki so se v Sloveniji že ukvarjali z usposabljanjem o alternativnih praksah v intenzivnih oddelkih psihiatričnih bolnišnic. Namen tega sodelovanja je oblikovati tim slovenskih strokovnjakov, ki bo še naprej usposabljal o omenjenih temah in orodjih *WHO QualityRights*. Cilj je trajna sprememba, ki vključuje kontinuirano učenje, podporo in sodelovanje, v skladu s standardi *WHO QualityRights*. Ti standardi bodo dolgoročno pripomogli k izboljšanju kakovosti obravnave pacientov in pacientk, povečanju zadovoljstva zaposlenih in odpravi uporabe prisilnih ukrepov. Poleg tega poudarjajo pomen človekovih pravic v vseh vidikih obravnave. To je ključno za razvoj humanejšega in učinkovitejšega sistema dela v službah na področju duševnega zdravja.

Pri spremembah je ključna tudi sprememba organizacijske kulture oz. širši kulturni premik v miselnosti zaposlenih. Ta proces se ne bi smel dogajati zgolj horizontalno, temveč tudi vertikalno – to pomeni, da mora vključevati vse ravni organizacije, od vodstva do neposrednih izvajalcev in izvajalk storitev. Usposabljanja naj ne bodo osredotočena zgolj na tehnične spretnosti, temveč naj spodbujajo širši kulturni premik, ki poudarja dostojanstvo in pravice pacientov in pacientk oz. oseb z izkušnjo duševne motnje.

Ta paradigmatški premik je mogoče doseči z jasno zavezo vodstva, ki naj z zgledom uresničuje vrednote spoštovanja, vključevanja in sočutja. Pri uvajanju sprememb sta pomembna stalna podpora zaposlenim in sistematično spremljanje rezultatov, da bi se lahko pravočasno prilagajali izzivom in uvajali dodatne izboljšave. Del sprememb so tudi glasovi uporabnikov in uporabnic, saj lahko njihove izkušnje pomembno pripomorejo k oblikovanju rešitev, ki so resnično v skladu z njihovimi potrebami in pravicami.

Za konec želim opozoriti še na intervju s Phillipo (Mersey Care Comms, 2022), ki govori o svojih osebnih izkušnjah z duševno motnjo in zdravljenjem v psihiatričnih bolnišnicah v Združenem kraljestvu. Njena zgodba je bila predstavljena tudi na usposabljanju kot primer, ki opozarja na pomen kakovostne, sočutne, dostojanstvene in pravicam zavezane oskrbe v službah za duševno zdravje.

Suzana Oreški

Viri

Akcijski načrt (2022). Akcijski načrt 2022–2023 za izvajanje Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Pridobljeno 7. 7. 2025 s <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/Preventiva-in-skrb-za-zdravje/Varovanje-in-krepitev-zdravja/dusevno-zdravje/dusevno-zdravje/Akcijski-nacrt-za-dusevno-zdravje-2022-2023-310322.pdf>

Čelofiga, A., & Koprivšek, J. (2018). *Osnove deeskalacijskih tehnik: priročnik za učenje in trening*. Ljubljana: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.

- Čelofiga, A., Koprivšek, J., Gregorič Kumperščak, H., & Kores-Plesničar, B. (2023). Incidence, severity and characteristics of patients' aggression in acute psychiatric wards: data from a Slovenian national survey. *Slovenian Journal of Public Health*, 62(4), 190–197. DOI: 10.2478/sjph-2023-0027
- Mersey Care Comms (2022). P's experience. Pridobljeno 20. 12. 2024 s <https://www.youtube.com/watch?v=3XctCUYv2-Y>
- Resolucija (2018). Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. *Ur. l. RS*, št. 24/18.
- Svetovna zdravstvena organizacija (2019a). *QualityRights materials for training, guidance, and transformation*. Pridobljeno 13. 12. 2024 s <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
- Svetovna zdravstvena organizacija (2019b). *Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training – Course guide*. Pridobljeno 13. 12. 2024 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516754>
- Združeni narodi (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Pridobljeno 7. 7. 2025 s <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Andraž Rožman

Institucije bodo nadomestili multidisciplinarni timi

Intervju z Andrejo Rafaelič

Kljub številnim oviram dezinstitucionalizacija poteka že več desetletij, v nekaterih obdobjih je razvoj hitrejši, v drugih počasnejši. Zdi se, da je v tem času dezinstitucionalizacija dobila zagon. Na to kaže več dejavnikov, ki jih v intervjuju omenja Andreja Rafaelič, strokovna raziskovalna delavka na Inštitutu Republike Slovenije za socialno varstvo. Pojasnila je tudi, kako naj bi se selitve iz institucij razvijale v naslednjih letih. Če bo vse potekalo v skladu s strategijo, ki jo je marca 2024 pripravilo Ministrstvo za solidarno prihodnost, Slovenija čez nekaj let ne bo več sodila na rep evropskih držav na področju dezinstitucionalizacije.



Dr. Andreja Rafaelič je socialna delavka in strokovnjakinja na področju dezinstitucionalizacije in dolgotrajne oskrbe. Vodila je projekte preobrazbe zavodov v Sloveniji in tujini. Marca 2025 je za svoje dosežke na tem področju prejela nagrado Mesta žensk z naslovom Ženske o ženskah. Je soavtorica več znanstvenih monografij. Trenutno je vodja operacije Center za usmerjanje deinstitucionalizacije na Inštitutu Republike Slovenije za socialno varstvo.

V Sloveniji naj bi bil proces dezinstitucionalizacije v razmahu. Na kateri točki je in v katero smer se razvija?

Projekta, ki sta trajala štiri oziroma pet let, sta se pravkar končala, in sicer v CUDV Črna na Koroškem in v Domu na Krasu v Dutovljah. Vsega skupaj se je preselilo nekaj manj kot dvesto ljudi in toliko manj je zdaj tudi postelj v teh dveh zavodih. Večina zdaj živi v stanovanjskih skupinah, peščica se jih je preselila v individualna stanovanja. V Dutovljah in Črni na Kroškem smo



Andreja Rafaelič
0009-0006-7108-6915

nekje vmes med institucijo in skupnostjo. Ljudje v stanovanjskih skupinah živijo precej bolje, kot so v zavodih, še vedno pa niso povsem v skupnosti oziroma domačem okolju. Na podlagi teh dveh projektov je bila na Ministrstvu za solidarno prihodnost sprejeta strategija za dezinstitutionalizacijo za celotno Slovenijo. V dokumentu je tudi podatek o tem, kakšno je trenutno stanje. Med drugim je mogoče v strategiji prebrati, da v ustanovah za odrasle še vedno živi 4.500 ljudi. Strategija omenja, da se jih bo v naslednjih desetih letih 3.500 preselilo iz ustanov v skupnost, tisti, ki bodo ostali v zavodih, pa bodo živeli v enotah z manj kot 24 ljudmi. Če torej odgovorim na vprašanje, kje smo zdaj: smo na začetku te poti.

Kaj se bo zgodilo z ljudmi, ki se niso preselili iz zavodov v Dutovljah in Črni na Koroškem?

V Dutovljah je treba ljudi, ki so ostali v zavodu, preseliti. Čeprav smo tako na Inštitutu za socialno varstvo kot v projektnem timu opozarjali na to, smo naredili napako, saj je selitev potekala po načelu snemanja smetane. Torej so se najprej preselili tisti, ki potrebujejo manj podpore, tisti, ki so bili na negovalnem in varovanem oddelku, pa so ostali v zavodu. Če bi vrstni red obrnili, bi bilo precej bolje, saj bi ljudje z manjšimi potrebami, ki bi ostali v zavodu, lahko tam sami živeli z zelo malo podpore. Zavod v Dutovljah se bo v roku dveh let dokončno izpraznil. Razmisliti je treba, kako izpeljati to zelo zahtevno delo. Strategija predvideva multidisciplinarne time in s pomočjo te nove storitve bo mogoče izpeljati preselitve. Vsekakor pa nihče ne bo ostal v zavodu. To bi bilo tudi ekonomsko neučinkovito. Dvojnega sistema ni več mogoče vzdrževati. V Dutovljah stane vzdrževanje institucije okrog 300.000 evrov na leto. Torej samo za to, da obstaja, pa čeprav v njej ne bi bilo ljudi.

Za koliko ljudi je mogoče zagotoviti oskrbo s 300.000 evri na leto?

Za devet ali deset. Ampak teh 300.000 evrov je samo režijski strošek – elektrika, voda ipd. Ta strošek ostaja, pa če je tam 70, 30 ali nič ljudi. Ta denar bi lahko vložili v razvoj storitev v skupnosti. Pa ne le teh 300.000, ampak tudi investicije v zidove. V preteklem letu (2024) smo v Sloveniji na primer približno 6,5 milijonov evrov investirali v obnovo, nadgradnjo in dogradnjo institucij za odrasle. Če bi večino teh sredstva investirali v stanovanja v skupnosti, bi lahko ustanove hitro izpraznili.

Kdaj naj bi začeli delovati multidisciplinarni timi?

V strategiji piše, da naj bi se institucije dezinstitutionalizirale s pomočjo multidisciplinarnih timov, ki naj bi nadomestili institucionalno oskrbo. V teh službah bodo delali ljudje različnih poklicnih profilov – medicinske sestre, socialne delavke, podporni delavci idr. Ljudje z različnimi izobrazbami, tudi srednješolsko in osnovno, ki bodo podpirali druge v vsakdanjem življenju, nekateri od njih z znanjem iz zdravstvene nege. Multidisciplinarni tim bo moral nadomestiti celovitost oskrbe, ki jo zagotavlja institucija. Pomembna

stvar, ki smo jo naredili pri načrtovanju multidisciplinarnih timov, je, da bo v vsakem od njih delal vsaj en vrstniški podporni delavec.

Koliko takšnih timov naj bi vzpostavili?

Na koncu bi moralo biti po vsej Sloveniji od 60 do 70 multidisciplinarnih timov. Za začetek se jih bo do leta 2028 vzpostavilo 15 iz evropskih sredstev. Upam, da bo prvi začel delovati leta 2025.

Kaj se bo spremenilo za ljudi, ki so se iz Dutovelj preselili v stanovanjske skupine?

Težko napovem. Tisto, kar bi se moralo, pa je aktivacija. Ko greš v skupnost, v istem stanovanju biva manj ljudi, a ostaja vprašanje, kdo ima več nadzora – osebe ali človek, ki tam živi. Pa tudi, kaj naj bi ljudje v skupnosti smiselnega počeli. Če ne moreš ničesar početi in če nimaš denarja niti za kavo, se je težko aktivirati. Ena ključnih zadev teh timov je ukvarjanje z zaposlovanjem. Vsi timi bodo imeli sklop, ki bo namenjen preselitvam, v drugem delu pa bo imel vsak tim svoj center odličnosti. Eden teh bo delovanje po načelu *housing first*, to pomeni, da je treba človeku najprej poiskati stanovanje, potem pa še podporo. Potem bodo v različnih multidisciplinarnih timih delovali še centri odličnosti za zaposlovanje, delo z ljudmi, ki uživajo droge ali pijejo alkohol, in za mlade.

V zadnjem času je bila v ospredju preselitev ljudi iz zavoda v Dutovljah. Kakšno pa je stanje drugje po Sloveniji? Verjetno sledijo novi projekti. Kakšni so načrti?

Ministrstvo bo sprejelo nacionalni akcijski načrt za dezinstitutionalizacijo. En del tega načrta je metodologija za izbiro zavodov, ki bodo šli prvi v preobrazbo. Po tej metodologiji je prvi na vrsti zavod v Hrastovcu, potem so tu Dutovlje, ki morajo dokončati proces preselitve, sledijo Lukavci. V Dutovljah smo naredili napako, da je bila pri preselitvi doslej vsa odgovornost na zavodu, torej da naj bi vse naredil zavod sam. Zagotovo se bodo na razpise za multidisciplinarne time prijavile tudi nevladne organizacije, ki bodo imele nalogo, da preselijo ljudi iz institucij v skupnost. Kar nekaj nevladnih organizacij se je aktiviralo v tem procesu, na primer Sonček, Risa, Franko, Kralji ulice, ki imajo interes razvijati storitve v skupnosti, YHD je začel s kampanjami v podporo dezinstitutionalizaciji. Muzej norosti ima kampanjo za dezinstitutionalizacijo, v okviru prestolnice kulture GO! 2025 pa je šel znameniti Marco Cavallo iz Trsta na pot po Sloveniji, ki ga bodo spremljali razni dogodki v različnih krajih. Očitno se je začelo nekaj dogajati, brbotati.

Pomemben del dezinstitutionalizacije je tudi javno pojavljanje, zagovarjanje.

Zdi se mi zelo pomembno, da se ob stoti obletnica rojstva Franca Basaglie vse več govori o dezinstitutionalizaciji. To ni samo vprašanje stroke in ljudi, ki živijo v institucijah, ampak vseh nas, ki živimo zunaj, a smo vsi na tem, da lahko enkrat pristanemo notri. Mogoče se včasih preveč zapiramo v strokovnjaške

kroge ali uporabljamo težke besede, ki jih nihče ne razume. Z umetnostjo in javnimi dogodki se lahko marsikaj spremeni v družbi, da ta postane strpnejša in občutljivejša za človekove pravice. Zdi se mi, da tega velikokrat primanjkuje. Glede na strategijo za dezinstitutionalizacijo bo en razpis namenjen tudi centru za zagovorništvo, ki bo imel na eni strani nalogo izvajati individualno zagovorništvo, na drugi pa izvesti veliko kampanjo za dezinstitutionalizacijo. Družba mora postati občutljivejša za krivice. Zelo pomembno se mi zdi, da ni samo dezinstitutionalizacija tista, ki išče umetnost in jo vabi, naj jo podpre, ampak da je tudi umetnost prepoznala pomen dezinstitutionalizacije za dvig ravni civilizacije.

Je mogoče pohod Marca Cavala po institucijah leta 2025 primerjati z Iz-hodom, ki je od institucije do institucije potekal leta 2010?

Obe akciji je mogoče primerjati, nekaj pa je drugače. Marco Cavallo je šel iz institucije, Iz-hod pa je prihajal v institucije, da bi jih spomnil. Pred kratkim smo v Ljubljani lahko gledali film *Trst pripoveduje Basaglio*, v katerem je vidno, da so se v Trstu dogajale zelo podobne stvari, kot se zdaj dogajajo v Dutovljah. Nekateri prebivalci in prebivalke so bili veseli novih sosedov, drugi pa so glasno protestirali proti selitvi v njihovo bližino. Veliko prizorov, ki smo jih videli v tem filmu, bi lahko posneli tudi zdaj. Tisti, ki delajo v instituciji in podpirajo, da se ljudje preselijo iz zavoda, se morajo pogajati s skupnostjo, jo spodbujati k odprtosti do preselitev. Tako je bilo v Trstu v sedemdesetih letih in tako je zdaj v Sloveniji. Imamo pa včasih opraviti s kakšnimi civilnimi iniciativami, ki so zelo vztrajne. A dezinstitutionalizacija mora biti ne glede na to pogumna, vztrajna in malo nora. Treba si je upati in marsikaj poskusiti.

Tudi dialoška?

Tudi. Brez dialoga ni mogoče premakniti ničesar. Pomembno je, da dialoga ne zapremo, ampak da v njem vztrajamo.

Vrniva se k strategiji. Bo dezinstitutionalizacija blizu konca, ko bo v zavodih le še tisoč ljudi?

Ne. To bo samo prvi del. Potem se bo treba lotiti še drugega. Dezinstitutionalizacija pomeni, da nihče ne ostane v instituciji. In vedeti moramo, da dokler imamo institucije, se bodo polnile. Konvencija o pravicah ljudi z oviram ne določa, da imata na primer dve tretjini ljudi pravico živeti v skupnosti, ampak da jo imamo vsi. Konvencija je napisana za vse države in vse ljudi z ovirami. Seveda bomo morali spet paziti, da ne bomo iz zavodov najprej vzeli ljudi, ki potrebujejo manj podpore. V tem pogledu je dobro, da bo šel prvi v preobrazbo zavod Hrastovec, saj ima sloves zadnje postaje.

Ali vodstvo Hrastovca kaže pripravljenost za izvedbo dezinstitutionalizacije?

Zelo očitno je pripravljenost velika. Direktor je tam že organiziral predstavitve knjig, povezanih z dezinstitutionalizacijo, državni sekretar je napovedal,

da bo Hrastovec šel v preobrazbo, v kratkem pa pričakujemo, da bodo v zavodu napisali načrt preobrazbe.

Če se osredotočiva na prvi del strategije, kam bo Slovenija spadala v evropskem merilu, ko bo v institucijah živelo le še tisoč ljudi?

Institucionalizacija je vseevropski problem in verjetno tudi svetovni. Če to naredimo, bomo v boljši polovici, zdaj smo v slabši, v resnici prav pri repu, pri tem pa nimam v mislih le Evropske unije, ampak vso Evropo. V Sloveniji imamo sicer precej storitev, skoraj 4000 ljudi, ki prejemajo osebno asistenco, pa stanovanjske skupine, dnevne centre, pomoč na domu ipd. Slovenija ni siromašna, kar zadeva storitve, ki so na voljo, a se nikoli nismo zares lotili ustanov in zmanjševanja števila ljudi, ki tam živijo. Množimo storitve v skupnosti, ampak s tem ne zmanjšujemo kapacitet institucij. Odkar imamo osebno asistenco, se je število ljudi v institucijah povečalo za 80. Zato je ključno, da zgradimo sistem, ki bo poskrbel, da se bo za vsako mesto, ki ga bo kdo zasedel v skupnosti, kapaciteta v instituciji zmanjšala za eno mesto.

Da bomo prišli do drugega dela, pa bo verjetno trajalo še kar nekaj let?

Treba bo videti, kje bomo takrat, in na tej podlagi naprej razvijati storitve, nato pa sprejeti še en akcijski načrt ali strategijo, da bomo še druge ljudi preselili v skupnost. Pri dezinstitutionalizaciji se je pomembno zavedati: če ne gremo naprej, hitro nazadujemo. To je lepo vidno na primeru Hrastovca. Na podobni prelomnici so zdaj Dutovlje. Če ne bodo šle naprej in če se zavod ne bo zaprl, bo čez pet let spet poln.

Je dezinstitutionalizacija res neskončna, kot pišeta z Vitom Flakerjem?

Konca ni. Vedno je treba skrbeti za to, da ne gremo nazaj, in iskati moramo vedno boljše rešitve. Položaj ljudi z ovirami je na primer precej slabši od položaja žensk. Neskončno veliko časa bomo potrebovali, da pridemo do enakosti žensk, kaj šele ljudi z ovirami. Toda če je prejšnje stoletje zaznamovalo, da smo ženske vsaj na papirju dobile enake pravice kot moški, je čas, da v tem stoletju enako naredimo za ljudi z ovirami.

The resisting force of social work: current reflections in critical and historical perspective

International Symposium of Social Work

7–8 November 2025, Ljubljana, Slovenia

Faculty of Social Work, University of Ljubljana, is organising the International Symposium of Social Work on 7 and 8 November 2025, in Ljubljana, Slovenia. It will mark 70 years of education, professionalisation and academisation of social work in Slovenia. The title of the event: The resisting force of social work: current reflections in critical and historical perspective.

We would like to welcome friends, colleagues, and the academic community to celebrate this important anniversary together. The International Symposium aims to highlight the wide range of social work topics that are currently particularly relevant, especially from a critical and historical perspective.

The International Symposium aims to be transdisciplinary and is interested in a wide range of theoretical and methodological approaches in social work, intertwined with social policy, ethical dilemmas and situational ethics, disability studies, mental health, anti-racist social work and postcolonial theory, feminist studies and the empowerment perspectives and human rights.

Priority will be given to abstracts/presentations that include a historical perspective in terms of methods and content related to the topic they address, and to abstracts/presentations that focus on a historical perspective in the study of specific issues in social work.

Contact Darja Zaviršek, president of the Scientific Committee:
darja.zavirsek@fsd.uni-lj.si

Znanstveni članki

- BOHINEC, M. – Značilnosti stisk strokovnih delavk in delavcev na področju socialnega varstva, 3: 197.
- BRENCIČ-LOČIČNIK, M. (MAYR, M., & ČOTAR KRILIČ, R.) – Vloga evropskih programov na področju mladine pri socialnem vključevanju mladih, 1-2: 3.
- ČOTAR KRILIČ, R. (MAYR, M., BRENCIČ-LOČIČNIK, M., &) – Vloga evropskih programov na področju mladine pri socialnem vključevanju mladih, 1-2: 3.
- DEŽMAN BURAZER, I. – Pogostost uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije v socialnem delu z mladimi, 4: 301.
- GORENC ZORAN, A. (MOLEK, N., &) – Dvojna diskriminacija: intersekcionalnost med spolom in invalidnostjo na slovenskem trgu del, 4: 279.
- GRIL, A. (KURBUS FALEŽ, M., &) – Vloga skavtskih dejavnosti pri krepitevi duševnega zdravja mladih, 3: 175.
- GRIL, A. (VRHUNEC, N., &) – Umeščanje novega mladinskega centra v skupnost, 1-2: 19.
- KRAJNČAN, M. (VUKOVIČ, M., & ROZMAN, U., VRHUNC PFEIFER, K.) – Nemški model pomoči otrokom in mladostnikom s čustvenimi in vedenjskimi težavami ali motnjami, 1-2: 37.
- KRAJNČAN, M. (VUKOVIČ, M., & ROZMAN, U., VRHUNC PFEIFER, K.) – Slovenski model pomoči otrokom in mladostnikom s čustvenimi in vedenjskimi težavami ali motnjami, 1-2: 55.
- KURBUS FALEŽ, M. (& GRIL, A.) – Vloga skavtskih dejavnosti pri krepitevi duševnega zdravja mladih, 3: 175.
- LEBAR, L. (& NAGODE, M.) – Ocenjevanje upravičenosti do dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, 4: 263.
- MAYR, M. (& BRENCIČ-LOČIČNIK, M., ČOTAR KRILIČ, R.) – Vloga evropskih programov na področju mladine pri socialnem vključevanju mladih, 1-2: 3.
- MOLEK, N. (& GORENC ZORAN, A.) – Dvojna diskriminacija: intersekcionalnost med spolom in invalidnostjo na slovenskem trgu del, 4: 279.
- NAGODE, M. (LEBAR, L., &) – Ocenjevanje upravičenosti do dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, 4: 263.
- RAKOVEC, P. (VIDEMŠEK, P., &) – Skrbimo za druge, kaj pa zase? Skrb za poklicni razvoj in preprečevanje izčrpanosti zaradi sočutja, 3: 155.
- ROZMAN, U. (VUKOVIČ, M., KRAJNČAN, M., & VRHUNC PFEIFER, K.) – Nemški model pomoči otrokom in mladostnikom s čustvenimi in vedenjskimi težavami ali motnjami, 1-2: 37.

- ROZMAN, U. (VUKOVIČ, M., KRAJNČAN, M., & VRHUNC PFEIFER, K.) – Slovenski model pomoči otrokom in mladostnikom s čustvenimi in vedenjskimi težavami ali motnjami, 1-2: 55.
- VIDEMŠEK, P. (& RAKOVEC, P.) – Skrbimo za druge, kaj pa zase? Skrb za poklicni razvoj in preprečevanje izčrpanosti zaradi sočutja, 3: 155.
- VRHUNC PFEIFER, K. (VUKOVIČ, M., KRAJNČAN, M., ROZMAN, U., &) – Nemški model pomoči otrokom in mladostnikom s čustvenimi in vedenjskimi težavami ali motnjami, 1-2: 37.
- VRHUNC PFEIFER, K. (VUKOVIČ, M., KRAJNČAN, M., ROZMAN, U., &) – Slovenski model pomoči otrokom in mladostnikom s čustvenimi in vedenjskimi težavami ali motnjami, 1-2: 55.
- VRHUNEC, N. (& GRIL, A.) – Umeščanje novega mladinskega centra v skupnost, 1-2: 19.
- VUKOVIČ, M. (& KRAJNČAN, M., ROZMAN, U., VRHUNC PFEIFER, K.) – Nemški model pomoči otrokom in mladostnikom s čustvenimi in vedenjskimi težavami ali motnjami, 1-2: 37.
- VUKOVIČ, M. (& KRAJNČAN, M., ROZMAN, U., VRHUNC PFEIFER, K.) – Slovenski model pomoči otrokom in mladostnikom s čustvenimi in vedenjskimi težavami ali motnjami, 1-2: 55.
- ZAVRL, B. – Elementi socialnega dela v dejavnosti zaščitnih sester v Sloveniji, 4: 319.

Strokovni članki

- ARNEŽ, V. – Psihosocialna pomoč mladim z vidika socialnega dela, 1-2: 87.
- HREN, J. (& KORSIKA KNIFIC, A., TRČEK, A., ZAMIDA, T.) – Socialno delo z mladimi uporabniki prepovedanih drog, 1-2: 99.
- KORSIKA KNIFIC, A. (HREN, J., & TRČEK, A., ZAMIDA, T.) – Socialno delo z mladimi uporabniki prepovedanih drog, 1-2: 99.
- MESEC, B. – Strategije komuniciranja s chatGPT pri kvalitativni analizi besedil, 3: 217.
- PALATIN, S. – Socialno delo z ranljivo mladostnico v vzgojno-izobraževalni ustanovi, 1-2: 73.
- TRČEK, A. (HREN, J., KORSIKA KNIFIC, A., & ZAMIDA, T.) – Socialno delo z mladimi uporabniki prepovedanih drog, 1-2: 99.
- ZAMIDA, T. (HREN, J., KORSIKA KNIFIC, A., TRČEK, A., &) – Socialno delo z mladimi uporabniki prepovedanih drog, 1-2: 99.

Poročila

- KRAŠNA, B. (& URATARIČ MALNAR, N.) – Zveza prijateljev mladine Slovenije: 70 let za dobro otrok, 1-2: 113.
- KUSTEC, K. – Izrazno ustvarjalni pristopi pri delu z mladostniki, 1-2: 125.
- MESEC, B. (& RIHTER, L.) – Kombiniran intenzivni program o psihosocialnih tveganjih v delovnem okolju, 4: 333.
- PISKULE, M. – Delo z mladimi brezdomnimi v programu nastanitvene podpore Društva Kralji ulice, 1-2: 121.
- RIHTER, L. (& SUHOVRŠNIK, M.) – Izzivi dela in priložnosti za inovacije v starajoči se družbi, 3: 255.
- RIHTER, L. (MESEC, B., &) – Kombiniran intenzivni program o psihosocialnih tveganjih v delovnem okolju, 4: 333.
- SOBOČAN, A. M. (UREK, M., &) – Obisk Univerze v Ruandi, 4: 339.

- SUHOVRŠNIK, M. (RIHTER, L., &) – Izzivi dela in priložnosti za inovacije v starajoči se družbi, 3: 255.
- ŠUGMAN BOHINC, L. – Kombiniran intenzivni program o sodelovalnem socialnem delu, 3: 249.
- URATARIČ MALNAR, N. (KRAŠNA, B., &) – Zveza prijateljev mladine Slovenije: 70 let za dobro otrok, 1–2: 113.
- UREK, M. (&, SOBOČAN, A. M.) – Obisk Univerze v Ruandi, 4: 339.
- VIDEMŠEK, P. – Kombiniran intenzivni program o superviziji, 3: 239.

Knjižne recenzije

- MESEC, B. – Anica Mikuš Kos (2024): Pomoč otrokom in mladostnikom v duševnih stiskah, 4: 345.
- MESEC, B. – Kristina Martelanc (2019): Vzponi iz brezna stiske, 1–2: 139.
- POŠTRAK, M. – Sandi Horvat (2024): Beli Rom: navdihujoča zgodba ujetih sanj, 1–2: 147.
- POŠTRAK, M. – Trine Natasja Sindahl (2024): Svetovanje otrokom in mladostnikom v spletni klepetalnici – priročnik, 1–2: 143.
- ŠEME, M. (&, ŠEME, P.) – Evan Stark (2023): Children of coercive control, 3: 259.
- ŠEME, P. (ŠEME, M., &) – Evan Stark (2023): Children of coercive control, 3: 259.

Uvodnik

- POŠTRAK, M. – » Znanje odpira vrata v svet«, 1–2: 1

Dokument

- Indeks: Socialno delo, letnik 63 (2024), 1–2: 151.

Najava

9. kongres socialnega dela, 20. in 21. november 2025, Terme Zreče, Hotel Vital – 70 let soustvarjanja družbenih sprememb, 4: 351.

Gost urednik

- POŠTRAK, M – Mladi v socialnem delu, 1–2.

Publisher
University of Ljubljana Faculty of Social Work
All rights reserved

Editor in chief
Vera Grebenc

Senior Editor
Borut Petrovič Jesenovec

Editorial Board
Barbara Černač, Srečo Dragoš,
Nina Mešl, Tamara Rape Žiberna,
Irena Šumi, Mojca Urek, Darja Zaviršek

Advisory Board
Gordana Berc, Lena Dominelli,
Shirley Gabel Gaetano, Subhangi Herath,
Duška Knežević Hočevar, Roman Kuhar,
Chu-Li Julie Liu, Rea Maglajlić, Jana Mali,
Theano Kallinikaki, Dragan Petrovec,
Paula Pinto, Francka Premzel, Shula Ramon,
Liljana Rihter, Alessandro Siccora,
Lea Šugman Bohinc, Mirjana Ule

In memoriam
Jo Campling
Bogdan Lešnik

Cover photo
Vili Lamovšek

Address
Topniška 31, 1000 Ljubljana
phone (+386 1) 2809 273
socialno.delo@fsd.uni-lj.si

Web site
<https://www.revija-socialnodelo.si/>

Inclusion in databases
International Bibliography of the Social Sciences
(IBSS),
ERIH PLUS
EBSCO SocIndex with Full Text

Four issues are issued per year.

Subvention: Slovenian Research Agency

Guidelines for authors are published
on the Journal's web pages.

Texts published in Socialno delo Journal
are licenced under Creative Commons licence:
CC BY-SA

THEMATICAL EDITION –
»DEINSTITUTIONALISATION...,
THAT WORD!«

Guest editors: Mojca Urek, Juš Škraban

SOCIALNO DELO, Vol. 64, Issue 1–2
(January–June 2025)

SELECTED CONTENTS

- 3 Roberto Mezzina – Deinstitutionalization today: person-centered focus and system change toward community mental health
- 23 Juš Škraban – A critical look at the procedures for admission to and discharge from a secure ward in a special social welfare institution
- 45 Joanna Fox, Shulamit Ramon, Raf Hamaizia – The process of deinstitutionalisation from within an institution: evaluating innovations in a closed ward for women with (borderline) personality disorder
- 71 Vito Flaker – Users' involvement: a motto or the motor of transformation
- 95 Katarina Mauch – Place for deinstitutionalization: users' perspective on the transition from exclusive to inclusive living places within the Dom na Krasu project
- 111 Bojan Šošić, Esmina Avdibegović, Nejra Tinjić, Vahid Djulović – Challenges and perspectives of user-led initiatives in post-conflict and transitional communities: experiences from Bosnia and Herzegovina
- 133 Jošt Cafuta Maček – Camps – a key form of learning about deinstitutionalisation
- 151 Nataša Novak – How a Community Mental Health Coordinator can help a user with mental health issues in renovating her house

TEMATSKA ŠTEVILKA: »DEZINSTITUCIONALIZACIJA ..., TA BESEDA!«

UVODNIK

Mojca Urek in Juš Škraban – DEZINSTITUCIONALIZACIJA V GIBANJU:
SODOBNI DOSEŽKI, PROTISLOVJA IN UČENJE – 1

ZNANSTVENI ČLANKI

Roberto Mezzina – DEINSTITUTIONALIZATION TODAY: PERSON-CENTERED
FOCUS AND SYSTEM CHANGE TOWARD COMMUNITY MENTAL HEALTH – 5

Juš Škraban – KRITIČNI POGLED NA POSTOPKE NAMESTITEV NA VAROVANI
ODDELEK IN ODPUSTOV Z NJEGA V POSEBNEM SOCIALNOVARSTVENEM
ZAVODU – 23

Joanna Fox, Shulamit Ramon, Raf Hamaizia – THE PROCESS OF
DEINSTITUTIONALISATION FROM WITHIN AN INSTITUTION: EVALUATING
INNOVATIONS IN A CLOSED WARD FOR WOMEN WITH (BORDERLINE)
PERSONALITY DISORDER – 45

Vito Flaker – VKLJUČEVANJE UPORABNIKOV – KRILATICA ALI KRILA
PREOBRAZBE – 71

Katarina Mauch – PROSTOR ZA DEZINSTITUCIONALIZACIJO: UPORABNIŠKA
PERSPEKTIVA PREHODA IZ IZKLJUČUJOČIH K VKLJUČUJOČIM ŽIVLJENJSKIM
PROSTOROM V OKVIRU PROJEKTA DOMA NA KRASU – 95

Bojan Šošić, Esmina Avdibegović, Nejra Tinjić, Vahid Djulović – CHALLENGES AND
PERSPECTIVES OF USER-LED INITIATIVES IN POST-CONFLICT AND
TRANSITIONAL COMMUNITIES: EXPERIENCES FROM BOSNIA AND
HERZEGOVINA – 111

Jošt Cafuta Maček – TABORI – KLJUČNA OBLIKA UČENJA
O DEZINSTITUCIONALIZACIJI – 133

STROKOVNI ČLANEK

Nataša Novak – POMOČ KOORDINATORKE OBRAVNAVE V SKUPNOSTI UPORABNICI
S TEŽAVAMI Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM PRI OBNOVI HIŠE – 151

ESEJ

Tone Vrhovnik Straka – POTREBUJE PODROČJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA SVOJO
LASTNO ETIKO? – 167

POROČILO

Suzana Oreški – PREPREČEVANJE PRISILNIH UKREPOV V SLUŽBAH
DUŠEVNEGA ZDRAVJA: USPOSABLJANJE O UPORABI ORODJA
WHO QUALITYRIGHTS – 175

INTERVJU

Andraž Rožman – INSTITUCIJE BODO NADOMESTILI MULTIDISCIPLINARNI TIMI:
INTERVJU Z ANDREJO RAFAELIČ – 185

NAJAVA

International Symposium of Social Work, 7–8 November 2025, Ljubljana, Slovenia –
THE RESISTING FORCE OF SOCIAL WORK: CURRENT REFLECTIONS
IN CRITICAL AND HISTORICAL PERSPECTIVE – 191

INDEKS

SOCIALNO DELO, LETNIK 63 (2024) – 193