

"Deinstitucionalizacija-humani pristup psihički oboljelim osobama"

Jerinić, Andrea

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:572351>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-21**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

ANDREA JERINIĆ

DEINSTITUCIONALIZACIJA – HUMANI PRISTUP PSIHIČKI
OBOLJELIM OSOBAMA

ZAVRŠNI RAD

Dubrovnik, rujan 2017.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

DEINSTITUCIONALIZACIJA – HUMANI PRISTUP PSIHIČKI
OBOLJELIM OSOBAMA

DEINSTITUTIONALIZATION — HUMANE ACCESS TO THE PERSON
WITH MENTAL DISORDER

ZAVRŠNI RAD

KANDIDAT:

Andrea Jerinić

MENTORICA:

Vesna Babarović dipl.soc.radnica

Dubrovnik, rujan 2017.

SAŽETAK

Pojam „osoba s duševnim smetnjama“ je izraz novije terminologije koji za cilj ima ublažiti stigmatizaciju istih i staviti naglasak na osobu, a ne na bolest, iako se u literaturi, ali i u svakodnevnom govoru mnogo češće se mogu čuti izrazi poput „psihički bolesnik“ ili „duševni bolesnik“. Ljude s dijagnozom duševne bolesti često se gleda kao drugorazredne građane, koji ne doprinose javnom dobru u ekonomskom smislu i dobrobiti države te crpe društvo i parazitiraju.

Istovremeno, uskraćeno im je zapošljavanje, obitelj ih odbacuje, a društvo ih ne želi integrirati. Jasno je, dakle, da duševne bolesti trebaju biti smatrane, ne samo medicinskim, već i socijalnim i sociološkim pitanjem. Osoba s dijagnozom duševne bolesti jasno pokazuju kako oni nisu osobe bez osobnih, moralnih, duhovnih snaga ili sposobnosti već su prije svega osobe kojima su životne šanse i mogućnosti izbora bile značajno prikraćene u podjeli socijalne, ekonomske i političke moći i resursa.

Glavni je cilj deinstitutionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi do 2018. godine smanjenje broja korisnika stalnog smještaja za 20%, s aktualnih 81% na 65%, uz povećanje obuhvata korisnika u izvaninstitucijskim oblicima smještaja, s aktualnih 19% na 35%. Vlada Republike Hrvatske se obavezala da će poboljšati život osoba s invaliditetom, uključujući i njihovo preseljenje iz ustanova i stvaranje programa pružanja potpore u zajednici. Unatoč tim obećanjima institucionalna skrb u Hrvatskoj raste umjesto da se smanjuje, a veoma je malo pojedinaca koji borave u ustanovama, vraća se životu u zajednici. Između 70 i 100 posto štićenika ustanova namjenjenih osobama s intelektualnim ili mentalnim invaliditetom institucionalizirano je bez vlastitog pristanka ili prilike da ospore tu odluku, zahvaljujući pravnom postupku poznatom kao „lišenje poslovne sposobnosti“, koji im oduzima pravo da sami donose važne odluke. Golem broj predrasuda koje određuju odnos društva prema „osobama s duševnim smetnjama“ imaju dalekosežne posljedice i na oboljelog i na njegovu obitelj.

Ključne riječi: deinstitutionalizacija, transformacija domova, psihički bolesne odrasle osobe

SUMMARY

The term "person with mental disorders" is an expression of the recent terminology that main aims are, to tone down the stigma on these people and put the emphasis on the person, not on the malady. In everyday language, we can often hear terms such as "mentally insane". People diagnosed with a mental disorder are often viewed as second- class citizens which can not contribute to society.

At the same time, these people are often unemployed and taskmasters do not have a plan how to integrate these people into the company. Therefore, the mental illness should not be considered only as a medical, but also a social and sociological problem. A person which is diagnosed with a mental illness clearly shows that they are not without personal, moral, spiritual power or ability for labor, but their chances and choices are significantly enabled.

The main goal of deinstitutionalization and transformation of homes till 2018. is to reduce the number of clients in residential homes to 20%, from the current 81% to 65%, and to increase users in non-institutional forms of accommodation, from the current 19% to 35%. The government has pledged to improve the lifestyle of people with disabilities and to move these people out of institutions and create supporting programs. But despite these commitments, institutional care is increasing more than shrinking, and few individuals in institutions are returning to live in their community. Between 70% and 100 % of residents with intellectual or mental disabilities are institutionalized without the opportunity to dial the chance- thanks to a legal process known as "inability of legal capacity" that disarm them to make choice of option. So, there is a large number of prejudices that determine society's attitude to "persons with mental disorder" that make far-reaching consequences for the individual and his family.

Keywords: deinstitutionalization, transformation of homes, person with mental disorder

SADRŽAJ

Uvod.....	1
Tko su osobe s duševnim smetnjama.....	3
Institucionalizacija.....	5
Domovi za psihički bolesne odrasle osobe čiji je osnivač RH.....	8
Domovi za psihički bolesne osobe drugih osnivača.....	9
Proces deinstitutionalizacije.....	9
Osnovni pojmovi koji karakteriziraju izvaninstitucionalnu skrb.....	12
Američki primjer deinstitutionalizacije.....	14
Talijanski primjer deinstitutionalizacije.....	14
Obveze Republike Hrvatske prema međunarodnom pravu.....	15
Prepreke deinstitutionalizaciji i rješenja.....	17
Sastavni elementi prijelaza s institucionalne skrbi na život u zajednici? (UDRUGA ZA PROMICANJE INKLUZIJE 2015).....	19
Deinstitutionalizacija u Republici Hrvatskoj.....	22
Stanovanje uz podršku – organizirano stanovanje.....	23
Kome je namijenjeno?.....	24
Cilj usluge organiziranog stanovanja.....	25
Područja pružanja podrške.....	25
Razina podrške.....	26
Što znači uključenost?.....	26
Primjer dobre prakse Blato.....	27
Usluge koje Dom pruža.....	27
Struktura korisnika po županijama (smještaj i organizirano stanovanje).....	28
Broj korisnika po dobi (smještaj i organizirano stanovanje).....	28

Broj korisnika prema dominantnim vrstama oštećenja (u funkcionalnom smislu).....	28
Glavni razlog smještaja u Dom.....	29
Broj korisnika s obzirom na poslovnu sposobnost.....	30
Plaćanje usluge smještaja i organiziranog stanovanja.....	30
Obiteljski status.....	31
Prikaz korisnika izvaninstitucionalnih usluga Pomoć u kući.....	32
Udomiteljske obitelji za odrasle osobe s invaliditetom.....	33
Udomiteljska obitelj.....	33
Perspektiva izvaninstitucije u Republici Hrvatskoj.....	34
Zaključak.....	36
Literatura:.....	38

UVOD

Osobe s dijagnozom duševne bolesti oduvijek su nosile stigmiju koja je najčešće i određivala odnos društva prema njima. Stigmatizacija osoba koje boluju od duševne bolesti definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje osoba upravo zato što imaju duševnu bolest (Slađana Štrkalj Ivezić 2006). U srednjem vijeku uobičajeno je bilo izdvojiti osobe s duševnim smetnjama iz društva i udaljiti ih iz zajednice duševno zdravih (Bernat 2006). Taj odnos se nastavio i kroz sljedeća razdoblja, a hospitalizacija u sustavu bolničke psihijatrije, uz stalni smještaj u ustanove socijalne skrbi, ostala je najuobičajenija metoda pristupa ovoj populaciji. I danas se u Hrvatskoj većina osoba s psihičkim poremećajima liječi na taj način, koji je ujedno i najskuplji način liječenja te apsorbira preko 90% svih sredstava izdvojenih za mentalno zdravlje (Ema N. Gruber 2011). Postavlja se pitanje postoji li alternativa takvom načinu skrbi, koja bi ujedno smanjila troškove države, ali i podigla razinu dostojanstva i kvalitete života ovih ljudi. Ministarstvo socijalne politike i mladih donijelo je 2010. godine *Plan deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2011. do 2018.* sa svrhom smanjenja ulazaka u institucije i povećanja izlazaka iz institucija u nove oblike skrbi, posebno stimulirajući obiteljsku reintegraciju. Prema navedenom Planu, izvaninstitucijski oblici smještaja uključuju skrb u udomiteljskim obiteljima i obiteljskim domovima, te stambenim zajednicama, odnosno organiziranom stanovanju u zajednici koje provode državni i nedržavni domovi, kao i druge pravne osobe registrirane za obavljanje djelatnosti socijalne skrbi. Udomiteljske obitelji i obiteljski domovi su novi oblici skrbi i nose svoj određeni potencijal. Upravo zato ovaj rad u fokusu ima organizirano stanovanje u zajednici kao relativno nov oblik skrbi, posebice na području Republike Hrvatske. Mnogo više će se spominjati u kontekstu inkluzije osoba s intelektualnim poteškoćama u zajednicu, no primjenjiv je i na osobe koje žive s dijagnozom duševne bolesti posebice zato što u sebi sadrži aspekt rehabilitacije koji je od velike važnosti za tu populaciju. To je bitno naglasiti upravo zbog prevladavanja tzv. medicinskog modela koji dominira u cjelokupnom pristupu osobama s dijagnozom duševne bolesti, a prezentira mentalnu poteškoću isključivo kao bolest. Pri tome je najvidljiviji naglasak na prijetnji koju čine osobe s dijagnozom. Iz tog

modela proizlazi i odnos liječnik – pacijent koji liječnika definira kao eksperta, a korisnika kao pasivnog primatelja pomoći (Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi 2010). Takva raspodjela uloga kreira i razliku u statusu, samopoštovanju i moći (Beresford, 2006.). Osim toga, prisutna je i praksa dijagnosticiranja i etiketiranja te definiranja potreba korisnika isključivo kroz dijagnozu. Sve to vodi osjećaju bespomoćnosti kod korisnika, nemotiviranosti i pasivnosti. Organizirano stanovanje u zajednici stoga se temelji na socijalnom modelu, modelu uključivanja i osnaživanja osobe te ima u fokusu perspektivu snaga, a ne model nedostataka (Bratković & Teodorović 2001). U skladu s time socijalni model zahtijeva prilagodbu društvene okoline s ciljem uključivanja ovih osoba i ostvarivanja njihovih prava (Graovac & Čulo 2010).

TKO SU OSOBE S DUŠEVNIM SMETNJAMA

„Nije to ništa strašno kako ljudi misle izvana. Daj samo pogledaj vijesti, crnu kroniku... pa luđaci su posvuda. Ja sam od onih koji kuže da im nešto u glavi ne štima, ali ima taj serviser, psihijatar koji se pobrine da mi se daske slože. Vjeruj mi, luđih ljudi na cesti ima daleko više.“

(Korisnik udruge)

Osobe s invaliditetom danas predstavljaju značajan dio svjetske populacije čiji se problemi više ne smiju zanemarivati. Procjenjuje se da u svijetu živi oko 650 milijuna takvih ljudi, što čini gotovo 10% ukupnog stanovništva. Značajan broj osoba s invaliditetom predstavljaju i osobe oboljele od nekog mentalnog poremećaja. Prema izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije oko 450 milijuna ljudi pati od mentalnih, neuroloških poremećaja ili od psihosocijalnih problema, kao što su alkoholizam i upotreba droge (Radivojević & Raičević 2007). Da bi se postavila dijagnoza mentalnog poremećaja kod osobe, moraju biti zamijećeni dugotrajni i teški simptomi praćeni smanjenom funkcionalnom sposobnosti ili invaliditetom, a međunarodna klasifikacija bolesti dijeli mentalne bolesti na psihoze, neuroze, poremećaje ličnosti te deficit inteligencije (Milanka Miković 2007). Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2011.) u Republici Hrvatskoj su mentalni i neurološki poremećaji na drugom mjestu u vodećim skupinama te zauzimaju 6 – 7% u ukupnom bolničkom pobolu, a po korištenju dana bolničkog liječenja vodeća su skupina. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (2015.) definira osobu s duševnim smetnjama kao duševno bolesnu osobu, osobu s duševnim poremećajem, nedovoljno duševno razvijenu osobu, ovisnika o alkoholu ili drogama ili osobu s drugim duševnim smetnjama (Udruga Svitanje 2015). Konvencija o pravima osoba s invaliditetom također je primjenjiva na osobe s duševnim smetnjama jer ona navodi da su osobe s invaliditetom one osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja, koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu

sprečavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima (Graovac & Čulo 2010). Sam pojam „osoba s duševnim smetnjama“ je izraz novije terminologije koji za cilj ima ublažiti stigmatizaciju ovih osoba i staviti naglasak na osobu, a ne na bolest, no u literaturi, ali i u svakodnevnom govoru mnogo češće se mogu čuti izrazi poput „psihički bolesnik“ ili „duševni bolesnik“, kao što je spomenuto u uvodnom dijelu ovog rada. Osobe s dijagnozom duševne bolesti oduvijek su sa sobom nosile stigmatu i golem broj predrasuda koje određuju odnos društva prema njima i imaju dalekosežne posljedice i na oboljelog i na njegovu obitelj.

Okolina osobe oboljele od duševne bolesti doživljava kao:

1. opasne (najčešće vezano uz dijagnozu shizofrenije i liječenje u psihijatrijskoj bolnici);
2. nesposobne za samostalan život, donošenje odluka, za život i privređivanje (shizofrenija i liječenje u psihijatrijskoj bolnici);
3. slabice koji su sami krivi za svoju bolest (depresija i anksiozni poremećaji);
4. neizlječive (shizofrenija i liječeni u psihijatrijskim bolnicama).

Percepcija oboljelih povezana je i s odbacivanjem takvih osoba i željom da se od njih učini socijalna distanca (Slađana Štrkalj Ivezić 2006). Osim toga Ivezić (2006.) navodi kako i mediji pisanjem i prikazivanjem na televiziji i filmovima najčešće podržavaju stigmatu opasnosti. Senzacionalistički naslovi prodaju novine, a jedna incidentna situacija generalizira se na sve oboljele. Stoga ne čudi da diljem svijeta, velik broj ovih ljudi živi u izoliranim, segregiranim institucijama napušteni i od obitelji i od društva. Iako su takve institucije isprva osnivane s ciljem pružanja njege, hrane i skloništa do sad se pokazalo da one ne mogu osigurati usluge usmjerene na pojedinca, kao ni odgovarajuću potporu potrebnu za

ostvarivanje potpunog uključivanja koje je od velike važnosti za normalan život oboljelih. Fizička razdvojenost od zajednica i obitelji strogo ograničava sposobnost i spremnost osoba koje žive ili odrastaju u institucijama za potpuno sudjelovanje u svojoj zajednici i širem društvu (Europska stručna skupina za prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici 2012). Ljude s dijagnozom duševne bolesti često se gleda kao drugorazredne građane, koji ne doprinose javnom dobru u ekonomskom smislu i dobrobiti države te crpe društvo i parazitiraju. Istovremeno, uskraćeno im je zapošljavanje, obitelj ih odbacuje, a društvo ih ne želi integrirati (Elgie 2008). Jasno je, dakle, da duševne bolesti trebaju biti smatrane, ne samo medicinskim, već i socijalnim i sociološkim pitanjem. Osoba s dijagnozom duševne bolesti jest, kao i svaki drugi čovjek, bio-psiho-socijalno biće, pa stoga brojni sociokulturni faktori različitih društvenih podsustava (obitelj bolesnika, radno mjesto, zdravstveni i socijalni sustav, karakteristike samog bolesnika – nisko samopouzdanje i visoka samostigmatizacija, nedostatak prijatelja i socijalna izolacija, kasno prepoznavanje prvih znakova bolesti, kasni početak liječenja) utječu na razvoj bolesti i smjer u kojem se kreće život oboljelih.

INSTITUCIONALIZACIJA

Institucija je socijalna ustanova koja predstavlja [sistem](#) međusobno povezanih [normi](#), čija je glavna funkcija zadovoljavanje bitnih [ljudskih](#) potreba na [društveno](#) reguliran način. Institucije mogu biti: pravne, socijalne, ekonomske, [političke](#), [kulturne](#), religijske, naučne, obrazovne. Institucije su temelj [kulture](#), civilizacije i njihove stabilnosti i kontinuiteta.

Institucionalizacija je uključivanje u strukturiran i često veoma formaliziran [sistem](#). Pojam se često odnosi na smještaj u institucije socijalne ili [zdravstvene](#) zaštite. Od 50-ih godina 20. stoljeća, kada su mnoge od ovih institucija postale „totalitarne”, pojavljuje se pokret za deinstitucionalizaciju, koji smatra da prednost treba dati smještaju korisnika u prirodniju sredinu, a da eventualni smještaj u institucije mora biti privremenog [karaktera](#).

Institucionalizacija pruža sljedeće usluge:

stanovanje i prehranu, brigu o zdravlju, njegu, održavanje osobne higijene i pomoći pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti, usluge socijalnog rada, psihosocijalne rehabilitacije, radne terapije, organiziranja slobodnog vremena, pratnje i organiziranog prijevoza, savjetodavnog rada i drugih programa u lokalnoj sredini u cilju poboljšanja kvalitete života za psihički bolesne odrasle osobe.

Zbog nepogodnosti kojima su osobe s duševnim smetnjama izložene najčešće dovode do čestih hospitalizacija te posljedično do kronificiranja bolesti i institucionalizma (Ema N. Gruber 2011). To konkretno znači da se po završetku hospitalizacije, osobe s duševnim smetnjama koje su neadekvatno prihvaćene od uže ili šire socijalne sredine brzo vraćaju u bolnicu, jer osobno, čak i s oštećenom moći rasuđivanja, ne vide nikakvu mogućnost da se održe izvan bolničkog života. Što je duže liječenje, obitelj se sve teže privikava na mogućnost povratka svog oboljelog člana, a osuda šire sredine odnosi se i na samu obitelj, koja za vrijeme hospitalizacije osobe, pokušava popraviti vlastitu sliku sebe i odmaknuti se od »svog problema« (Bernat, 2006.). Društvo je, naime, slabo educirano i najčešće ne postoji sustav podrške koji bi pomogao osobi i obitelji da se nose sa svakodnevicom popraćenom problemima duševne bolesti. U pravilu se zatim osobu lišava poslovne sposobnosti i smješta u

instituciju jer samostalno, bez podrške, ne može funkcionirati. Međutim Europska stručna skupina za prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici u svojim Smjernicama donesenim 2012. godine navodi kako institucionalna skrb uvijek daje slabije rezultate, u smislu kakvoće života, u odnosu na kvalitetne usluge u zajednici, što, pak, za posljedicu ima da takve osobe čitav svoj životni vijek provedu socijalno isključene i izdvojene.

Smjernice (2012.) definiraju instituciju kao bilo koju smještajnu skrb u kojoj su:

1. Štićenici izolirani od šire zajednice i/ili su prisiljeni živjeti zajedno;
2. Štićenici nemaju dovoljnu kontrolu nad svojim životima i odlukama koje utječu na njih
3. Zahtjevi same organizacije često imaju prioritet nad pojedinačnim potrebama štićenika.

Iz navedenih razloga, mnoge zemlje su započele postupak transformiranja načina pružanja skrbi i potpore djeci i odraslima na način da su zamijenile neke ili sve institucije za dugoročan smještaj uslugama usmjerenima na obitelj i zajednicu. No to nije lak posao, već dugotrajni i kontinuirani proces kojem je ključni izazov osigurati provedbu procesa deinstitucionalizacije tako da se poštuju prava korisničkih skupina, minimizira rizik od štete i osiguraju pozitivni rezultati za sve uključene pojedince. Tim se postupkom treba osigurati da novi sustavi skrbi i potpore poštuju prava, dostojanstvo, potrebe i želje svih pojedinaca i njihovih obitelji (Europska stručna skupina za prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici 2012). Plan deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2011. do 2018. donešen od strane Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi 2010. godine, vođen je mnogim nacionalnim i strateškim dokumentima i smjernicama, a kao glavni cilj navodi deinstitucionalizaciju i transformaciju domova do 2018. godine smanjenjem broja korisnika stalnog smještaja u domovima za 20%, s aktualnih 81% na 65%, uz povećanje obuhvata korisnika u izvaninstitucijskim oblicima smještaja, s aktualnih 19% na 35%. Naglašava također da razvoj izvaninstitucijskih oblika smještaja i izvaninstitucijskih usluga treba usmjeriti na korisnike koji ne zahtijevaju intenzivnu skrb u instituciji. Korman i Glennerster (1990) navode da je glavni argument neadekvatnosti institucija, činjenica da one imaju svrhu «čuvanja» i «izoliranja» osoba, umjesto ostvarivanja prava (Bratković 2002). Atherton (1989, prema Payne, 2000) također ističe određena ograničenja institucionalne skrbi. Institucionalno zbrinjavanje ograničava korisnike da razviju vještine za kvalitetniji život. S druge strane, djelatnici su u svom radu usmjereni na umanjivanje rizika i neočekivanih

dogadaja koji remete miran tok života u instituciji te time ne dopuštaju utjecaj novih ideja i promjena koje bi mogle koristiti korisnicima. Prema, Kletečki Radović (2008), dugotrajno isključivanje korisnika iz procesa odlučivanja, ili uopće izostanak mogućnosti sudjelovanja u donošenju odluka, dovodi do stanja bespomoćnosti, nevjerovanja u vlastite sposobnosti i opće latargije (Gača 2016). Prema Vladinim podacima, do kraja 2011. godine u hrvatskim je ustanovama živjelo oko 5000 odraslih osoba i djece s intelektualnim invaliditetom te 4000 odraslih osoba s mentalnim invaliditetom. Većina ustanova ima liste čekanja. Osobe s intelektualnim invaliditetom ljudi su s trajnim i doživotnim intelektualnim ograničenjem ili ograničenjima koja počinju prije 18. godine. Ta ograničenja obično podrazumijevaju intelektualne sposobnosti koje su znatno niže od prosjeka i koje sužavaju mogućnosti intelektualnog ili društvenog funkcioniranja ili prilagodbe novim okruženjima te sudjelovanja u društvu. U Hrvatskoj se o osobama s intelektualnim invaliditetom govori kao o osobama s „mentalnom retardacijom“. Mentalni invaliditet sastoji se od stanja koja su obično povezana s potrebom za psihijatrijskom skrbi. Poteškoće u mentalnom zdravlju smatraju se invaliditetom kad utječu na potpuno i učinkovito sudjelovanje neke osobe u društvu te se stoga često nazivaju psihosocijalnim poteškoćama.

Većina osoba stanuje u tri glavne vrste ustanova: domovima socijalne skrbi, psihijatrijskim bolnicama i manjim ustanovama poznatima kao „obiteljski domovi“. Uz to, mnogi žive pod skrbi udomiteljskih obitelji – što je u nekim slučajevima istovjetno institucionalizaciji, jer se pojedinci onamo smještaju bez vlastitog pristanka i imaju ograničenu komunikaciju sa zajednicom. Sve osobe s intelektualnim ili mentalnim invaliditetom suočavaju se s preprekama za potpuno uključivanje u društvo, uključujući ograničen pristup obrazovanju, radu i zdravstvenoj zaštiti. U ustanovama se ljudima oduzima i mogućnost izbora mjesta i načina života, vlastita individualnost te mogućnost pridruživanja širem društvu – a oni koji u njima žive izloženiji su i drugim kršenjima ljudskih prava, uključujući tjelesno i duševno zlostavljanje i uskraćivanje privatnosti. K tome, hrvatski sustav skrbništva koji osobama oduzima poslovnu sposobnost, odlučivanje odraslih osoba s invaliditetom zamjenjuje odlučivanjem skrbnika; nedostaju mu neophodni zaštitni mehanizmi za sprečavanje zloupotreba, zbog čega se osobama, time što im se oduzima pravo na samostalno donošenje važnih odluka, daljnje uskraćuje mogućnost izbora toga gdje će i kako živjeti.

DOMOVI ZA PSIHIČKI BOLESNE ODRASLE OSOBE ČIJI JE OSNIVAČ RH

Centar za pružanje usluga u zajednici Osijek- „JA kao i TI“

Dom za odrasle osobe Orehovica

Dom za odrasle osobe Trogir

Dom za psihički bolesne odrasle osobe - Bjelovar

Dom za psihički bolesne odrasle osobe - Blato

Dom za psihički bolesne odrasle osobe - Zagreb

Dom za psihički bolesne odrasle osobe "Bidružica" - Desinić

Dom za psihički bolesne odrasle osobe "Borova" - Suhopolje

Dom za psihički bolesne odrasle osobe "Jalžabet" - Jalžabet

Dom za psihički bolesne odrasle osobe "Lobor-Grad" - Lobor

Dom za psihički bolesne odrasle osobe "Ljeskovica" - Čaglin

Dom za psihički bolesne odrasle osobe "Nuštar" - Nuštar

Dom za psihički bolesne odrasle osobe "Sv. Nedelja" - Nedešćina

Dom za psihički bolesne odrasle osobe "Vila Maria" Pula

Dom za psihički bolesne odrasle osobe "Turnić" - Rijeka

Dom za psihički bolesne odrasle osobe Motovun

Dom za psihički bolesne odrasle osobe Sv. Frane Zadar

Dom za psihički bolesne odrasle osobe Zemunik

DOMOVI ZA PSIHIČKI BOLESNE OSOBE DRUGIH OSNIVAČA

Dom za odrasle osobe Skupnjak Sv. Ivan Zelina

Dom za psihički bolesne odrasle osobe "Poljak" - Koprivnica

Dom za psihički bolesne odrasle osobe "KOTORIBA"

Dom za psihički bolesne odrasle osobe Biser – Ivanić grad

Dom za psihički bolesne odrasle osobe Bistričak – Jalžabet

Dom za psihički bolesne odrasle osobe Cedar – Koprivnica

Dom za psihički bolesne odrasle osobe Mihek – Pirovac

Dom za psihički bolesne odrasle osobe Villa Nena – Dubrava

Dom za psihički bolesne osobe Vizjak – Koprivnica

Psihijatrijska bolnica Lopača

Psihijatrijska bolnica Ugljan

PROCES DEINSTITUCIONALIZACIJE

Proces deinstitutionalizacije označava postepeno zatvaranje velikih ustanova socijalne skrbi i preseljenje njihovih korisnika u zajednicu uz adekvatnu podršku. Pored toga, ovaj proces podrazumijeva razvoj adekvatnih usluga podrške u zajednici kako bi specifične potrebe korisnika bile zadovoljene te kako bi se spriječile nove institucionalizacije. Ovaj složeni proces podrazumijeva čitav niz dionika, počevši od najviše državne razine pa do samih pojedinih korisnika s njihovim specifičnim potrebama. Osobe s intelektualnim teškoćama kroz povijest su uglavnom bile degradirane i obespravljene, često obilježavane kao devijantne i nepoželjne te ih je kao takve trebalo izdvojiti iz društva zbog čega su sve do sredine dvadesetoga stoljeća uglavnom bile obuhvaćene isključivo segregacijskim sustavom tretmana. Tijekom šezdesetih godina prošlog stoljeća dolazi do značajne promjene u pristupu invaliditetu i njegovom tumačenju; medicinski model invaliditeta postupno se mijenja u socijalni model. Kao nadopuna socijalnom modelu razvija se i model ljudskih prava unutar kojeg cilj nije samo dosezanje pravne jednakosti već djelovanje usmjereno prema osnaživanju osoba s invaliditetom u svrhu razvoja njihovih potencijala, te je naglasak na građaninu kao nositelju ljudskih prava i njegovoj aktivnosti (Petek, 2010). Promjenom razumijevanja invaliditeta i uvlačenjem socijalne dimenzije u njegovu definiciju mijenjaju se i ciljevi politike prema osobama s intelektualnim teškoćama (Petek, 2010).

Osnovni cilj politike prema osobama s intelektuaknim teškoćama više nije liječenje i zaštita već potpuno uključivanje osoba s intelektualnim teškoćama u društvo uz ostvarivanje svih njihovih prava.

Pod utjecajem navedenih zbivanja javlja se politika deinstitutionalijacije osoba s intelektualnim teškoćama u kontekstu ostvarivanja prava na život u zajednici.

U razvijenim zemljama svijeta sedamdesetih i početkom osamdesetih godina prošlog stoljeća javljaju se mnogobrojne rasprave o deinstitutionalizaciji osoba s invaliditetom, a poglavito osoba s intelektualnim teškoćama. Usporedo s raspravama, mnogobrojna iskustva iz prakse pokazuju da je uključivanje osoba s intelektualnim teškoćama u šireu socijalnu zajednicu i

društvo općenito ne samo poželjno s aspekta ljudskih prava i normalizacije njihova života, već da je to uključivanje doista i moguće. (Teodorović, Bratković, 2001).

U isto vrijeme, kao alternativa institucionalnom modelu u svijetu se razvija model rehabilitacije kojim se unutar zajednice (lokalne sredine) razvijaju uvjeti za rehabilitaciju, ravnopravnost mogućnosti i socijalnu integraciju osoba s intelektualnim teškoćama (Johnson, 1994, prema Bratković, 2002).

Kako bi osobama s intelektualnim teškoćama omogućile potpuno sudjelovanje u društvu i ostvarivanje prava na život u zajednici, još u prošlom stoljeću mnoge razvijene zemlje svijeta započele su aktivno provoditi politiku deinstitutionalizacije uz razvoj adekvatnih službi podrške u zajednici.

Filozofija inkluzije na kojoj je utemeljen i proces deinstitutionalizacije osoba s intelektualnim teškoćama potječe iz Kanade. Upravo je Kanada, uz SAD do sada bila najradikalnija i najprogresivnija u nastojanjima na uključivanju osoba s invaliditetom u sve sadržaje života u zajednici (Teodorović, Bratković, 2001). U Kanadi, kao i u većini država SAD-a institucije za rehabilitaciju osoba s intelektualnim teškoćama u potpunosti su ukinute. (Teodorović, Bratković, 2001). Također, i u većini zemalja Srednje i Zapadne Europe pokrenut je postupak postupnog ukidanja institucija, a u tome posebno prednjači Velika Britanija (Teodorović, Bratković, 2001).

Proces deinstitutionalizacije do sada je najuspješnije proveden u Sjevernoj Americi, Švedskoj, Norveškoj te na Novom Zelandu (Rozman, 2011).

U našoj je zemlji učinjen određen pomak u pristupu prema osobama s invaliditetom kroz postupnu tranziciju i promjenu medicinskog modela u socijalni model i model ljudskih prava posebice kroz proces inkluzije koji je u Hrvatskoj započeo 1997. godine.

Posljednjih desetak godina Hrvatsku karakterizira izrazita regulatorna aktivnost u području politike prema osobama s invaliditetom (Petek, 2010). Socijalni model i model ljudskih prava te promjene koje svaki od navedenih modela za sobom donosi utjecali su na donošenje i usvajanje niza nacionalnih i međunarodnih dokumenata koji štite i promoviraju prava osoba s intelektualnim teškoćama.

Uz unutarnje promjene koje prate hrvatsko društvo, a koje se odnose na mijenjanje medicinskog modela u socijalni model, odnosno model ljudskih prava, deinstitutionalizacija

osoba s intelektualnim teškoćama postaje jednim od ciljeva nadnacionalnog tijela EU i brojnih međunarodnih konvencija koje je potpisala i ratificirala Vlada RH.

Pravo na život u zajednici jedno je od temeljnih ljudskih prava koje se odnosi na sve ljude bez obzira na vrstu i stupanj teškoća ili invaliditeta. Svim je ljudima zajedničko pravo na neovisan život i uključenost u zajednicu, uključujući i pravo na izbor mjesta stanovanja, izbor sustanara, kao i pravo na dostojanstven život (Rozman, 2011). Navedena su prava sadržana u mnogim europskim dokumentima i dokumentima Ujedinjenih naroda. „Sva ljudska bića se rađaju slobodna i jednaka u dostojanstvu i pravima“ – osnovno je polazište UN-ove „Opće deklaracije o pravima čovjeka“, najvažnijeg međunarodnog dokumenta koji štiti i promovira ljudska prava i na kojem se temelje i drugi međunarodni dokumenti kada govorimo o zaštiti ljudskih prava osoba s invaliditetom (Rozman, 2011).

OSNOVNI POJMOVI KOJI KARAKTERIZIRAJU IZVANSTITUCIONALNU SKRB

- **Sloboda** je definirana kroz nekoliko pojmova: slobodu kretanja, „osjećaj“ slobode, slobodu odlučivanja o dnevnim aktivnostima, slobodu raspolaganja novcem.

Sloboda nije pojam koji je lako jednoznačno definirati. Europska konvencija o ljudskim pravima i temeljnim slobodama navodi da temeljne slobode čine temelje pravde i mira u svijetu, a štite se stvarnom političkom demokracijom i zajedničkim shvaćanjem i štovanjem ljudskih prava o kojima ovise. Ljudska prava su dakle neodvojiva od temeljnih sloboda i nepoštivanje jednog, povlači zadiranje i u drugo. Osobe s dijagnozom duševne bolesti skupina su u čija se ljudska prava i temeljne slobode zadire na velik broj načina. Život u instituciji ili bilo kojem obliku organizirane skrbi, za sobom povlači zadiranje u ova dva segmenta. Institucije u pravilu i imaju primarnu svrhu «čuvanja» i «izoliranja», pa samim time i ograničavaju slobodu osobe koja na taj način teško može naći mjesta za razvijanje osnovnih životnih vještina i razvoj svojih potencijala (Bratković & Teodorović 2001). Upravo zato što je sloboda na različite načine, ovim osobama uskraćivana, oni

toliko mnogo pričaju o njoj i navode je kao bitnu prednost života u organiziranom stanovanju u kojem mogu slobodno odlučivati o svom kretanju, o tome što će jesti, što će raditi, na što će trošiti novac. Živeći u različitim institucijama ili neadekvatnim udomiteljskim obiteljima, te su osobe uvijek bile „ovisne“ o nekom drugom tko je donosio odluke o tome kuda smiju, što smiju i kada smiju. Gledajući na to iz konteksta suvremene teorije i prakse socijalnog rada vidljivo je kako se posljednjih desetljeća stavlja naglasak na koncept osnaživanja i uključivanja korisnika u odlučivanje i donošenje odluka koje se odnose na njihov život. Osnaživanjem, kao metodom u socijalnom radu, otvara se mogućnost zadovoljavanja potreba korisnika na nekoliko razina – na individualnoj, interpersonalnoj i institucionalnoj. Na individualnoj razini osnaživanjem se jača i podupire osobna moć korisnika, na interpersonalnoj razini stjecanjem osobne moći jača se i sposobnost korisnika da utječe na druge ljude, a time se na institucionalnoj razini stvaraju pretpostavke osnaživanja zajednice, kao i mogućnost utjecaja na političku moć. Dakle, uključivanje korisnika na ovaj način i osnaživanje da odlučuje o svom kretanju, odijevanju, prehrani i sl. veliki je korak prema preuzimanju odgovornosti i za donošenje drugih bitnih odluka u vlastitom životu (Urbanc et al. 2009).

- **Samostalnost** se očituje kroz: mogućnost odlučivanja o dnevnim aktivnostima, odgovornost za vlastite postupke, odlučivanje o prehrani itd.
- **Slobodne aktivnosti** su još jedno od obilježja života u stambenoj zajednici. Korisnici navode sljedeće aktivnosti: izlasci u šetnju; odlasci u Crkvu, bavljenje sportom, kuhanje, čitanje, gledanje televizije, slušanje muzike, šah, bavljenje elektronikom.
- **Radna aktivnost** je definirana kroz: radni odnos, honorarno zaposlenje, dodatnu zaradu i upoznavanje novih ljudi
- **Raspolaganje financijskim sredstvima** navodi se kao aspekt dijela života u stambenoj zajednici. Nekima su sredstva dovoljna no neki taj dio navode kao problematičan. Život u stambenoj zajednici daje mogućnost izlazaka kada god osoba to želi.

- **Učestalost izlazaka** definirana je kao zadnja kategorija pomoću koje se željelo doznati koliko često osobe koriste tu „privilegiju“ koju imaju. Neki navode da izlaze po potrebi, kad žele ili kad se ukaže prilika za nekakvu aktivnost.

Razmotre li se navedeni iskaze iz perspektive teorije osnaživanja, može se reći kako iskustva osoba s dijagnozom duševne bolesti jasno pokazuju kako oni nisu osobe bez osobnih, moralnih, duhovnih snaga ili sposobnosti već su prije svega osobe kojima su životne šanse i mogućnosti izbora bile značajno prikraćene u podjeli socijalne, ekonomske i političke moći i resursa (Družić et al. 2011). Aktivnosti kojima danas ispunjavaju svakodnevni život i mogućnost gotovo samostalnog funkcioniranja pokazatelj su kako, uz potrebnu podršku i osnaživanje, svaka osoba može postati svjesna činjenice da je ona sama najbolji izvor znanja o sebi, o tome što treba i čemu teži (Urbanc et al. 2009). Samostalnost, bavljenje slobodnim aktivnostima, radna aktivnost nisu stvari koje su nam urođene ili zapisane. To su vještine koje se uče i usavršavaju. Svakodnevicu u stambenoj zajednici zapravo i predstavlja mogućnost razvijanja navedenih vještina na način na koji korisnicima to najbolje odgovara. Primjerice zaposlenje ili raspolaganje financijama je dio života koji je od jako velike važnosti za samostalnost, odgovornost i osjećaj važnosti svake osobe. Iz perspektive teorije osnaživanja, to znači da su osobe počele preuzimati „moć“ nad svojim životom. Pri tome je važno razumijeti kako su moć i kontrola relativni koncepti jer ni jedno ljudsko biće ne posjeduje apsolutnu kontrolu u svim značajnim aspektima vlastitog života. Međutim, za osobe s dijagnozom duševne bolesti, umjesto kojih je najčešće odluke donosio netko drugi i koje općenito, imaju veliko nepovjerenje u svoje snage, mogućnost zaposlenja i raspolaganje financijama svakako predstavljaju veliki napredak u odnosu na život u institucijama u kojima čak ne postoji niti mogućnost samoodlučivanja i samokontrole nad elementarnim potrebama poput izbora hrane, dijeljenja osobnog prostora za život i privatnost, mogućnost provođenja aktivnosti i sl. (Kletečki Radović 2008). Razumljivo je da je svaka osoba jedinstvena, a i duševna bolest, iako na papiru kod svih ista, u realnosti pogađa svakog drugačije. To znači da su neke osobe po prirodi aktivnije od drugih i da na to utječe mnogo faktora – zdravstveno stanje koje često jako varira, dob, duljina vremena koje su proveli u zajednici i sl. Tako su neki često „u pokretu“, a drugi iskazuju određenu razinu pasivnosti unatoč mogućnostima koje imaju (što je vidljivo iz podataka koji su dobiveni u kategoriji učestalosti izlazaka).

Američki primjer deinstitutionalizacije

Američki proces deinstitutionalizacije je pokrenut pedesetih godina prošlog stoljeća. S jedne strane vlada SAD-a se nadala smanjenju troškova održavanja velikih psihijatrijskih bolnica, dok su s druge strane udruge za prava osoba s invaliditetom vršile veliki pritisak iznoseći u javnost skandalozne uvjete u tim istim bolnicama. U isto je vrijeme došlo do otkrića antipsihotika, lijeka koji je omogućio brojnim osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja život van institucije.

U SAD-u ovaj proces traje već šezdeset godina s promjenjivim uspjehom. Problem američke politike je što se nije ulagalo dovoljno sredstava u razvoj usluga podrške u zajednici pa se brojni pacijenti otpušteni iz psihijatrijskih ustanova nisu snašli u vanjskom svijetu. Došlo je do transinstitutionalizacije. Otpušteni bi pacijenti, zbog nedostatka skrbi, nakon kraćeg života u zajednici završavali na ulici, u skloništima za beskućnike, zatvorima, domovima za starije i nemoćne osobe i drugim oblicima institucionalne skrbi. Ironično je što je američka vlada pokrenula ovaj proces kako bi uštedjela novac, a prelaskom u druge institucije skrb za ove osobe je opet teretila proračun.

Talijanski primjer deinstitutionalizacije

Za razliku od američkog primjera deinstitutionalizacije koji je pokrenut i upravljen s vrha države, talijanski je proces pokrenut s razine osoblja bolnica te je ubrzo nakon pokretanja poprimio formu socijalnog pokreta. Motivi reforme su bili ideološke, a ne financijske prirode. Pokretač i katalizator reforme je zapravo bila jedna osoba – talijanski psihijatar dr. **Franco Basaglia**. On je 1962. godine postao ravnatelj psihijatrijske bolnice u Goriziji. Potresen uvjetima bolnice *Basaglia* je samoinicijativno promijenio pristup pacijentima. Poticao je pacijente da personaliziraju prostorije u kojima borave, ukinuo je autoritativni odnos prema pacijentima, zabranio svaki oblik fizičkog kažnjavanja ili ograničavanja kretanja pacijenata, a posebno je radio na rekonstrukciji pacijenta kao osobe. Smatrao je da institucija ne pomaže pacijentima, već generira druge, specifične bolesti te da je kao takvu treba ukinuti. Nakon nekoliko godina on i liječnici koji su s njim surađivali raspršili su se po drugim talijanskim bolnicama gdje su nastavili primjenjivati principe reforme.

Obveze Republike Hrvatske prema međunarodnom pravu

Hrvatska je jedna od prvih zemalja u svijetu koje su potpisale i ratificirale Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (CRPD) i time se obavezala na ostvarivanje prava osoba s invaliditetom. No izolacija iz glavnih tokova društva i oduzimanje poslovne sposobnosti s kojima se susreću osobe s invaliditetom u Hrvatskoj predstavljaju kršenje CRPD-a koji ustvrđuje pravo osoba s invaliditetom da žive u zajednici te da odaberu, ravnopravno s drugima, gdje i s kim će živjeti. Osim toga, propust Vlade RH da izvrši značajne pomake u smjeru deinstitucionalizacije i stvori održive alternative u suprotnosti je s njenim jamstvom iz neobvezujućeg sporazuma sklopljenog s Europskom komisijom 2006. godine, Zajedničkog memoranduma o socijalnom uključivanju (JIM). Hrvatska je stranka u svim važnijim međunarodnim konvencijama o ljudskim pravima, uključujući Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima (ICCPR), Međunarodni pakt o gospodarskim, socijalnim i kulturnim pravima (ICESCR) i Europsku konvenciju o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda (ECHR). Kao što je prije napomenuto, Hrvatska je ratificirala i Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (CRPD). Opća deklaracija o ljudskim pravima prepoznaje da su svi ljudi jednaki u svom dostojanstvu i pravima; ipak, države nisu uvijek primjenjivale postojeće standarde ljudskih prava na osobe s invaliditetom. CRPD jasno daje do znanja da se ljudska prava navedena u drugim glavnim dokumentima o ljudskim pravima odnose s jednakom snagom i na osobito važne načine i na osobe s invaliditetom. U tom se dokumentu također detaljnije izlaže način na koji bi se prava osoba s invaliditetom trebala posebno štititi (Graovac & Čulo 2010).

Glavni je cilj deinstitucionalizacije i transformacije domova do 2018. godine smanjenje broja korisnika stalnog smještaja u domovima za 20%, s aktualnih 81% na 65%, uz povećanje obuhvata korisnika u izvaninstitucijskim oblicima smještaja, s aktualnih 19% na 35%. Razvoj izvaninstitucijskih oblika smještaja i izvaninstitucijskih usluga treba usmjeriti na korisnike koji ne zahtijevaju intenzivnu skrb u instituciji. U svrhu ostvarenja ovog cilja potrebno je do 2018. godine provesti sljedeće aktivnosti:

1. Postupno smanjenje broja korisnika institucijske skrbi za 20% korisnika stalnog smještaja. Iako se radi samo o okvirnim projekcijama, najveće se smanjenje broja korisnika može očekivati u posljednje tri godine razdoblja predviđenog za deinstitutionalizaciju i transformaciju, nakon što će se smanjenjem broja djece i odraslih osoba drugih korisničkih skupina osloboditi resursi koji će se moći preusmjeriti za skrb o psihički bolesnim odraslim osobama.
2. Povećanje broja korisnika izvaninstitucijskih oblika smještaja razmjerno smanjenju ukupnog broja korisnika smještenih u institucijama (povećati kapacitete udomiteljskih obitelji i obiteljskih domova, te razviti uslugu organiziranog stanovanja za psihički bolesne odrasle osobe, budući da je postotak korisnika koji se vraćaju u primarnu obitelj vrlo nizak).
3. Razvoj izvaninstitucijskih usluga (boravak, stručna pomoć u obitelji, pomoć i njega u kući i dr.) za psihički bolesne odrasle osobe koje žive u vlastitim ili udomiteljskim obiteljima, a mogu ih osigurati različiti pružatelji usluga, uključujući i domove.
4. Osigurati regionalnu ravnomjernost očekivanog omjera institucijskih i izvaninstitucijskih oblika skrbi.
5. Potrebno je ograničiti veličinu domova i drugih pravnih osoba s konačnim ciljem postizanja kapaciteta za najviše 70 korisnika stalnog ili tjednog smještaja, uz povećanje kvalitete usluge.
6. Donijeti novu odluku o mreži za trogodišnje razdoblje, počevši od 2011. godine, u skladu s ciljevima deinstitutionalizacije, uz specifikaciju regionalnih kapaciteta institucijskih i izvaninstitucijskih oblika skrbi. Poseban naglasak treba staviti na usluge organiziranog stanovanja uz podršku za psihički bolesne odrasle osobe, vodeći pritom računa o regionalnoj ravnomjernosti.

Prepreke deinstitutionalizaciji i rješenja

Jedna često navođena prepreka deinstitutionalizaciji cijena je koja podrazumijeva premještaj u okruženje skrbi utemeljene u zajednici. Premda je skrb u zajednici često dugoročno manje

skupa, kratkoročni troškovi istodobnog vođenja ustanova i programa u zajednici mogu biti visoki. Na taj se izazov može najbolje odgovoriti izradom ambicioznih planova za zatvaranje ustanova, jer će to, dugoročno gledajući, dovesti do značajnih ušteda troškova u sustavu socijalne skrbi. Ozbiljne intelektualne poteškoće – uključujući one koje se očituju u agresiji, udaranju samog sebe ili drugim oblicima ponašanja koji potiču izolaciju – također predstavljaju izazove kad je riječ o iseljavanju ljudi iz ustanova. Zapravo, osobe s ozbiljnim intelektualnim invaliditetom često su posljednje koje se deinstitutionaliziraju jer je vlastima katkada teško isplanirati način na koji će skrbiti o njima u zajednici. Za njih ujedno postoji i veća vjerojatnost da će se vratiti u ustanove, kao i da će izvan njih imati slabiju kvalitetu života. Ipak, istraživanja pokazuju da čak i osobe s najozbiljnijim intelektualnim invaliditetom i najproblematičnijim ponašanjima mogu uspješno živjeti u zajednici ako imaju odgovarajuću podršku.

Primjerice, jedna studija izrađena u Velikoj Britaniji pokazala je da su uz ispravnu razinu individualne skrbi i pozornosti te osobe u zajednici više sudjelovale u smislenim aktivnostima, poput obrazovanja ili socijalizacije s drugima te su iskazivale manje problematično ponašanje. Premda takvo posvećivanje individualne pozornosti zna biti skuplje od institucionalne skrbi, osobe uživaju u odgovarajuće poboljšanoj kvaliteti života.

Druga prepreka deinstitutionalizaciji je stigma koja često prati mentalni invaliditet.

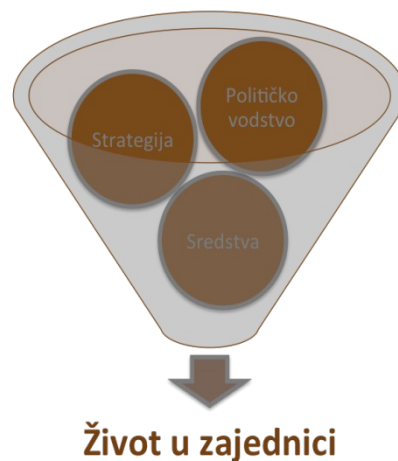
Stereotipi – uključujući i onaj da su osobe s mentalnim invaliditetom odgovorne za vlastitu bolest, da su opasne ili da su poput djece te da s njima tako treba i postupati – često utječu na pripravnost šire zajednice da prihvati takve pojedince. Istraživanja pokazuju da je najbolji način hvatanja u koštac s tom averzijom poticanje kontakta između šire javnosti i osoba s mentalnim poteškoćama, no taj je kontakt teško postići sve dok osobe s mentalnim poteškoćama ostaju institucionalizirane.

Opiranje deinstitutionalizaciji ne mora potjecati samo od zajednice nego i od štićenika ustanove koji oklijevaju napustiti mjesto koje su naučili doživljavati kao dom.

Istraživanja pokazuju da čak i pojedinci koji u početku ne žele napustiti ustanove kasnije kažu kako im je draži život u zajednici te kako je važno da budu uključeni u planiranje svoje skrbi u budućnosti kako bi promicali vrijednost izbora i osigurali da davatelji usluga učinkovito udovoljavaju pojedinačnim potrebama.

Još jedan kamen spoticanja deinstitutionalizaciji može katkada predstavljati osoblje ustanove i zajednica u kojoj se ona nalazi. Ustanove su često velike, nalaze se na zabačenim mjestima, zapošljavaju mnogo osoba i nerijetko predstavljaju kičmu lokalnog gospodarstva u kojem su smještene. Otpor osoblja i lokalnih stanovnika prema preseljenju štićenika iz ustanova u okruženje skrbi u zajednici stoga je razumljivo, ali se može i nadvladati tako da se osoblje zadrži u radnom odnosu kako bi ubuduće pružalo skrb u zajednici. Iskustva iz prošlosti pokazuju da obučavanje osoblja u potrebnim vještinama podiže moral osoblja i motiviranost za deinstitutionalizaciju (Human Rights Watch 2010).

Sastavni elementi prijelaza s institucionalne skrbi na život u zajednici? (UDRUGA ZA PROMICANJE INKLUZIJE 2015)



- Prednosti razvoja alternativnih oblika skrbi i podrške

Obuhvaća teme poput ljudskih prava i vrijednosti, političkih obveza te znanstvenih i gospodarskih podataka. Svrha je pružiti vladama podatke koji idu u prilog deinstitutionalizaciji i pokazati kako ona može koristiti ne samo osobama kojih se izravno tiče, već i društvu u cjelini. Vlade i ostali dionici mogu se osloniti na te podatke prilikom razrade planova za prijelaz, oblikujući ih u skladu sa svojim nacionalnim kontekstom. To će im omogućiti da preuzmu zajedničko vlasništvo nad tim postupkom

- Ocjena situacije

Ocjena situacije ključna je za razvoj cjelovite strategije deinstitutionalizacije i akcijskog plana za rješavanje stvarnih potreba i problema i ispravno korištenje raspoloživih

sredstava. Tu se objašnjava zašto je potrebno ispitati prepreke pristupu redovnim uslugama za opću populaciju (eng. mainstream) ako je cilj osigurati potpuno uključivanje djece, osoba s invaliditetom, osoba s psiho-socijalnim poteškoćama i starijih osoba u društvo.

- Razvoj strategije i akcijskog plana

Razvoj strategije i akcijskog plana deinstitutionalizacije i usluga podrške u zajednici treba se temeljiti na analizi stanja. Pokazuje kako strategija i plan mogu podržavati usklađenu i sustavnu reformu, kako na lokalnoj, tako i na državnoj razini.

- Uspostavljanje zakonodavnog okvira za usluge podrške za život u zajednici

Nakon donošenja odluke o prelasku s institucija na usluge podrške u obitelji i zajednici, važno je izgraditi zakonodavnu potporu za uključivanje svih skupina korisnika u društvo. Tijekom ovog procesa preporučuje se revizija postojećeg zakonodavstva i važećih politika. Potrebno je ukloniti sve prepreke pružanju visokokvalitetne skrbi i usluga u okviru obitelji i zajednice, kao i prepreke korištenju redovnih usluga (eng. mainstream) ili prepreke sudjelovanju u društvu i uključivanju korisnika. Treba ih zamijeniti zakonodavstvom i politikama koje podržavaju uključivanje i sudjelovanje u obitelji i zajednici.

- Razvoj niza usluga podrške za život u zajednici

Razmatra različite vrste usluga podrške u zajednici potrebnih različitim skupinama korisnika. Promiču reintegracija obitelji i potiču razvoj visokokvalitetnih mogućnosti alternativne skrbi u okviru obitelji. S obzirom na druge skupine korisnika, ističe se važnost usluga podrške u zajednici za neovisan život i životne uvjete koji korisnicima omogućuju izbor i veću kontrolu nad svojim životom.

- Dodjela financijskih, materijalnih i ljudskih resursa

Razmatra se utjecaj resursa – financijskih, materijalnih i ljudskih – na prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici. Zbog svoje složenosti, ovaj proces zahtijeva pažljivo planiranje, koordinaciju i kontrolu. Da bi se reforma nastavila, ključno je da obveze financiranja budu ugrađene u politike, da planovi deinstitucionalizacije koriste sve raspoložive resurse i da se utvrde svi potrebni dodatni resursi.

- Razvoj individualnih planova

Svrha pojedinačnog plana je osigurati dosljednost između potreba osobe, načina na koji želi živjeti svoj život i potpore koju prima. Bavi se različitim elementima procesa planiranja i naglašava važnost osiguravanja smislenog sudjelovanja korisnika i (po potrebi) njihovih obitelji i njegovatelja u svim fazama procesa planiranja.

- Potpora pojedincima i skupinama pri prelasku u zajednicu

Prijelaz u zajednicu nije tek slučaj fizičkog premještanja osoba iz institucija u novo mjesto njihovog stanovanja ili boravka. Kako bi se izbjegla reinstitucionalizacija i osigurao najbolji mogući ishod za osobe koje koriste ove usluge, premještaj treba pripremiti s velikom pažnjom. Važna je suradnja s njegovateljima i zajednicom.

- Definiranje, praćenje i ocjenjivanje kakvoće usluga

Tijekom, ali i nakon prijelaza s institucionalne skrbi na usluge u zajednici, presudno je da se institucionalna praksa ne nastavi u zajednici usluga.

- Razvijanje radne snage

Postoji snažna veza između osoblja i uspješnog razvoja i održavanja kakvoće usluga u zajednici. Raspoloživost dobro osposobljenog i motiviranog osoblja u zajednici utječe na brzinu kojom se usluge mogu ponuditi te može spriječiti nastavak institucionalne prakse u zajednici.

Deinstitucionalizacija u Republici Hrvatskoj

U Europskom socijalnom fondu i Europskom fondu za regionalni razvoj u svrhu deinstitucionalizacije i prevencije institucionalizacije osoba s invaliditetom osigurano je više od 130.000.000 EURA kako bi se osigurala što kvalitetnija usluga u zajednici, dovoljan broj kvalitetnih stambenih jedinica i drugih prostora za izvaninstitucijske usluge i održivost procesa.

Na dan 31. prosinca 2015. godine deinstitucionalizirano je ukupno 951 korisnika, koji uz podršku žive u 257 stambenih zajednica, odnosno uključeni su u program organiziranog stanovanja u zajednici. Ukupni broj deinstitucionaliziranih osoba od početka provedbe procesa deinstitucionalizacije je veći od navedenog (951) budući da deinstitucionalizacija pored usluge organiziranog stanovanja tj. regionalizacije obuhvaća i povratak u biološku obitelj te odlazak u udomiteljsku obitelj. Tijekom 2014. i 2015. godine 175 osoba s invaliditetom se vratilo u svoje biološke obitelji (većinom mlade osobe s invaliditetom nakon završetka školovanja zbog kojeg su bile smještene u ustanovama/centrima za odgoj i obrazovanje), a 30 osoba s invaliditetom je otišlo u udomiteljske obitelji.

Prikaz broja deinstitucionaliziranih korisnika u okviru provedbe Operativnog plana deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj 2014. -2016.:

Redni broj	Naziv ustanove	Broj korisnika usluge organiziranog stanovanja
1.	Centar za pružanje usluga u zajednici Osijek "JA kao i TI" **	92
2.	Dom za odrasle osobe Turnić **	24
3.	Dom za odrasle osobe Trogir	12
4.	Dom za odrasle osobe Bjelovar	7
5.	Dom za odrasle osobe Bidružica	6
6.	Dom za odrasle osobe Zagreb	5
7.	Dom za odrasle osobe Vila Maria	4
8.	Dom za odrasle osobe Blato Korčula	6
9.	Dom za odrasle osobe Ljeskovica	-

**domovi koji su intenzivno u procesu deinstitucionalizacije i za koje je u tijeku izrada Individualnih planova transformacije i deinstitucionalizacije kao i priprema projekata za prijavu na natječaj za EU fondove, a uz tehničku podršku konzultanata Svjetske banke

Stanovanje uz podršku – organizirano stanovanje

Jedan od najučinkovitijih načina davanja podrške pojedincima s invaliditetom u zajednici je putem programa stanovanja uz podršku i samostalnog stanovanja u zajednici koji osiguravaju smještaj u stanovima za pojedince ili grupe, pojedinačnu podršku i skrb za život u zajednici te slobodu komuniciranja sa zajednicom. Za mnoge osobe organizirano stanovanje u zajednici, uz podršku, je važno iskustvo jer im omogućava stjecanje osnovnih vještina i usvajanje stavova potrebnih za uspješno uključenje u društvo. Kako bi sudjelovale u različitim aktivnostima prema osobnim potrebama i željama, osobe o kojima se skrbi imaju podršku i vodstvo. Podrška se pruža tamo gdje je potrebna kako bi se osposobilo osobe s teškoćama mentalnog zdravlja da žive potpun i aktivan život. Stanovanje uz podršku socijalna je usluga koja se bazira na pravu osobe s intelektualnim teškoćama na život u zajednici. Iako je ovakav način skrbi za ovu populaciju (za razliku od smještaja u ustanovama) u svijetu pa i u Hrvatskoj poznat već duže vrijeme, u našoj sredini do sada nisu bile prisutne aktivnosti temeljene na životu u zajednici.

Usluga organiziranog stanovanja pruža se u unajmljenim stanovima ili stanovima u vlasništvu ustanove socijalne skrbi. U stanovima žive tri do četiri osobe. Svakodnevni život dogovara se s korisnicima u ovisnosti od njihovih želja te potrebnim oblicima podrške. Osobi se pruža individualizirana podrška u područjima života gdje je podrška potrebna, kako bi se u što većoj mjeri usvojila znanja i vještine potrebne u svakodnevnom životu.

Organizirano stanovanje predstavlja stvaranje uvjeta za integraciju duševnih bolesnika u zajednicu što pridonosi samostalnom životu pojedinih društvenih skupina (primjerice, osoba s invaliditetom, psihički bolesnih odraslih osoba i dr.), ali i usklađivanju radne i obiteljske uloge onih obitelji koje imaju članove koji ovise o skrbi drugih. Organizirano stanovanje je socijalna usluga kojom se jednoj ili više osoba tijekom 24 sata dnevno, uz organiziranu stalnu ili povremenu pomoć stručne ili druge osobe, u stanu ili izvan stana, osiguravaju osnovne životne potrebe te socijalne, radne, kulturne, obrazovne, rekreacijske i druge potrebe. Organiziranim stanovanjem smatra se i stanovanje u zajednici stambenih jedinica koje se nalaze na istoj lokaciji. U jednoj stambenoj jedinici može stanovati najviše osam korisnika. Pri širenju mreže usluga poseban naglasak treba staviti na razvoj izvaninstitucijskih usluga i oblika smještaja u onim županijama u kojima su ti oblici skrbi slabo ili nedovoljno razvijeni, radi postizanja ravnomjernijeg regionalnog razvoja mreže usluga i zaustavljanja trendova institucionalizacije u županijama u kojima se najveći broj korisnika smješta u institucije. Za

planiranje razvoja mreže usluga ključni su kvalitetna koordinacija i usklađivanje procesa na nacionalnoj i regionalnoj (županijskoj) razini te koordinacija i usklađivanje procesa razvoja mreže institucijskih i izvaninstitucijskih usluga svih pružatelja usluga (Blaženka Filić Vulin 2016).

Kome je namijenjeno?

- Ova usluga namijenjena je svim osobama s intelektualnim teškoćama koje trebaju podršku kako bi vodile samoodređene živote u zajednici.
- Samoodređenost podrazumijeva mogućnost donošenja odluka i upravljanje svojim životom u najvećoj mogućoj mjeri.
- Ova usluga je alternativa institucionalnoj skrbi, ona ostvaruje pravo osobe kao jednakopravnog građana društva.

Cilj usluge organiziranog stanovanja

- omogućiti osobi s kim i gdje će živjeti
- osoba sama određuje svoj dnevni raspored, izabire smislene aktivnosti rada u zajednici
- koristi resurse zajednice
- ima mogućnost cjeloživotnog učenja
- osoba razvija i njeguje bliske odnose s rodbinom, prijateljima, poznanicima
- sudjeluje u izboru osoblja koje joj pruža podršku
- prima podršku koja je u skladu s njenom dobi
- zastupa sebe i druge
- određuje kako će joj se pružiti podrška
- vodi samoodređen život

Područja pružanja podrške

- **aktivnosti života kod kuće** (higijena, hranjenje, čišćenje, oblačenje...)
- **aktivnosti života u zajednici** (snalaženje u okolici, slobodno vrijeme, korištenje javnih službi, kupovina, posjete prijateljima...)

- **aktivnosti cjeloživotnog učenja** (interakcija s drugima, akademske vještine, upotreba novca...)
- **aktivnosti zapošljavanja** (dostupnost i dobivanje posla, radni asistenti, učenje specifičnih radnih vještina...)
- **aktivnosti zdravlja i sigurnosti** (uzimanje lijekova, procjene rizika, dostupnost zdravstvenih usluga, prehrana, mentalno zdravlje, tjelesno zdravlje..)
- **društvene aktivnosti** (socijalizacija, komunikacija, prikladne socijalne vještine, samozastupanje..)
- **ophođenje s novcem i osobne financije** (samozaštita od zloupotrebe, pravna odgovornost)

Razina podrške

- **osobno usmjereni pristup – temelj rada**
osoba je aktivan sudionik, pružena podrška se prilagođava u skladu s potrebama i željama osobe
- **povremena** podrška - osoba ima visok stupanj neovisnosti, podrška povremena
- **ograničena** podrška - kontinuirana je i pruža se u određenim aktivnostima (par sati dnevno, tjedno ...)
- **intenzivna** podrška (kontinuirana dnevna) – pruža se svakodnevno u različitim aktivnostima
- **sveobuhvatna** podrška – traje 24 h
- programi podrške orijentirani su prema sposobnostima i interesima pojedinca

Što znači uključenost?

- **aktivna podrška**, osobno usmjerena, pretpostavlja uključenost osobe u aktivnosti koju obavlja
- **cilj uključenosti** je pomoći osobi da postane što samostalnija
- **nije potrebna uključenost osobe u cijelu aktivnost**, već ona treba biti usklađena s potrebom za pomoći pojedinca
- **baviti se nečim konstruktivnim** (postavljati stol, glačati, čistiti stan..)

- **biti u interakciji s ljudima** (razgovarati, gledati kako netko nešto pokazuje..)
- **sudjelovati u grupnim aktivnostima** (nogomet, zbor, sport, vjerske zajednice..)
- stječu se nova iskustva i potiče što veća neovisnost

PRIMJER DOBRE PRAKSE

DOM ZA PSIHIČKI BOLESNE ODRASLE OSOBE BLATO

Usluge koje Dom pruža

Dom pruža socijalne usluge odraslim osobama s mentalnim oštećenjima kojima nije potrebno bolničko liječenje, a skrb im se ne može pružiti u vlastitim obiteljima ili osigurati na drugi način. Jedina je ustanova takve vrste na području županije.

Djelatnost Doma je pružanje sljedećih socijalnih usluga:

- usluga smještaja
- usluga pomoć u kući
- usluga organiziranog stanovanja
- usluga poludnevnog boravka
- usluga cjelodnevnog boravka

- usluga psihosocijalne podrške

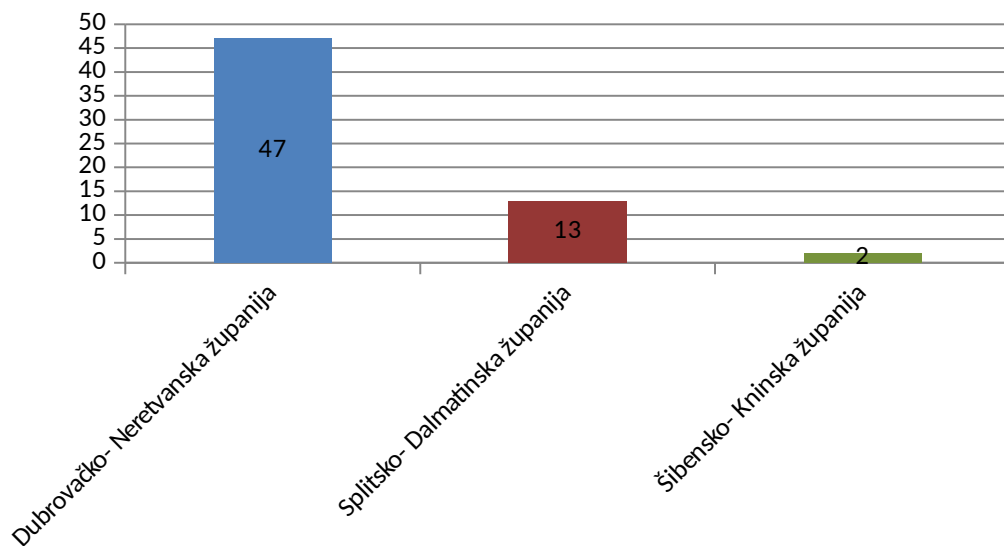
U Domu su zaposlena 32 radnika (9 stručnih radnika: dipl. socijalni radnik, radni terapeut-socijalni pedagog, soc. radnik, viša medicinska sestra, 4 medicinske sestre (SSS) i viši fizioterapeut).

Dom za psihički bolesne odrasle osobe Blato u cilju deinstitucionalizacije i transformacije domova RH izabran je od strane MDOMSP za projekt „Unapređivanje infrastrukture za pružanje socijalne usluge u zajednici osobama s invaliditetom kao podrška procesu deinstitucionalizacije“.

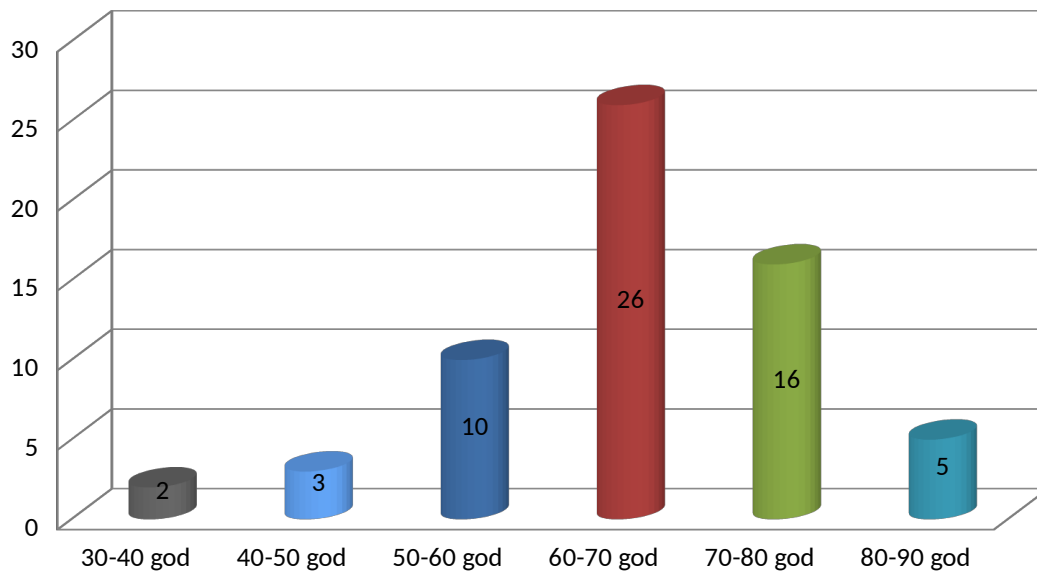
Realizacijom prve faze projekta dana do 31 prosinca 2016. šest se korisnika iz Doma uselilo u objekt organiziranog stanovanja u Općinu Blato.

Dom Blato se opredijelio za proširenje usluge organiziranog stanovanja u lokalnoj zajednici te ulazi u novi projekt kako bi se osigurali vlastiti stambeni prostori za navedene usluge za još dvadeset korisnika.

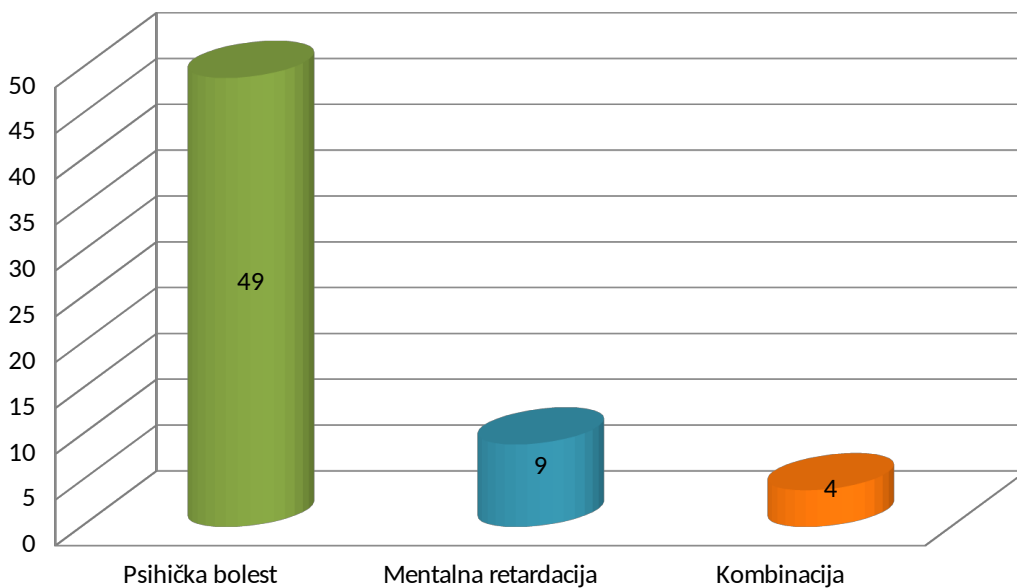
Struktura korisnika po županijama (smještaj i organizirano stanovanje)



Broj korisnika po dobi (smještaj i organizirano stanovanje)

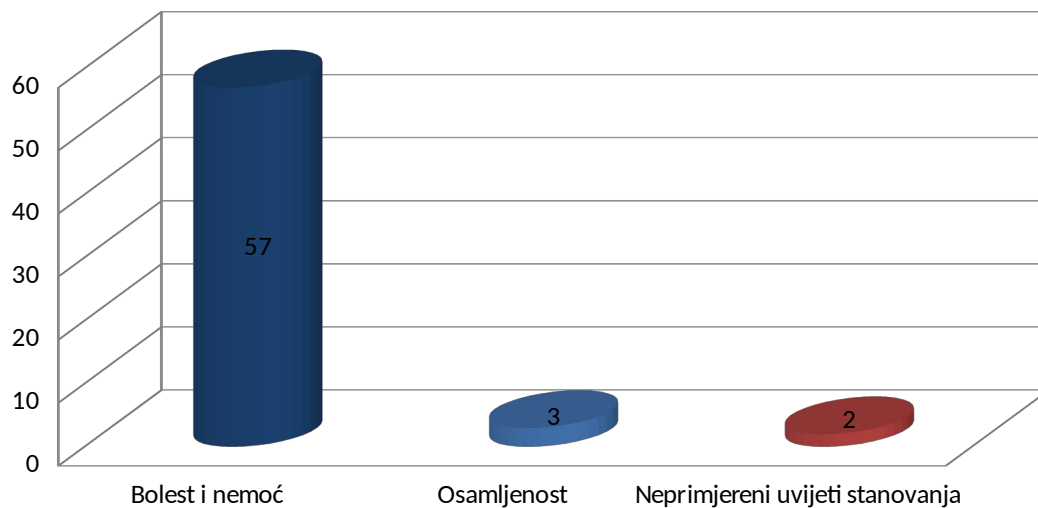


Broj korisnika prema dominantnim vrstama oštećenja (u funkcionalnom smislu) (smještaj i org. stanovanje)



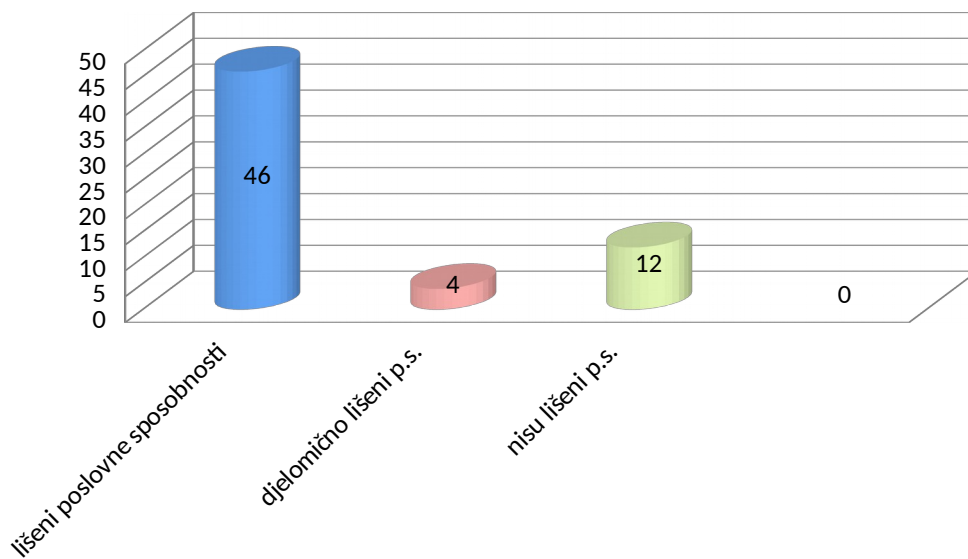
Glavni razlog smještaja u Dom

(smještaj i org.stanovanje)

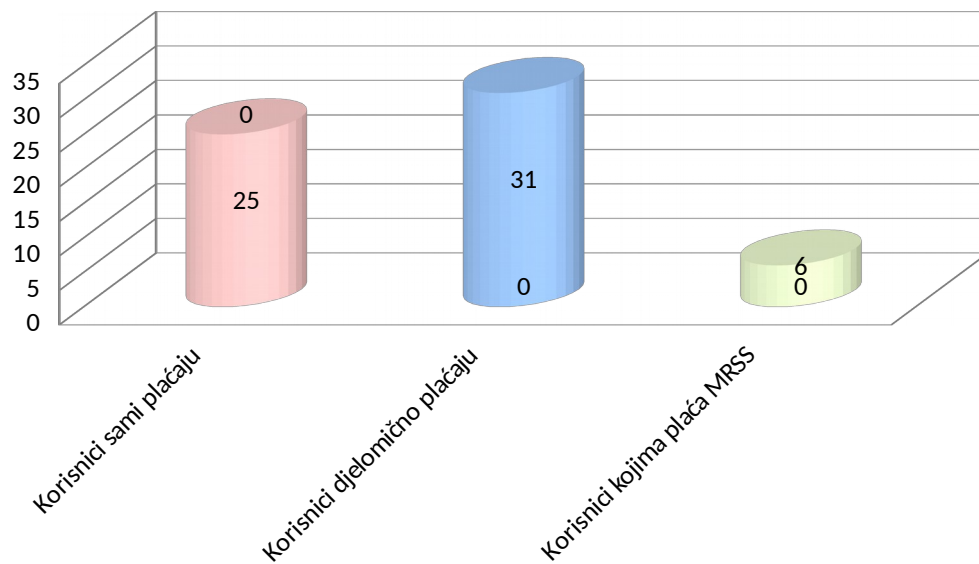


Broj korisnika s obzirom na poslovnu sposobnost

(smještaj i org. stanovanje)

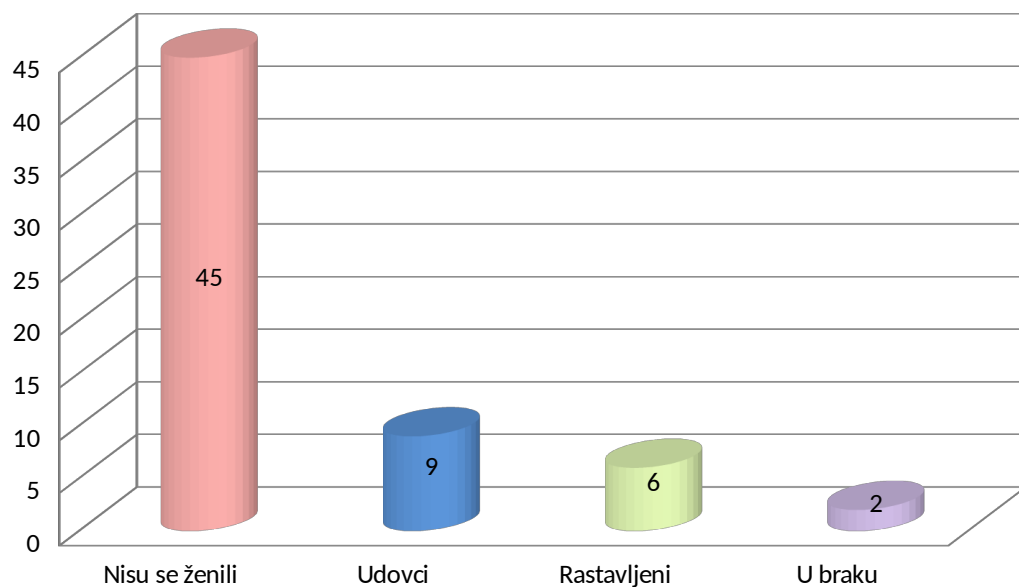


Plaćanje usluge smještaja i organiziranog stanovanja

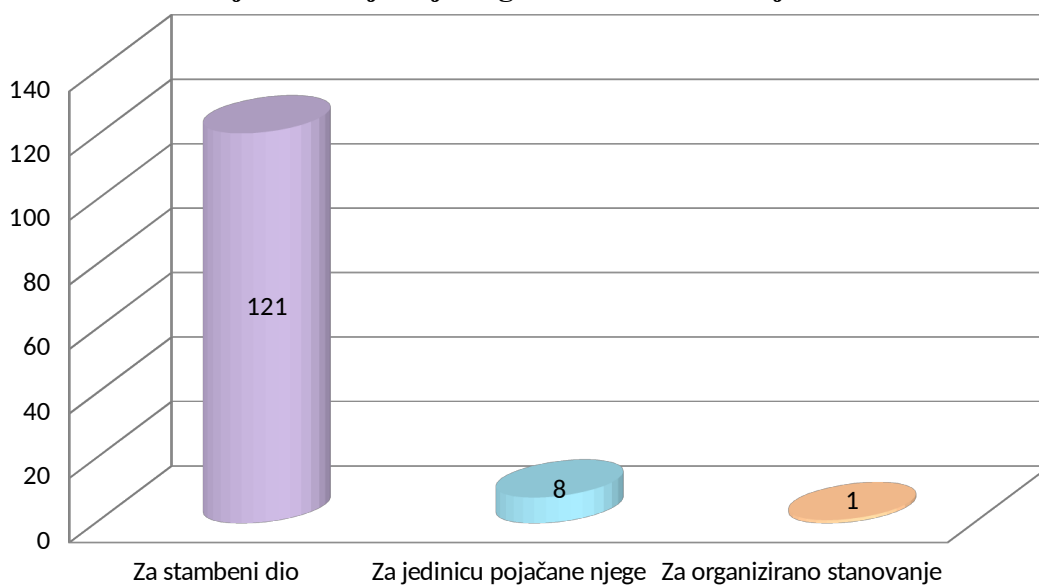


Obiteljski status

(korisnici usluge smještaja i org. stanovanja)

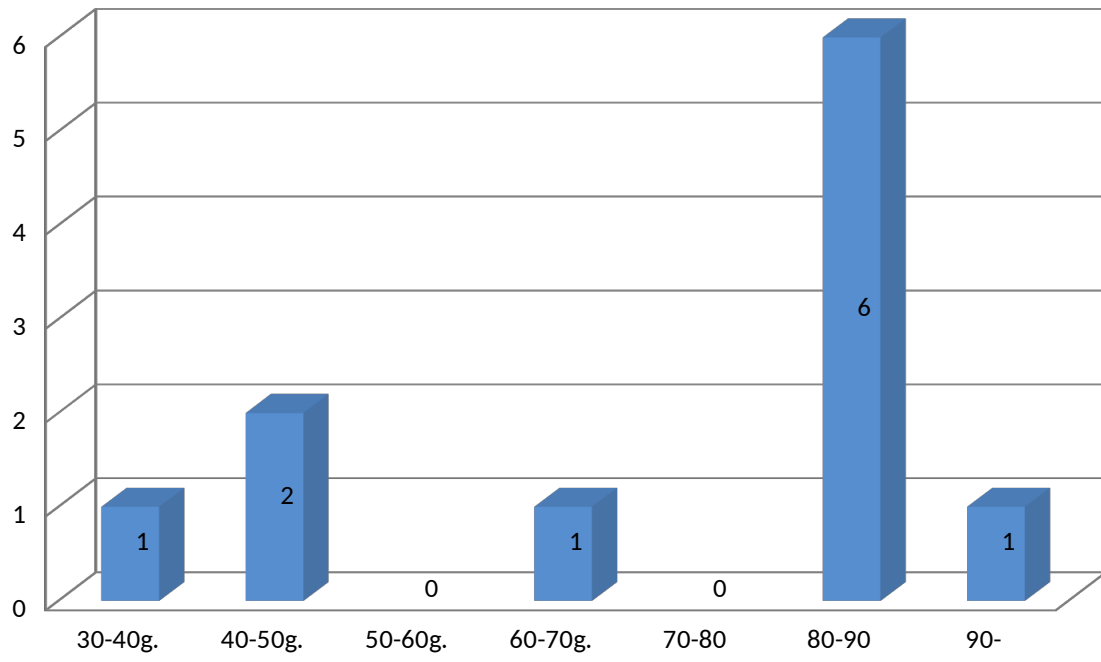


Nerealizirani zahtjevi za smještaj i organizirano stanovanje



Prikaz korisnika izvainstitucionalnih usluga Pomoć u kući

Po dobi



UDOMITELJSKE OBITELJI ZA ODRASLE OSOBE S INVALIDITETOM

Hrvatska za osobe s invaliditetom, uključujući i odrasle, provodi i sustav smještanja u udomiteljske obitelji. Prema Zakonu o udomiteljstvu, udomiteljske obitelji nisu dostupne samo djeci kojoj je potrebna roditeljska skrb, nego i odraslima koji se ne mogu brinuti o vlastitim potrebama. Udomiteljstvo je socijalna usluga smještaja u udomiteljskoj obitelji korisnika koji svoje primarne životne potrebe ne mogu zadovoljiti u vlastitom domu, niti uz pomoć članova vlastite obitelji. To je oblik skrbi izvan vlastite obitelji kojim se korisniku osigurava stanovanje, prehrana, čuvanje, odgoj, briga o zdravlju i obrazovanju te zadovoljavanje drugih specifičnih životnih potreba. Usluge smještaja korisniku osigurava udomiteljska obitelj, na način da ga prihvaća kao člana vlastite obitelji i uključuje ga u svakodnevne aktivnosti u skladu s njegovim sposobnostima i potrebama. Smještaj u udomiteljsku obitelj je izvaninstitucionalni oblik smještaja koji korisniku omogućuje život u obiteljskom okruženju, uz razvijanje osjećaja pripadnosti i socijalnu uključenost u zajednicu. Ovaj oblik smještaja u skladu je s načelima socijalne skrbi i ima prednost u odnosu na smještaj korisnika u ustanovama socijalne skrbi. Smještaj u udomiteljsku obitelj osigurava se korisnicima različite životne dobi i s različitim potrebama. Osobito je poželjan oblik zaštite djece kojoj se smještajem u udomiteljsku obitelj omogućuje odrastanje i razvoj u obiteljskom okruženju i po obiteljskom modelu.

Udomiteljska obitelj

Udomiteljska obitelj je obitelj koja ima dozvolu za obavljanje udomiteljstva, a čine je udomitelj, njegov bračni ili izvanbračni drug i drugi srodnici s kojima udomitelj živi u zajedničkom kućanstvu.

Udomitelj je predstavnik udomiteljske obitelji ili samac koji pruža usluge skrbi udomljenom korisniku, na čije ime se daje dozvola za obavljanje udomiteljstva i koji sklapa udomiteljski ugovor (Hrvatski sabor n.d.).

Prema Unicefovoju publikaciji 'Udomiteljstvo djece u Hrvatskoj' (Ivković i Žižak, 2010.) udomiteljstvom se bave najčešće žene u dobi od 51-52 godine srednjoškolskog obrazovanja. S

udomiteljstvom se najčešće započinje u 42. godini života, a najčešći motiv je želja da se nekome pomogne.

Velika većina udomitelja u Republici Hrvatskoj živi u vlastitim obiteljskim kućama gdje više od pola udomljenih ima svoju vlastitu sobu. Udomitelji se susreću s različitim izazovima, ali unatoč tome navode kako su, većinom, zadovoljni.

Nezadovoljstvo stručnjaka najčešće je povezano s nedostatkom udomiteljskih obitelji za specifične skupine, nedovoljnim interesom za udomiteljstvo te brojem udomitelja u pojedinim županijama. Stručnjaci također navode kako su zadovoljni porastom broja i kvalitete skrbi u udomiteljskim obiteljima, suradnjom s udomiteljima te tradiciju i kontinuitet u pojedinim županijama.

Prema istraživanju Sabolić i Vejmelka (2015.) provedenom s udomiteljima, socijalnim radnicima i psiholozima, stručnjaci i udomitelji su generalno zadovoljni samim procesom udomljavanja, no ističu nekoliko mogućnosti za unaprjeđenje udomiteljstva poput povećanja dostupnosti informacija o udomiteljstvu, promjenu zakonodavnih okvira, profesionalizaciju udomiteljstva te su kao važan problem istaknuli manjak stručnjaka koji rade na poslovima udomiteljstva. Što se tiče supervizije za udomitelje kao sredstvu pomoći i podrške u obavljanju udomiteljstva neki udomitelji navode kako preferiraju individualni rad, dok drugi udomitelji vide potrebu za supervizijama. Udomitelji također navode kako su najzadovoljniji pomoći i podrškom pruženoj od strane svojih neformalnih socijalnih mreža tj. drugih udomitelja te susjeda i svoje obitelji.

Perspektiva izvaninstitucije u Republici Hrvatskoj

Socijalna politika u Republici Hrvatskoj provodi se s osnovnim ciljem poboljšanja položaja najugroženijeg dijela stanovništva, pri čemu se osobit prioritet daje otklanjanju i suzbijanju siromaštva stvaranjem poticajnih uvjeta za gospodarski rast i razvoj, aktivnu politiku zapošljavanja i razvoja ljudskih resursa. U provedbi socijalne politike značajna je uloga različitih tijela državne uprave i tijela jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, znanstvenih i stručnih institucija, te organizacija civilnog društva.

Sustav socijalne sigurnosti obilježen je promjenama u području obiteljske politike, zapošljavanja, socijalne skrbi, mirovinskog osiguranja, te zdravstva i obrazovanja. Reformama u ovom području nastavlja se proces daljnjeg usklađivanja sustava u organizacijskim i stručno - profesionalnim rješenjima s kriterijima i standardima važećim u zemljama Europske unije. Na taj način nastoji se uspostaviti novi, racionalniji i djelotvorniji sustav socijalne skrbi koji će biti usmjeren prema socijalno najugroženijim građanima, odnosno socijalno osjetljivim skupinama, što će zasigurno utjecati na razinu kvalitete pružanja usluga. To razumijeva uspostavu službi dostupnijih građanima, intenziviranje djelovanja na općoj informiranosti javnosti o pravima pojedinaca unutar sustava i načinu njihovog ostvarivanja, informatizaciju sustava, deinstitutionalizaciju usluga socijalne skrbi, poticanje privatizacije u tom području, te uspostavu sustavnijeg poticanja i financiranja djelovanja nevladinih organizacija i humanitarnih udruga.

Kao odgovor na potrebu za sustavnim promjenama na području socijalne skrbi započet je proces deinstitutionalizacije s konačnim ciljem podizanja razine kvalitete usluga za socijalno osjetljive skupine korisnika.

Cilj je deinstitutionalizacije postizanje promjene u omjeru između institucijskih i izvaninstitucijskih oblika skrbi u korist izvaninstitucijskih oblika.

Radi utvrđivanja opsega i dinamike odvijanja procesa deinstitutionalizacije, te stručne i financijske opravdanosti takvog načina zbrinjavanja, izrađen je Nacrt studije o deinstitutionalizaciji sustava posebnih skrbi u Republici Hrvatskoj. Temeljem ove studije izrađen je Prijedlog programa deinstitutionalizacije ustanova socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj.

Deinstitutionalizacija sustava socijalne skrbi dugoročan je proces i novi koncept organizacije zbrinjavanja djece bez roditelja i odgovarajuće roditeljske skrbi, osoba s invaliditetom i odraslih osoba s duševnim smetnjama. Takav model zbrinjavanja uključuje i niz faktora kao što su: osnivanje novih službi, promjenu statusa udomiteljskih obitelji, osiguranje adekvatnog pružanja zdravstvenih usluga i usluga školovanja, program zapošljavanja, suradnju sa civilnim sektorom, stvaranje drukčijih stavova i dr.

ZAKLJUČAK

Duševno zdravlje je razina psihološke dobrobiti ili odsutnost duševnih poremećaja.

Duševno zdravlje može uključivati sposobnost pojedinca da uživa u životu i stvoriti ravnotežu između aktivnosti i nastojanja da se postigne psihološka otpornost.

Skrb u zajednici može se pružiti na dobro organiziran način i jeftino. Međutim, skrb u zajednici ne donosi uštedu, otprilike je ista potrošnja u bolničkom liječenju i skrb u zajednici, ali nije isto za osobu. Ušteda se vraća kroz smanjenje dana u invalidnosti, programe zapošljavanja, smanjenje broja dana ležanja u bolnicama. Međutim, osobe s duševnim smetnjama moraju živjeti u sigurnom okruženju, gdje će ujedno dobiti potrebnu podršku.

Kvalitetan, siguran i pristupačan smještaj jedna je od najbitnijih temelja koje bi zadovoljile osobe s duševnim smetnjama. Za mnoge osobe dostupnost adekvatnog i pristojnog stanovanja uz podršku, ako je potrebna, pomaže u svladavanju životnih teškoća i ključ je bolje kvalitete života, neovisnost, prihvaćenost, dobri odnosi sa susjedima, samostalnost, sloboda, odlučivanje za sebe.

Smanjenje simptoma duševne bolesti nije dovoljno, dugotrajno stanovanje uz pristup fleksibilnoj podršci smatra se idealnim rješenjem za osobe s poteškoćama duševnog zdravlja. Napori za rehabilitaciju duševnih bolesnika bezuspješni su ako nije moguće osigurati skrb u vidu organiziranog stanovanja. Mnogi duševni bolesnici priželjkuju takav smještaj, međutim deficit socijalnih vještina, poteškoće vezane uz bolest, kao i vještina samog življenja, psihotični i afektivni simptomi i kognitivne disfunkcije, siromaštvo, diskriminacija, barijere u okolini, stigmatizacija, sve su to problemi koji bolesniku otežavaju integriranje u društvo.

Neadekvatna usluga podrške kao što je zanemarivanje korisnikovih potreba za zapošljavanjem i samostalnim životom, problem je s kojim se duševno bolesna osoba teško nosi. Idealno bi bilo kad bi duševni bolesnik mogao sam birati mjesto stanovanja na temelju osobnih kriterija, preferencija, resursa i potreba. Tako bi bolesnik preuzeo ulogu stanara, domaćina, susjeda te se odgovorno brinuo o sebi, imao svoje izbore za koje bi se također s vremenom naučio nositi. Suština oblika skrbi organiziranog stanovanja počiva u sudjelovanju i uvažavanju osobe kao punopravnog sudionika u donošenju svih odluka koje se tiču njegova

života. Bit podrške je pomoć pojedincu u osnaživanju vlastitih sposobnosti, preuzimanje kontrole nad vlastitim životnim okolnostima, postizanje osobnih važnih ciljeva i povećanje sposobnosti za donošenje važnih odluka. Organizirano stanovanje usluga je koja osobi daje priliku da živi slobodno kao i svaki drugi čovjek. Duševno oboljela osoba jednako je vrijedna kao i svaka druga zdrava ili bolesna osoba.

Duševno oboljelu osobu nije dovoljno stabilizirati lijekovima i ostaviti ju na mjestu. Potrebno je pružiti podršku i dati joj priliku za bolji život.

„Um je poput padobrana, ne funkcioniira ako nije otvoren.“

LITERATURA:

1. Bernat, A., 2006. Iskustva iz prakse- OSOBE S DUŠEVNIM SMETNJAMA POD SKRBNIŠTVOM I SOCIJALNI RIZICI KOJIMA SU IZLOŽENI POSTUPKOM LIŠENJA POSLOVNE SPOSOBNOSTI. , pp.371–381. Available at: <http://hrcak.srce.hr/7711>.
2. Blaženka Filić Vulin, 2016. ORGANIZIRANO STANOVANJE – PRVA ISKUSTVA PRVE SLUŽBE. , pp.1–22. Available at: <http://www.crzagreb.hr/hr/dtc/Prez dan cent.pdf>.
3. Bratković, D., 2002. Kvaliteta življenja osoba s umjerenom i težom mentalnom retardacijom u obiteljskim i institucionalnim uvjetima života. , pp.1–164.
4. Bratković, D. & Teodorović, B., 2001. Osobe s teškoćama u razvoju u sustavu socijalne skrbi. *Revija za socijalnu politiku*, 8(3), pp.279–290. Available at: <http://hrcak.srce.hr/30073>.
5. Dom za psihične bolesne odrasle osobe Blato, 2016. Dom za psihičke bolesne odrasle osobe Blato. Available at: <http://www.dom-blato.com/index.php>.
6. Družić, O., Kletečki, L. & Radović, M., 2011. SIROMAŠTVO I SOCIJALNI RAD: KOLIKO JE SIROMAŠTVO DOISTA »TEMA« SOCIJALNOG RADA? *Ljetopis socijalnog rada*, 18(1), pp.5–29.
7. Elgie, R., 2008. KONFERENCIJA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM STIGMA I AKTIVNOSTI ZA SIGURNOST U LIJEČENJU I REHABILITACIJI DUŠEVNOG BOLESNIKA- ZBORNİK RADOVA. In Ema N. Gruber, ed. *Stigma i duševna bolest u Europi*. Popovača: Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji »Sretna obitelj«, pp. 31–33.
8. Ema N. Gruber, 2011. *KROSKULTURALNA ANALIZA POSLJEDICA DRUŠTVENE STIGMATIZACIJE OSOBA S PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA* M. Vaupotić & Murati, eds., Popovača: Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji »Sretna obitelj«.

9. Europska stručna skupina za prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici, 2012. Zajedničke europske smjernice za prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici. , pp.1–170. Available at:
http://www.deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2016/04/2013-04-08-Common-European-Guidelines_Croatian-version_EDITED.pdf.
10. Graovac, A.K. & Čulo, A., 2010. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom – novi pristup shvaćanju prava osoba s duševnim smetnjama. *Zbornik PFZ*, 61(1), pp.65–109.
11. Hrvatski sabor, 2015a. Zakon o socijalnoj skrbi: članak 83.
12. Hrvatski sabor, 2015b. Zakon o socijalnoj skrbi: članak 86.
13. Hrvatski sabor, 2015c. Zakon o socijalnoj skrbi: članak 87.
14. Hrvatski sabor, Zakon o udomiteljstvu: 90/11; 78/12.
15. HRVATSKO PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO, 2016. Psihijatrijske bolnice u RH.
Available at: <http://www.psihijatrija.hr/site/?p=916>.
16. Human Rights Watch, 2010. Kad jednom uđeš. , pp.1–117.
17. Kletečki Radović, M., 2008. TEORIJA OSNAŽIVANJA U SOCIJALNOM RADU.
Ljetopis socijalnog rada, 15(2), pp.215–242.
18. Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, 2010. PLAN DEINSTITUCIONALIZACIJE I TRANSFORMACIJE DOMOVA SOCIJALNE SKRBI I DRUGIH PRAVNIH OSOBA KOJE OBAVLJAJU DJELATNOST SOCIJALNE SKRBI U REPUBLICI HRVATSKOJ 2011. – 2016. (2018.). , pp.1–54.
19. Radivojević, Z. & Raičević, N., 2007. Međunarodna zaštita osoba sa mentalnim poremećajem. *TEMIDA*, pp.11–25.
20. Slađana Štrkalj Ivezić, 2006. PROMOCIJA I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA PSIHIIČKA BOLEST: VODIČ KROZ VAŠA PRAVA Ančica Juričić, ed. , pp.1–112.
21. Udruga Svitanje, 2015. PRAVA OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA U PSIHIJATRIJSKIM BOLNICAMA PREMA ZAKONU O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA. , pp.1–20.

22. UDRUGA ZA PROMICANJE INKLUZIJE, 2015. STANOVANJE U ZAJEDNICI UZ PODRŠKU. In pp. 1–12.
23. Urbanc, K. et al., 2009. UKLJUČIVANJE I OSNAŽIVANJE KORISNIKA TIJEKOM TERENSKE PRAKSE STUDENATA SOCIJALNOG RADA. *Ljetopis socijalnog rada*, 16(2), pp.395–423.
24. NINO ŽGANEC, Socijalna skrb u Hrvatskoj - smjerovi razvoja i reformi; Revija za socijalnu politiku br. 3.

IZJAVA STUDENTA (o završnom / diplomskom radu)

IZJAVA

S punom odgovornošću izjavljujem da sam završni / diplomski rad izradio / la samostalno, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentora / mentorice Vesne Babarović dipl.soc.radnice.

Ime i prezime studenta / studentice:

Andrea Jerinić

Potpis
