

Organizirano stanovanje

Radoš, Lidija

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:959452>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



1. Uvod

Interes za mentalno zdravlje u stalnom je porastu, kako za zdravstveno osoblje, tako i za opću populaciju, o tome nam govori podatak iz epidemiološkog ureda koji ukazuje na visoku prevalenciju psihičkih poremećaja.

Jedan od podataka u međunarodnim dokumentima govori da četvrtina stanovnika svijeta tijekom svoga života doživi barem jedan psihički poremećaj.

Psihički poremećaji su stanja kojim ponašanje vlastite osobe u okolini odskaače od uobičajenog, nije prilagođen u određenoj situaciji, predstavlja smetnju i nije pod kontrolom.

Gledajući kroz prizmu socijalne psihijatrije jedan od osnovnih kriterija za psihičku normalnost(anomija-odstupanje od norme) je socijalni kriterij. On objašnjava da ako se osoba može prilagoditi socijalnom okruženju je 'normalna', ako to nije u stanju radi se o poremećaju. Kod takvog kriterija problem je što različite zemlje, kulture i društva imaju različite socijalne norme kod pojma 'normalnog'. Ipak socijalna psihijatrija je najviše doprinijela u humanom odnosu duševno oboljelih. To se najviše može uočiti u smanjenom broju hospitalizacija, destigmatizaciji duševne bolesti, povećanoj kvaliteti njihova života kao i u deinstitutionalizaciji.

Posljednjih se godina puno govori o mentalnom zdravlju, o visokoj stopi pojavnosti depresije za koju se smatra da će 2020. biti vodeća bolest na listi morbiditeta.(1) Zato se preporučuje liječenje u obiteljskoj medicini te organizacija psihijatrije po modelu psihijatrije u zajednici. Također se preporučuju programi borbe protiv stigme i diskriminacije psihički oboljelih koji može biti veći problem od same bolesti jer negativno utječe na traženje pomoći te otežava integraciju oboljelih u zajednici nastojeći ih isključiti umjesto uključiti u život zajednice.(2)

Planirajući otpust, dogovara se smještaj bolesnika u neke od ustanova. Većina bolesnika se smjesti 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.

Većina psihički oboljelih osoba se suočavaju s preprekama za potpuno uključanje u hrvatsko društvo uključujući ograničen pristup obrazovanju, radu i zdravstvenoj zaštiti. No 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, pravo na privatnost, pravo na slobodu, samoodređivanje i druge.

Nije lako osobe izvući iz institucija i uključiti ih u zajednicu, ali mnoga pozitivna i negativna iskustva iz drugih zemalja mogu nas poučiti boljem načinu.

Jedna od pouka koje možemo izvući je kako planirati deinstitucionalizaciju, kako umanjiti negativan utjecaj zatvaranja ustanova na štíćenike, uposlenike i lokalno gospodarstvo, kako nadići stigmom koja prati te osobe i strahove koje oni sami i njihove obitelji mogu imati u vezi s preseljenjem u zajednicu, kako im pružiti najbolju podršku u novoj zajednici te kako stvoriti neinstitucionalne alternative koje pojedincima nude istinski izbor i bolju kvalitetu života.

2. Tko su korisnici u organiziranom stanovanju

Korisnici usluge organiziranog stanovanja su duševno oboljele osobe, kronificiranog tijeka bolesti, a koje su u stabilnom psihičkom stanju. To također mogu biti i mentalno insuficijentne osobe. (3)

Zbog relativno visoke prevalencije, čestog početka u mladoj odrasloj dobi, mogućeg kroničnog tijeka, narušavanja kvalitete života kako bolesnika tako i njegove obitelji i društvene okoline te značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite, duševne bolesti i poremećaji predstavljaju jedan od prioritarnih javnozdravstvenih problema kako u svijetu, tako i u nas. Prevenција mnogih psihičkih poremećaja moguća je, a njihovo liječenje u većini slučajeva može biti uspješno. Unatoč tome, u mnogim zemljama liječenje nije dostupno onima koji ga trebaju – djelomično i zbog društvenih predrasuda i diskriminacije te samostigmatizacije.

Osobe s psihičkim poremećajem isključene su iz društva, pri čemu se duševnim bolesnicima krše ljudska prava a kvaliteta života svedena je na minimum.

Psihijatrijske ustanove u Hrvatskoj dijelom su se pretvorile u socijalne ustanove opskrbljujući dio nezbrinutog, socijalno napuštenog i zapuštenog dijela pučanstva koji nema pravih indikacija za boravak na psihijatrijskim odjelima, a opterećuje kapacitete i povećava trošak sredstava namijenjenih za zdravstveno zbrinjavanje, koja su ionako nedostupna. (4)

Kao i svaki drugi čovjek i osobe sa dijagnozom duševne bolesti je kao i svaki drugi čovjek bio-psiho-socijalno biće zato brojni sociokulturni faktori kao što su nisko samopouzdanje, obitelj bolesnika, siromašan društveni život, radno mjesto ili dugotrajno nezaposlenje, stigmatizacija, kasno prepoznavanje znakova bolesti utječu na razvoj i smjer bolesti u kojem se kreće život oboljelih.

Zbog nepogodnosti kojima su izloženi, relapsa bolesti dolazi do stalnih ponavljajućih hospitalizacija, kronificiranosti i institucionalizma. To ujedno znači da su po završetku liječenja osobe s duševnim smetnjama teško prihvaćene u svojoj okolini, život u takvoj sredini postaje nepodnošljiv i sami

ponekad uviđaju da je život van bolnice neodrživ. Što je duži boravak i češći boravak u instituciji to je i za obitelji teže prihvatiti povratak te osobe kući , a i sama sredina slabo je educirana i gruba te je osobi teško funkcionirati bez podrške. Kvaliteta života osoba s duševnim smetnjama na niskim je razinama jer cijeli svoj životni vijek provedu socijalno isključene i izdvojene.

Skrb izvan institucije u obliku organiziranog stanovanja uz podršku omogućuje osobama s duševnim smetnjama priliku za bolji život, samostalnost, povratak i suživot u zajednici. (4)

2.1. Što je institucija?

Europske smjernice definiraju instituciju kao bilo koju smještajnu skrb u kojoj su štićenici izolirani od zajednice ili su prisiljeni živjeti zajedno. U institucijama osobe nemaju dovoljnu kontrolu nad svojim životima i odlukama koji utječu na njih. Sami zahtjevi organizacije u instituciji često imaju prioritet nad pojedinačnim potrebama. U instituciji osobe nemaju mogućnost planirati svoje vrijeme, aktivnosti, odlaske, dolaske, ali se ne mogu naučiti preuzeti odgovornost. Njima je to već isplanirano prema kućnom redu i minimalnim obavezama. Samom takvom nemogućnošću upravljanja svojim životom osobe su frustrirane i nezadovoljne.

2.2. Deinstitutionalizacija

Deinstitutionalizacija je politika pružanja tretmana i zaštite medicinski i socijalno ovisnim osobama u zajednici umjesto u institucijama.

Deinstitutionalizacijom radimo prevenciju nepotrebnih prijema bolesnika u duševne bolnice kroz primjenu službe podrške u zajednici. Samim otpuštanjem bolesnika koji dugo leže na psihijatrijskim odjelima i pripremom za adekvatan život u zajednici preuzetih na skrb od strane službe podrške već smo puno napravili za kvalitetu njihova života.

Planiranje deinstitutionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2011. do 2018. godine strateški je dokument Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi namijenjen intenziviranju reformskih procesa deinstitutionalizacije i transformacije koji ujedno predstavlja temelj za planiranje mreže domova i djelatnosti socijalne skrbi. (5)

Svrha Plana deinstitutionalizacije je smanjiti ulazak u institucije i povećati izlazak iz institucija u nove oblike skrbi, posebno stimulirajući obiteljsku reintegraciju (uz garanciju jedne ili više usluga podrške obitelji u lokalnoj zajednici), što bi trebalo biti usklađeno s prioritetima razvoja mreže usluga na lokalnoj zajednici.

Jedan od bitnih ciljeva deinstitutionalizacije za psihički oboljele osobe je smanjiti broj korisnika stalnog smještaja u domovima za psihički bolesne odrasle osobe za 20% do 2018. godine, prvenstveno onih koji ne zahtijevaju intenzivnu skrb u instituciji.

Deinstitucionalizacija i transformacija su povezani i složeni procesi koji uključuju:

- a. redefiniranje funkcije pružatelja usluga, u skladu sa ciljevima deinstitucionalizacije i transformacije
- b. razvoj mreže izvaninstitucijskih usluga u zajednici dostupnih korisnicima
- c. razvoj izvaninstitucijskih oblika smještaja kao što su udomiteljske obitelji, obiteljski domovi i stambene zajednice, odnosno organizirano stanovanje uz podršku

2.3. Izvaninstitucijski oblici skrbi

Prema planu deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2011. do 2018. izvaninstitucijski oblici smještaja uključuju(5):

- 1) proces deinstitucionalizacije
- 2) proces transformacije
- 3) proces prevencije institucionalizacije i razvoj izvaninstitucionalnih usluga i službi podrške u zajednici.

Skrb u stambenim zajednicama, odnosno u organiziranom stanovanju u zajednici provode državni i nedržavni domovi, kao i neke druge pravne osobe registrirane za obavljanje takvih djelatnosti.

2.4. Udomiteljstvo duševnih bolesnika

Jedan od oblika deinstitutionalizacije je svakako zbrinjavanje psihički oboljelih osoba u udomiteljstvo koje je regulirano Zakonom o udomiteljstvu.

Udomiteljska obitelj nastoji psihički oboljeloj osobi pružiti iskustvo obiteljskog života, ostanak u svom okruženju te povećati kvalitetu života.

Prilikom otpusta osobe sa duševnim smetnjama iz bolnice, najbolje bi bilo kad bi se osoba mogla vratiti u svoju obitelj u svojoj poznatoj okolini. Međutim to često nije moguće jer su neadekvatne stambene i materijalne prilike, trajno poremećeni obiteljski odnosi, nedostatak emotivne potpore, samački život te suživot s više psihički oboljelih osoba. U tom slučaju udomiteljstvo kao i oblik organiziranog stanovanja mogu omogućiti bolju kvalitetu života kao i donijeti rasterećenje obitelji duševnog bolesnika. Prema nekim istraživanjima, udomiteljska obitelj pridonosi humanizaciji života duševnog bolesnika kao i promjeni njegove socijalne okoline.

Udomitelj odrasle osobe obavezan je osigurati osnovne životne potrebe kao i planirati aktivnosti u kojima osoba sudjeluje kako bi se poticale socijalne vještine radi njenog samostalnog zbrinjavanja, uključiti osobu u život zajednice sukladno njenim potrebama i mogućnostima, omogućiti i poticati kontakte s obitelji, planirati društveno rekreacijske aktivnosti, te kulturno zabavne aktivnosti, sve u cilju da se maksimalno povisi kvaliteta života duševno oboljele osobe.

Naravno da je potrebna stalna edukacija udomiteljske obitelji koja uključuje edukaciju o individualnom pristupu, procjeni postojećih sposobnosti, interese i potrebe korisnika, procjena i uočavanje simptoma pogoršanja i kako se ponašati u tim situacijama, vještinama komunikacije, integraciju korisnika u lokalnu sredinu.

Za razliku od svjetske psihijatrije, gdje se prednost izvaninstitucionalnog smještaja daje organiziranom stanovanju uz osiguravanje različitih oblika pomoći i podrške u lokalnoj zajednici, u Hrvatskoj je duga tradicija smještaja osoba s

duševnim smetnjama u udomiteljsku obitelj, a oblik organiziranog stanovanja je iznimno malog kapaciteta.

2.5. Obiteljski dom

Poneke osobe ostaju u svojim domovima, što je znatno jeftinije rješenje za javno zdravstvo. Međutim, ostanak kod kuće umanjuje samopouzdanje mlade osobe i osobe srednje dobi te stavlja veliki teret na leđa obitelji onda kada bi trebali biti u punom naponu radne snage i života, taj osjećaj i mogućnost izostaje. S vremenom se i obitelj potroši u emotivnom i financijskom smislu, narušavaju se unutar obiteljski odnosi i nitko nije zadovoljan. Sama prisutnost duševno oboljele kćerke ili sina podiže emocionalnu napetost, stoga se moraju potražiti drugi mehanizmi za smještaj osoba.

3. Povijesni pregled

Franco Basaglia rođen je 11. ožujka, 1924. godine u Veneciji. Studij medicine završio je u Padovi. Bio je talijanski psihijatar i neurolog pionir u suvremenom konceptu mentalnog zdravlja. (6)

Godine 1978. Franco Basaglia u Italiji uspio je u nakani da se donese zakon 180, kojim je propisano zatvaranje duševnih bolnica. Zakon 180 je prvi i jedini okvirni zakon koji je nametnuo zatvaranje duševnih bolnica i donio uredbu obveznog liječenja te pokretanje javnih usluga duševnog zdravlja. Sam zakon donio je modernizaciju u psihijatriji, poboljšavanje međuljudskih odnosa, prepoznavanje i uvažavanje potreba bolesnika kako bi se podigla kvaliteta života.

U to vrijeme duševni bolesnici su bili izloženi različitim oblicima nasilja na način da su se prisiljavali podvrgnuti elektrošokovima, oduzeta prava, oduzimanje imovine, a sve u periodu kad bolesnik zbog svoje bolesti nije bio svjestan svojih postupaka ili nije razumio.

Prema Basagli, ludnica opravdava svoje postojanje time da u njoj neracionalno postaje racionalno, tj. luđak van bolnice prestaje biti luđak u bolnici, pretvara se u pacijenta. Postaje racionalno biće u onoj mjeri u kojoj je bolestan.



slika 3.1 Franco Basaglia(1)

Zatvaranjem duševnih bolnica nije bila jedina namjera Basagline operacije, nego sredstvo pomoću kojeg bi se društvo moglo obračunati s nevoljama kao što su siromaštvo, ovisnost, oskudica, delikvencija. Luđake

koji su bogati ne isključuju iz društva za razliku od siromašnog kojeg je potrebno odmah zatvoriti. Basaglia je želio da društvo prihvati ludilo, nakon što je prihvatio načelo jednakosti između bolesnika i liječnika otkrio je da i duševni bolesnici kao i liječnik treba realno rješenje za preživljavanje, novac, obitelj te sve što treba i liječnik.

Duševni bolesnik je čovjek sa svim svojim ljudskim potrebama.

Ako s duševnim bolesnikom postupamo kao sa čovjekom, njegova bolest predstavlja krizu, a ne bolest. Zatvaranjem duševnog bolesnika i odvajanjem od svijeta ne liječimo, samo ih izoliramo od društva.

Tako je Franco Basaglia u Trstu započeo s otvaranjem duševnih bolnica. Duševni bolesnici su uz pratnju mogli izaći iza zidova, kretati se po gradu, popiti kavu, ući u crkve, posjetiti tržnicu te se obratiti nekome.

Ipak dominacijom organističke psihijatrije i psihijatrijske genetike pokazalo se da to i nije bila najbolja ideja. Mnogi bolesnici besciljno su lutali zemljom bez socijalne i medicinske skrbi, mnogi su umrli u napuštenim skloništim, ispod mostova, prepušteni sami sebi. Međutim, Basagliina svrha zatvaranja duševnih bolnica je bila zahtijevati od društva da se prestanu bojati duševnih bolesnika, razlikovati ih od drugih te im omogućiti pravo na normalni život.

Basaglia je želio dokazati da nemoguće postaje moguće. Prije deset, petnaest godina, nemoguće je bilo zamisliti da bismo mogli zatvoriti duševnu bolnicu. Duševne bolnice će se možda vratiti, takve kao prije i još više odvojene od svijeta. U svakom slučaju dokazao je da je ludom čovjeku moguće pomoći drukčije. Značajno je i nešto drugo, a to je da danas znamo što je moguće učiniti.

Manjina poput nas u svojoj slabosti ne može pobijediti, jer vlast je ta koja svugdje pobjeđuje. U najboljem slučaju možemo uvjeravati. U trenutku kada postanemo uvjerljivi, pobjeđujemo, to jest izazivamo preobrazbu koju je inače teško dosegnuti.

Basaglia je prema mišljenju tradicionalne psihijatrije smatrao da oni koji su stvorili azile su bili usmjereni samo na organske uzroke bolesti, a društveni nastanak mentalnih poremećaja su zanemarivani.

Određene strukture osiguravaju sprječavanje nastanka bolesti, liječenje, rehabilitaciju i reintegraciju psihičkih bolesnika. Svaki od njih kako bi se zadovoljile različite potrebe pacijenata, nudi nekoliko osnovnih vrsta pomoći. U prvom redu su mentalno zdravlje, centri i klinike koje se bave duševno oboljelim osobama, teritorijalna i kućna njegu.

Zatim tu su psihijatrijska dijagnoza i njega, dani u bolnici, pružanje skrbi na bolničkoj i dnevnoj razini koji se bave socijalnom rehabilitacijom u polustambenim objektima. Stambeni objekti napokon nude intervenciji terapijsku

rehabilitaciju, a vrijeme pružanja usluga je raspoređena u tri vrste: 24 sati, 12 sati i vremenski odsječak (unutar kratkog vremena)

Još tada je Basaglia uveo likovne radionice i kreativni sadržaj približio duševnim bolesnicima u vidu okupacijske terapije kako bi razvili sposobnost i unaprijedili samostalnost bolesnika.

Zakonom 180, Basaglia je uspio postići osim zatvaranja duševnih bolnica i zabraniti gradnju novih, a u tadašnjim bolnicama mogli su opstati samo u postojećim i pojedinim neuropsihijatrijskim odjelima, oni bolesnici koji su bili hospitalizirani prije donošenja zakona 180, (13. svibnja, 1978.) ukoliko sami žele psihijatrijsko liječenje hospitalizacijom. Ono što je Basaglia napravio je u stvari da je zabranio nove prijeme u velike psihijatrijske ustanove, a omogućio da postojeći pacijenti, od kojih su neki bili u ustanovama desetljećima, jednostavno „prirodnim „procesom odumru i tako se ustanove postupno smanje i ugase. Promjene su bile usmjerene na pravila i logiku kojom upravljaju institucije, stavljajući hijerarhiju u pitanje, mijenja odnose između pacijenata i operatera, izmišljanje novih odnosa, mogućnosti i prostora, i vraćanje slobode te prava bolesnika. Ukinut je bilo kakav oblik fizičkog sputavanja i elektrošokovi. Obavezna hospitalizacija bila je ukinuta pa bolesnik ponovno ima građanska i politička prava. Franco Basaglia je smatrao da je prvi korak prema liječenju pacijenta, njegov povratak na slobodu.

Basaglia smatra da je bolesnik osoba koja ima pravo na normalan život. Franco Basaglia umro je 1980. godine.

Nakon njegove smrti napredak zatvaranja duševnih bolnica i skrb za duševne bolesnika u prvo vrijeme ostalo je samo slovo na papiru. Tada društvo još nije bilo spremno za ovakvu reformu. Međutim s vremenom je

reforma zatvaranja psihijatrijskih bolnica krenula u cijeloj Italiji. Trideset godina kasnije postalo je očito da se ovom reformom odražava koncept suvremenog zdravstva i socijalne skrbi za duševne bolesnike. Talijanski primjer postao je uzorak modela učinkovitih i inovativnih usluga i uz to put za deinstitucionalizaciju duševnih bolesnika.

Od povijesnog je značaja za daljnje korake koje je psihijatrija kao grana medicine napredovala ujedno promijenila stav okoline prema duševnim bolesnicima, a sama skrb dobila je na većoj vrijednosti i kvaliteti za samog duševnog bolesnika. Duševnog bolesnika treba najbolje moguće zbrinut, a ne zatvoriti.

3.1.Povijest službe za duševno zdravlje

Povijest službe za mentalno zdravlje možemo podijeliti u tri razdoblja.

Prvo razdoblje obilježava doba azila i tradicionalnih bolnica. Prva uspostava azila se pojavljuje u mnogim ekonomski razvijenim zemljama u doba između 1880-1950. Razdoblje azila obilježava izgradnja i proširivanje skloništa za osobe socijalnog, devijantnog ponašanja i kliničkih poremećaja širokog spektra. U takvim azilima zadovoljavale su najosnovnije životne potrebe, osiguravajući vrlo nisku razinu kvalitete zdravstvene skrbi i tretmana.

Azili su se gradili udaljeni od naselja koji služe za nadzor i izolaciju od društva. Tako su i dvije od pet velikih duševnih bolnica u Republici Hrvatskoj na otocima Rabu i Ugljanu. Gradnjom azila raste broj bolničkih kreveta, smanjuje se uloga obitelji, država investira u institucije, liječnici i medicinske sestre su jedino profesionalno osoblje. Glavni smisao je čuvanje bolesnika i izolacija od društva.

Drugo razdoblje je zatvaranje institucija i azila, događa se u manje ekonomski razvijenim zemljama 1950g. nakon što se uviđaju nedostaci ovog modela. Najveći loši efekt odrazio se na pacijente, uključujući gubitak

svakodnevnih životnih vještina i akumulacija deficitarnih simptoma ili institucionalizacija. Ostale tehničke bojazni uključuju opetovano izoliranje bolesnika od društva, zlorporaba bolesnika, loše procedure izvještavanja i računovodstva, nedovoljna novčana sredstva, nedovoljna edukacija osoblja, neadekvatan nadzor i mjere osiguranja kvalitete.

Svi ti čimbenici doveli su do opsežnog programa deinstitucionalizacije koja se vodi kroz tri komponente:

- *prevencija nepotrebnih hospitalizacija kroz službu podrške u zajednici
- *otpuštanje bolesnika iz institucija koji su psihički stabilni i koji su ujedno pripremljeni za samostalan život u zajednici
- *uspostava sustava podrške u zajednici za bolesnike koji nisu institucionalizirani.

Zatvaranjem azila smanjuje se broj hospitalnih kreveta, povećava se angažman obitelji, ali nedovoljno prepoznavanje važnosti i uloge obitelji, država ne investira u

službe za skrb o mentalnom zdravlju, uključuje se i drugo profesionalno osoblje kao što su klinički psiholozi, okupacijski terapeuti, socijalni radnici. U ovom razdoblju daje se prednost učinkovitim tretmanima, evaluacija tretmana te standardne dijagnostičke metode, raste utjecaj individualne i grupne terapije. Povećava se fokus na farmakološku terapiju i kontrolu uzimanja lijekova, socijalnu rehabilitaciju, te se lakši bolesnici otpuštaju iz azila i bolnica.

Treće razdoblje karakterizira uspostavljanje suvremenog modela skrbi koji obuhvaća širok raspon usluga u lokalnoj zajednici. Svakako se ne smije razvijanjem usluga zaboraviti na važnost i prednost bolničkog liječenja, a pri tome izbjeci negativne aspekte institucionalizacije.

Uravnotežena skrb trebala bi osigurati usluge koje su najmanje restriktivne na način da su:

- *blizu bolesnikovog doma, ali kojoj su blizu moderne bolnice za prijem akutnih bolesnika i službe podrške stanovanja u zajednici.

- *mobilne, uvijek dostupne i koje osiguravaju skrb i liječenje kod kuće

- *usmjerene na zbrinjavanje invaliditeta i onesposobljenih te uočavanje simptoma

- *prema određenoj dijagnozi osiguravaju specifičnu skrb i odgovarajući tretman

- *pridržavaju se međunarodnih konvencija o ljudskim pravima

- *usmjeravajući na korisnike osiguravaju prioritet usluga

- *koordinirane između raznih poslužitelja usluga službi u zajednici i službi za mentalno zdravlje

U trećem razdoblju azili se zamjenjuju manjim objektima za stanovanje i boravak, ali se ujedno usporava smanjenje hospitalnih kreveta. Prepoznata je važnost obitelji u smislu skrbi, terapijskog potencijala, preuzimanja skrbi.

Povećava se inicijativa privatnih investicija u tretmanu skrbi, javni sektor se fokusira na rezanje troškova i učinkovitost. Uključuje se više osoblja iz lokalne zajednice te se ističe važnost multidisciplinarnog timskog rada.

Konačno se u liječenju bolesnika primjenjuje idealan tretman utemeljen na farmakološkoj, socijalnoj i psihološkoj osnovi. Povećan je interes za ravnotežom između kontrole pacijenata i njihove nezavisnosti.

Nije dokazano da je bolnička skrb kao jedina usluga najbolja za bolesnika niti da je model mentalnog zdravlja u zajednici bolji.(7)

Međutim, prikupljena klinička iskustva govore da je najbolje uključiti elemente bolničke skrbi i skrb u lokalnoj zajednici. Ujedno kvaliteta života osoba koji pate od problema mentalnog zdravlja ovisi o problemu stigmatizacije, diskriminacije od strane društva zbog krivih stavova i ponašanja prema takvim osobama.

4.Organizirano stanovanje

Organizirano stanovanje možemo definirati kao stanovanje u zajednici jedne ili više osoba uz podršku koja je dostupna kroz 24 sata. Stanarima je omogućeno korištenje svih resursa zajednice, učenje svakodnevnih vještina koje su korisne u svakom životnom danu te psihoedukacija kroz koju podižemo svijest duševnog bolesnika o svojoj bolesti, važnosti uzimanja lijekova, kako se nositi s psihičkom bolešću, stigmom koja ju okružuje te kako prepoznati rane znakove pogoršanja bolesti. Odgovarajućim mjestom za život osobe razvijaju komunikacijske vještine, potiče briga o vlastitom zdravlju, aktivnosti su usmjerene na proširenje socijalne mreže te zapošljavanje uz podršku kroz suradnju s drugim udrugama.

4.1. Procjena i smjernice korisnika za organizirano stanovanje

U procesu procjene ulogu igra sam korisnik kojemu se pruža usluga i cilj usluge odnosno vrsta organizacije. U procesu procjene valjalo bi uključiti skrbnike kao i obitelj te druge službe čija suradnja je poželjna.

Smjernice za procjenu obuhvaćaju sljedeće kategorije:

- mentalno zdravlje – korisnik može trebati podršku zbog svojih psihičkih poteškoća. Ako postoje takve potrebe, pružatelj usluga treba imati pristup korisnikovu planu skrbi i znati kada i kako uključiti druge službe – liječnika opće medicine, psihijatra ili socijalnog radnika. Procjena bi trebala uključivati i trenutno raspoloženje, ponašanje, znakove i/ili simptome bolesti, strategije za nošenje s bolešću – na koji način reagira na stresne
- situacije, koji su znakovi napet/a, dezinhibirana/a ili agresivan/na. Korisne su i informacije o prethodnim bolničkim i izvanbolničkim liječenjima
- fizičko zdravlje – korisnik vrlo često može imati poteškoća s fizičkim zdravljem, stoga prosudba može biti potreba o korištenju usluga nekih zdravstvenih službi. Neka fizička stanja mogu uzrokovati ili pogoršavati probleme s mentalnim zdravljem, npr. trudnoća, smetnje rada štitnjače ili inkompatibilne prepisane medikacije
- samoprocijenjene potrebe - procjena treba početi od korisnikove vlastite percepcije svojih potreba
 - životne vještine – uključuje vještine kao što su kupnja, raspolaganje novcem, priprema hrane, korištenje telefona i drugih vještina.
 - skrb o sebi – uključuje temeljne vještine kao što su jedenje, odijevanje, kupanje i mobilnost

• uporaba medikamentata – mnoge osobe uzimaju lijekove redovito, uključujući i one s problemima mentalnog zdravlja. Samostalno uzimanje lijekova nije uvijek moguće i mogla bi biti potrebna prikladna podrška. Pružatelj usluge organiziranog stanovanja treba znati kada i kako uključiti liječnika opće medicine i psihijatra i moguće učinke predoziranja ili suprotno, prestanka uzimanja lijeka

• sposobnosti, stavovi i načini života – procjena bi trebala obuhvatiti i stavove, sposobnosti i stav prema životu. Procjena se treba usmjeriti na ono što je važno u životu pojedinca kako bi se planirale usluge koje će korisniku omogućiti maksimalnu učinkovitost i povećati kvalitetu života

• rasa i kultura – sve osoblje trebalo bi razumjeti rasnu i kulturnu i rodnu raznolikost, kao i imati pristup specijalističkim savjetovalištim

• osobna povijest – procjena bi trebala obuhvatiti osobnu povijest korisnika kako bi razumjela njegove sadašnje potrebe

• socijalna mreža i podrška – procjena treba uzeti u obzir blizinu i odnos s obitelji i prijateljima te drugim izvorima podrške

• usluge skrbi – procjena treba obuhvatiti adekvatnost postojeće skrbi, uključujući institucionalnu i izvaninstitucionalnu skrb (npr. volontersku itd.)

• stanovanje – jako je važno da pružatelji usluge stanovanja procijene korisnikovu potrebu za stanovanjem i uzmu u obzir potrebe nekih članova obitelji koji bi željeli biti smješteni u budućnosti. Procjena bi trebala uzeti u obzir korisnikove želje (možda ne želi dijeliti stan s drugim korisnicima ili želi stanovati s korisnicima istog spola). Značajne su informacije o prethodnim navikama stanovanja (npr. zbog čega je prethodno stanovanje bilo neuspješno)

• smanjenje rizika – evaluacija rizika važna je u svakom procesu procjenjivanja (upravljanja rizikom – rizik je za samog korisnik, druge korisnike, osoblje, lokalnu zajednicu, upravljanje u hitnim situacijama, pravila i procedure za razne situacije – nasilje, predoziranje, počinjenje kaznenog djela itd.)

• posebni zahtjevi – npr. starost, pripadnost nekoj sociokulturnoj grupi, zemljopisna povezanost, psihička bolest (i njezino značenje)

• vrsta i razina podrške – vrsta potrebne podrške, npr. samostalne životne vještine ili intenzivno savjetovanje; razina podrške – može se posebno definirati kao niska, srednja i visoka

- postojeća potreba za smještajem – dati prioritet onima u potrebi za smještajem, npr. beskućnicima, onima koji žive u privremenim smještajima, prenoćištima ili žive u instituciji
- uključenost drugih službi – ovo uključuje određivanje očekivanja uključenosti drugih službi, npr. socijalne skrbi. (7)

4.2. Kriteriji za isključivanje

Važno je definirati kriterije za isključivanje, kao što su osobe sa učestalom poviješću nasilja, osobe koje zlorabe sredstva ovisnosti, osobe s poviješću paleža. Međutim, isključivanje bi trebalo minimalizirati kad god je to moguće.

4.3. Pouke iz povijesti koje moraju biti integrirane u politiku razvoja skrbi u zajednici

Kako bi se primijenile naučene lekcije iz promašaja u deinstitucionalizaciji potrebno je slijediti deset osnovnih pravila kojom bi se trebale voditi buduće aktivnosti:

- prije nego se pacijent otpusti potrebno je u lokalnoj zajednici imati određene usluge i ustanove/smještene jedinice koje pacijentima omogućuju tretman, skrb i podršku zajednice
- moraju se ukloniti barijere kako se diskriminacija kroničnih psihičkih bolesnika ne bi ponovila

- kronično bolesne osobe s psihičkim smetnjama moraju imati što veća civilna prava i mogućnosti, uključujući jednak pristup stanovanju, osposobljavanju za zapošljavanje, edukaciji, raspolaganju prihodima te adekvatnoj skrbi zajednice
- novac mora slijediti pacijenta – to znači da financijska sredstva moraju biti fleksibilna i ako postoji promjena lokacije pružanja skrbi novac mora slijediti pacijenta kako bi zadovoljio njegove potrebe
- novac za medicinsku psihijatrijsku skrb treba biti osiguran te planiran unutar nacionalnog zdravstvenog osiguranja
- mora se razviti sustav koji omogućuje kontinuitet skrbi
- mora se ustanoviti sustav *case managmenta*
- usluge trebaju pružati najmanje lokalne jedinice koje su sposobne za pružanje takvih usluga i koje će odrediti posebnu osobu ili ustanovu kao temeljnu službu i pružanje usluge
- državna županijska i gradska uprava trebaju isključiti sukob interesa svojstven za ugovaranje usluga i njihovo izvršenje
- mora postojati usklađen i koordiniran nacionalni napor koji će povećati i nastaviti postojeća istraživanja uzorka kroničnosti, njezinu prevenciju, učinkovite tretmane i oblikovati sustav podrške za kronične bolesnike (7)

4.4. Organizirano stanovanje u svijetu

Jedan od pozitivnih i dobrih primjera organiziranog stanovanja je Slovenija i Zavod Hrastovec-Trate. Prvu dislociranu stambenu jedinicu otvorili su 1999. g. Formirane su dvije jedinice za učenje i pripremu u samom Zavodu, selidbeni tim i sistem nacрта preseljenja. U ovom sistemu sudjeluju svi djelatnici Zavoda.



slika 4.1 Zavod Hrastovec – Trate(2)

U Zavodu su smješteni većinom duševni bolesnici, osobe sa problemima u ponašanju, invalidne osobe, te mentalno insuficijentne osobe. Glavni razlozi transformacije doma u organizirano stanovanje, barem jednim dijelom bilo je etičke, profesionalne i ekonomske prirode. Etičke da bi se osobe integrirale u društvo, dalo mogućnost za kvalitetniji život. Ekonomski jer je institucionalizirani oblik skrbi skuplji u startu, ali naknadno je isto ili zanemarivo skuplje u odnosu na znatno povećanje kvalitete usluge. Tako su izgradili stambene jedinice, u kojim žive stanari uz povremenu podršku. Cilj je stvoriti maksimalno nezavisne osobe, koje se mogu brinuti o sebi, zaposliti se, voditi društveni život.

Stanari imaju mogućnost izraziti svoje želje na sastancima u jedinici ili na socioterapijskim grupama. Želje stanara se evidentiraju kod stručnih djelatnika i pohranjuju u ambulantu koja je na Zavodu logistika. Pred preseljenjem se sastane tim stručnjaka koji određuje stanare za određenu dislociranu stambenu jedinicu. Tim također sastavlja skupinu stanara koji se izdvajaju u jedinicu unutar zavoda za učenje i pripremu.

U Zavodu imaju dvije jedinice za učenje i pripremu. U jednoj je populacija psihički bolesnih osoba, a u drugoj pak nedovoljno mentalno razvijene osobe. Za različito življenje i pripremu ovih dviju skupina stanara su se odlučili zbog različitih pristupa u radu. Stanari koji su smješteni u jedinicama za učenje i pripremu su u intenzivnom programu pripreme za život u dislociranim stambenim jedinicama. Program rada obuhvaća u svim segmentima stanovanja.

Lokaciju stanovanja izabire se na osnovu ponuda u skladu sa ravnateljem koji brine za formalne dogovore u vezi praktičnih pitanja kao što su najamnina, način plaćanja i iznos. Nakon što je poznata lokacija, pokreće se selidbeni tim.

Selidbeni tim brine se za praktičnu izvedbu preseljenja. Stalni član selidbenog tima je voditelj jedinice za učenje i pripremu.

Selidbeni tim ima zadatak osposobiti stanare za što samostalnije funkcioniranje na području skrbi za samog sebe, uređivanje šireg i užeg okoliša, orijentacija izvan područja stanovanja, obavljanje kućanskih poslova (kuhanje, spremanje, pranje rublja, glačanje, pranje posuđa) selidbeni tim radi na usvajanju drugih vještina, opismenjavanju, upotrebi novca, upoznavanje javnih ustanova i područja stanovanja, upotreba javnog prijevoza, učenje socijalnih vještina, sudjelovanjem u različitim

aktivnostima sa drugim stanarima, uključivanje u društvo izvan područja stanovanja, suradnja sa ostalim članovima zajednice, planiranje slobodnog vremena, samozastupanje i poštivanje dogovora.

Zapošljavanje je još jedna od dobrih mogućnosti samostalnog stanovanja. Prije svega se provjeri koliko je osoba spremna raditi te se

zapošljavanje omogućuje izvan područja stanovanja u području stanovanja i u radionicama prilagođenim za invalide. Članovi tima osposobljavaju i upoznavaju osobe s novim načinom rada.

Nakon što su osobe pripremljene za samostalno stanovanje, sele se u stambenu jedinicu. U početku s njima rade djelatnici koji se izmjenjuju kroz 24 sata. Nakon određenog vremena ukida se noćna smjena, a zatim se postepeno smanjuje na četiri sata dnevno. Stanare se postepeno osposobljava za samostalan život, dogovara se raspored obaveza i zaduženja glede kućanskih poslova prema afinitetima stanara.



slika 4.2 Priprema obroka (3)

Za svakog se stanara pokušava pronaći određeni oblik zarade, može se organizirati kroz Zavod npr. izrada čestitki, uzgajanje šampinjona, vrtlarenje, peglanje krpa ili kroz poduzetnički posao kao npr. montiranje šarafa.



slika 4.3 Stanari na radnom mjestu (3)

Doručak i ručak stanari si pripremaju kako žele i kad žele, po svojoj volji, ručak spremaju zajedno i zajedno ručaju. Sami organiziraju svoje vrijeme kroz dan, ni na što ih se prisiljava. Imaju jedanput tjedno sastanak kućnog vijeća, na kojem iznose svoje probleme i sa stručnim timom ih rješavaju.

Od strane Zavoda u stambenim jedinicama postoje dva pravila. Prvo je da nema konzumacije alkohola. Drugo je da po depo terapiju moraju dolaziti u Zavod.

Animatori su medicinsko osoblje koje je educirano za rad sa stanarima u programu samostalnog stanovanja. Medicinska sestra stanarima kroz radionice u kojima je tema osposobljavanje za samostalni život, ujedno pruža podršku i osjećaj sigurnosti.



slika 4.4. Radionica s medicinskom sestrom (4)

Za neke korisnike ovaj oblik skrbi značio bi ponovni povratak u normalnu sredinu, veću samostalnost, autonomiju življenja, osjećaj važnosti, korisnosti i sigurnosti.

4.5. Organizirano stanovanje u Hrvatskoj

Duševni bolesnici jedna su od najranjivijih skupina, koja su često izložena stigmatiziranju, socijalnoj izolaciji, predrasudama i institucionalizmu. Jedna od loših stavova prema duševnim bolesnicima je paternalistički pristup u kojem medicinsko osoblje pa i obitelj, uvijek znaju šta je najbolje za pacijenta. Na taj način ako interveniramo u ime druge osobe umanjujemo pravo pacijenta da sam odlučuje o svom liječenju i drugim stvarima koje se tiču njegovog života.

Bespotrebni paternalizam treba napustiti, naročito onda kad se bolesnik može brinuti o sebi, jer se ugrožavaju osnovna ljudska prava, kao što je pravo na mjesto življenja, kako trošiti novčana sredstva.

Ljudskim pravima bolesnika i trendom deinstucionalizacije, dovelo je do razvijanja alternativnih pristupa ovoj skupini. Jedno od takvih oblika je organizirano stanovanje uz podršku.

Ministarstvo znanosti i socijalne skrbi, tada je 2010. donijelo plan deinstucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2011. do 2018., a svrha je smanjenje ulazaka u institucije u dugotrajni ostanak što je skuplje za javno zdravstvo i povećati izlazak iz

institucija u nove oblike skrbi, time povećati samu kvalitetu života, uključujući obiteljsku reintegraciju.

Oblici skrbi kao što su udomiteljstvo i obiteljski domovi, nisu novijeg izdanja i imaju određeni potencijal u odnosu na institucije, međutim organizirano stanovanje je relativno novi oblik skrbi.

Organizirano stanovanje oblik je skrb gdje se pruža podrška kroz 24 sata dnevno, organizirano dnevno, stalno ili povremenu pomoć stručne osobe, a kroz tu skb osiguravaju se socijalne, rekreacijske, radne i druge životne aktivnosti.

Spremajući materijale za završni rad o organiziranom stanovanju u Hrvatskoj posjetila sam Dom za psihički bolesne odrasle osobe 'Lobor-grad' te udrugu 'Susret'.

Nakon dugogodišnjeg rada u Klinici za psihijatriju Vrapče te činjenica da se naši bolesnici nakon dugoležećeg otpusta najčešće premještaju iz institucije u udomiteljske obitelji i domove za psihičke odrasle osobe i tu završava njihova priča do ponovne hospitalizacije, naišla sam na vrata jednog drugačijeg svijeta koje se zove Organizirano stanovanje. Za mene je promijenilo pogled na skrb o duševnim bolesnicima, uklonilo predrasude, obojalo život duševnih bolesnika.

Puno puta sam na prijemu susretala bolesnike koji su dolazili u bolnicu, često zbog nezadovoljstva u udomiteljskim obiteljima ili sukob unutar obitelji u svom domu.

Nakon što sam ih posjetila u obliku skrbi organiziranog stanovanja, uočila sam da su svi bolesnici zadovoljni i sretni. Kvaliteta života im je podignuta na viši nivo.

4.6. Dom za psihički oboljele odrasle osobe Lobor-grad

U domu Lobor – grad osmišljen je projekt skrb u organiziranom stanovanju uz podršku, koji je prvi donijelo promjenu novijeg oblika skrbi. Osmišljen je način kako bi se psihički oboljele osobe izvele iz institucije i omogućio put u normalan život.

Provođenje projekta prolazilo je kroz 3 faze:

1. faza izdvajanja korisnika u samostalni stambeni objekt (kuću za stanovanje) unutar Doma
2. fazu izdvajanja korisnika u stambeni objekt izvan Doma
3. fazu povratka dijela korisnika u objekte za samostalno stanovanje na matičnom području, odakle su došli na smještaj u Dom

Plan je bio zamijeniti ustanovu za samostalniji i humaniji oblik življenja, život dostojan čovjeka, koji želi i može iskazati svoje sposobnosti kroz samostalno stanovanje u manjim skupinama.

Takvim načinom zbrinjavanja treba ostvariti sljedeće ciljeve:

1. Omogućiti primjereniji i kvalitetniji život korisnika
2. Uključiti ih u realnu socijalnu sredinu s naglaskom na njihovim pravima i obavezama
3. Poticati njihove sposobnosti, kreativnost i sve vrline koje krasi slobodna čovjeka
4. Djelovati na destigmatizaciji osoba s dijagnozom psihičke bolesti

Osnovan je multidisciplinarni stručni tim koji je zadužen za odabir stanara u kućama kao i za pružanje podrške.

U timu sudjeluju: socijalni radnik, prof. psihologije, prof. rehabilitator, radni terapeut, medicinski tehničar, njegovateljica.

Područje koje obuhvaća multidisciplinarni tim svojim radom obuhvaća odnosi se na:

*uzimanje obroka - osamostaljeni za samostalno donošenje obroka iz centralne kuhinje, serviranje stola, samostalno konzumiranje obroka, čišćenje stola, pranje suđa i čišćenje kuhinje nakon jela. Prema procjeni tima, neki korisnici nisu sposobni za samostalnu pripremu obroka

*briga o redovitom uzimanju lijeka i terapije, briga o zdravlju, neki korisnici samostalno uzimaju propisanu terapiju uz nadzor službe, neki uzimaju bez nadzora, dolaze po terapiju složenu za 7 ili 10 dana i sami vode brigu. Tu se još vodi briga o redovitom kontroliranju težine, vitalnih funkcija, guk-a, redovito upućivanje na psihijatrijske kontrole, biti pod redovitim nadzorom liječnika opće medicine

*samozbrinjavanje, izgled stanara, potaknuti ih na održavanje osobne higijene, presvlačenje, redovito oblačenje u pidžamu, nekima je potrebna stalna podrška, neki su samostalni

*održavanje higijene stambenog prostora - samostalno pranje radnih površina, samostalno mijenjanje posteljine, poticaj za redovito prozračivanje prostorija, samostalno peru podove i sanitarije, samostalno odvajaju prljavo rublje i odnose na pranje i peglanje u centralnu praonicu. Neki stanari ne trebaju u tolikoj mjeri podršku, samostalni su i trebaju povremeni nadzor

*radna terapija - svi stanari sudjeluju u aktivnostima radne terapije u domu, nekima je potreban poticaj, ali većina ih je samostalno

*praćenje psihičkog stanja, rješavanje konfliktnih situacija, uspostava odnosa među stanarima, grupna kohezija-korisnici najčešće razviju međusobnu komunikaciju, redovito praćeni i poticajni na podizanje kvalitete međusobnih odnosa

*suradnja sa obiteljima i skrbnicima i centrom za socijalni rad - nastoje se održavati odnosi s obiteljima, skrbnicima, centrom

*izlazak u lokalnu zajednicu - omogućava se odlazak u kupovinu potrebnih stvari, u nekim samostalnim zajednicama stanari sa jednim članom tima odlaze u tjednu kupovinu potrebnih namirnica, gdje sami biraju što žele. Pojedini stanari odlaze na kavu u lokalnu zajednicu

*raspolaganje novčanim sredstvima - pružena im je podrška i poticaj na racionalno korištenje pomoći za osobne potrebe i radni džeparac za vlastite potrebe

* slobodno vrijeme - pružena je informiranost o mogućnostima slobodnog vremena, osiguran im je sadržaj za provođenje. Neki korisnici rado odlaze na organizirane izlete, neki idu uz poticaj.

Vidimo da se ovdje radi o organiziranom stanovanju uz podršku u kojem je ustanova za zbrinjavanje psihički bolesnih osoba i inicijator i nositelj procesa deinstitucionalizacije. Ustanova na taj način ne djeluje ukidanjem same sebe, već u pravcu transformacije svoje dosadašnje uloge.

Kroz sve faze projekta, ustanova i korisnik su u čvrstoj vezi, tako što će ustanova i dalje:

- * korisnicima osiguravati sva prava socijalne i zdravstvene skrbi
- * pratiti funkcioniranje korisnika u samostalnom stanovanju i pružati podršku u svakodnevnom životu
- * osigurati sredstva potrebna za život
- * u slučaju da korisnik ne zadovolji potrebe u stanarskoj grupi ili sam želi izaći iz grupe, ustanova mu osigurava povratak u ustanovu ali s ponovnom mogućnošću povratka u stanarku zajednicu

Osobe koje su kandidati za stanovanje su različite skupine, mogu biti sa psihijatrijskom dijagnozom, osobe sa mentalnim i intelektualnim

poteškoćama ili osobe koje su smještene u dom jer su na taj način socijalno zbrinute.

Potencijalne stanare odabiru socijalni radnici s odjela na kojima rade, a zatim će stručni tim odabrati analizom i procjenom predloženog korisnika odabrati četvero ili petero za zajedničko stanovanje.

U odabiru se vodi računa o psiho-fizičkom-socijalnom statusu korisnika, učestalost pogoršanja zdravstvenog stanja odnosno dužina remisijske faze, kontaktibilnost, prilagodljivost i razina samostalnosti.

Početak svake pripreme korisnika za samostalno stanovanje je priprema korisnika, na način da mu se objasni kakav je to oblik skrbi, sadržaj, šta se od korisnika očekuje, koje se mogućnosti nude, ali prije svega je potrebno da korisnik izrazi svoju volju uključivanja u projekt samostalnog stanovanja.

Nakon definirane odluke osobe i izražene želje u stanovanje, osoba se priprema za život u stambenoj zajednici.

Sa odabranim korisnicima u domu se radi kroz:

- poučavanjem o načinu brige o sebi, higijeni i osobnim stvarima
- uključivanje u oblike radno okupacione terapije iz područja domaćinstva
- upućivanje u racionalno raspolaganje novcem
- upoznavanje korisnika na njegova prava u zdravstvenom, socijalnom i pravnom području
- rad na međusobno boljem upoznavanju, poboljšanju međuljudskih odnosa, prema potrebi rješavanje konfliktnih situacija

Prije svakog spajanja određene stambene zajednice, svakoj osobi se pruža individualan pristup.

Individualnim pristupom se definira položaj u budućoj grupi stanara, osobine i sposobnosti koje posjeduje, poslove i radne aktivnosti koje bi u izdvojenom objektu mogao obavljati, načine raspolaganja svojim vremenom i aktivnostima, koja očekivanja ima od stanarske zajednice.

Definira i osobine i oblike ponašanja stanara a koji bi mogli negativno utjecati na stanarsku zajednicu, predlaže postupke za njihovo promjenu u pozitivnom smislu

Definira nedostatne sposobnosti stanara na kojim će se tijekom samostalnog rada trebati posebno raditi

Ukoliko osoba u bilo kojem trenutku odustane od života u stambenoj zajednici, može se isključiti iz projekta, naravno sa napomenom da kad god želi može pokušati ponovno.

Nakon što su stanari pripremljeni za samostalno stanovanje, kroz edukaciju od strane socijalnog radnika, psihologa, zdravstvenog osoblja i razne radionice, smještaju se u stambenu jedinicu.

Kao što sam već prije napomenula, to je pripremna kućica u kojoj se stanari međusobno bolje upoznaju, sklapaju dobre odnose, dijele životni dan. Već u pripreмноj kućici postoji kućni red i pravila kojih se svi moraju pridržavati. Imaju zaduženja tako da su kućanski poslovi ravnopravno podijeljeni.

Također stanari imaju priliku zaraditi svoj novac. Kao što je prikazano na slici 4.5. i slika 4.6. stanari pomažu pri obrađivanju ekonomije doma u plastenicima, voćnjaku, briga o životinjama, uz djelatnike koji su za to kvalificirani.



slika 4.5 Rad na ekonomiji (5)



slika 4.6 Rad u plastenicima (5)

Godine 2004. stvorili su uvjete u postojećoj kućici unutar doma koja je predviđena kao pripremna kućica. U toj kućici bi se stanari pripremali i osamostaljivali za život u zajednici nakon što bi se preselili u drugu kuću u lokalnoj zajednici. Također u pripreмноj kući gleda se da li stanari mogu funkcionirati zajedno, prvenstveno slažu li se i sam odabir stanara gleda se, ne prema zajedničkim dijagnozama ili oštećenjima, nego da li se karakterno slažu. Tako se u zajednici bira osoba koja je karakterno dominantna, koja bi bila organizator i prividni vođa a da opet ne igra glavnu ulogu, na način da drugi nemaju svoje prilike za izraziti želje, potrebe i mogućnosti.

Ukoliko stanari ne funkcioniraju zajedno ili jedan od stanar čini razdor unutar zajednice, tada se ta osoba vraća iz stambene zajednice u dom, ili se pokušava smjestiti u drugu stambenu zajednicu.

U početnom periodu stručni tim svakodnevno provodi vrijeme u stambenoj jedinici, pruža podršku, educira i prati.

S vremenom korisnici postaju samostaljniji i taj nadzor se svodi tri puta tjedno. Ovaj period njihovog osamostaljivanja nije predvidiv, ovisan je o sastavu stanara, njihovoj suradnji, želji da ostanu, a najviše ovisi o psihičkoj stabilnosti.

Samo psihički stabilne osobe dolaze u obzir za projekt i daljnju suradnju.

Nakon što su se stanari u pripreмноj kućici dovoljno osamostalili, sele se u samostalnu stambenu jedinicu.

Novi oblik stanovanja daje smisao života duševnih bolesnika. Okolina u kojoj stanuju upoznata je sa stanarima, njihovom bolešću i prihvatila ih. Stigma koja obilježava duševne bolesnike na taj način polako se umanjuje, a takvu osobu se prihvaća sa svim njenim vrlinama i manama kao svaku drugu osobu.

Sloboda kretanja, komuniciranja, sloboda organiziranja slobodnog vremena, samo su neki od prednosti koje zadovoljavaju čovjekove potrebe.

To čovjeka osnažuje, daje mu snagu da se nosi sa svojom bolešću i ima pod kontrolom, čini ga sposobnim nositi se sa životnim problemima.

Ipak blizina ustanove daje im novu sigurnost i vjeru u ljude koji su o njima brinuli dok su bili u ustanovi, znajući ako im bilo što treba u skrbi ili zaštiti, istu će dobiti u tom trenu. To je život uz podršku.

U samostalnim stambenim jedinicama najčešće su smještena četiri stanara, dvoje muških i dvije žene. Tu je raspodjela poslova stvar dogovora, muškarci brinu oko dvorišta i okoliša, donose hranu, a žene su zadužene u kuhinji. Svaki stanar brine o osobnoj higijeni, higijeni stambenog prostora, urednosti kreveta i sobe za boravak.



slika 4.8. stanari ispred stambene jedinice (6)



slika 4.9 prikaz sobe u stambenoj jedinici(6)

Sastanci se održavaju jedanput tjedno, na kojem sudjeluju članovi tima. Na sastanku se iznose problemi koji se rješavaju, uočavaju se kvalitete međuljudskih odnosa, rješavaju mogući konflikti, te uočavaju psihička pogoršanja, ili neredovito uzimanje terapije. Stanari mogu svaki put iznova razgovarati o svojim problemima, skrbništvu, terapiji.

Stanari znaju tko su članovi tima mogu im se obratiti za sve što je potrebno. Educirani su o važnosti uzimanja terapije, koju dobiju za određeni broj dana, educirani su o nekim stanjima koja su moguća, npr. povišena temperatura u neko doba noći, ne moraju paničariti i zvati članove tima, nego su educirani do koje vrijednosti temperature mogu popit tabletu za snižavanje temperature, a u kojem slučaju zovu u ambulantu u ustanovi. Jedanput tjedno svaki član tima obilazi svoju kuću, medicinska sestra suptilno provjeri uzimanje terapije, uočava znakove pogoršanja, mjeri tlak i glukozu. Korisnici i sami kažu jedni o drugima, kada uoče drugačije ponašanje stanara u kući te se na taj način na vrijeme reagira.

Ukoliko je osoba u pogoršanju, vraća se u ustanovu, odlazi na pregled psihijatru koji dolazi jedanput tjedno, te boravi u ustanovi do psihičkog oporavka. Tada se korisnik ponovno vraća u istu stambenu jedinicu iz koje je došao, ako su pogoršanja učestala ne ide više u kuću. Najčešći razlog pogoršanja je neredovito uzimanje terapije ili ne uzimanje terapije.

Život u stambenim zajednicama je obogaćen raznoraznim izletima u kino, kazalište ili ekskurzije u druge gradove. Organiziraju se proslave rođendana, slave se blagdani, ples, glazba.



slika 4.10. fašnik u ustanovi (6)

4.7.Samostalno stanovanje u udruzi „Susret“

U udruzi 'Susret' mišljenja su da mnoge osobe s mentalnim poteškoćama su sposobne živjeti u zajednici, raditi, uključiti se u društvo. Ovdje je uloga korisnika naglašena kroz program organiziranog stanovanja u zajednici i podršku - samo ukoliko je potrebna. Organizirano stanovanje je za mnoge jedno iskustvo koje omogućava stjecanje novih vještina te usvajanje potrebnih stavova potrebnih za uključivanje u društvo.

Kako bi sudjelovale u raznim za njih potrebnim aktivnostima, udruga je tu da bi im pružila podršku i usmjerila. Podrška se pruža tamo gdje je potrebna kako bi se osobe s duševnim smetnjama osamostalile i osposobile da žive potpun i aktivan život.

Usluge koje pružaju su:

- sigurno kućno okruženje koje uključuje stanovanje uz podršku, ne institucionalni pristup, integrirano u lokalnoj zajednici
- promicanje socijalne uključenosti, održavanje starih i razvijanje novih odnosa, edukacija, aktivnosti u lokalnoj zajednici, planiranje svojih slobodnih aktivnosti
- razvoj životnih vještina, kuhanje, održavanje osobne higijene, raspolaganje novcem
- podrška korisnicima stanovanja, održavanje stana, promicanje odgovornosti, održavanje dobrih odnosa sa susjedima

Raspon usluga kreće se od planiranja slobodnih aktivnosti, podrške usmjerene na individualne potrebe, održavanje osobnih odnosa, psihoedukacija.

Osobe koje su smještene u stanove su najčešće iz udomiteljskih obitelji, ali i institucija, obitelji. U udruzi rade osobe koje su konstantno educirane za pružanje podrške korisnika, različitim komunikacijskim vještinama.

U udruzi osmišljavaju smislene dnevne aktivnosti, podržavaju u zapošljavanju te individualno planiranje na način da se osobe osnažuju za donošenje svojih odluka, preuzimaju odgovornost, pruže određenu razinu izbora, utjecaj kontrole nad vlastitim životom, osnaživanje.

Oснаživanjem se pokušava pomoći osobi da stvori vlastitu sliku o sebi i što želi učiniti od svog života. U osnaživanju važnu ulogu ima obitelj osobe, prijatelji, susjedi, osobe koje su stanari međusobno dobro organizirali u smislu raspodjele poslova i zaduženja. U nekim stanovima stanari zajedno kuhaju, u nekim se svatko opskrbljuje na svoj način, kuhanjem ili kupovinom gotovih jela u obližnjim dućanima sa toplotekama. Neki stanari su u radnom odnosu, zarađuju i raspolazu novcem onako kako žele. Imaju potpunu slobodu odlučivanja svakodnevnih aktivnosti, raspolaganje vremena, druženja, raspolaganje novčanim приходима. Osobe koje skupa stanuju su karakterno dobro uklopljene, nitko ne smeta u bilo kakvim aktivnostima svog sustanara, sloboda je primarna stvar takvih zajednica. Terapiju uzimaju

samostalno, bez ičije kontrole. Dogodi se da osoba ne uzima terapiju te se uočavaju znakovi pogoršanja, međutim, nikakvim se prijetnjama ne pokušavaju osobe navesti da pravilno i svakodnevno uzimaju terapiju, nego im se na prijateljski način skrene pozornost da se neće osjećati dobro, da je za njih najbolje da uzimaju redovito propisani lijek jer drugačije iskaču iz uobičajene organizirane kolotečine, čija se ponašanja očekuju u skladu sa drugim ljudima.

S druge strane, udruzi puno znači kada osoba kaže da je nešto uspjela bez ikakve podrške asistenata ili stručnog tima jer njima to znači da su 'diskretni' da dobro rade svoj posao i pružaju podršku. Udruga radi na principima osnaživanja na putu do oporavka. Budući da kod kroničnih duševnih bolesti ne govorimo o izlječenju, termin oporavak je uvelike značajan za osobe s psihičkim bolestima.

U udruzi smatraju da specifične uloge psihijatrijske sestre u organiziranom stanovanju nema ,što u skorijoj budućnosti baš i neće biti tako, jer su moderne sestre obučene za viši stupanj zaštite mentalnog zdravlja. Mjerenje tlaka i podjela terapije je nešto što može raditi bilo tko (a u udruzi to rade asistenti koji su po struci socijalni radnici, radni terapeuti) , a filozofija pristupa i načina pružanja aktivne podrške je ono što udruge promiče.

Stanovanje u zajednici donosi kontrolu nad vlastitim životom, svrsishodne aktivnosti, slobodno vrijeme, socijalnu mrežu ljudi s kojima osoba želi stvarati, družiti se, funkcionirati, vlastite stvari i ono najvažnije ključ. Ključ od stana u kojem imaju potpunu slobodu odlučivanja, ključ mjesta u kojem žive, svoj krevet, svoju šalicu, svoje stvari, slobodno vrijeme organiziranja te zadovoljavanja svojih životnih potreba.

Mnoge osobe se uplaše prilike samostalnog življenja, gdje će živjeti, s kim će živjeti, da li će moći naći posao, hoće li moći brinuti o sebi? Zato je preuzimanje rizika bitan dio rehabilitacije i neophodan za proces oporavka.

U oporavku koji je izuzetno važan za svaku osobu, a posebno za duševnog bolesnika, važna je suradnja sa psihijatrom, suradnja sa educiranim osobljem za pružanje podrške, individualan pristup te psihosocijalni pristup kojoj je glavni cilj pružiti podršku osobi u vlastitom procesu oporavka.

Podrška radi u najboljem interesu osobe kojoj se pruža, daje nadu i oporavak, slijedi procese oporavka.

U udruzi, osobe sa duševnim smetnjama ne nazivaju se bolesnicima niti korisnicima, nego osobama kao i svaka druga osoba vrijedna svakog poštovanja, dostojanstva.

5. Kako su korisnici zadovoljni

Kad sam posjetila stanare u domu Lobor grad i pitala ih da li su zadovoljni, svi su odgovorili da su zadovoljni i da ne bi ništa mijenjali. Stanari u Lobor gradu zadovoljni su jer su dobili novu priliku za sebe, živjeti životom kao drugi ljudi, priliku za popit kavu, organizirano otići u kazalište, na izlet, skuhati si obrok kakav se dogovore sa drugim stanarima, brinuti se o sebi i dokazati zajednici da je to moguće. Sretni su jer su kvalitetu života podigli na višu razinu.

Ono što me najviše dirnulo kad sam posjetila osobe u stanovanju uz podršku u udruzi Susret, bilo je što su većina naglašavali termin 'sloboda'. Sloboda izbora, mogućnosti, dogovora, prava, a opet uz određena zaduženja prema samom sebi. Stanari koji su došli iz udomiteljskih obitelji uspoređivali su kvalitetu života u udomiteljskoj obitelji i kvalitetu života u samostalnom stanovanju. Jedna rečenica mi je ostala u sjećanju 'sada mogu uzeti jogurt

kad ja želim a ne kad me sljeduje'. Stanari u samostalnom stanovanju uz podršku žive slobodnim životom, rade, privređuju, raspolazu novcem. Odlaze u grad, na sportske događaje, koncerte, kazalište, kino, šetaju se s prijateljima iz kvarta, posjećuju obitelj. U kratko, sretni su i zadovoljni, zbog drugačijeg oblika skrbi u kojoj imaju priliku napraviti samostalno za sebe sve što požele, a opet imaju iza sebe udruhu, koja kad je potrebna, uvijek tu.

6. Uloga medicinske sestre

Okosnica rada medicinske sestre je skrb za stanare oboljele od kronične psihičke bolesti u remisiji i pogoršanju bolesti.

Važnost medicinske sestre u organiziranom stanovanju je prvenstveno njena dostupnost koja humanim pristupom ulijeva sigurnost stanarima, zatim otvorena komunikacija kojom podiže samopouzdanje, poboljšava suradljivost te neophodan edukativni i psihoterapijski rad s psihički oboljelim.

Cilj rada medicinske sestre sa psihički oboljelim osobama u organiziranom stanovanju je stvaranje novih snaga, osamostaliti i osposobiti za svakodnevne aktivnosti, ostvariti suradljivost i povećati kvalitetu života.

Približiti se potpunom oporavku, vraćanjem u društvo i resocijalizaciji.

Medicinska sestra će edukacijom obitelji oboljele osobe pružiti potrebnu podršku za stabilnost da se bolje nose sa svakodnevnim stresom, zapravo naučiti ih živjeti.

Specifičnosti koje medicinska sestra provodi:

- edukaciju, osamostaljenje stanara u aktivnostima vezane uz brigu o sebi (osobna higijena, hranjenje, briga za osobne stvari, odjeću, obuću),
- organizacija radionica u svrhu edukacije u svakodnevnim obavezama (kuhanje, peglanje, kućni poslovi),
- psihoedukacija (edukacija o bolesti, prepoznavanje nuspojava lijekova, važnost uzimanja propisane terapije),
- procjena psihičkog stanja korisnika, prepoznavanje simptoma pogoršanja,
- dogovaranje kontrole vitalnih funkcija,
- individualno planiranje samostalnog uzimanja dnevne i tjedne terapije (tu je uključena i procjena rizika od ne uzimanja terapije prema dosadašnjoj povijesti uzimanja lijekova, zainteresiranost i želja korisnika da preuzme odgovornost za samostalno uzimanje lijeka, kontrola i podrška kod osamostaljenja, korisnikovo prepoznavanje lijekova i način na koji troši lijek),
- edukacija stanara o preuzimanju brige za vlastito zdravlje (u pogledu zdrave hrane i bavljenje rekreacijom, promjena stila života, važnost psihijatrijskih kontrola),
- edukacija i vježbe laičkom pružanju prve pomoći, edukacija o samopomoći, kućna apoteka,
- edukacija i pomoć kod prestanka pušenja ako je to korisnik odlučio,

- upoznavanje s pravima zdravstvene zaštite i pravima duševnih bolesnika,
- pružanje podrške.



slika 6.1. edukacija s medicinskom sestrom (6)

Edukacija i podrška dvije su uzajamne i najbitnije smjernice u organiziranom stanovanju u kojem medicinska sestra ima važnu ulogu kao dio multidisciplinarnog tima.

Da bi medicinska sestra mogla raditi sa duševno oboljelim osobama, mora imati temeljne osobine u smislu poznavanja psihologije krize i individualno prilagođeno pojedincu rješavanje najboljih odgovora za određenu situaciju. Medicinska sestra mora naći poveznicu između unutarnje sile i sposobnostima osobe kojoj je pomoć potrebna. Važno je što svaka medicinska sestra mora imati je duboku empatiju posebno prema osobama s duševnim teškoćama što uključuje i sposobnost identifikacije s takvim osobama.

7. 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 životnih aktivnosti i nastojanja da se postigne psihološka otpornost.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije mentalno zdravlje uključuje subjektivno blagostanje, percipiranu samoefikasnost, autonomiju, kompetentnost, međugeneracijske ovisnost i samoaktualizaciju te nečije intelektualne i emocionalne potencijale.

Dobrobit pojedinca obuhvaćena je u ostvarivanju njihovih sposobnosti, suočavanje s normalnim stresovima života, produktivni rad i doprinos zajednici.

Danas znamo da nije dovoljno liječenje duševnih bolesnika samo lijekovima, zatvaranjem u ustanovama, otpuštanjem u okruženje koje ne pruža podršku.

Da bismo održali oporavak od bolesti i očuvali duševno zdravlje, potrebno je pomoći osobi na najbolji mogući način, a to je integrirati je u društvo i uključiti u zajednicu. 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, smanjivanje broja dana ležanja u bolnicama. Buduća usluga psihijatrijske skrbi kod nas i u svijetu ovisit će o volji vladajućih da investiraju novac i kreativne potencijale u njihov razvoj. Osobe s duševnim smetnjama moraju živjeti u sigurnom okruženju, gdje će ujedno dobiti potrebnu podršku.

Ima li ičega posebnog u samostalnom stanovanju? Odgovor je da. Ako se osobama kroz socijalnu skrb nastoji osigurati osjećaj 'kao kod kuće' onda je tada jedino mjesto, upravo kod kuće, u lokalnoj zajednici.

Kvalitetan, siguran i pristupačan smještaj jedna je od najbitnijih temelja koje bi zadovoljile osobe sa duševnim smetnjama. Uz financijsku sigurnost, podršku obitelji, susjeda, prijatelja i društveno okruženje bolje i kvalitetnije stanovanje, jedno je od

najvećih težnji korisnika i njihovih skrbnika. 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 odlučivanja za sebe.

Smanjenje simptoma duševne bolesti, nije dovoljno, dugotrajno stanovanje uz pristup fleksibilnoj podršci smatra se idealnim rješenjem za osobe s poteškoćama duševnog zdravlja. Osobu moramo promatrati u cjelini, na koji način funkcionira na poslu, kod kuće, u društvu, školi, među prijateljima. Da bi pružili adekvatnu u pomoći kod učenja socijalnih vještina, potrebno je povećati resurse i podršku okoline, kao što osoba u kolicima treba spušten prilaz da bi se popela u zgradu, tako i osoba sa duševnim poteškoćama treba promjene u okruženju koje će poduprijeti njezino individualno funkcioniranje. Važan čimbenik je svijest prepoznavanja potreba korisnika.

Neke od najvažnijih usluga koje je pružala velika bolnica kao što je zaštita, socijalna podrška, prehrana sigurnost, sklonište za duševno oboljele osobe danas zadovoljavaju usluge organiziranog stanovanja u okviru lokalne zajednice. 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 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 samostalnim životom pridonosi 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 povećavanje 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. Organiziranim stanovanjem mijenjamo pogled na kvalitetu života osoba s duševnim smetnjama.

Nakon dvadeset godina rada na psihijatrijskom odjelu, često sam razmišljala da li za takve bolesnike postoji nešto više od života. Zašto se stalno vraćaju u bolnicu i zar nitko ne brine o njima? Moj pogled kao „institucionalne sestre“ bio je isti kao i pogled svakodnevnih građana koji zidine žute kuće gledaju kao opasnost, smatrala sam da, treba ih zatvoriti jer se ne pridržavaju propisane terapije jer su opasni.

Danas znam da medikamentozna terapija nije jedini najvažniji faktor u liječenju duševnih bolesnika. Moji posjeti domu Lobor-grad i udruzi 'Susret' uvelike su promijenili stav prema duševnim bolesnicima. Neobično je bilo prilikom posjeta u jednom stanu doživjeti bliži socijalni kontakt sa jednom gospođe razmijeniti poljupce i stisnut iskreno ruku. Doživjeti od tih istih bolesnika koji su nekad ležali na mome odjelu, da su psihički stabilni, sretni, zadovoljni, ponudili su me sokom, ručkom, pričali o sebi. Bilo mi je zadovoljstvo upoznatu obojenu stranu duševno oboljelih osoba, zaviriti u njihov svijet i uvjeriti se da i oni mogu kao i ja uživati u životu i voditi ga najbolje što mogu. 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 funkcionira ako nije otvoren.“

8. Literatura

1. <http://www.zzzjz-ck.hr/?task=group&gid=18&aid=84>, dostupno 27.09.2015.
2. Sartorius, N. (ožujak,2006.), Medix, Stigma i shizofrenija,ožujak 2006,br.62/63.
- 3: Zakon o udomiteljstvu, Narodne novine, 90/11, 78/12
4. Ema Ničea Gruber,Ljetopis socijalnog rada, MOGUĆE INTERVENCIJE U SUSTAVU SKRBI O MENTALNOM ZDRAVLJU S CILJEM INKLUZIJE OSOBA S PSIHIČKIMPOREMEĆAJIMA UDRUŠTVO; 2012.19(1)str. 73-94
- 5.http://www.mspm.hr/djelokrug_aktivnosti/proces_transformacije_i_deinstitucionalizacije/o_transformaciji_i_deinstitucionalizaciji/nacionalni_okvir/operativni_plan_deinstitucionalizacije_i_transformacije_domova_socijalne_skrbi_i_drugih_pravnih_osoba, dostupno 26.09.2015
- 6.<http://libreto.net/2014/04/umberto-galimberti-ludilo-kao-ljudsko-stanje/25.08.2015-italija>, dostupno 31.8.2015.
- 7.Sladjana Štrkalj- Ivezić i suradnici: REHABILITACIJA U PSIHIJATRIJI,PSIHOBIO SOCIJALNI PRISTUP,2010,Zagreb
- 8.M.Jakovljević,D.Begić: Socijalna psihijatrija danas;Izazovi i mogućnosti,br.41 , 2013,str.16-20
- 9.http://www.edscuola.it/archivio/handicap/speciale_legge_180.htm, dostupno 01.09.2015.
- 10.<http://www.oggi.it/posta/2015/07/15/ce-unalternativa-alla-legge-basaglia-sui-mani>, dostupno 02.09.2015.
11. https://en.wikipedia.org/wiki/Psychiatric_reform_in_Italy,dostupno 16.9.2015.

Popis slika

1. slika 3.1 slika basaglia-<http://libreto.net/2014/04/umberto-galimberti-ludilo-kao-ljudsko-stanje/>
2. slika 4.4 https://www.google.hr/search?q=hrastovec&client=opera&hs=Msd&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAcQ_AUoAWoVChMIur6v4pL8xwIVipYsCh18dAZr&biw=1366&bih=659#imgcr=aTFTOhcTSaFluM%3A
3. slika 4.3 https://www.google.hr/search?q=kuhanje+na+selu&biw=1366&bih=659&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMI6e3s9rrtxwIVgTcUCh3N2wjh#imgcr=L7MAYA9cEUowxM%3A
4. slika 4.4 https://www.google.hr/search?q=hrastovec&client=opera&hs=Msd&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAcQ_AUoAWoVChMIur6v4pL8xwIVipYsCh18dAZr&biw=1366&bih=659#imgcr=aTFTOhcTSaFluM%3A
5. slika 4.5 https://www.google.hr/search?q=uloga+sestre+u+loboru+u+stambenij+zajednici&biw=1366&bih=659&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMIu_7l9rHtxwIVybgUCh2R8Q_KG#tbm=isch&q=medicinske+sestre+i+radionice+sa+du%25%A1evnim+bolesnicima
6. slika 4.6 https://www.google.hr/search?q=udruga+susret&biw=1366&bih=659&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMI762FhJD8xwIVB5gaCh07Xw3h&dpr=1#tbm=isch&q=1obor