



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

Številka: 065-02-21/2024/30
Ljubljana, 22. 1. 2025

Državni svet Republike Slovenije je na 24. seji 22. 1. 2025, na podlagi druge alineje prvega odstavka 97. člena Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03, 69/04, 68/06, 47/13, 75/16 in 92/21), sprejel naslednji

SKLEP

Državni svet Republike Slovenije se je seznanil z zaključki posveta Deinstitutionalizacija - storitve po meri uporabnika ter na podlagi prvega in drugega odstavka 97. člena Poslovnika Državnega sveta poziva Vlado Republike Slovenije in v njenem okviru Ministrstvo za solidarno prihodnost, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje ter Ministrstvo za pravosodje, da zaključke posveta proučijo in se v roku 30 dni do njih opredelijo.

* * *

Zaključki posveta se glasijo:

»Komisija Državnega sveta Republike Slovenije za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je na pobudo Socialne zbornice Slovenije, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, Skupnosti centrov za socialno delo Slovenije, Skupnosti varstveno delovnih centrov Slovenije, Skupnosti organizacij za usposabljanje oseb s posebnimi potrebami v Republiki Sloveniji, Sindikata zdravstva in socialnega varstva Slovenije, Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo v dvorani Državnega sveta 29. 11. 2024 soorganizirala posvet Deinstitutionalizacija – storitve po meri uporabnika.

Na področju deinstitutionalizacije se sicer procesi v Sloveniji odvijajo že več desetletij, pred nadaljnjimi aktivnostmi pa so pobudniki za organizacijo posveta želeli v okviru širšega posvetovanja s strokovno in drugo javnostjo osvetliti dosedanje prakse, izzive, ki so pred nami, in nakazati možne rešitve z namenom zagotovitve čim bolj dostopnih in uporabnikom prilagojenih storitev.

Ministrstvo za solidarno prihodnost je namreč v letu 2024 sprejelo strateške usmeritve na področju deinstitutionalizacije, ki so zapisane v Strategiji Republike Slovenije za deinstitutionalizacijo v socialnem varstvu za obdobje 2024–2034. Vsebina slednje je bila predstavljena tudi na posvetu, posebna pozornost pa je bila namenjena tudi predstavitvi osebnih izkušenj posameznikov in izvajalcev storitev z različnimi oblikami storitev - tako v institucijah kot izven njih.

Posvet sta sovodila državni svetnik Danijel Kastelic, predsednik Komisije za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide, ter državna svetnica Monika Ažman,

podpredsednica Komisije Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide.

Posvet je potekal v dveh vsebinskih sklopih, uvodoma pa so zbrane na posvetu nagovorili predsednik Državnega sveta Marko Lotrič, Iztok Mrak, predsednik Socialne zbornice Slovenije (v imenu vseh sopobudnikov posveta), in Simon Maljevac, minister za solidarno prihodnost.

Na začetku prvega vsebinskega dela posveta sta svoje osebne izkušnje z različnimi oblikami storitev predstavili uporabnici Nevenka Kos in Atifa Džaferović, nato pa je mag. Mateja Nagode, generalna direktorica Direktorata za starejše, dolgotrajno oskrbo in deinstitutionalizacijo na Ministrstvu za solidarno prihodnost, predstavila Strategijo Republike Slovenije za deinstitutionalizacijo v socialnem varstvu za obdobje 2024–2034. S prispevkom so v nadaljevanju nastopili še: Ivanka Limonšek, direktorica Skupnosti organizacij za usposabljanje oseb s posebnimi potrebami v Republiki Sloveniji, na temo storitev po meri uporabnika; Slavko Bolčevič iz Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki je spregovoril o zagotavljanju varne in kakovostne zdravstvene obravnave oseb s posebnimi potrebami v procesu deinstitutionalizacije in Irena Ilešič Čujović, predsednica Sindikata zdravstva in socialnega varstva Slovenije na temo kadrovskih standardov in normativov v luči deinstitutionalizacije. Mojca Čavničar iz Centra za socialno delo Južna Primorska ter Tatjana Romih iz Centra za socialno delo Osrednja Slovenija – zahod, ki sta se v imenu Skupnosti centrov za socialno delo Slovenije dotaknili potreb uporabnikov na eni strani in mreže storitev v skupnosti na drugi, Denis Sahernik, sekretar Skupnost socialnih zavodov Slovenije, je spregovoril o preobrazbi institucij v povezavi s procesi deinstitutionalizacije, mag. Jasmina Breznik, predsednica Skupnost varstveno delovnih centrov Slovenije, pa je predstavila storitve bivanja v skupnosti in bivanja s podporo.

Drugi vsebinski del posveta je otvorila Jana Bedrač iz Kraljev ulice, Maribor, ki je predstavila podporo nevladnih organizacij uporabnikom storitev v skupnosti, sledile pa so predstavitve izkušenj zavodov z uvajanjem različnih pristopov k deinstitutionalizaciji, ki so jih podali direktor Doma na Krasu Goran Blaško, direktor CUDV Črna na Koroškem Jože Kropivnik in direktor Zavoda Hrastovec Aleksander Gungl. V nadaljevanju je dr. Andreja Rafaelič z Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo predstavila deinstitutionalizacijo kot pot k spoštovanju, avtonomiji in skupnosti, dr. Mojca Urek, dekanja Fakultete za socialno delo, je analizirala procese deinstitutionalizacije v perspektivi človekovih pravic s poudarkom na vrnitvi k temeljem mednarodne konvencije Združenih narodov (angl. Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD), mag. Jelena Aleksić, vodja Oddelka za sistemsko spremljanje, ozaveščanje in preventivo na področju diskriminacije, ki deluje v okviru Zagovornika načela enakosti, pa je predstavila zagovornikova priporočila za pravico do neodvisnega življenja v okviru varstva pred diskriminacijo.

V razpravi ob koncu posveta so sodelovali: Vili Lamovšek; Iztok Suhadolnik in Emir Okanović iz Zveze Sonček; Katarina Lovko Kovačec iz CUDV Črna na Koroškem; Andreja Štepec iz ŠENT – Slovenskega združenja za duševno zdravje; Anuška Podvršič iz Pravne mreže za varstvo demokracije; Barbara Fužir Shart iz Društva

Oko za podporo oseb z avtizmom; Simona Ratajc iz Koalicije za deinstitutionalizacijo ter Zavoda Rosa in Tone Vrhovnik Straka iz društva Poglej!.

* * *

Na podlagi predstavitev in razprave so bili oblikovani naslednji

z a k l j u č k i:

I. UGOTOVITVE:

Splošno

1. Deinstitutionalizacija predstavlja spremembo sistema in družbenega odnosa do ranljivih skupin prebivalstva. Zahteva jasno zastavljene cilje, usklajene ukrepe ter kontinuirano spremljanje in evalvacijo z namenom sprotnega prilagajanja praks in politik za doseg trajnostnih rezultatov.
2. V zvezi z deinstitutionalizacijo ni ključno vprašanje, ali slednjo izvesti ali ne, ampak na kakšen način naj se jo izvaja, da bo najbolj učinkovita in da bodo specifične potrebe uporabnikov sistema storitev v skupnosti zadovoljene v največji možni meri.
3. V Sloveniji deinstitutionalizacijo izvajamo že vrsto let, še vedno pa se prepozna veliko dodatnih možnosti in priložnosti za njeno nadgradnjo in razvoj. Slovenija namreč na tem področju ostaja ena od bolj institucionaliziranih držav v EU (SLO: 11/1000 prebivalcev; EU: 2/1000 prebivalcev), saj obstoječe oblike pomoči v lokalni skupnosti trenutno še ne morejo odgovoriti na vse potrebe uporabnikov.

V institucijah v Sloveniji živi 23.000 ljudi, od tega 4.500 odraslih in otrok z oviranostjo, 3.400 oseb pa živi v institucijah z več kot 24 uporabniki. Skupni povprečni čas namestitve v institucijah je 12,7 let.

Za primerjavo: leta 1967 je na področju Slovenije delovalo 35 socialnih zavodov s 3.100 nastanitvenimi mesti, danes pa javno mrežo sestavlja 59 javnih zavodov in 48 izvajalcev s koncesijo, ki skupaj nudijo 19.710 mest za starejše in 2.300 mest za posebne skupine odraslih. Slednje pomeni skorajda 1.400 mest manj, kot bi jih zadoščalo za pokritje potreb po oskrbi, če se upošteva cilj 4,5 %-ne ciljne vključenosti prebivalstva nad 65 let v institucionalno varstvo, kot izhaja iz ciljev Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2022–2030 (ReNPSV22–30).

4. Praksa kaže, da je deinstitutionalizacija na podlagi odmika od institucionalnega mišljenja in zagotavljanja različnih podpor posamezniku za samostojno življenje v skupnosti mogoča in v Sloveniji se jo na posameznih področjih izvaja že vrsto let.
5. Kot pomembna podlaga za miselni preskok v družbi se izpostavlja premik z biološkega/medicinskega modela pogleda na človeka ter njegovih potreb po pomoči, ki se usmerja k iskanju rešitev v institucionaliziranih oblikah skrbi, k

socialnemu modelu pogleda na človeka, ki se usmerja na dožemanje posameznika kot družbenega bitja, ki v primeru potrebe po pomoči ob ustrezni podpori lahko kakovostno sobiva z ostalimi člani družbe.

6. Velik problem pri nadaljnji deinstitutionalizaciji predstavljajo tudi omejen in otežen dostop do zdravstvenih storitev, nedostopnost javnega prevoza za invalide in druge osebe z oviranostmi, nizka plačila za izvajanje storitev, nizki prejemki uporabnikov storitev ter nedostopnost ustreznih nastanitev. Zato v določenih primerih še vedno ni druge izbire, kot da se ljudi namešča v institucionalno varstvo.
7. Stroka s področja socialnega varstva in nevladne organizacije opozarjajo, da so večanje števila varovanih oddelkov, uporaba režimov zapiranja ter prisilnih sredstev v nasprotju z načeli deinstitutionalizacije in da na tem področju še vedno prihaja do kršitev človekovih pravic.
8. Multidisciplinarni pristop je temelj trajnostnih rešitev v deinstitutionalizaciji.
9. Če je zagotovljena pravočasna prepoznavna oseb s težavami v duševnem zdravju in oseb z motnjami v duševnem razvoju (npr. že v otroštvu) ter če se posamezniku takoj nudi njemu prilagojena podpora na način, da se išče rešitve izven institucij, se lahko že vnaprej izognemo potrebi po deinstitutionalizaciji v odrasli dobi.

Pravne podlage in njihova ustreznost

1. K deinstitutionalizaciji našo državo zavezujejo Listina EU o temeljnih pravicah, ki govori o neodvisnem življenju za ljudi z oviranostjo; Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic, ki določa, da ima vsakdo pravico do spoštovanja zasebnega življenja; Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov (KOPI), ki govori o pravici do življenja v skupnosti; Evropska strategija za pravice invalidov, ki poudarja enake možnosti in svobodo odločanja o tem kje, kako in s kom bodo invalidi živeli; Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo ter Smernice Združenih narodov za deinstitutionalizacijo, tudi v izrednih razmerah, ki so bile sprejete 2022.
2. Strategija Republike Slovenije za deinstitutionalizacijo v socialnem varstvu za obdobje 2024–2034 (v nadaljevanju: Strategija za deinstitutionalizacijo), ki je bila sprejeta 2024 in določa konkretne ukrepe ter zaveze za preoblikovanje sistema, predstavlja izhodišče za nadaljnjo transformacijo obstoječega sistema, ki še vedno v večji meri temelji na institucionalnih oblikah skrbi, v sistem, ki bo temeljil na izvajanju podpore v skupnosti prek služb in storitev v skupnosti. Predvideno ni zgolj zapiranje institucij, temveč predvsem reorganizacija načina dela institucij, ki bodo postale izvajalci storitev v skupnosti.
3. Nadaljnje aktivnosti na področju deinstitutionalizacije bo v skladu s Strategijo za deinstitutionalizacijo usmerjal CDI – Center za deinstitutionalizacijo, ki od julija 2024 deluje pod okriljem Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo in ki bo imel ključno vlogo pri koordinaciji in podpori posameznim deležnikom v sistemu pri hitrem odzivanju sistema na potrebe na terenu in pri preprečevanju institucionalizacije.

4. Proces deinstitutionalizacije se bo na podlagi prej omenjene strategije v prvi fazi osredotočil na posebne socialno varstvene zavode, nato pa se bo nadaljeval v varstveno delovnih centrih in centrih za usposabljanje, delo in varstvo.
5. Trenutno zgolj osebna asistenca (OA) predstavlja takšno obliko storitve, ki uporabniku omogoča nadzor nad vsebino storitve, uresničevanje njegovih ambicij in preseganje vloge objekta prejete skrbi. Pri tem se kot velika ovira prepoznava zakonsko omejitev obsega ocenjene potrebe po pomoči v obliki OA (najmanj 30 ur/teden), kar iz pravice do uveljavljanja tovrstne pomoči izključuje vse uporabnike, ki potrebujejo manjši delež pomoči v vsakdanjem življenju oziroma storitve nege, oskrbe, vodenja ali varstva.
6. Obseg storitev podpore v vsakdanjem življenju, kot jo določa Pravilnik o storitvah socialnega vključevanja invalidov, je glede na realno izražene potrebe uporabnikov zanemarljiv in ne omogoča, da bi oseba, ki ima priznan status invalida po Zakonu o socialnem vključevanju invalidov, samostojno in kakovostno živela doma in pri tem uresničevala svoje potenciale.

Deinstitutionalizacija z vidika institucij

1. Prvi poskusi deinstitutionalizacije v obliki namestitve uporabnikov institucionalnih storitev socialno-varstvenih zavodov bližje njihovem domu so bili izvedeni že v 80. letih prejšnjega stoletja.

Leta 1981 je bila ustanovljena prva stanovanjska skupnost (prehodna namestitve med zavodom in skupnostjo za osebe s čustveno vedenjsko motnjo), leta 1983 prva stanovanjska skupina v Varstveno-delovnem centru (VDC) Tončke Hočevar; leta 1989 prva bivalna enota za 12 oseb v Centru za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV) Črna na Koroškem; leta 2021 prvi dve stanovanjski enoti za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo (v 2024 sta začeli delovati še dve stanovanjski enoti), leta 2023 pa so trije CUDV pridobili pravico do sredstev EU za pridobitev namestitvenih kapacitet za stanovanjske skupine za osebe, mlajše od 65 let.

2. V okviru 33 VDC-jev, CUDV-jev in Centrov za osebe po pridobljeni možganski poškodbi, ki so povezani v Skupnost varstveno-delovnih centrov Slovenije, skušajo omogočiti ljudem z motnjo v duševnem razvoju, gibalno oviranim in osebam s pridobljeno možgansko poškodbo, da aktivno in kakovostno živijo in prispevajo v družbo po svojih zmožnostih.

Procesi deinstitutionalizacije se pri prej naštetih izvajalcih že izvajajo, saj v okviru svojih dnevnih centrov, stanovanjskih skupin ter bivalnih enot že omogočajo:

- socialno vključevanje (v družbene dejavnosti: kulturne, športne, rekreativne, izobraževalne, družabne dogodke in druge, znotraj aktivnosti organizacij ali v lokalnih skupnostih);
- delovno vključevanje (pridobivanje delovnih izkušenj, razvoj samostojnosti in samozavesti posameznika in podpora socialni vključenosti), vključno s prilagojenimi zaposlitvami v običajnih delovnih okoljih;

- razvijanje potencialov in osebni razvoj, na podlagi podpore uporabnikom pri odkrivanju in razvijanju svojih sposobnosti (pri individualnem delu, usposabljanju, izobraževanju);
- razvijanje samostojnosti prek vsakodnevnih dejavnosti, kot so odločanje o svojem življenju in aktivnostih, upravljanje s financami, nega telesa, kuhanje, čiščenje in druge spretnosti, ki omogočajo bolj samostojno življenje;
- pomoč pri vzpostavljanju socialnih povezav in mreže na podlagi krepitve uporabnikov, da gradijo prijateljske in podporne odnose ter se povezujejo z drugimi ljudmi, kar pripomore k občutku pripadnosti skupnosti;
- programe dolgotrajne rehabilitacije za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo, ki uporabniku pomagajo, da doseže maksimalno stopnjo samostojnosti in sodelovanja v družbi.

3. Posebni socialno-varstveni zavodi že imajo izkušnje z deinstitutionalizacijo in tudi s konkretnimi projekti na tem področju, ki se jih lahko uporabi kot primere dobrih praks za prenos njihovega izvajanja na raven celotne države.

Dom na Krasu je prve bivalne skupnosti vzpostavil leta 2003, od 2020 pa na podlagi evropskih sredstev intenzivno izvaja petletni projekt deinstitutionalizacije. V navedenem času so uspeli vzpostaviti 13 bivalnih skupnosti v 11 stavbah.

CUDV Črna na Koroškem je projekt deinstitutionalizacije začel izvajati 1. 9. 2020 in od takrat so uspeli vzpostaviti 19 novih stanovanjskih skupin ter preseliti 96 uporabnikov iz institucij v skupnost. V okviru projekta deinstitutionalizacije so zagotovili tudi 20 integrativnih zaposlitev, tako da se danes v redne procese dela v različnih podjetjih vključuje 33 uporabnikov.

Zavod Hrastovec je v zadnjih 20 letih, ko se je začelo razseljevanje uporabnikov, uspel bivanje v skupnosti zagotoviti za 320 oseb, ki so vključene v lokalno skupnost. V letu 2024 so jih preselili že 70, do februarja 2025 naj bi jih še dodatnih 50. V oskrbi pa ostajajo uporabniki s kompleksnejšimi potrebami po oskrbi, pri čemer je cilj, da se v določenem času razseli v lokalno skupnost vse uporabnike zavodske oskrbe. Posledično skušajo pridobiti dodatna finančna sredstva za nadaljevanje procesa deinstitutionalizacije.

4. Kot izzive pri zagotavljanju podlag za delovanje bivalnih/stanovanjskih skupnosti posebni socialno varstveni zavodi zaznavajo pridobivanje nepremičnin ali parcel za izgradnjo nepremičnin (nekateri lokacije so drage, težje dostopne).

Izkušnje iz prakse sicer kažejo, da je s stroškovnega vidika gradnja novih domov za starejše 20 do 30 % dražja od izgradnje manjših namestitvenih enot, kot so bivalne skupnosti.

Kot možni rešitvi se nakazujeta najem prostorov ali uporaba namestitvev, ki jih nudi stanovanjski sklad.

5. Izziv pri umeščanju stanovanjskih skupnosti in bivalnih enot v lokalno okolje predstavlja tudi sprejemanje uporabnikov, ki so nastanjeni v njih, s strani lokalnih skupnosti, saj je stigmatizacija duševnih bolezni v družbi še vedno velika.

6. Dokumenta Strategija za deinstitucionalizacijo (postopna izselitev vseh uporabnikov iz institucij z več kot 24 uporabniki ter namestitve v skupnost) in ReNPSV22–30 nista usklajena.
7. Domovi za starejše in posebni zavodi za odrasle v Sloveniji že dolgo časa ne ustrezajo več definiciji pojma institucije v skladu Skupnimi evropskimi smernicami za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo, saj izvajajo največji obseg skupnostnih oblik skrbi (npr. pomoč na domu za več kot 4.500 uporabnikov je 1. 1. 2024 izvajalo 48 zavodov; nudenje mest v 605 oskrbovanih stanovanjih, izvajanje storitev razvoza kosila; več kot 60 zavodov izvaja dnevno varstvo; vodijo medgeneracijske centre; nudijo začasne namestitve in začasne sprejeme itd.). Skozi leta so se razvili v skupnostno naravnane centre in so učna baza za dijake, študente, v svoje aktivnosti vključujejo osnovne šole in vrtce.
8. Deinstitucionalizacija se mora nadaljevati tudi z vidika zagotavljanja bolj ustreznih namestitvev v institucijah. Napredek na tem področju je sicer že opazen, saj je bilo pred desetletjem v zavodih na voljo 904 troposteljnih sob in 477 štiri- in več-posteljnih sob. Na dan 31. 12. 2023 se je število takšnih več-posteljnih namestitvev zmanjšalo za več kot eno tretjino, na podlagi pridobljenih EU sredstev pa se pričakuje, da se bo število tovrstnih namestitvev v prihodnje še dodatno zmanjševalo.
7. Pogledi na to, ali bo proces deinstitucionalizacije v neki točki pripeljal do popolnega izginotja institucij ali zgolj do njihovega preoblikovanja v trdno, javno in neprofitno mrežo skupnostnih služb, kot predvideva Strategija za deinstitucionalizacijo, so različni.

Obstoječe institucije na podlagi izkušenj z deinstitucionalizacijo še vedno prepoznajo svojo pomembno vlogo v sistemu in se zavedajo potrebe po prilagajanju načinov delovanja – iz bolj tradicionalnih, s poudarjeno komponento zagotavljanja varnosti za uporabnike sistema, k bolj skupnostno usmerjenemu delovanju v obliki različnih programov, ki zagotavljajo specializirano in strokovno obravnavo ter podporo posamezniku in družini za uresničevanje zmožnosti in potreb. Še vedno bodo kot eni od izvajalcev storitev v skupnosti po meri uporabnika nudili storitve uporabnikom, ki bodo slednje prepoznali kot njihovo preferirano vrsto podpore. Poudarjajo, da deinstitucionalizacija ne pomeni ukinjanja institucij, ampak mora biti cilj njihovo bolj človeško, vključujoče in potrebam posameznikov prilagojeno delovanje. S tem se bo dvignilo kakovost življenja uporabnikov in zmanjšalo stigmatizacijo bivanja v institucijah.

Po drugi strani pa del stroke in nevladne organizacije izražajo željo po pospešitvi procesov deinstitucionalizacije, v skrbi, da bo preobrazba institucij trajala predolgo. Poudarjajo tudi razliko med decentralizacijo in deinstitucionalizacijo ter z njo povezano obvezo države iz 19. člena KOPI, ki po njihovih opozorilih v originalni različici govori o samostojnem življenju in vključenosti v skupnost za vse osebe z invalidnostmi, jim priznava enako pravico, da živijo v skupnosti, imajo možnost izbrati stalno prebivališče in se odločiti, kje in s kom bodo živeli.

Določa tudi, da jim ni treba bivati v posebnem okolju, in zagotavlja dostop do različnih storitev na domu ter bivalnih in drugih podpornih storitev v skupnosti,

vključno z osebno pomočjo, potrebno za življenje in vključitev v skupnost ter za preprečevanje osamljenosti ali izločevanja iz skupnosti. Storitve v skupnosti ter objekti in naprave, ki so namenjeni vsem prebivalcem, pa morajo biti v skladu z 19. členom KOPI enako dostopni tudi invalidom in prilagajati se jih mora njihovim potrebam.

Deinstitucionalizacija z vidika centrov za socialno delo

1. V okviru 16 regijskih centrov za socialno delo (CSD), ki tesno sodelujejo z obstoječo mrežo pomoči različnih organizacij, delujejo koordinatorji obravnave v skupnosti (KOS), ki jih je trenutno 27 in ki so v 2023 podprli 1203 osebe pri življenju v skupnosti, ter koordinatorji invalidskega varstva (KIV), ki jih je 36, storitve spremljanja izvajanja osebne asistencije pa so decembra 2023 izvajali z namenom pomoči 4192 osebam. Oba poklicna profila s svojim delovanjem prispevata k deinstitucionalizaciji in s tem k bolj kakovostnemu življenju v skupnosti.
2. Mreža pomoči za življenje v skupnosti je trenutno pomanjkljiva, programi za pomoč in podporo ljudem za življenje v skupnosti pa se močno razlikujejo od procesa preseljevanja ljudi iz institucij in s tega vidika ne predstavljajo ustrezne podpore. CSD prav tako nimajo na voljo primernega kadra za pomoč pri tovrstnem preseljevanju ali za delo s pacienti, ko ti zaključijo zdravljenje na zaprtih oddelkih ali bivanje na forenzični psihiatriji.
3. Trenutno predviden obseg storitev dolgotrajne oskrbe na domu ne bo pokrival potreb uporabnikov na način, da bi lahko ostali v domačem okolju in prejeli ustrezno obliko oskrbe.

Deinstitucionalizacija z vidika zdravstvene nege

1. Z deinstitucionalizacijo smo pričali velikim spremembam v organizaciji zdravstvene nege, ki ima ključno vlogo pri zagotavljanju celostne oskrbe oseb s posebnimi potrebami ter oseb s težavami v duševnem zdravju. Zdravstvena nega se je v okviru VDC, CUDV, ZUDV razvijala vse od 1929, leta 1991 pa je bila prvič uzakonjena pravna podlaga za organizirano zagotavljanje teh storitev.
2. Spremembe pri obravnavi oseb s posebnimi potrebami ter oseb s težavami v duševnem zdravju z vidika zdravstvene nege zahtevajo prilagoditve tako za izvajalce kot za uporabnike storitev, največji izziv pa predstavlja uravnoteženje različnih potreb uporabnikov sistema, s poudarkom na celostni obravnavi, prilagojeni in varni zdravstveni negi ter visoki ravni usposobljenosti izvajalcev zdravstvene nege.
3. Večina uporabnikov, ki so trenutno nastanjeni v javnih socialnih oziroma socialno-varstvenih zavodih, je kategorizirana v zdravstveno nego stopnje 3, kar pomeni, da jim pripada 24-urna prisotnost izvajalca zdravstvene nege, za ustrezen nivo zdravstvene nege uporabnikov, ki so trenutno nastanjeni v zavodih, pa bi potrebovali najmanj 4 izvajalce zdravstvene nege/stanovanjsko enoto (ob predpostavki potreb po vsaj 220 stanovanjih za namestitve obstoječih uporabnikov

storitev zavodov). Gre za velik organizacijski, kadrovski in finančni izziv, ki ga je treba upoštevati pri načrtovanju prehodov iz institucionalne v skupnostno oskrbo.

Mreža storitev v skupnosti in kadri

1. Mreža storitev, ki bi zadostila različnim potrebam oseb z raznolikimi oviranostmi, še ni na voljo.
2. Številne storitve v skupnosti trenutno temeljijo na prostovoljstvu, manjka ustreznega kadra tako po obsegu kot usposobljenosti, obstoječi kader na področju socialnega varstva in zdravstvene nege pa je preobremenjen.
3. Storitve socialnega vključevanja in podporne storitve je v ruralnih področjih težko izvajati brez ustrezne kadrovske zasedbe, ustreznega plačila in s slabimi ali celo neobstoječimi povezavami javnega potniškega prometa. Trenutno plačilo 10 evrov za drugi bruto, ki je pod urno postavko študentskega dela, obenem pa ni zagotovljenega povračila potnih stroškov, ne zadošča za sklenitev pogodbe s potencialnimi izvajalci teh storitev.
4. Slabe povezave v javnem potniškem prometu in velika oddaljenost potencialnih uporabnikov podpornih storitev do sedeža izvajanja storitev, slednje pogosto odvrne od socialnega vključevanja, četudi bi si prevoza želeli in so ga zmožni plačati. Prevoz v lastnem avtomobilu je velika odgovornost, ki so jo pripravljene prevzeti le redke osebe, ki bi bile sicer upravičene do podpornih storitev. Zaradi nedostopnosti do prevoza takšne osebe tudi nimajo zagotovljenih ostalih storitev v skupnosti.
5. Pomemben doprinos k razvoju storitev v skupnosti so imele in imajo lokalne skupnosti, in sicer na podlagi so-financiranja institucionalnega varstva izven institucij.
6. Brez ustreznega števila posebej usposobljenih kadrov za izvajanje storitev v skupnosti se ne bo moglo doseči zadanega cilja – boljše kakovosti življenja uporabnikov sistema.

Kader v CUDV ima v povprečju 31 let in več delovne dobe, v povprečju pa naj bi bili zaposleni v socialnem varstvu stari 54 let, največ zaposlenih pa 53 let (podatek iz 2023), kar predstavlja veliko težavo za nadaljnje učinkovito delovanje sistema, ki bi se jo morale nasloviti tako medsektorsko kot medresorsko.

Uporabniki sistema kot možno rešitev za kadrovske primanjkljaje na področju skupnostnih oblik skrbi prepoznavajo prenos kadrov iz institucij v navedene oblike izvajanja storitev.

7. Kadrovska stiska v zavodih je velika – vsak četrti dom za starejše ima proste posteljne kapacitete zaradi manjka zaposlenih. Nekateri zavodi so bili že prisiljeni omejiti sprejeme uporabnikov, ki potrebujejo večji obseg storitev, ker jim za njihovo izvajanje manjka ustreznih kadrov za kakovostno in varno oskrbo.

8. Ustrezen kader za izvajanje storitev na področju socialnega varstva je sicer prisoten na trgu dela, a se za zaposlitve na tem področju ne odloča, ker za to niso zagotovljeni primerni kadrovski normativi, ustrezni pogoji za delo in dovolj visoke plače. Tudi nedavna plačna reforma ni zagotovila podlage za plačilo, ki bi odražalo zahtevnost dela, fizičnih in psihičnih obremenitev ter odgovornosti dela v socialnem varstvu in zdravstveni negi.
9. Normativi za izvajanje dolgotrajne oskrbe na domu še niso sprejeti.
10. Prenovljen je bil Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev pomoč družini na domu, socialni servis, institucionalno varstvo in vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji (Uradni list RS, št. 47/2024), v okviru katerega so v Prilogi I zapisani normativi za manjše dislocirane bivalne enote institucionalnega varstva odraslih oseb z motnjo v duševnem razvoju ali več motnjami. Predvideva se, da bodo posamezne enote samooskrbne pri kuhanju, pranju in urejanju okolice, čemur morajo slediti tudi kadrovski normativi, ki morajo biti ustrezno višji kot v primeru zavodske oskrbe.
11. Kadrovski standardi in normativi za zdravstveno nego in rehabilitacijo v okviru socialnega varstva, navkljub številnim stavkovnim sporazumom in pozivom Ministrstvu za zdravje, še vedno niso sprejeti.
12. Trenutno število zaposlenih na področju zdravstvene nege:
 - zagotavlja le osnovno raven varne obravnave in varnega okolja, ki sta predpogoja za izvajanje strokovne in kakovostne zdravstvene nege;
 - ne zadošča niti za izvajanje storitve zdravstvene nege v obstoječih zavodskih oblikah.

V procesu nadaljnje deinstitutionalizacije, katere posledica bo dodatna razpršitev kadrov po različnih lokacijah, pa tudi potrebe po kompetencah za izvajanje specifičnih storitev (npr. v povezavi s kroničnimi in nevrološkiimi boleznimi, rehabilitacijo, psihiatrično zdravstveno nego ter paliativo), se pričakuje, da bodo izzivi v zvezi s pomanjkanjem kadra na področju zdravstvene nege še večji.

Izkušnje uporabnikov

Uporabniki poročajo o izboljšanju kakovosti življenja ob prehodu iz institucij v skupnost, pri tem pa prepoznajo pomembno vlogo podpornih oseb in nevladnih organizacij pri uresničevanju njihovih pričakovanj in želja za življenje v skupnosti.

Glede na trenutno dostopnost različnih storitev v skupnosti kot nepogrešljive prepoznajo storitve osebne asistencije. Izražajo tudi željo po več univerzalne podpore, saj si vsak izmed njih zamišlja svojo samostojnost na drugačen način – enim so bližje nastanitve v bivalnih enotah, drugim pa nastanitve popolnoma ločeno - v enostanovanjski enoti.

Svojo aktivno vlogo v procesu deinstitutionalizacije prepoznajo kot ključno, tako na lokalni kot tudi na državni ravni.

Znanstvena dognanja in človekove pravice

Slovenske in mednarodne raziskave ter izkušnje dobre prakse kažejo, da je treba za uspešno deinstitutionalizacijo vsem ljudem z oviranostjo zagotoviti dom v skupnosti po njihovi meri, jim zagotoviti delo, možnost odločanja o svojem življenju in vzpostaviti pogoje za vključevanje v skupnost.

Deinstitutionalizacija je proces uresničevanja 19. člena KOPI, skozi katerega dobijo ljudje pravico odločanja in izbire ter so jim na voljo številne podpirne storitve, ki jim omogočajo, da ne živijo v segregiranih okoljih, ampak v skupnosti.

Republika Slovenija do zdaj ni dosegla dovolj velikega napredka pri spoštovanju določb KOPI, predvsem pri usklajenosti nacionalne zakonodaje z vsebino KOPI in preprečevanju diskriminacije.

II. PREDLOGI, POBUDE IN PRIPOROČILA:

a) SPLOŠNO

1. Proces deinstitutionalizacije predstavlja nujen premik k bolj vključujoči družbi in mora temeljiti na spoštovanju človekovih pravic, individualnih potreb ter zagotavljanju pogojev za polno vključevanje v skupnost.
2. Deinstitutionalizacija je dolgotrajen proces, ki mora nujno nastajati v širšem družbenem konsenzu in v soodvisnosti od pripravljenosti celotne družbe na njegovo implementacijo.
3. Predpogoj za uspešno nadaljnjo deinstitutionalizacijo predstavljajo spremembe v družbeni zavesti, zato je ključnega pomena ozaveščanje širše javnosti o pomenu deinstitutionalizacije in vključevanja v družbo, s čimer se zmanjšuje stigma in ustvarjajo pogoji za sprejemanje raznolikosti v skupnosti.
4. Deinstitutionalizacija mora potekati vzporedno z razvojem skupnostnih služb, ki podpirajo samostojno življenje uporabnika na način, da bo slednji lahko tudi dejansko med različnimi storitvami izbral tisto, ki jo potrebuje in ki mu bo omogočila človeka vredno življenje, skladno z njemu lastnimi željami, namesto da bi moral izbirati zgolj med storitvami, ki jih trenutno ponuja sistem, a mu ne ustrezajo v popolnosti.
5. Okvir za nadaljnjo deinstitutionalizacijo in preverjanje, ali se slednja odvija v pravi smeri, predstavlja Konvencija o pravicah invalidov (angl. Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD), na podlagi katere se je fokus s socialnega modela obravnave oseb z oviranostmi (upoštevanje njihovih potreb) dopolnil z modelom človekovih pravic.

Treba bi bilo proučiti ustreznost njenega prevoda v slovenski jezik, saj tako Zagovornik načela enakosti, stroka s področja socialnega varstva kot tudi nevladne organizacije opozarjajo, da je uporaba določenih terminov v slovenski različici konvencije (npr. invalidi namesto osebe z invalidnostmi) neskladna z

vsebinsko in osnovnim namenom navedene konvencije v angleškem jeziku ter uporabo modela človekovih pravic oseb z oviranostmi.

Prevod konvencije mora biti dostopen tudi v lahko berljivi in razumljivi obliki.

6. Nadaljnja deinstitucionalizacija zahteva sodelovanje vseh ključnih deležnikov - vladnih in nevladnih organizacij, različnih strokovnjakov, lokalnih skupnosti, uporabnikov storitev in njihovih družin. Pri tem je treba imeti jasno politično vizijo, zagotoviti dolgoročno financiranje programov in projektov ter prilagoditi zakonodajo (npr. za posebne socialno-varstvene zavode), jo narediti bolj vključujočo, nediskriminatorno in takšno, da vsem zagotavlja enake možnosti, ne glede na posameznikove osebne okoliščine.
7. Čim prej je treba sprejeti akcijski načrt na podlagi Strategije za deinstitucionalizacijo.
8. Sistem storitev v skupnosti mora biti posamezniku prijazen, prilagojen njegovim specifičnim potrebam, ki izhajajo iz individualnega načrta uveljavljanja pravic, pripravljenega interdisciplinarno, pravice v njem pa morajo biti univerzalno dostopne.

b) ŽE OBSTOJEČE DOBRE PRAKSE IN NJIHOVA NADGRADNJA

1. Ozaveščati je treba o že obstoječih pristopih (npr. model WKS – kompetenčni okvir uporabnika, prenesen kot dobra praksa z Nizozemske, ki temelji na opolnomočenju posameznika za čim bolj samostojno življenje; pristop z nizko stopnjo vznemirjanja (angl. Low Arousal); pozitivna vedenjska kontrola itd.) in aktivnostih (specializirana obravnava otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem razvoju in najtežjimi čustvenimi in vedenjskimi motnjami; obravnava oseb z motnjami v duševnem razvoju in demenco, pilotni projekt podpore družini na domu itd.) ter jih krepiti.
2. Dobre prakse storitev v skupnosti je treba ustrezno umestiti v zakonodajo in razširiti njihovo mrežo na celotno državo, da bodo dostopne vsem.
3. Spodbujati je treba razvoj in uporabo tehnoloških rešitev za krepitev neodvisnosti uporabnikov in izboljšanje kakovosti storitev v skupnosti.
4. Z namenom krepitev aktivnega življenja v skupnosti bi bilo treba povečati obseg podpornih storitev v okviru storitev socialnega vključevanja s trenutnih 2 do 4 ur/teden (odvisno od tega, ali je uporabnik vključen tudi v storitev varstva vodenja in zaposlitve pod posebnimi pogoji) na do 30 ur/teden, kjer je postavljena meja za pridobitev pravice do osebne asistencije. S tem bi se zapolnilo prazen vmesni prostor med navedenima dvema storitvama, zaradi katerega trenutno brez ustreznih storitev ostaja kar nekaj potencialnih uporabnikov storitev v skupnosti.
5. Za izvajanje storitev socialnega vključevanja oziroma podpornih storitev v okviru ustrezne mreže je nujno zagotoviti redne zaposlitve, saj tovrstnih storitev v mreži ni možno zagotavljati zgolj z laičnimi podpornimi osebami.

6. Z namenom zagotavljanja večje socialne vključenosti uporabnikov bi bilo treba omogočiti koriščenje več skupnostnih oblik storitev hkrati – npr. storitve osebne asistence v obsegu 40 ur/teden in hkratno vključevanje v aktivnosti dnevnih centrov, v izogib institucionalizacije storitev v okviru (zaprtih) družinskih sistemov.
7. Zvišati bi bilo treba kadrovske normativ v stanovanjskih skupinah in bivalnih enotah, da bodo v slednjih lahko bivali tudi tisti uporabniki, ki niso popolnoma samostojni in vsakodnevno potrebujejo veliko podpore in zdravstvene oskrbe.
8. Delovanje bivalnih enot bi bilo treba prilagoditi tudi starejšim uporabnikom in tistim, ki zaradi smrti oskrbovalcev nujno rabijo novo (lahko zgolj začasno) namestitev in podporo.

c) MREŽA STORITEV V SKUPNOSTI

1. Sistem mora delovati tako, da ne bo omogočal zgolj pridobitev pravic na papirju, ampak tudi dejanski dostop do storitev na podlagi dovolj široke mreže njihovih izvajalcev.
2. Zagotoviti je treba prilagojen in postopen prehod v nove, deinstitucionalizirane oblike storitev, v skladu z zmožnostmi na lokalni ravni ter z upoštevanjem individualnih potreb posameznikov, ki prehajajo iz institucij v skupnost.
3. Širiti je treba mrežo storitev v skupnosti, ki posameznikom omogočajo neodvisno življenje (prilagodljive oblike bivanja, socialno vključevanje, osebna asistenca, psihosocialna podpora, dostop do izobraževanja, zaposlovanja, razvoj digitalnih storitev in telepodpore za zagotavljanje dostopa do storitev v ruralnih in slabše povezanih območjih....), s poudarkom na sistemskem pristopu k zagotavljanju večje dostopnosti storitev za uporabnike z različnimi potrebami v sodelovanju s strokovno javnostjo.
4. Mrežo stanovanjskih enot za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo bi bilo treba razširiti na celotno državo, saj je na tem področju velik primanjkljaj namestitev - trenutno delujejo štiri tovrstne enote. Hkrati naj se navedeni segment uporabnikov vključi v akcijski načrt, ki se ga pripravlja na podlagi sprejete Strategije za deinstitucionalizacijo.
5. Razširiti je treba mrežo možnih namestitev oseb s pridobljeno možgansko poškodbo, ki so v vegetativnem stanju ali v stanju minimalnega odzivanja, saj je trenutno za njihovo namestitev na voljo zgolj 35 mest na ravni celotne države (15 v VDC Nova Gorica in 20 v ZUDV Dornava).

Uporabniki trenutno čakajo bodisi na oskrbo v domačem okolju (z neustrezno podporo, brez dostopa do storitev rehabilitacije in zaprti za štirimi stenami) bodisi so nameščeni v negovalnih bolnišnicah, ki pričakujejo njihov čimprejšnji odpust, kar je težko zagotoviti, saj trenutno na namestitev v obeh prej omenjenih nastanitvenih enotah (v Novi Gorici in Dornavi) čaka skupaj 86 oseb.

6. Uporabnikom, ki potrebujejo paliativno oskrbo in ki potrebujejo kompleksne oblike podpore, je treba v primeru deinstitucionalizacije zagotoviti enak nivo oskrbe, kot do zdaj.
7. Obravnava pacientov, ko ti zaključijo zdravljenje na zaprtih oddelkih ali bivanje na forenzični psihiatriji, bi morala biti medresorska in multidisciplinarna ter, poleg profila koordinatorja oskrbe v skupnosti (KOS), vključevati tudi strokovnjake s področja zdravstva in pravosodja. Obravnava bi morala biti timska in temeljiti na programih in oskrbi s področja psihosocialne rehabilitacije.
8. Namestitev uporabnika bi morala biti ločena od lokacije izobraževanja in programov podpore. Prav tako naj se v okviru stanovanjskih skupin ne namešča prostorov za izvajalce storitev podpore, saj bo vključevanje v različne programe podpore izven uporabnikovega doma slednjemu zagotovilo višjo stopnjo samostojnosti.
9. Z namenom odgovarjanja na naraščajoče potrebe uporabnikov je treba razširiti obseg storitev na terenu, zlasti na področju obvladovanja kroničnih bolezni, psihiatrične oskrbe in kriznih intervencij, kar terja dodatna finančna sredstva, kadre in usposabljanja.
10. Zagotoviti je treba boljši dostop do storitev v skupnosti v ruralnih območjih na podlagi zagotavljanja ustrezne podporne mreže (izvajalci storitev, dostopen javni prevoz).
11. Pri oblikovanju ukrepov na področju deinstitucionalizacije je treba v prvi vrsti upoštevati uporabnika, vsebino KOPI ter Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo, hkrati pa vzeti v obzir tudi izkušnje izvajalcev storitev skupnostne podpore in institucionalnega varstva.
12. Nevladne organizacije opozarjajo na aktivnosti, ki so jih brez večjih finančnih sredstev in kadrovskih okrepitev izvajale na področju opolnomočenja uporabnikov za bolj samostojno življenje v preteklih desetletjih, zato v prihodnje pričakujejo več podpore pri izvajanju navedenih nalog in njihovo bolj aktivno vključevanje v procese nadaljnje deinstitucionalizacije.
13. Tok storitev v skupnosti mora biti dvosmeren: storitve se ne zgolj črpa iz skupnosti, ampak se jih tudi vrača v skupnost. Cilj je večja povezanost v družbi na podlagi intenzivnejšega dejanskega vključevanja ranljivih skupin prebivalstva v družbene procese.

d) PODPORA INSTITUCIJAM PRI PREOBLIKOVANJU IN PRILAGAJANJU PROCESOM DEINSTITUCIONALIZACIJE TER IZVAJALCEM STORITEV V SKUPNOSTI ZA UČINKOVITEJŠE DELOVANJE SISTEMA

Splošno:

1. Zagotavljati je treba multidisciplinarni način dela in prilagoditi dosedanje načine dela z uporabniki.

2. Država mora nuditi sistemsko podporo institucijam, ki so in še bodo deležne procesov deinstitucionalizacije. Nujni so jasno zastavljeni cilji in usklajeni ukrepi, ki bodo vodstvom zavodov omogočili načrtovanje prihodnjih korakov.

K nadaljnji deinstitucionalizaciji je treba pristopiti premišljeno, postopoma, z natančnimi vmesnimi ocenami in prilagoditvami.

3. Prilagoditi je treba zakonodajo na način, da bo omogočala izvajanje oskrbe in nege v običajnih stanovanjskih kapacitetah, saj morajo posebni socialno-varstveni zavodi še vedno delovati v skladu z Zakonom o socialnem varstvu, ki jim ne nudi ustreznih podlag za delovanje v spremenjenih okoliščinah.
4. Več kot 40 % socialnih zavodov v državi trenutno posluje z izgubo, zato jim je treba zagotoviti dovolj finančnih sredstev, da bodo lahko izvedli nujno potrebne prenove prostorov in prilagodili storitve na področju deinstitucionalizacije v skladu s pričakovanji.
5. Pri zagotavljanju finančnih sredstev za izvajanje deinstitucionalizacije je treba upoštevati povečanje stroškov pri prehodu iz institucionalizirane v skupnostne oblike skrbi, saj razpršena oblika izvajanja storitev prinaša dodatne materialne stroške in stroške, povezane s kadri.
6. Uskladiti je treba zahteve iz zakonodaje s področja deinstitucionalizacije in zahteve inšpekcijskih služb (npr. preverjanje prisotnosti legionele v stanovanjskih skupnostih), saj slednje otežuje izvajanje storitev v skupnosti v prid uporabnikom.

O pravi deinstitucionalizaciji bo lahko govora šele takrat, ko bodo bivalne skupnosti in stanovanjske skupine izenačene z drugimi oblikami so-bivanja (npr. več-generacijskih družin) in ne bodo še vedno obravnavane kot ena od oblik institucionalne oskrbe.

7. Zagotoviti je treba razvoj novih virov pomoči, podpore in prilagojenih podpornih storitev z namenom krepitve podpore uporabnikom, ki niso v celoti sposobni načrtovanja ciljev ali razumevanja svojih potreb, s poudarkom na razvoju profila ključnega delavca (lahko je eden od zaposlenih strokovnjakov, nekdo iz skupnosti ali uporabnik storitev), ki je zaveznik uporabnika pri doseganju njegovih ciljev in si ga uporabnik izbere sam.
8. Zagotoviti je treba ustrezno kadrovsko podporo in izobraževanje kadrov – potrebno je zagotoviti ustrezno usposobljen in številčno zadosten strokovni (s področja socialnega varstva, zdravstva in nege) in podporni kader (dosedanja plačna skupine J), ki bo sposoben/zmožen izvajati zahtevane in želene oblike podpore.
9. Poklice v socialnem varstvu in zdravstveni negi, v povezavi s skupnostnimi oblikami storitev, je treba narediti bolj privlačne za mlade, predvsem na podlagi iskanja inovativnih rešitev, prilagajanja delovnega časa itd.
10. Pri oblikovanju ciljev in ukrepov je treba upoštevati znanje, izkušnje in potrebe uporabnikov in v skladu s tem nadgrajevati strokovne metode.

11. Pri nadaljnji deinstitucionalizaciji se je treba izogniti pojavoma transinstitucionalizacije (preselitev uporabnikov iz enih institucij v druge) in reinstitucionalizacije (vračanje uporabnikov iz skupnosti v institucije).
12. Urediti je treba vprašanje ustreznega ravnanja z odpadki pri izvajanju storitev v skupnosti, kar je ključno za zagotavljanje varnega delovnega okolja, zlasti na področju zdravstvene nege.

Na področju socialnega varstva:

1. Vzpostavitev pogojev za selitev uporabnikov iz institucij v skupnost mora biti v domeni države in ne CSD, pri čemer morajo KOS in KIV skrbeti za koordinacijo virov, vzpostavitev mreže pomoči in omogočiti povezavo osebe z viri in izvajalci. Pri tem morajo biti KOS in KIV ob človeku in na njegovi strani.
2. Zagotoviti je treba dodatna usposabljanja za delo z zahtevnejšimi uporabniki za strokovne delavce CSD.
3. Proučiti je treba možnost uvedbe poklicnega profila socialnega tehnika.
4. Zagotoviti je treba podporo že obstoječim zaposlenim pri preoblikovanju njihove vloge v sistemu, s poudarkom na terenskem delu in dosegljivosti za uporabnika.
5. Zagotoviti je treba delovna mesta vrstniških podpornih delavcev v vseh skupnostnih službah. Pri tem mora biti tovrstna podpora, ki so jo do zdaj nekateri uporabniki sistema vrstnikom nudili brezplačno, finančno vrednotena enako kot delo ostalih izvajalcev podpornih nalog v sistemu. Njihove izkušnje so namreč neprecenljive.
6. Vrstniški podporni delavci naj bodo predvideni tudi kot del zaposlenih v Centru za zagovorništvo, katerega vzpostavitev predvideva Strategija za deinstitucionalizacijo, saj se bo le na podlagi dobrega razumevanja potreb uporabnikov prepoznalo prave načine za nudenje podpore uporabnikom sistema.
7. Zagotoviti je treba ustrezne finančne spodbude za opravljanje dela v socialnem varstvu (osnove za plače, ki so najmanj 20 % višje od osnove za plače na primerljivih delovnih mestih v drugih dejavnostih), predvsem za delo na terenu, saj bo ustrezno vrednotenje dela privabilo in motiviralo kadre, ki so ključni za uspešno izvajanje storitev v skupnosti.

Na področju zdravstvene nege

1. V okviru izvajanja storitev v skupnosti je treba zagotoviti visok nivo kakovostne in varne zdravstvene nege v skladu s smernicami s tega področja, saj je zdravstvena nega ključnega pomena pri zagotavljanju celostne oskrbe oseb s posebnimi potrebami ter težavami v duševnem zdravju, tudi v deinstitucionaliziranem sistemu. Poseben poudarek mora biti dan kompleksnosti potreb uporabnikov, zagotavljanju visoko usposobljenega kadra in prilagodljivih modelih dela.

2. Nadgrajevati je treba že dosežene standarde na področju zdravstvene nege in hkrati iskati nove poti za izboljšave ter zagotavljati izvajanje storitev v skupnosti v kontroliranem in varnem okolju, kar je z vidika dolgotrajnosti in učinkovitosti izvajanja storitev pomembno tako za uporabnike kot tudi za izvajalce zdravstvene nege.
3. Zagotoviti je treba večjo fleksibilnost zakonodajnega okvira in prilagoditi zakonodajo na način, da se omogoči izvajanje zdravstvenih dejavnosti v stanovanjskih enotah. V njenem okviru je treba določiti minimalne standarde za infrastrukturo, kadre in opremo, da bo zagotovljena kakovostna in varna oskrba.
4. Iskati je treba sistemske rešitve za zagotavljanje varnega in motivirajočega delovnega okolja za izvajalce zdravstvene nege, vključno z ustrezno podporo kadru, zagotavljanjem njihove zaščite in dobrega počutja pri delu ter jasnim ločevanjem nalog med zdravstveno nego in osnovno oskrbo.
5. Vzpostaviti je treba ustrezno razlikovanje med načini izvajanja zdravstvene nege oseb s kompleksnimi potrebami. Medtem ko različne skupine uporabnikov potrebujejo specifičen pristop, imajo na primer mnogi uporabniki z intelektualnimi ovirami težave z duševnim zdravjem in obratno. Te kombinacije zahtevajo celostno obravnavo in visoko raven usposobljenosti izvajalcev zdravstvene nege, da lahko zagotovijo prilagojeno in varno zdravstveno nego uporabnikov.
6. Poiskati je treba rešitve za zagotavljanje dovoljšnjega števila dodatnih kadrov s področja zdravstvene nege za celostno obravnavo uporabnikov v skupnosti, brez prekomernega obremenjevanja obstoječih kadrov, saj zaposleni v zavodih že zdaj opravljajo delo izven njihovega opisa delovnih nalog (delo čistilke, kuharice, perice, socialnih delavcev ...), 940 patronažnih medicinskih sester pa delo opravlja s 120-odstotno zmogljivostjo.
7. Zagotoviti je treba dodatna usposabljanja za izvajalce zdravstvene nege za izvajanje specifičnih storitev (obvladovanje kroničnih bolezni, rehabilitacija, psihiatrična zdravstvena nega ter obravnava nevroloških bolezni, paliative, sladkorne bolezni in onkološke obravnave), ki zahtevajo dodatna znanja in kompetence (vedenjska kontrola, deeskalacijske tehnike, kinestetika, bazalna stimulacija, asertivna komunikacija in podpora pri nadomestni komunikaciji).
8. Vzpostaviti je treba mobilno zdravstveno-negovalno službo, ki bo specializirana za delo z osebami s posebnimi potrebami in bo vključevala širok spekter strokovnjakov, kot so izvajalci zdravstvene nege, psihiatri, psihologi, fizioterapevti, socialni delavci in delovni terapevti.

e) PODPORA UPORABNIKOM IN NJIHOVIM SVOJCEM TER NJIHOVO AKTIVNO VKLJUČEVANJE V NADALJNJE PROCESE DEINSTITUCIONALIZACIJE

1. Vsak posameznik si zasluži, da je spoštovan, da živi dostojno in samostojno življenje, da ima varno okolje in občutek pripadnosti, pri čemer je naloga družbe, da prepozna, kdo za to zmore poskrbeti sam, kdo pa pri tem potrebuje pomoč in podporo ter do katere mere.

2. Obravnava uporabnika mora biti celostna (zdravstvena in psihosocialna oskrba, zagotavljanje ustrezne nastanitve, dela, omogočanje vključevanja v prostočasne aktivnosti, grajenje socialne mreže itd.), podpora pa mora biti individualizirana – prilagojena vsakemu posamezniku.
3. Uporabniki se morajo v sistem deinstitutionalizacije vključevati prostovoljno in na podlagi svoje lastne želje po spremembi, pri tem je treba v prvi vrsti skrbeti za zaščito njihovega dostojanstva.
4. Podporo je treba zagotavljati tudi uporabnikom, ki živijo v domačem okolju, izven bivalnih skupnosti, stanovanjskih skupin in zavodov, s poudarkom na zagotavljanju kriznih namestitvev v skupnosti v primeru pojava potreb (npr. ob smrti oskrbovalcev).
5. Upoštevati je treba heterogene potrebe uporabnikov v stanovanjskih skupinah in bivalnih enotah, ki jih je težko usklajevati, hkrati pa slediti načelu enake ravni podpore vsem uporabnikom storitev, kar predstavlja izziv za izvajalce storitev.
6. Poudarek je treba dati aktivnemu času, ki se ga namenja uporabnikom z vidika podpore njihovem samostojnemu življenju, za kar pa je treba imeti na voljo dovolj kadra.
7. Proučiti je treba možnost združitve individualnega načrta, ki se ga pripravi uporabniku socialnovarstvenih storitev z vidika zagotavljanja specifične podpore, in osebnega načrta, ki se ga za uporabnika pripravi v okviru procesa deinstitutionalizacije. Predlaga se, da se uporabniku pripravi zgolj osebni načrt, ki bi vseboval tudi elemente individualnega načrta, pri čemer bi moralo biti omogočeno prilagajanje njegove vsebine glede na uporabnikove potrebe in želje.
8. V primerih, ko potrebe uporabnika presegajo obseg pomoči programa koordinacije oskrbe v skupnosti, je zanj nujno potrebno razviti druge ustrezne oblike pomoči in storitev.
9. Načine pomoči uporabniku za življenje v skupnosti je treba postopno nadgrajevati z namenom sprotne utrditve novega načina njegovega življenja in postopnega prehoda v lokalno skupnost.
10. Uporabnika je treba opolnomočiti s čim več veščinami, da bo lahko sam zadovoljeval svoje potrebe.
11. Z vidika zagotavljanja podlage za dejansko samostojno odločanje posameznika o svojem življenju in z njim povezanih podrobnostih (kraj stalnega bivanja, način so-bivanja, upravljanje finančnih sredstev itd.) bi bilo treba proučiti ustreznost instituta postavljanja pod skrbništvo (uveden z novo različico Družinskega zakonika iz 2019).

Možnost uveljavljanja pravic iz naslova deinstitutionalizacije v polni meri je namreč pogosto povezana ravno z vprašanjem poslovne sposobnosti posameznika, saj se na podlagi postavitve skrbnika posameznik pogosto znajde

v primežu odločitev drugih ljudi (skrbnikov, strokovnih delavcev na CSD, zaposlenih v institucijah ...) in ne more sam odločati o svojem življenju.

Uporabniki institut postavljanja pod skrbništvo zaznavajo kot pokroviteljski z vidika prepoznave njihove sposobnosti odločanja o sebi, prav tako ne prepoznajo bistvenih pozitivnih razlik med navedenim institutom in vsemi preteklimi instituti, ki jih je slednji nadomestil (odvzem poslovne sposobnosti in podaljšanje roditeljske pravice).

Po zgledu dobrih praks iz tujine bi bilo možno kot nadomestno rešitev uvesti t. i. skupno odločanje, odločanje s podporo ali zagovorništvo.

12. Zagotoviti je treba celostno skrb za uporabnike sistema z namenom preprečevanja socialne izolacije na podlagi deinstitucionalizacije. Posledično je v začetnih fazah prehoda v skupnostne oblike storitev uporabniku treba zagotoviti močnejšo podporno mrežo.

13. Zagotoviti je treba ustrezno podporo neformalnim oskrbovalcem (svojcem), ki zaradi nege družinskega člana ostanejo doma, zapustijo trg dela in prevzamejo skrb za družinskega člana nase. Ta odločitev lahko pripelje do socialne izključenosti, slabšanja materialnega položaja in slabšanja psihofizičnega stanja.

Proučiti je treba možnost podpore svojcem pri oskrbi na domu, bodisi na podlagi zagotavljanja začasne namestitve v druge oblike bivanja ali z drugo ustrezno podporo v primerih, ko potrebujejo pomoč in oddih od 24-urnega varstva ter oskrbe. Na tak način jim ne bo treba izbirati med namestitvijo v družini ali v instituciji, kot edinima alternativama.

14. Posebno pozornost in podporo je treba nameniti predvsem tistim oskrbovalcem (svojcem), ki se starajo in se že zdaj sprašujejo, kako bodo zmogli zagotoviti ustrezen nivo oskrbe na dolgi rok. Trenutno se v takšnih primerih pogosto zaznava pošiljanje prošenj za (začasno) namestitev uporabnikov v zavodih, kar pa ni cilj deinstitucionalizacije.
15. Uporabnikom je z namenom zagotavljanja bolj samostojnega življenja treba zagotoviti (njim prilagojeno) zaposlitev, pri čemer je treba zakonodajo s področja zaposlovanja preoblikovati na način, da bo omogočala spekter različnih zaposlitvenih možnosti za vse ljudi z oviranostjo glede na njihove potrebe, ne da bi izgubili statute in pravice.
16. Prav tako je treba spodbujati delodajalce k večji ponudbi ustreznih delovnih mest, npr. na podlagi vzpostavitve posebne platforme, ki naj se jo oblikuje skupaj z uporabniki in strokovnjaki, ki imajo izkušnje z zaposlitvami uporabnikov.
17. Zagotoviti je treba okolje, ki bo spodbujalo vključevanje in kakovostno življenje uporabnika sistema skozi celotno življenjsko obdobje. Takšna celostna obravnava, ki zahteva sodelovanje med različnimi sektorji – od zdravstvene in socialne oskrbe - ter aktivno vključevanje lokalnih skupnosti, ne le da lahko izboljša kakovost življenja uporabnikov, temveč tudi zmanjša pritisk na izvajalce in sistem kot celoto.

18. Zagotoviti je treba boljšo dostopnost do integriranih storitev izven zavodov (socialno varstvo, zdravstvo, izobraževanje, rehabilitacija, zaposlitev ...), s poudarkom na okrepljeni in kontinuirani podpori uporabnikom, vključno z zagotavljanjem dostopnosti do javnega prevoza, objektov v javni rabi ter ostalih dobrin in storitev, kot to predvideva Zakon o dostopnosti do proizvodov in storitev za invalide (ZDPSI) (Uradni list RS, št. 14/23).
 19. Zagotoviti je treba vse potrebne vire za delovanje mreže podpore, da uporabniki, zlasti tisti, ki potrebujejo 24-urno prisotnost izvajalca zdravstvene nege, ne bodo žrtve pomanjkljivosti sistema (stanovanje, finance, javni prevoz, kadri ...).
- Uporabnike sistema in njihove svojce je treba predhodno natančno informirati o stroških namestitvev v skupnosti ter zagotoviti sredstva za sofinanciranje tovrstnih oblik bivanja, tudi z vidika finančnih obremenitev občin z doplačili za tovrstne storitve.
20. Uporabnike je treba aktivno vključevati v vse systemske spremembe socialnega varstva na način, da se jim, če je le mogoče, omogoča, da o svojem načinu življenja odločajo sami in da si sami določajo cilje življenja v skupnosti.
 21. V pripravo ukrepov in rešitev na področju deinstitucionalizacije je treba aktivno vključiti tudi nevladne organizacije, v katere se povezujejo osebe s težavami v duševnem zdravju, ki po trenutni zakonodaji ne morejo pridobiti statusa invalida, zaradi česar tudi prej omenjene nevladne organizacije ne morejo pridobiti statusa invalidskih organizacij ter se enakopravno vključevati v procese posvetovanja o različnih vprašanjih, ki se dotikajo invalidov oziroma pravic oseb z invalidnostmi.«

Marko Lotrič
predsednik