

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

GREGOR LAPAJNE

MENTORICA: doc. dr. MOJCA UREK
SOMENTOR: izr. prof. dr. VITO FLAKER

ZAGOVORNIŠTVO V DUŠEVNEM ZDRAVJU IN
INSTITUT ZASTOPNIKA PRAVIC OSEB NA PODROČJU
DUŠEVNEGA ZDRAVJA

MAGISTRSKO DELO

LJUBLJANA 2011

IZJAVA O AVTORSTVU

KAZALO

| | |
|--|----|
| 1. UVOD..... | 6 |
| 1.1. OPREDELITEV PROBLEMA | 6 |
| 1.2. STRUKTURA NALOGE, RAZISKOVALNI CILJI, VPRAŠANJA IN TEZE | 9 |
| 2. ZGODOVINA DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PSIHIATRIČNE USTANOVE..... | 12 |
| 2.1. STARI VEK | 13 |
| 2.2. SREDNJI VEK | 15 |
| 2.3. NOVI VEK | 17 |
| 2.4. MEŠČANSKA REVOLUCIJA IN UVEDBA PSIHIATRIČNIH USTANOV | 18 |
| 2.5. DUŠEVNO ZDRAVJE V 20. STOLETJU | 20 |
| 2.5.1. Pojem totalne institucije | 21 |
| 2.5.2. Dezinstucionalizacija v drugi polovici 20. stoletja | 22 |
| 2.6. ZGODOVINA PSIHIATRIJE V SLOVENIJI..... | 24 |
| 3. MEDICINSKI MODEL DUŠEVNEGA ZDRAVJA..... | 26 |
| 3.1. RAZJASNITEV POJMOV DUŠEVNO ZDRAVJE IN TEŽAVE V DUŠEVNEM ZDRAVJU..... | 27 |
| 3.2. ZNAKI IN SIMPTOMI DUŠEVNIH MOTENJ..... | 29 |
| 3.3. DIAGNOSTICIRANJE IN KLASIFIKACIJA DUŠEVNIH MOTENJ..... | 32 |
| 3.4. ZDRAVSTVENA PODPORA LJUDEM S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU | 34 |
| 3.4.1. Zdravljenje z zdravili (farmakoterapija) | 35 |
| 3.4.2. Zdravljenje s psihološkimi sredstvi (psihoterapija)..... | 38 |
| 3.4.3. Posebne metode zdravljenja | 39 |
| 4. DUŠEVNO ZDRAVJE V SKUPNOSTI IN OBLIKE POMOČI..... | 40 |
| 4.1. DUŠEVNO ZDRAVJE V SKUPNOSTI IN SKUPNOSTNO NAČELO..... | 40 |
| 4.2. ZAKAJ DUŠEVNO ZDRAVJE V SKUPNOSTI? | 40 |
| 4.3. CILJI DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI..... | 43 |
| 4.4. NEKATERI KONCEPTI POMEMBNI ZA RAZVOJ DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI..... | 45 |
| 4.4.1. Normalizacija | 45 |
| 4.4.2. Krepitev moči | 47 |
| 4.4.3. Okrevanje | 50 |
| 4.5. SISTEM SKUPNOSTNIH SLUŽB IN PRISTOPOV | 53 |
| 4.5.1. Stanovanjske skupine in pomoč pri bivanju | 54 |
| 4.5.2. Dnevni centri | 56 |
| 4.5.3. Skupine za samopomoč..... | 57 |
| 4.5.4. Krizni centri, timi, in telefoni | 59 |
| 4.5.5. Programi pisarn za svetovanje in informiranje | 60 |
| 4.5.6. Obravnava v skupnosti..... | 62 |
| 5. ZAGOVORNIŠTVO V DUŠEVNEM ZDRAVJU | 63 |
| 5.1. RAZVOJ IN ZGODOVINA ZAGOVORNIŠTVA | 63 |
| 5.1.1. Prve zagovorniške iniciative v svetu | 63 |
| 5.1.2. Razmah zagovorniških gibanj in iniciativ v drugi polovici 20. stoletja..... | 65 |
| 5.1.3. Mednarodne zagovorniške organizacije na področju duševnega zdravja | 68 |
| 5.2. KONCEPTI, SPLOŠNE IDEJNE USMERITVE ZAGOVORNIŠTVA V DUŠEVNEM ZDRAVJU | 70 |
| 5.3. VRSTE ZAGOVORNIŠTVA | 73 |
| 5.3.1. Samozagovornišvo in kolektivno zagovornišvo | 73 |
| 5.3.3. Občansko zagovornišvo | 75 |
| 5.3.4. Neodvisno zagovornišvo | 76 |
| 5.4. ZAGOVORNIŠKA NAČELA | 79 |
| 5.4.1. Neodvisnost | 79 |
| 5.4.2. Brez predsodkov in vrednostnih sodb..... | 80 |
| 5.4.3. Jasen namen in vloga | 80 |

| | |
|---|-----|
| 5.4.4. Krepitev moči | 81 |
| 5.4.5. Zaupnost..... | 81 |
| 5.4.6. Nediskriminatornost, dostopnost in brezplačnost storitev | 82 |
| 5.5. ZAGOVORNIŠTVO V SLOVENIJI | 82 |
| 5.5.1. ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje | 85 |
| 5.5.2. Društvo OZARA | 85 |
| 5.5.3. Društvo MOSTOVI..... | 86 |
| 5.5.4. Društvo Novi Paradoks..... | 86 |
| 5.5.5. Potrebe po zakonskih spremembah na področju zagovorništva in oskrbe duševnega zdravja v Sloveniji..... | 87 |
| 5.6. MEDNARODNI DOKUMENTI IN SMERNICE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN ZAGOVORNIŠTVA V DUŠEVNEM ZDRAVJU | 89 |
| 5.6.1. Globalni akcijski program SZO na področju duševnega zdravja..... | 89 |
| 5.6.2. Deklaracija duševnega zdravja za Evropo in Zelena knjiga..... | 91 |
| 5.6.3. Resolucija generalne skupščine OZN 46/119..... | 92 |
| 6. ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU..... | 94 |
| 6.1. SPLOŠNE DOLOČBE ZAKONA O DUŠEVNEM ZDRAVJU | 94 |
| 6.2. PRAVICE OSEB V ODDELKIH POD POSEBNIM NADZOROM IN VAROVANIH ODDELKIH..... | 95 |
| 6.2.1. Varovanje človekovih pravic, temeljnih svoboščin in dostojanstva..... | 96 |
| 6.2.2. Druge pravice..... | 97 |
| 6.3. POSTOPKI PRED SODIŠČEM IN POSTOPKI SPREJEMA NA ZDRAVLJENJE ALI V OBRAVNAVO | 99 |
| 6.3.1. Sprejem na zdravljenje s privolitvijo | 99 |
| 6.3.2. Sprejem na zdravljenje brez privolitve na podlagi sklepa sodišča | 100 |
| 6.3.3. Sprejem na zdravljenje brez privolitve v nujnih primerih..... | 101 |
| 6.3.4. Podaljšanje zadržanja in premestitev iz oddelka pod posebnim nadzorom | 102 |
| 6.3.5. Postopek sprejema v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda..... | 102 |
| 6.4. NADZOROVANA OBRAVNAVA..... | 103 |
| 6.5. MEDNARODNA PRAVNA PRIMERJAVA ZAKONA O DUŠEVNEM ZDRAVJU..... | 104 |
| 7. INSTITUT ZASTOPNIKA PRAVIC OSEB NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA..... | 107 |
| 7.1. TERMINOLOGIJA ZASTOPNIK/ZAGOVORNIK IN UPORABNIK/ZASTOPANEC/KLIENT..... | 107 |
| 7.2. ZAKONSKA UREDITEV PROFILA ZASTOPNIKA..... | 108 |
| 7.2.1. Pogoji in postopki imenovanja zastopnika | 108 |
| 7.2.2. Postopek izbire zastopnika | 110 |
| 7.2.3. Naloge zastopnika | 110 |
| 7.2.4. NAČELA DELOVANJA ZASTOPNIKOV..... | 111 |
| 7.3. INSTITUT ZASTOPNIKA IN PRIMERJAVA Z MEDNARODNIMI SMERNICAMI IN MODELI ZAGOVORNIŠTVA V DUŠEVNEM ZDRAVJU | 113 |
| 7.3.1. Anglija..... | 113 |
| 7.3.2. Avstrija | 114 |
| 7.3.3. Nizozemska | 115 |
| 7.3.4. Švedska | 116 |
| 7.3.5. Zakonska ureditev zastopnikov v Sloveniji in primerjava z tujino | 116 |
| 8. METODOLOGIJA IN OPIS EMPIRIČNEGA RAZISKOVANJA..... | 119 |
| 9. URESNIČEVANJE PRAVIC OSEB NA ODDELKIH POD POSEBNIM NADZOROM IN VAROVANIH ODDELKIH TER DELOVANJE ZASTOPNIKOV..... | 122 |
| 9.1. SPLOŠNA OCENA O STANJU NA ODDELKIH IN ZAGOTAVLJANJU ZAKONSKIH PRAVIC..... | 122 |
| 9.2. PRAVICA DO DOPISOVANJA IN UPORABE ELEKTRONSKE POŠTE, PRAVICA DO SPREJEMANJA IN POŠILJANJA POŠILJK | 124 |
| 9.2.1. Vloga zastopnika | 126 |
| 9.3 PRAVICA DO UPORABE TELEFONA..... | 127 |
| 9.3.1. Vloga zastopnika | 129 |

| | |
|--|-----|
| 9.4. PRAVICA DO OBISKOV..... | 129 |
| 9.4.1. Vloga zastopnika | 130 |
| 9.5. PRAVICA DO GIBANJA | 130 |
| 9.5.1. Vloga zastopnika | 133 |
| 9.6. PRAVICA DO SPOŠTOVANJA ČLOVEKOVIH PRAVIC IN TEMELJNIH SVOBOŠČIN, OSEBNOSTI, DOSTOJANSTVA TER DUŠEVNE IN TELESNE CELOVITOST | 134 |
| 9.6.1. Vloga zastopnika | 137 |
| 9.7. PRAVICA DO INFORMIRANJA..... | 138 |
| 9.7.1. Vloga zastopnika | 139 |
| 9.8. PRAVICA DO ZASTOPNIKA | 139 |
| 9.8.1. Vloga zastopnika | 140 |
| 10. ANALIZA PRIMEROV ZASTOPANJA GLEDE NA POTEK ZASTOPNIŠKE AKCIJE..... | 140 |
| 10.1. DOGOVOR O SODELOVANJU, DOLOČITEV CILJEV IN ŽELJA..... | 142 |
| 10.1.1. Smernice za delovanje | 146 |
| 10.2. INFORMIRANJE O RAZLIČNIH MOŽNOSTIH KAKO DOSEČI CILJE, IDENTIFIKACIJA KLJUČNIH VIROV IN DOLOČITEV NALOG ZA DOSEGO CILJA | 147 |
| 10.2.1. Smernice za delovanje | 149 |
| 10.3. IZVAJANJE ZASTOPNIŠKE AKCIJE..... | 149 |
| 10.4. ZAKLJUČEK SODELOVANJA IN EVALVACIJA | 150 |
| 10.4.1. Smernice za delovanje | 151 |
| 11. DELOVANJE ZASTOPNIKOV, OVIRE PRI SPOŠTOVANJU ZAGOVORNIŠKIH NAČEL | 151 |
| 11.1. NEODVISNOST IN SAMOSTOJNOST | 152 |
| 11.1.1. Smernice za delovanje | 153 |
| 11.2. SPOŠTLJIVOST IN KREPITEV MOČI..... | 154 |
| 11.2.1. Smernice za delovanje | 156 |
| 11.3. BREZ PREDSDOKOV IN VREDNOSTNIH SODB (NEDISKRIMINATORNOST)..... | 156 |
| 11.3.1. Smernice za delovanje | 158 |
| 11.4. ZAUPNOST | 159 |
| 11.4.1. Smernice za delovanje | 161 |
| 12. ANALIZA PRAKSE ZASTOPNIŠTVA GLEDE NA ZAKONSKE IN INSTITUCIONALNE OVIRE..... | 161 |
| 12.1. ZAKONSKE OVIRE PRI DELOVANJU ZASTOPNIKOV | 161 |
| 12.2. INSTITUCIONALNE OVIRE PRI DELOVANJU ZASTOPNIKOV..... | 167 |
| 13. RAZUMEVANJE PROFILA ZASTOPNIKA | 173 |
| 13.1. KAKO ZASTOPNIKI RAZUMEJO SVOJO VLOGO?..... | 173 |
| 13.2. KAKO UPORABNIKI RAZUMEJO PROFIL ZASTOPNIKA?..... | 175 |
| 13.3. KAKO STROKOVNO OSEBJE V USTANOVAH RAZUME PROFIL ZASTOPNIKA?..... | 177 |
| 14. ZAKLJUČEK | 181 |
| 15. TEMELJNA LITERATURA..... | 191 |
| 16. PRILOGE..... | 197 |

1. Uvod

1.1. Opredelitev problema

Verjamem, da smo prav vsi že slišali za zagovorništvo oziroma zagovornike. Vsak izmed nas ima tudi predstavo, kaj naj bi zagovorništvo bilo. Nekdo si pod tem pojmom lahko predstavlja uglajenega odvetnika, ki na sodišču brani svojega klienta, drugi imamo pred očmi starše, ki zagovarjajo svoje lastne otroke pred očitki okolice. Spet tretjim se lahko v misli prikrade podoba sovrstnika, ki zagovarja in brani svojega prijatelja v neprijetni življenjski situaciji. In prav v vseh teh situacijah gre za zagovorništvo v takšni in drugačni obliki. V prvem primeru lahko govorimo o profesionalnem zagovorništvu, kjer odvetnik (zagovornik) brani in zastopa stranko (klienta) v sodnih postopkih, v ostalih dveh primerih pa prepoznamo različne oblike laičnega zagovorništva. Tukaj zagovornik ni strokovnjak, ki se s tem profesionalno ukvarja, ampak oseba, ki v določenem trenutku zaradi svojih znanj, izkušenj in družbenega statusa lahko nudi pomoč in pomaga posamezniku v specifični situaciji. Ker so življenjske situacije, v katerih se pojavljajo potrebe po zagovorniških akcijah, zelo pestre in različne, so tudi oblike zagovorništva raznolike. Tako poznamo samozagovorništvo, vrstniško zagovorništvo, kolektivno zagovorništvo, občansko zagovorništvo. Za vsako izmed naštetih oblik zagovorništva so značilne različne funkcije, a se po drugi strani vse oblike tako profesionalnega kot laičnega zagovorništva med seboj dopolnjujejo in ljudem omogočajo, da dobijo podporo, ko jo potrebujejo. Ko govorimo o podpori, imamo v mislih predvsem dosledno zagovarjanje pravic, interesov zastopancev in skrb za njihovo spoštovanje oziroma uveljavljanje. Zagovorniki so pogosto edini, ki so povsem na strani uporabnika, zato je njihova vloga še toliko pomembnejša. Tanja Lamovec (2006) pravi, da imajo zagovorniki navadno še druge cilje. Prizadevajo si navezati pristen osebni stik s posameznimi zastopanci ter jih spodbujajo, da z njihovo podporo prevzamejo aktivno vlogo pri uveljavljanju svojih interesov.

Zagovorništvo lahko tako vidimo v novi luči. Čeprav so vsi posamezniki pred zakonom enaki in ne smejo biti nobenemu kršene temeljne človekove pravice in svoboščine, se nekateri znajdejo v težjem položaju kot drugi. Nekateri posamezniki lahko zaradi svojega položaja, statusa v družbi ali zaradi znanja sami poskrbijo, da so jim odvzete pravice povrnjene, oziroma jih znajo sami ustrezno zaščititi. Na drugi strani pa so številni ljudje, ki se zaradi svojega družbenega položaja ali drugih okoliščin znajdejo v izrazito neenakopravnem položaju, ko so jim pravice kršene ali odvzete. Posamezniki, ki so najbolj ranljivi, so seveda otroci ter pripadniki različnih marginalnih družbenih skupin. Ti ljudje se pogosto zaradi neinformiranosti niti ne zavedajo, da so jim posamezne pravice kršene, zato nujno potrebujejo zagovor-

nika, ki jih o njihovih pravicah informira in jim pomaga pri uveljavitvi le-teh. Še pogosteje pa se zgodi, da se ljudje kljub poznavanju svojih pravic znajdejo v neenakopravnem položaju zaradi nesorazmerne razporeditve moči, ki vlada med njimi in različnimi ustanovami. V teh primerih je tako funkcija zagovorništva predvsem »uravnoteževanje razmerij moči med ustanovo in uporabniki ter posredovanje pri nesoglasjih« (*ibid.*: 224). Govorimo o zagovorništvu kot orodju, ki omogoča krepitev moči najbolj ranljivih družbenih skupin ljudi.

V tej magistrski nalogi bom tako pozornost posvetil, prav zagovorništvu ene od najbolj ranljivih skupin ljudi. Predstavil bom koncept zagovorništva, ki je v oporo ljudem s težavami v duševnem zdravju. Ta skupina ljudi je še posebej ranljiva zaradi narave pravic, ki so jim lahko kršene. Ne govorim samo o tem, da so stigmatizirani, etiketirani in pogosto potisnjeni na obrobje družbe, ampak so jim v postopkih zdravljenja pogosto odvzete osnovne pravice do gibanja, informiranja, medosebnih stikov, spoštljivega ravnanja. Ti ljudje se na žalost še danes prepogosto znajdejo v neenakopravnem položaju v odnosu z institucijami, v katere vstopajo. V psihiatričnih in socialno varstvenih ustanovah ima v nekaterih primerih osebnost še vedno preveč neomejeno moč nad uporabnikom. In prav koncept zagovorništva lahko predstavlja ključ do uspeha pri odpravljanju teh nesorazmerij. Zagovorništvo ljudem omogoča, da se zavejo svojih pravic in sprejmejo aktivno vlogo pri razreševanju težav.

Pri tem ni zadostno samo delovanje na osebni ravni, saj posamezniki zelo redko dosežejo širše sistemske spremembe. Tako kot do zdaj bo tudi v prihodnje še nadvse pomembno, da se ljudje, ki imajo izkušnje s psihiatričnimi ustanovami, širše družbeno organizirajo. Govorimo o bivših uporabnikih, ki lahko združeni v različna društva in skupine za samopomoč, začnejo delovati kot skupine pritiska pri oblikovanju javnih politik na tem področju. Ta proces se je v tujini začel odvijati v drugi polovici 20. stoletja, pri nas pa lahko o prvih takih poskusih poročamo šele ob koncu prejšnjega stoletja. Nekatero državo (ZDA, Anglija, Avstrija) so tako zaradi vpliva teh skupin v procesu oblikovanja javnih politik že pred leti sprejele zakonodajo in programe, ki so omogočile vzpostavitev raznih zagovorniških služb za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Pri nas pa je do tega premika prišlo šele v letu 2008, ko je državni zbor sprejel *Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*. Ta prinaša bistvene inovacije v naš prostor kot so: obveznost odvetniške podpore uporabnikom v postopkih pred sodiščem; zastopništvo in zastopnik (koncept zagovorništva in zagovornik); nadzorovana obravnava v skupnosti in koordinator v skupnosti; nacionalni program duševnega zdravlja.

Zagovorništvo v duševnem zdravju je s tem zakonom tudi v Sloveniji delno dobilo mesto, ki mu pripada. Institut zastopnika, ki je na voljo osebam v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih psihiatričnih bolnišnic in socialno varstvenih zavodov, pa

omogoča delno odpravo nesorazmerja moči med posameznikom in institucijo, ki smo mu skozi dolga leta bili priča. Prav zato je tako pomembno, da se je institut zastopnika končno vzpostavil tudi v praksi. Zastopniki so s 1. decembrom 2010 začeli svoje delo na oddelkih pod posebnim nadzorom psihiatričnih bolnišnic, seveda pa je treba delovanje instituta v praksi še celovito uveljaviti, kar predstavlja najtežji del naloge, ki je trenutno pred nami. Ob tem moramo odmisлити nekatere pomisleke, da je lik zastopnika premalo ambiciozno zasnovan, da so njegove naloge preozko zastavljene in da lik opravlja le nekakšno inšpekcijsko vlogo. Koncept moramo pozdraviti kot dobrodošlo zakonsko novost. Kot vsaka novost ima zagotovo nekatere pomanjkljivosti, ki se kažejo v začetni praksi delovanja in težavah pri vzpostavljanju zastopniške mreže. Mnogi opozarjajo predvsem na velik odpor psihiatrije, ki na žalost ta institut vse preveč dojame kot nadzorno funkcijo nad njihovim strokovnim delom. Vendar pa ne gre pozabiti tudi na druge težave, ki so se pojavile v začetni fazi delovanja. Pričakovanja, da bo zastopnik odpravil kar vse probleme in nezadovoljstva, ki jih imajo ljudje s težavami v duševnem zdravju v procesu zdravljenja/obrnave, so nerealna. V določeni meri lahko govorimo tudi o odporu s strani tistih, ki jim je ta institut na voljo. Le malo ljudi išče podporo pri zastopniku, saj jim ta vloga trenutno predstavlja veliko neznanko in gojijo do nje določeno distanco. Nenazadnje pa velja poudariti tudi težave, s katerimi se soočajo sami zastopniki. Poleg nezaupanja zdravstvenega osebja in uporabnikov je tu še vprašanje njihovega delovanja v okviru obstoječega zakona. Kje so meje pristojnosti in naloge delovanja, kakšna bo nadaljnja organiziranost zastopniške službe? Kakšno prakso naj razvijejo v svojem delovanju? Vsekakor imajo trenutno tudi zastopniki sami številne dileme glede svoje vloge.

V zgodovini duševnega zdravja se je vse prevečkrat zgodilo, da so se nekatere dobre ideje prelevile v svoje nasprotje ali pa so pogosto ostale le mrtva črka na papirju, saj se niso uresničevale.¹ Prav zaradi takih izkušenj bo potrebno v prihodnje skrbno spremljati izvajanje novega *Zakona o duševnem zdravju* v praksi. V ta namen bo potrebno poskrbeti za zbiranje odzivov, mnenj, pričevanj. V prvi vrsti je tu odziv samih uporabnikov, poleg njih pa še vseh drugih, kot so: zastopniki, koordinatorji, psihiatri, svojci. Na podlagi teh podatkov pa bo potrebno pretehtati nadaljnje ukrepe in zakonske spremembe na področju duševnega zdravja.

¹ V preteklosti so tako znani primeri, ko psihiatrične bolnišnice niso pravočasno obvestile predstavnika sodišča ob prisilni hospitalizaciji uporabnikov in so s tem bistveno kršile zakonske predpise. Take primere je zabeležila tudi prva profesionalna zagovorniška skupina pri nas, ki je bila ustanovljena v okviru društva ALTRA. Več o tem, si lahko preberete tudi v prispevku Tanje Lamovec *Razvoj zagovornišva za uporabnike psihiatrije v Sloveniji*.

1.2. Struktura naloge, raziskovalni cilji, vprašanja in teze

Magistrska naloga je razdeljena na dva dela, in sicer na teoretičen in empiričen del raziskovanja. Oba dela sta med seboj povezana na način, da bom v prvem teoretičnem delu predstavil najbolj relevantne teme, ki bodo pomagale razumeti koncept zagovornišva v duševnem zdravju. V drugem empiričnem delu pa bom predstavil in raziskal delovanje profila zastopnika, ki ga je vpeljal *Zakon o duševnem zdravju*.

Kot rečeno, je cilj teoretičnega raziskovanja čim bolj prikazati različne vsebine, ki so pomembne za razumevanje zagovornišva ljudi s težavami v duševnem zdravju. Tukaj gre za preglede in povzetke dosedanje strokovne literature in rezultate že opravljenih raziskav na področju duševnega zdravja in zagovornišva. Seveda je strokovne literature in raziskav, tako naše kot tuje, veliko, zato je nemogoče zaobjeti vse vidike in poglede na problematiko duševnega zdravja, ki jih podajajo številni avtorji. Tisti, za nas najpomembnejši teoretični vidiki, pa so za lažje razumevanje v nalogi smiselno urejeni v štiri vsebinske sklope.

V prvem teoretičnem delu naloge bom na kratko prikazal zgodovino duševnega zdravja, oziroma zgodovino skrbi za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Poseben poudarek bo na zgodovini psihiatričnega zdravljenja. Tu bom eno podpoglavje namenil tudi zgodovini psihiatrije v Sloveniji. Prav preko pregleda različnih zgodovinskih obdobij spoznamo, da se je tudi psihiatrija in s tem povezano pojmovanje vzrokov duševnih »bolezni« spreminjalo in prilagajalo v času in z družbo. Tako je psihiatrija vedno močno povezana s prevladujočimi družbenimi prepričanji. Cilj tega dela je predvsem ta, da nam pomaga razumeti, zakaj je zgodovina psihiatrije in psihiatričnih ustanov stara približno 200 let. Odgovoril bom na raziskovalna vprašanja, kot so: zakaj družba že prej ni potrebovala teh institucij, kje je družba prej nudila prostor osebam s težavami v duševnem zdravju. Nenazadnje so take in drugačne oblike »morosti« bile vedno prisotne.

V drugem teoretičnem sklopu naloge bom skušal opredeliti duševno zdravje, težave v duševnem zdravju in oblike pomoči, ki so danes na voljo ljudem. Tukaj bom odgovoril na raziskovalna vprašanja, kot so, kaj sploh je duševno zdravje in kako ga opredelimo? Zakaj sploh obravnavamo (zdravimo) ljudi s težavami v duševnem zdravju in kakšne so možnosti podpore tem ljudem? Iz vidika naloge je pomembno, da bo ta sklop predstavil dva nasprotujoča teoretična pogleda na duševno zdravje in obravnavo ljudi s težavami v duševnem zdravju, in sicer medicinski model/pristop na eni strani ter skupnostni model/pristop na drugi. Pod pojmom medicinski model razumem pojmovanje težav v duševnem zdravju predvsem kot duševno motnjo oziroma bolezen, ki jo je mogoče zdraviti z pomočjo znanja medicine oziro-

ma psihiatrije, psihoterapevtskih tehnik in zdravil. V nasprotju z medicinskim pristopom se skupnostni model obravnave mnogo bolj osredotoča na spreminjanje življenjskih okoliščin (okoliščin, ne posameznika), urejanju medosebnih odnosov in podporo tako uporabniku kot njegovim bližnjim. Večina težav v duševnem zdravju izhaja iz sistema neurejenih družbenih odnosov in konfliktov, v katerih se znajdejo osebe. Skupnostni pristop postavlja v ospredje socialno podporo posamezniku v obliki razvoja novih vmesnih struktur in osebnih storitev, ki nadomeščajo bolnišnično zdravljenje. Take strukture so na primer krizni centri/timi, stanovanjske skupine, skupine za samopomoč, osebni paketi storitev.

Tretji teoretičen del naloge bo namenjen zagovorništvu v duševnem zdravju. Začel bom z opredelitvijo ciljev in funkcij tega koncepta, ki se v najširšem smislu zavzema za zaščito temeljnih človekovih pravic in dostojanstva ljudi s težavami v duševnem zdravju. Predstavil bom načela in vrste zagovorništva. Funkcije, načela in vrste zagovorništva bomo najlažje razumeli skozi pregled zgodovinskega razvoja zagovorništva in okoliščin, zaradi katerih je nastalo. Tako bomo videli zakaj moramo na zagovorništvo na eni strani gledati kot »na borbo za emancipacijo obrobnih družbenih skupin, namenjeno zagotavljanju polnopravnosti in nadomeščanja primanjkljajev tistih posameznikov, katerih moč je šibka, prezrta in neenakovredno zastopana v primerjavi s polnopravnimi člani družbe« (Flaker 2003: 41), po drugi strani pa tudi, kot na družbeno gibanje, ki se trudi za dosego širših sistemskih sprememb. Prav zagovorniška gibanja skupaj z uporabniškimi so bila namreč pomemben faktor pri procesu dezinstitutionalizacije. Pri zgodovini zagovorništva bom povzel tudi razvoj tega koncepta v Sloveniji. Čeprav je ta zgodovina kratka, bom skušal predstaviti tako prve zagovorniške pobude, akcije in eksperimente v 70-ih in 80-ih letih prejšnjega stoletja kot prve zares organizirane poskuse uveljavljanja zagovorništva pri nas v 90-ih letih. V tem delu bom predstavil tudi nevladne organizacije in društva, ki izvajajo zagovorniške storitve za uporabnike psihiatrije. Na koncu poglavja namenjenega zagovorništvu, bom opredelili smernice na nivoju EU, OZN in SZO, ki se nanašajo na področje zagovorništva v duševnem zdravju. To nam bo pomagalo razumeti, kakšen model zagovorništva razvijamo pri nas z uvedbo zastopnikov in katerim mednarodnim smernicam sledimo.

Četrty in peti sklop naloge sta tako teoretične kot empirične narave. Četrty sklop naloge bo posvečen predstavitvi novosti, ki jih prinaša ZDZdr, in empirični mednarodni primerjavi zakonodaje na področju duševnega zdravja, kjer me bo zanimalo predvsem, kako je v tujini urejen postopek prisilne hospitalizacije in kakšne so pravice oseb v teh postopkih.

V petem sklopu pa se bom osredotočil na pravni vidik zagovorništva v Sloveniji, ki ga z uvedbo instituta zastopnika prinaša ZDZdr. V tem delu naloge bo cilj natančno analizirati

vse zakonske določbe, ki so pomembne za delovanje zastopnikov v praksi. Poskušal bom predstaviti model zagovorništva (institut zastopnika), kot ga opredeljujejo zakonski predpisi, nato pa bom ta model umestili tudi v mednarodni prostor. V empirični raziskavi bom institut primerjal z angleškim modelom neodvisne zagovorniške službe na področju duševnega zdravlja IMHA (ang. *Independent Mental Health Advocacy*), avstrijskim in nizozemskim modelom neodvisnega bolniškega zagovornika in institutom osebnega ombudsmana na Švedskem. V tem sklopu naloge bom zlasti odgovoril na raziskovalna vprašanja, kot so: kakšne so naloge zastopnika po zakonu, kakšna so načela in okvirji njegovega delovanja, kakšni so pogoji za njegovo imenovanje in sistem izobraževanj, ali lahko institut zastopnika primerjamo z modeli zagovorništva v drugih evropskih državah ali pa oblikujemo v Sloveniji povsem nov, specifičen model zagovorništva v duševnem zdravju. V tem delu naloge bom raziskoval tezi:

- Teza 1: *institut zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravlja, kot ga določa zakonodaja, je v svojem delovanju in nalogah omejen in ne sledi vsem idejnim usmeritvam zagovorništva v duševnem zdravju.*
- Teza 2: *Zakon o duševnem zdravju, z institutom zastopnika, v Sloveniji uvaja model neodvisnega zagovorništva v duševnem zdravju, ki je mednarodno primerljiv.*

V empiričnem delu naloge bom skušal čim bolj celovito predstaviti profil zastopnika in njegovo delovanje v praksi. Tako kot teoretičen je tudi empiričen del raziskave smiselno urejen v sklope. V prvem sklopu empiričnega raziskovanja bom na podlagi terenskega dela in zbranih odzivov s strani uporabnikov, zastopnikov in osebja v ustanovah preveril, kako se uresničuje zagotavljanje zakonsko opredeljenih pravic v ustanovah, kakšno je stanje na terenu in kje se kažejo potrebe po delovanju zastopnikov na področju varovanja pravic. Glavni raziskovalni vprašanja v tem delu sta: ali smo s sedanjo zakonodajo in institutom zastopnika, kot je sedaj zakonsko urejen, zadostno zaščitili uporabnika takrat, ko se ta znajde v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku, in kako lahko zastopnik z delovanjem pripomore k uresničevanju zakonsko zagotovljenih pravic. V tem delu bom preverjal tezo, ki se glasi:

- Teza 3: *institut zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravlja, kot ga uvaja ZDZdr, omogoča osebam v oddelku pod posebnim nadzorom in v varovanem oddelku, dodatno pravno varnost osebnih pravic in svoboščin.*

V drugem in tretjem sklopu empiričnega dela naloge bom skušal predstaviti oziroma odkriti težave in pomanjkljivosti do katerih je prišlo v začetni praksi delovanja zastopnikov. Predvsem imam v mislih ovire in težave, ki so tako ali drugače vplivale na neposredno delo s

klienti in uspešno izvajanje zastopniških akcij. Cilj tega dela je, da z analizo konkretnih primerov zastopanja in začetne prakse delovanja zastopnikov identificiram čim več vzrokov, ki omogočajo oziroma preprečujejo zastopnikom njihovo delovanje v maksimalno korist uporabnika. V tem delu bo moj cilj na podlagi rezultatov raziskovanja podati tudi splošne smernice, oziroma primere dobrih praks, ki bodo v pomoč pri delovanju zastopnikov. Smernice se bodo nanašale predvsem na to, kako vzpostaviti delovni odnos z zastopancem, identificirati želje in cilje zagovorniške akcije, narediti načrt zastopanja, določiti naloge, identificirati ključne vire, upoštevati načela neodvisnega zagovorništva v praksi in uspešno opraviti zagovorniško akcijo. Četrty sklop empiričnega raziskovanja se bo posebej osredotočal na težave, ki izhajajo iz razumevanja in prepoznavanja profila zastopnika. V teh dveh sklopih naloge bom raziskoval naslednjo tezo:

- Teza 4: *Pri delovanju zastopnikov lahko v praksi predvidevamo naslednje pomanjkljivosti:*
 - a) *vsebinske ovire pri delovanju zastopnikov zaradi neizoblikovane enotne prakse delovanja in novosti koncepta;*
 - b) *zakonske in institucionalne ovire, ki otežujejo delovanje zastopnikov v praksi;*
 - c) *ovire, povezane s prepoznavnostjo in razumevanjem vloge zastopnikov in različnimi pogledi, ki jo imajo na vlogo zastopnika, uporabniki, strokovno osebje, zastopniki.*

2. Zgodovina duševnega zdravja in psihiatrične ustanove

Zgodovina duševnega zdravja je dolga toliko kot sama zgodovina človeštva. Upam si trditi, da je večina duševnih težav, ki jih danes opredeljujemo kot depresije, manije, fobije, pestila ljudi že v prazgodovini. Nenazadnje o tem pričajo že stari miti in verski zapisi, ki navajajo številne zgodbe, povezane z norostjo in blaznostjo. Če bi želeli preučiti vse oblike norosti in odklonskosti mišljenja, v posameznih družbah skozi čas, bi verjetno nastalo obsežno delo, katerega preučevanje bi presehalo zmoglosti enega samega človeka, kajti »vsako zgodovinsko obdobje in vsaka kultura proizvaja značilne oblike drugačnosti, po katerih lahko prepoznamo predpisane vrednote te družbe« (Lamovec (2006: 9).

In prav v ta namen je vredno na začetku magistrskega dela na kratko orisati zgodovino duševnega zdravja. Nikakor tu ne želim predstaviti vseh oblik duševnih bolezni, ki so jih poznali v preteklosti. Prav tako se zavedam, da pri tako zgoščeni predstavitvi zgodovine ne morem zaobjeti vseh kultur, družb in zgodovinskih obdobj, ki dokazujejo, da norost pač nikoli ni imela univerzalnega pomena. Lahko pa že pri kratkem orisu posameznih zgodovinskih obdobj in odnosa, ki ga je družba imela do drugačnosti, dodobra potrdim tezo, da je v

praksi »*morost*« vedno družbeno pogojena. Tisto, kar odstopa od splošno sprejetih družbenih norm in pravil, je nenormalno ali nemoralno in je treba sankcionirati oziroma preprečevati. V primeru ljudi s težavami v duševnem zdravju je to vsaj v zadnjih 500 letih pomenilo, da so jih tako ali drugače zapirali. Najprej v ječe, temnice, azile, hiralnice v zadnjih dveh stoletjih pa v različne psihiatrične ustanove. Da je družba tista, ki pogojuje »*normalnost*«, najbolje opazimo, ko primerjamo posamezne družbe v današnjem času ali pa v posameznih zgodovinskih obdobjih. Kar je v zahodni družbi označeno s shizofrenijo ali bipolarno motnjo, je pri nekaterih ljudstvih Afrike, JV Azije ali Južne Amerike povsem normalen družbeni pojav (vedenje), ki ni deležen večje pozornosti. Tudi v zahodni družbi so bila nekatera družbena vedenja v preteklosti označena kot normalna, danes pa so opredeljena kot duševne motnje in obratno. Ker spolnost najpogosteje opredeljuje normalnost in nenormalnost v družbi, omenimo primer stare Grčije izpred 2000 let. Tam je bila pedofilija v nekaterih oblikah družbeno sprejemljiva, a danes seveda temu ni več tako. Po drugi strani pa so v zahodni družbi na homoseksualnost še pred pol stoletja gledali kot na duševno motnjo.

Pri predstavitvi zgodovine duševnega zdravja pa me še posebej zanima obdobje zadnjih 200 let, ko so se pojavile psihiatrične ustanove. Katere družbene spremembe so povzročile nastanek teh totalnih ustanov in kako so te vplivale na zgodovino skrbi ljudi s težavami v duševnem zdravju?

2.1. Stari vek

Večina starih civilizacij (Mezopotamci, Egipčani, Perzijci, Grki) je za bolezni iskala tako naravne kot nadnaravne vzroke. Pri tem je težko reči, ali so ločevali duševne bolezni od ostalih, so pa zagotovo vse družbe poznale določene oblike norosti. Lahko rečemo, da so, do pojava filozofije in medicine, v tem obdobju za duševne bolezni prevladovale številne in raznolike razlage, pri katerih so imeli osrednjo mesto bogovi, mitologija in vera. Takšne razlage bi lahko poimenovali tudi demonske razlage. V Mezopotamiji so se tako z zdravljenjem duševnih bolezni ukvarjali svečeniki in duhovniki, ki so z magičnimi in religioznimi obredi zdravili ljudi. Duševna motnja je bila zunanji izraz, ki je kazal na demonsko posedovanje duha. Eksorcizem, molitve in drugi obredi so služili za preganjanje zlih duhov iz telesa (Alexander 1966: 19). Podobno kot Mezopotamci so tudi Judje menili, da so vse bolezni posledica božje kazni za greh. Bog je bil tudi edini, ki je lahko te bolezni ozdravil, zato so tudi tu zdravljenje izvajali duhovniki, ki so se z molitvijo obračali neposredno na boga (*ibid*: 20). Za Mojzesa je bila za to, kar danes obravnavamo kot duševne bolezni, zaslužena kazen za

neposlušnost božjim zapovedim, saj zapiše (v Milčinski 1978: 9): »Gospod te bo udaril z blaznostjo, slepoto in bojazljivostjo srca«.

Egipčani so bili prvi, ki so pri razlagi bolezni večji poudarek dajali tudi medicini in delovanju človeškega telesa. Pred približno 4000 leti stari Egipčani tako niso ločevali med duševnim in telesnim zdravjem. Verjeli so, da imajo ne glede na simptome in znake vse bolezni fizični vzrok. Za duševne bolezni je bilo večinoma krivo srce. Tudi metode, ki so jih uporabljali za zdravljenje, so bile raznolike. Tako so naprimer uporabljali terapije s plesom, glasbo, risanjem, ki so pomagale izboljšati duševno stanje, uvedli pa so celo prve operativne posege glave. Še vedno pa so poleg telesnih vzrokov iskali tudi druge vzroke. Tako so duševne bolezni lahko nastale zaradi izgube denarja ali moči. V takih primerih so kot primerno zdravljenje predvideli pogovor in usmeritev k religiji in veri. Še bolj kot pri Egipčanih pa je medicina prišla do izraza pri starih Grkih. David Schaffer (2004) v članku *History of Mental Illness and Early Treatment in a Nutshell* predstavi, kako so na duševne bolezni v tem času gledali nekateri filozofi, zdravniki, učenjaki:

- *Homer*: je verjel, da so krivci za duševne bolezni bogovi, ki so posamezniku odvzeli razum. Ker je to posledica volje bogov, zdravila ni in tudi zdravljenje ni potrebno.
- *Socrates*: je imel podoben pogled. Duševne bolezni so bile »darilo« bogov in so celo pomenile neke vrste blagoslov, zato jih tudi ni potrebno zdraviti.
- *Aristotel*: je našel vzrok duševnih bolezni v melanholičnem vedenju. Zdravilo za take bolezni je bilo poslušanje glasbe.
- *Hipokrat*: je kot zdravnik priznaval medicinske razlage za nastanek duševnih bolezni. Predvsem je poudarjal pomen štirih telesnih tekočin. Za zdravljenje je priporočal različne oblike abstinenc, diet in telesno vadbo. V svojem znanem spisu *O sveti bolezni* dodobra opiše tudi epilepsijo.
- *Galen*: je vzrok iskal v spremembi delovanja možganov in neravnovesju telesnih tekočin.

Čeprav je večina dokazov posrednih in izvira iz starih zapisov (verski, miti, epi), se zdi, da je bilo v tem času ravnanje s posamezniki, ki so imeli duševne bolezni, zelo humano in iz današnje perspektive tudi zelo družbeno nestigmatizirano. Pogosto so na te ljudi gledali s posebno pozornostjo in so jih jemali kot žrtve v njihovem trpljenju. Le redki so primeri, ko so bili taki posamezniki družbeno zasmehovani ali izobčeni (Merkel 2003). Skrb za duševno zdravje posameznika je bila prepuščena predvsem posameznikom ali družinam, zato so se tudi zlorabe dogajale predvsem znotraj družinskih krogov. Še posebej v družbah, kjer je veli-

ko pomenil ugled družine, se je dogajalo, da so člane družine, ki so trpeli za duševno težavo skrivali pred okolico in pogosto zapirali znotraj doma (MacDonald 1991: 18).

Podobne razlage in odnos do duševnih bolezni so od starih Grkov prevzeli tudi Rimljani, vendar so bili Rimljani že bolj praktično organizirana družba in so poznali številne zakone. Tako so imeli tudi posebne statute za duševno bolne ljudi, katerim so določene pravice omejili. Kljub temu v teh zakonih ni sledu o kakem nehumanem ravnanju ali stigmatiziranju duševnih bolnikov. Celo nasprotno, duševne bolezni naj bi se preprečevalo s spodbujanjem prebivalcev k branju, izobraževanju in igranju (*ibid.*: 19).² Asklepiades (128–56 pr.n.š.), o katerem nekateri govorijo kot o očetu psihiatrije, se je zavzemal za human postopek obravnave duševno bolnih. Treba jih je tolažiti v njihovi pretirani zaskrbljenosti, odganjati žalostne misli z glasbo, potrebno jih je spodbujati in usmerjati, vendar počasi in na nevsiljiv način. Fran Milčinski (1978: 21) opozarja tudi na spise Caeliusa Aurelianus, ki je živel v 5. stoletju. V njih tako beremo, da je treba duševno bolne namestiti v svetle, tople in mirne prostore. Okna naj bodo nekoliko dvignjena od tal zaradi nevarnosti samomora, fizična sredstva pa naj se uporablja le pri vznemirjanjih, ampak ne preveč pogosto in dolgo časa, kajti vezanje povzroča rane. Priporoča sprehode, kopeli, telovadbo, pogovore, branje, gledališke predstave.

2.2. Srednji vek

Po vseh teh spodbudnih poročilih o negi in zdravljenju duševno bolnih iz antike se človek pravzaprav čudi, kam so izginila vsa ta izkustva v naslednjih 1500 letih. S prodorom krščanstva je prišlo tudi do velikih družbenih sprememb v zahodni družbi. Krščanski nauk je postal temelj za vso znanstveno raziskovanje in družbeno razlago sveta, ki sta prevladovala več kot naslednjih 1000 let. To pa je pomenilo, da so kolikor toliko racionalna pojmovanja duševnih bolezni znova nadomestili demonološki pogledi. Za ljudi s težavami v duševnem zdravju je to večinoma res bil mračni srednji vek. Koncept duševnih bolezni je bil vezan na moralna načela krščanstva. Vsak posameznik ima svobodno voljo in je odgovoren za svoja dejanja. Duševne bolezni so božja kazen za naša grešna dejanja ali pa je vzrok obsedenost s hudičem (Porter 2002: 17). Tako so duševne bolezni videne kot posledice grehov ali preizkus trdnosti vere. Ker greh pravzaprav pomeni oddaljitev od boga, lahko to pozdravimo le s ponovnim približanjem bogu preko molitve. Skrb za duševno zdravje je tako prevzela duhovščina, v ta namen pa so bili odprti tudi posamezni samostani (Macdonald 1991: 175), kjer pa so dobili primerno oskrbo le posvečeni pripadniki družbe. Cerkveni ideologi v srednjem veku so duševne bolezni obravnavali kot odsev obsedenosti s hudičem, zato so tudi iskali načine,

² Ni znano, ali so bili taki ukrepi namenjeni celotni populaciji ali samo višjemu sloju.

kako je možno iz človeškega telesa hudiča izgnati. Ni potrebno posebej poudarjati, da so za to uporabljali predvsem nehumane tehnike. Umetnost izganjanja hudiča ali eksorcizem je imela tudi uradni obrednik, ki je bil potrjen s strani papeža Pavla V. (Milčinski 1978: 10).

Krščanstvo tako v tem obdobju ni bilo prijazno do duševno bolnih. Molitve po večini niso dosegale želenega uspeha, zato so ljudi zapirali v ječe ali, celo zažigali na grmadah. Izrazito pošastne razsežnosti je imela demonologija v obdobju čarovniških procesov. Oreški (2008) piše, da so v času preganjanja čarovnic in nevernikov v 16. stoletju pobili več kot 200.000 ljudi, večinoma žensk. Cerkev je z močno manipulacijo z grehom vsiljevala ljudem neizmerne občutke krivde ob morebitnih duševnih stiskah. S pomočjo cerkvene manipulacije so bili tudi sami prepričani, da jih je obsedel hudič.

Zanimivo, da se je skrb za duševno zdravje na human način v tem času pojavila predvsem v islamskem svetu, kjer so poznali številna zdravilišča in bolnišnice, kjer so nudili pomoč tem ljudem. Kot poroča Sandwith (v Milčinski 1978: 22), je bila ena takih bolnišnic za duševno bolne v 13. stoletju v Kairu. Tam naj bi imel vsak pacient dva strežnika. Paciente, ki niso mogli spati, so uspavali z glasbo. Bili so pod stalno kontrolo priznanih zdravnikov. Rekovalescente so naprimer ločevali od akutno bolnih. Ne čudi, da so se take ustanove tudi v Evropi sprva pojavile v Španiji, od koder so se razširile na Francijo in Italijo (Göstl 1924). Ena prvih takih institucij je bila bolnišnica v Valenciji, ki je svoja vrata odprla leta 1406. Ni mnogo znanega o njenem delovanju, kljub vsemu pa naj bi bile razmere veliko boljše kot v azilih drugod po Evropi. Azili, ki so od 15. stoletja naprej postajali vse pogostejši, so bili znani predvsem po neustreznih življenjskih pogojih in zlorabah, ki so se v njih dogajale. Mnogo let te ustanove niso služile temu, da bi dejansko pomagale okrevati duševno bolnim, ampak so služile predvsem družbi in družinam, da sta se lahko znebili svojih motečih članov.

Renesančno obdobje, ki pomeni prehod iz srednjega veka v novi vek, poda novo družbeno razumevanje norosti. Dve najbolj splošni značilnosti renesančne miselnosti sta individualizem in naturalizem. Pojavi se tudi duhovno gibanje, imenovano humanizem, ki v ospredje ponovno postavi človeka in ne boga, ki ga tako poudarja srednji vek. Med humanistične mislece med drugim spada tudi Erazem Rotterdamski, ki napiše pesnitev *Hvalnica norosti* (Flaker 1998: 96). Humanizem (Oreški 2008) poudarja skladnost duše, telesa in razuma. Norost je bila del vsakdanjega življenja, bila je prisotna, seveda ne kot vrлина, vendar pa tudi ne kot odsotnost razuma, kot se to zgodi v poznejših obdobjih. Renesansa je edino obdobje, kjer ima norost tudi pozitivno konotacijo in ni stigmatizirana.

2.3. Novi vek

V 15. in 16. stoletju je prišlo na eni strani do upada moči cerkve, na drugi strani pa do vse večje sekularizacije. Prišlo je tudi do pomembnih družbenih sprememb z nastankom mest in pojavom tržnega gospodarstva. V tem času so napredovale tudi znanstvene vede, kot sta matematika in fizika, ki sta še dodatno spodkopali krščanski pogled na svet. Humanizem je v osrčje dogajanja postavil človeka in ne boga. Rast znanja iz anatomskih študij človeškega telesa je omogočila tudi nov pogled na duševne bolezni, ki je bil že mnogo kompleksnejši. Opis melanholije Richarda Burtona (v Merkel 2003) iz leta 1620 tako že predvideva, da je ta posledica eksternih okoljskih dejavnikov in notranjih človeških. Prav v času 17. in 18. stoletja je prišlo do pomembnega zasuka, ki je v naslednjih dveh stoletjih omogočil nastanek psihatrije. V tem času je namreč močno naraslo število ljudi, ki so imeli takšno ali drugačno duševno bolezen. Ko govorimo o porastu, moramo seveda imeti v mislih, da je družba tista, ki določa, kdo je normalen in kdo ne, tako, da gre vzrok za tako stanje iskati v družbenih spremembah tistega časa. Flaker (1998: 5) navaja, da gre za odgovor meščanske družbe, na probleme, ki jih prinaša naraščajoča industrializacija. Ta onemogoča tradicionalne oblike pomoči, skrbi in varstva v skupnosti. Duševni bolniki niso bili v posebno breme v predindustrijski delitvi dela, ki je potekalo na domu, ko pa se je preselilo v tovarno, so ostali brez varstva. Pomemben doprinos je imela tudi protestantska etika, ki vrednoti človek glede na njegovo sposobnost delati in biti produktiven. Kopičenje bogastva velja za izkaz božje milosti in je znak, da si božji izbranec. Reveže in duševno bolne so videli, kot znak božje nemilosti in zato zanje v družbi ni prostora. Duševni bolniki, reveži in druge skupine prebivalcev (kriminalci) so pomenili grožnjo za javni red in mir, zapori in ubožnice pa so bili več kot prikladni kraji za zapiranje teh skupin. Sistematično zapiranje duševnih bolnikov skupaj z drugimi deli prebivalstva se je tako začelo v 17. stoletju. Pojav, ki ga Foucault poimenuje »*veliko zapiranje*«, so izvajali vladarji skupaj z mestnimi oblastmi. Namen je seveda bil racionalno organizirati mesto brez motečih skupin, ki onemogočajo mir ostalim ljudem (Flaker 1993: 6). V tem času so vse skupine zapirali v institucije splošnega tipa (zapori, ubožnice). Razmere v teh institucijah so bile iz današnje perspektive popolnoma nevzdržne in grozne. Zaporniki so bili zaprti v temnicah. Živel so v vlažnih in slabo prezračevanih prostorih, pogosto so bili podvrženi mučenju. Ker so bili duševni bolniki zaprti skupaj s kriminalci in drugimi skupinami, niso bili deležni posebne oskrbe. Nekateri zdravniki so v tistem času poskušali neuspešno prepričati mestne oblasti, da so norci pravzaprav bolniki in potrebujejo zdravniško oskrbo.

2.4. Meščanska revolucija in uvedba psihiatričnih ustanov

Meščanska revolucija in z njo pravna država sta naredili konec kraljevi samovolji in velikemu zapiranju ljudi, vendar pa nista odpravili zapiranja blaznih. Res so te izpustili iz temnih ječ, a prav hitro so zanje našli tudi nove specializirane institucije, kamor so jih lahko zapirali. Ob koncu velikega zapiranja so duševni bolniki postali pomembno družbeno vprašanje. Kot navaja Flaker (1998: 95), je pomembno vprašanje bilo: »Kaj storiti, ko z odpravo kraljevega ukaza ne bo več mogoče legalno zapirati norih? S čim torej nadomestiti samovoljnost kraljeve volje ali kaj storiti z norimi v novih razmerah pravne države.« Bistvo meščanske družbe so pogodbeni odnosi, na katerih temelji družba, ljudje s težavami v duševnem zdravju pa so se vsekakor izmikali tem pogodbenim odnosom, saj niso mogli sodelovati v procesih produkcije in dela. Norec je ob koncu 18. stoletja zbujal dve občutji. Bil je asocialnež, ki je blodil po nikogaršnji zemlji in je kot tak predstavljal grožnjo družbenemu redu, po drugi strani pa je vzbujal tudi usmiljenje, saj je izgubil razum (*ibid.*: 97). To je seveda s pridom izkoristila medicina (psihiatrija), ki je iz »*usmiljenja*« skušala pomagati duševno bolnim. Tako je trikotnik psihiatrična ustanova, psihiater, duševni bolnik tisti, ki je omogočil meščanski družbi, da je vsaj nekoliko zakrpala vrzel, s katero so se norci izmikali idejam pogodbene družbe. V tem smislu je psihiater zasedel nikogaršnjo zemljo, ki je nastala med družino in državo v skrbi za duševno bolne. Duševni bolniki so sedaj ostali legalno zaprti z medicinskim opravičilom in spričevalom. Skrb za javni red je nadomestila »*znanstvena*« skrb za duševno zdravje v novih specializiranih ustanovah (Flaker 1993: 6). To medicini seveda ni uspelo nenadoma, ampak si je skozi celotno 18. stoletje preko špitalov postopoma prilaščala skrb za duševno bolne. Čedalje več je bilo medicinskih razprav o duševnih boleznih, s tem pa je tudi sama norost dobivala vse bolj medicinski obraz.

Phillipe Pinel (1745–1826) velja za utemeljitelja sodobne psihiatrične ustanove in psihiatrije nasploh. Pinel je pogosto prikazan kot osvoboditelj norcev, katere je osvobodil temnih ječ in okovov. Vendar pa je resnica povsem drugačna, saj je ljudi le preselil iz enega zaprtega prostora v drugega. Res, da so se v teh ustanovah odrekli nekaterim starim tehnikam ustrahovanja, vendar je tudi moralni pristop³ temeljil na novih tehnikah podrejanja (*ibid.*: 103). V času 18. in predvsem 19. stoletja so se odpirale številne bolnišnice in azili, ki so skrbeli za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Ena prvih bolnišnic, ki je odprla vrata tem lju-

³ Moralni pristop ali obravnava (ang. *moral treatment*) se nanaša na bolj human pristop v zdravstveni obravnavi in oskrbi ljudi s težavami v duševnem zdravju. Gre za prizadevanja, ki jih je začel Pinel z osvobajanjem duševnih bolnikov, nadaljevali pa ostali pionirji psihiatrije, kot so bili Tuke, Rush, Westphal.

dem, je bila kvekerska bolnišnica leta 1796, znana tudi kot Yorško zavetišče. Zanimivo je, da so v tej bolnišnici ravnali s pacienti enako kot v ostalih bolnišnicah. Imeli so čiste, urejene bivalne pogoje, ustrezno prehrano, možnost sprehodov na svežem zraku, na kratko lahko rečemo, da so jih obravnavali kot človeška bitja (Shaffer 2004). Vendar pa je večina ostalih ustanov v tistem času z duševnimi bolniki ravnala povsem drugače. Da si lažje predstavljamo, kako majhen korak k bolj humanemu obravnavanju duševnih bolnikov je bil narejen s tako imenovanim moralnim pristopom, si oglejmo primer iz ZDA. Benjamin Rush (1745–1813), ki velja za očeta ameriške psihiatrije, je bil velik zagovornik novega moralnega pristopa. Popolnoma je obsojal bičanje, rabo verig za vklepanje in prisilnih jopičev, vendar je po drugi strani izumil nove nič bolj humane pripomočke. Ti pripomočki so bili stol za relaksacijo, ki naj bi pomagal znižati srčni utrip in umiriti napetost v mišicah. Odveč je poudariti, da ni ta stol pripomogel k ničemur drugemu, kot k temu, da je posamezniku ure preprečeval vsakršno gibanje. Ker je kot zdravnik veliko raziskoval krvni obtok, je tudi pri zdravljenju duševnih bolezni zagovarjal tehniko puščanja krvi, poleg tega je izumil »Gyrator«, ki naj bi prav tako pomagal pri zdravljenju. To napravo si lahko predstavljamo kot kolo, na katero so priklenili pacienta in ga nato vrteli v krogu z veliko hitrostjo. Njen namen je bil, da požene kri v glavo in odpravi zastoj v delovanju možganov. Čeprav velja moralnemu pristopu priznati, da si je prizadeval izboljšati pogoje zdravljenja duševnih bolnikov, so bile z današnje perspektive njihove metode nadvse primitivne. Iz tistega časa je tudi pričanje Jeana Esquirola (Milčinski 1978:14) o razmerah v pariškem zavodu Salpêtrière, namenjenem oskrbi duševno bolnih:

Čisto gole sem jih videl ali pa s cunjami pokrite. Ležali so na slami, postlani na vlažnem hladnem podu. Ugotovil sem, da so borno prehranjeni, oropani svežega zraka in vode, da bi potešili žejo, brez najpotrebnejših življenjskih potrebščin. Prepuščeni so bili nadzoru grobih ječarjev. Našel sem jih tudi vklejane v nemarnih, tesnih in smrdljivih luknjah brez luči in zraka, kjer še zver nebi želela prebivati [...].

Vsekakor velja, da so nove psihiatrične bolnišnice in azili rasli kot gobe po dežju. Samo v ZDA je bilo med leti 1825–1865 zgrajenih 40 novih psihiatričnih bolnic. V tem času se je medicina dokončno uveljavila kot znanstvena disciplina in psihiatrija kot njena veja je postala ena največjih hitov. Psihiatrija je dobila velik zagon tudi v Evropi, še posebej v Nemčiji (Merkel 2003), kjer so delovali številni psihiatri, kot so Westphal, Kalbaum, Meynert, Wernicke. Seveda ni težko predvideti, da so tudi duševne bolezni dokončno dobile svojo medicinsko razlago. Nič več niso bile posledice greha ali božje kazni, ampak so bile posledica napačnega delovanja možganov, kar je bil še razlog več, da se jih je poskušalo na razne

načine zdraviti. In imeli so tudi kaj zdraviti, saj se zdi, da je v tem času prišlo do ponovnega velika zapiranja. V ZDA je bilo leta 1861 v 48 ustanovah zaprtih okoli 10.000 ljudi. Zanimivo, da je bila večina izmed njih pripadnikov srednjega razreda in bele rase. Prenapolnjene ustanove in s tem tudi slabša oskrba pa so bile značilne tudi za Evropo. Prenatrpanost ustanov je imela seveda še eno negativno posledico, saj se je ponovno množično uvajalo prisilna sredstva in druge načine discipliniranja, da bi ohranili nadzor v (totalnih) ustanovah. Porter (2002) tudi poroča o vse večjem pesimizmu, ki se je pojavilo v 19. stoletju v psihiatriji. Če so bili na začetku pionirji psihiatrije navdani z optimizmom glede ozdravljivosti duševnih bolezni, nenazadnje naj bi tudi to ponazarjal izraz moralni pristop, se je kasneje izkazalo, da temu le ni tako. Večina tehnik se je izkazala za neuspešnih, psihiatri pa so se vse bolj zatekali k klasificiranju in iskanju novih oblik duševnih bolezni namesto, da bi se posvetili zdravljenju. Ne nazadnje se je z naraščanjem števila duševnih bolnikov in psihiatričnih ustanov širil tudi seznam takih in drugačnih duševnih bolezni.

2.5. Duševno zdravje v 20. stoletju

Do nove večje prelomnice v psihiatriji je prišlo šele v 20. stoletju. Po prvi svetovni vojni je veliko vojakov in ljudi trpelo za emocionalnimi problemi in ni bilo težko opaziti, da ne gre samo za posameznike, ampak za velike skupine ljudi, ki so podvržene abnormalnemu vedenju. Psihiatri so lahko sprejeli sklep, da če velik travmatičen dogodek, kot je vojna, vpliva na cele skupine prebivalstva, potem lahko podobne simptome pri posamezniku povzročijo manjše, a pogostejše travme (Alexander 1966: 112). Tako se je dokončno uveljavilo prepričanje, da duševnih bolezni ne povzročajo le fiziološke spremembe v organizmu.

Posebno žalostno poglavje za duševne bolnike, vsaj v Nemčiji in okupiranem delu Evrope, predstavlja druga svetovna vojna. Duševni bolniki so delili žalostno usodo drugih manjšin, s to razliko, da je za neozdravljivo duševno bolne nacistična oblast sprejela celo zakon o evtanaziji. Leta 1939 so začeli ta evtanazijski program tudi učinkovito izvajati. Organizacija, imenovana *Državna delovna skupnost bolnišnic za duševne bolezni*, je po vseh psihiatričnih zavodih v Nemčiji iskala primere pacientov, ki bi prišli v poštev za usmrnitev. Najbolj groteskno pri vsem je, da je sredstva za ta program prispevala *Dobrodelna družba za zavodno nego* (Milčinski 1978: 19–20). Na dan so v posameznih zavodih usmrtili do 75 pacientov in jih nato sežgali v krematoriju. V drugi svetovni vojni naj bi bilo usmrčenih preko 100.000 duševno bolnih in prizadetih oseb. Janko Kostnapfel (1996: 195–196) piše, da je ta usoda doletela tudi 450 oseb iz bolnišnice za duševne bolezni v Novem Celju. Te so leta 1941 v skladu s Hitlerjevim konceptom evtanazijskega programa usmrtili s plinom.

Sicer pa je v 30-ih in 40-ih letih, predvsem pa po drugi svetovni vojni, prišlo do številnih sprememb na področju zdravljenja duševnih bolezni. Veliko upov se je polagalo v nova zdravila, predvsem nevroleptike. Čeprav so kmalu odkrili, da večina izmed njih ne zdravi bolezni, ampak samo lajša simptome, je večina teh zdravil še danes v uporabi. Prav tako sta se v tem času pojavila elektrošok in inzulinska terapija. Prav nobena tehnika ali zdravilo pa ni prineslo čudežne ozdravitve duševnih bolezni, tako da ni čudno, da se je začelo zaupanje v psihiatrijo majati. Res pa je, da so tudi nove oblike psihiatričnega zdravljenja s tem, ko so uspešno zdravile simptome duševnih težav, omogočile in spodbudile, razmišljanja o spremembah institucionalne oskrbe. V družbi so se pojavile zahteve po novem konceptu obravnave ljudi s težavami v duševnem zdravju, govorimo o skupnostnem modelu.

2.5.1. Pojem totalne institucije

Ko govorimo o psihiatričnih ustanovah in zgodovini psihiatrije vsaj do 60-ih let prejšnjega stoletja, moramo nujno natančneje opredeliti pojem totalne institucije, saj so azili in psihiatrične bolnišnice, kot so jih do tedaj poznali nedvomno bile takšne ustanove.

Goffman (1961) opredeli totalno institucijo kot prostor za bivanje in delo, kjer veliko število posameznikov s podobnim položajem, za precejšnje časovno obdobje odrezanih od širše družbe, živi skupaj prisilno, formalno vodeno obdobje življenja. V svojem delu *Azil* trdi, »da so totalne institucije drevesnice za spreminjanje oseb; vsaka je naravni eksperiment o tem, kaj lahko naredimo jazu. Posameznikovi koncepti jaza so vtakani tudi v njihovih imenih, videzu, oblekah in v osebni lastnini«. V postopkih sprejemanja v totalne institucije so odstranjeni mnogi predmeti, ki dajejo osebi identiteto. Totalne ustanove imajo tudi ustaljene prakse za discipliniranje svojih varovancev. Hišna pravila so zelo jasna, prav tako kazni za kršenje teh pravil. Goffman namesto o kaznih govori o »sistemu privilegijev«. Zato pa Foucault (1984) toliko bolj poudarja, da je totalna ustanova v svojem smislu predvsem disciplinska ustanova, v kateri nenehno poteka dejavnost gospodovanja nad posameznikom. Gospodovanje se ravna po racionalistični misli, da je človeško telo stroj. Delovanje ustanove je usmerjeno v večjo učinkovitost telesa, da pa bi si pokorili telo je treba delovati na dušo.

Ule (2009) bivanje v takih institucijah pojasnjuje s pomočjo pojma socialne udeležbe. Za normativno biografijo je tako značilna večkratna socialna udeležba. To pomeni, da posameznik sočasno sodeluje v več institucijah oziroma več poljih socialne interakcije. Hkrati to pomeni, da položaj posameznika ni odvisen samo od ene institucije, ampak je določen z vsemi udeležbami, od katerih vsaka vsebuje kak poseben vidik, pomemben za socialni položaj in identiteto posameznika. V nasprotju z večkratno udeležbo pa ja enkratna udeležba v samo

enem institucionalnem polju skoraj vedno stvar specifične prisilne situacije. Sem spadajo vse vrste bivanja v totalnih ustanovah, kjer en sam interakcijski kontekst prevladuje in ureja vsakdanja življenja posameznikov. Flaker (2008) trdi, da jo prav zaradi tega totalnega zajetja, ko zajema vse oblike posameznikovega življenja, tudi imenujemo »totalna ustanova«. Totalnost zajetja simbolizirata tudi fizična oddaljenost od ostalega sveta in stroga ločitev z zidovi. Sicer pa imajo totalne ustanove svoje družbene funkcije. V prvi vrsti gre tukaj za nadzor in kaznovanje posameznikov. Vedno obstaja grožnja, da te zaprejo v ustanovo, v kolikor se ne podrediš družbenim normam. Totalne institucije tako ščitijo družbene norme, po eni strani omogočajo, da se kršitelje javnega reda in miru in moteče posameznike odstrani iz javnega prostora, po drugi strani pa z svojim delovanjem (prevzgoja, zdravljenje) upravičujejo zapiranje.

2.5.2. Dezinstytucionalizacija v drugi polovici 20. stoletja

Več kot 150 let je minilo od Pinelove osvoboditve norcev iz temnih ječ, preden je dozorel čas za njihovo ponovno in dokončno osvoboditev. Prav toliko časa je trajal tudi razmah psihiatričnih ustanov, ki so imele monopol nad obravnavo duševnih bolnikov. Seveda imajo še danes v določeni meri velik monopol pri zdravljenju duševnih bolezni, a so se v drugi polovici prejšnjega stoletja, vendarle zgodile velike spremembe.

Flaker (1998) opozarja, da se dezinstytucionalizacija nanaša na več vidikov. Ponavadi se jo povezuje z odpravo velikih represivnih ustanov. V drugi polovici 20. stoletja je prišlo do načrtnega zmanjšanja kapacitet v psihiatričnih ustanovah s strani države, poleg tega pa je prišlo tudi do omejevanja časa, ki ga uporabniki preživijo v teh ustanovah. Ko govorimo o dezinstytucionalizaciji, pogosto mislimo tudi na družbene okoliščine, ki so do nje privedle, in iskanje novih alternativ. Ta vidik dezinstytucionalizacije se nanaša predvsem na številna družbena (uporabniška) gibanja, ki so kritično pristopala k dotedanji obravnavi ljudi s težavami v duševnem zdravju. Poleg tega, da se je psihiatrija v dveh stoletjih izkazala za relativno nemočno pri odpravljanju težav v duševnem zdravju, je bil prav pritisk družbenih gibanj tisti, ki je oblikovalce javnih politik prepričal v nov pristop na področju duševnega zdravja. Ker so ta gibanja odigrala pomembno zagovorniško vlogo, bom podrobneje o njih spregovoril v nadaljevanju. Tretji vidik dezinstytucionalizacije pa predstavljajo novi koncepti in vidiki, ki jih prinaša v psihiatrično zdravljenje. Ta vidik se kaže v oblikovanju skupnostnega modela duševnega zdravja, ki upošteva »socialne kontekstualne oblike duševne stiske« (Flaker 1998: 157).

Čeprav se je proces dezinstytucionalizacije začel šele v drugi polovici 20. stoletja, se je vprašanje dezinstytucionalizacije in zapiranja pojavljalo že od začetka psihiatrije in psihiatričnih ustanov. Kot smo videli, se je psihiatrija rodila prav iz institucionalne krize zapiranja.

Castel (v Flaker 1998: 60) pravi, »da so že ob nastajanju psihiatrije razpravljali o možnosti za duševno skrb v skupnosti in brez zapiranja. Vendar se je vzorec zapiranja uveljavil kot dominanten«. Tako je bilo samo vprašanja časa, kdaj bo ta koncept preživet, saj je v 200 letih dal zelo malo rezultatov. Gotovo je eden od razlogov tudi ta, da se je psihiatrija kot veja medicine spustila na področje družbenega delovanja, kjer pa seveda njene metode ne učinkujejo. Očitno je, da so vsaj za nekatere težave v duševnem zdravju krive družbene okoliščine (revščina) in norme, stresni dogodki in predvsem premalo odgovorov za razreševanje teh stisk v skupnosti. Vseh teh težav nikakor ne moremo odpraviti na način, da »zdravimo« samo posameznika izven njegovega socialnega konteksta.

Dezinstitucionalizacija je v praksi potekala v dveh vzporednih korakih. Države so pod pritiski družbenih iniciativ spremenile zakonodajo, ki je odpravila bolnišnice kot temeljne oblike pomoči ljudi v duševni stiski. Vzporedno s tem pa se je tudi načrtno zmanjševalo število bolnišničnih postelj in ustanavljalo nove oblike skupnostne oskrbe. V ZDA je bil prvi zakon,⁴ ki je predvideval prenos skrbi za duševno bolne sprejet leta 1963. Z njim je zvezna vlada napovedala ustanavljanje skupnostnih centrov za duševno zdravje, teh naj bi bilo okoli 2000. Ti naj bi sčasoma nadomestili bolnišnice in ne bi skrbeli samo za oskrbo duševno bolnih, ampak bi izvajali tudi vse preventivne in izobraževalne programe za skupnost (Flaker 1998: 158). Podobne zakone so sprejemale tudi druge države – Francija, Anglija in Italija. V Angliji je tako dezinstitucionalizacija potekala s sprejemanjem zakonov in programov na nacionalni ravni, ki so spodbujali preoblikovanje zdravstvenega sistema na področju duševnega zdravja in razvoj skupnostnih oblik oskrbe. Med leti 1959 in 2000 je bilo sprejetih vsaj deset takih dokumentov. Prvi je bil leta 1959 *Mental Health Act*,⁵ ki je odprl pot duševnemu zdravju v skupnosti. Kasneje pa so nastali še številni dokumenti o razvoju skupnostne oskrbe, kot so (Salter in Turner 2009): *The development of Community Care* (1963), *Better services for the Mentally Ill* (1975), *Community Care: Agenda for Action* (1988), *Green paper on Reform of the MHA* (1999).

Italija je še posebej zanimiv primer dezinstitucionalizacije, saj je psihiatrične bolnišnice zaprla praktično čez noč. Namesto njih je ustanovila centre za duševno zdravje v skupnosti. Leta 1961 Franco Basaglia prevzame vodstvo Psihiatrične bolnišnice v Gorici. Tam začne z radikalnim preoblikovanjem psihiatrične bolnice v terapevtsko skupnost. Odpravi elektrošoke, telesno oviranje s pasovi. Vse več pozornosti namenja potrebam in željam stanovalcev. Vzpostavi se enakopraven odnos med uporabniki in osebjem s tem, ko so začeli spo-

⁴ Zakon se je imenoval *Community Mental Health Center and Retardation Act*.

⁵ *Mental Health Act* so nato dopolnili še leta 1983 in nazadnje leta 2007.

dbujati iniciativo in odgovornost uporabnikov. Temeljni način dela terapevtske skupnosti so bili vsakodnevni sestanki uporabnikov in osebja, kjer so lahko vsi izrazili svoje pritožbe in zamisli o spremembah (Lamovec 2006: 143).

2.6. Zgodovina psihiatrije v Sloveniji

Ena prvih prainstitucij na slovenskem prostoru je bilo Šempetrsko gobavišče, eno izmed treh ljubljanskih srednjeveških zatočišč za gobavce (ostali dve sta bili na Rožniku in Gradišču). Podobno kot v celi Evropi se je tudi to gobavišče, potem ko je zmanjkalo gobavcev v 16. stoletju spremenilo ubožnico, ki je gostila tudi do 300 ubožcev. Šele konec 17. stoletja je postala to vojašnica, okoli katere pa so nastale različne ustanove medicinskega in socialnega pomena (prisilna delavnica, zapori, bolnica).⁶ Prvič pri nas beremo o potrebah ljudi s težavami v duševnem zdravju leta 1787, ko so začeli preurejati samostan na Ajdovščini v splošno bolnišnico. Takrat so mislili tudi na duševno bolne, kar priča zapis predloga prenove:

Predlagamo, da se biljardnica prestroji v kopalnico, potrebno blaznikom in bolnikom in da se vanjo postavi peč. Dalje se prosi, naj se pri zidanju sob za blaznike milostljivo gleda na to, da se napravita dva razdelka, za mirne in besneče blaznike, katere je treba vsekakor ločevati druge od drugih [...](v Milčinski 1978: 33).

Leta 1829 so ob isti bolnišnici sezidali nov poseben oddelek (blaznico). Potrebe po bolniških posteljah pa so očitno tudi v Sloveniji rastle, saj se leta 1841 začne razpravljati o gradnji nove posebno ločene bolnišnice za duševno bolne izven Ljubljane. Za silo so leta 1873 prostorsko stisko rešili tako, da so 60 bolnikov preselili v prisilno delavnico na Poljanskem nasipu (*ibid.*: 33–34). Osrednjo osebnost na področju psihiatrije je v tem obdobju predstavljal Karel Bleiweis, primarij deželne blaznice Kranjske. Leta 1878 napiše kratko knjižico praktičnih napotkov za delo z ljudmi, ki pristanejo v deželni blaznici. Knjižica je nosila naslov »Blaznice (noršnice), kakršne morajo biti, in kaj je njih namen«. Bleiweis v svojih kasnejših delih podaja tudi opis nagrad in sankcij, ki služijo discipliniranju v zavodih. Bleiweis poudarja, da so tobak, vino in kava v blaznicah imenitni zdravstveni pripomočki. Med kaznovalnimi sredstvi tistega časa so omenjene jopice za silo, zamrežena postelja in soba besnica. Njegova je tudi zasluga za ustanovitev posebne bolnišnice za duševno bolne leta 1881 imenovane *Kranjska deželna blaznica Studenec*, ki jo je vodil tudi do upokojitve leta 1909 (Kosnapfel 1996: 13). Na novo zgrajeni del bolnišnice pri Ljubljani (Studenec) je lahko sprejel 37 blaznih (v prvem letu so imeli 740 bolnikov). Nato se začne število sprejemov večati in

⁶ *Od zgodovine institucije do zgodovine norosti*, objavljeno v Dnevniku, 16.10.1990.

Bleiweis opozarja na veliko prostorsko stisko, ki vlada v ljubljanski blaznici, saj tudi ta ne zadostuje več vsem potrebam. Od leta 1827 do leta 1926 je število oskrbovancev naraslo s 37 na 905. Razmeščeni so v zavodu Studenec, v hiralnici sv. Jožefa in v bivši prisilni delavnici. Število duševno bolnih se torej veča s številom psihiatričnih ustanov. Na enak način kot Bleiweis opozarja na prostorsko stisko drugi pomemben kronist slovenskih psihiatričnih institucij Fran Göestl, ki je pričel z delom psihiatra na Studencu leta 1907. Trajno vrednost ohrani predvsem njegova zajetna knjiga iz leta 1924 *Misterij duše*. Gre za poljudni pregled psihiatrije in je prva znanstvena psihiatrična knjiga v slovenskem jeziku. V njej piše o zgodovini psihiatrije, oskrbi umobolnih doma in v zavodih, vzrokih duševnih težav, opiše posamezne duševne težave, veliko pozornosti namenja problemu alkoholizma.

Kakor drugod po svetu se tudi v Sloveniji razvoj psihiatričnih institucij ujema s časom industrializacije, do druge svetovne vojne so v Sloveniji obstajali štiri psihiatrični zavodi s skupno 1370 bolnišničnimi posteljami. Vsebina in raven psihiatrije v tem času je bila strokovno primerljiva z drugimi deželami v tem delu Evrope. Ton sta ji dajala psihiatra dr. Alfred Šerko in dr. Ivan Robida. Sicer pa je tudi slovenska psihiatrija med vojno doživela »*evtanazijo*« s strani nemškega in italijanskega okupatorja. Po vojni se je število postelj zmanjšalo na 700, kar po mnenju stroke ni zadostovalo potrebam, zato so v naslednjih letih obnavljali in ustanavljali nove psihiatrične bolnišnice. Glavno vlogo pri povojni graditvi psihiatrične mreže je nosil dr. Janez Kanoni (Milčinski 1978: 36). Morda je na tem mestu zanimivo še mnenje Janka Kostnapfela (1996: 196) o tem, kakšen je bil družbeni odnos do ljudi s težavami v duševnem zdravju v povojnih letih. Takrat so na psihiatrične bolnike gledali povsem drugače kot danes, v ospredje se je postavljala predvsem družbena nevarnost, ki naj bi jo ti predstavljali. Režim je ljudi z duševno motnjo opredelil kot »*družbeno nevarne elemente*«. Bolehati za duševno boleznijo je bilo sramotno. Tako ni čudno, da so se tudi nove psihiatrične bolnišnice (PB Begunje 1952, PB Idrija 1954, PB Vojnik 1959, PB Ormož 1966) odpirale na odmaknjenih lokacijah in v neuglednih stavbah, kot so opuščene vojašnice, bivše okupatorjeve mučilnice, ubožnice. Za ljudi na robu družbe so se ta poslopja zdela primerna, saj so tudi stala na robu mest ali izven njih. V povojnih letih so psihiatrične bolnišnice ponovno delovale kot azilne ustanove, katerih namen ni bil zdraviti in podpirati ljudi, ampak jih predvsem zapirati, nadzirati in trajno umakniti iz družbe.

Šele konec 60-ih, predvsem pa v začetku 70-ih let je prišlo do večjih sprememb na področju delovanja psihiatričnih ustanov. Takrat so postopoma začeli psihiatrične bolnišnice preoblikovati iz pretežno azilskih ustanov v bolnišnice, ki so postale aktivne tudi na področju izvenbolnišničnih dejavnosti. Sprožila se je cela vrsta dejavnosti, pri katerih je šlo za strpnejši

odnos do uporabnikov, uvajanje psihoterapevtskih metod, terapevtskih skupnosti, rehabilitacijskih programov (Škerbinek 2000: 9). Bolnišnice so tudi postopno začela odpirati svoja vrata. V 70-ih letih je tudi pri nas potekal proces delne dezinstitutionalizacije. Zmanjševati se je začelo število bolnišničnih postelj, vendar, kot opozarja Švab (1996: 14), brez ustanavljanja komplementarnih služb v skupnosti, kar je bilo značilno za druge države. Prav zato je bil tudi proces same dezinstitutionalizacije pri nas manj očiten. Politika je v zmanjševanju števila postelj videla predvsem prihranek, ob tem pa ni usmerjala nikakršnih sredstev v ustanavljanje psihiatrične mreže v skupnosti, ki bi lahko predvsem kroničnim bolnikom nudila možnost bivanja v primernejšem okolju. Tako so ti večinoma pristali v domovih starejših občanov ali socialno varstvenih zavodih brez možnosti rehabilitacije in brez socialne perspektive.

3. Medicinski model duševnega zdravja

V tem poglavju bom skušal predstaviti težave v duševnem zdravju, kot jih pojmuje uradna medicina. Gre za odkrivanje simptomov duševnih težav, uradno klasifikacijo duševnih motenj, ki jo uporablja današnja psihiatrija, in oblike podpore, ki so na voljo ljudem znotraj zdravstvenega sistema. Poglavja so iz medicinskega vidika zelo poenostavljena, za namen naloge je pomembno, da predstavim nekatere kritične poglede na samo simptomatiko in klasifikacijo duševnih motenj, uporabo psihiatričnih zdravil in drugih metod, ki jih izpostavlja zagovorništvo v duševnem zdravju. Posebej moram poudariti, da namen naloge ni zavračanje medicinskega modela skrbi za duševno zdravje v celoti. Vse oblike pomoči, ki so je deležni ljudje s težavami v duševnem zdravju, so pomembne, pogosto je celo najpomembnejša zdravstvena podpora in jemanje zdravil. Psihiatri trdijo, da sta prav zato pomembni tudi klasifikacija in diagnostika duševnih motenj, saj lahko učinkovito zdravilo predpišejo šele, ko posamezno motnjo prepoznajo. Treba pa je opozoriti, da taka klasifikacija in diagnostika s seboj prineseta tudi negativne učinke, kot je stigmatizacija ljudi, ki se jim podeli etiketo duševnega bolnika. Psihiatrija se osredotoča na fiziološke vzroke duševnih težav, pri tem odkriva številne nepravilnosti in spremembe v delovanju možganov, ki naj bi spremljali posamezno motnjo, a nastanka motnje ne razložijo, še več, pri nekaterih motnjah, psihiatrija, niti teh sprememb ne odkrije. Tudi zdravljenje poteka predvsem v smeri odprave simptomov duševnih motenj, saj pravih vzrokov za njihov nastanek ne pozna. Z vidika naloge je bolj kot samo zdravljenje problematično zdravljenje proti volji in zdravljenje na oddelkih pod posebnim nadzorom, ki lahko ljudem, zaradi posebnih okoliščin obravnave, pusti dolgotrajne posledice.

3.1. Razjasnitev pojmov duševno zdravje in težave v duševnem zdravju

V uvodu smo večkrat omenili duševno zdravje in ljudi s težavami v duševnem zdravju, zato se je potrebno na tem mestu vprašati, kaj duševno zdravje sploh je. Kako ga definiramo in kakšne so v praksi težave, zaradi katerih posameznika označimo kot »duševnega bolnika«? Svetovna zdravstvena organizacija (WHO)⁷ je duševno zdravje opredelila kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva k delovanju skupnosti«. Zelo podobno, le nekoliko podrobneje, je duševno zdravje opredeljeno v novem predlogu *Nacionalnega programa duševnega zdravja*:

Duševno zdravje omogoča posamezniku udejanjanje njegovih umskih in čustvenih zmožnosti ter mu omogoča, da najde in izpolni svojo vlogo v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju. Duševno zdravje je pomembno za posameznika in družbo. Za družbo je dobro duševno zdravje podlaga za družbeno kohezijo ter za socialno in ekonomsko blaginjo [...].

Ti definiciji sta si dokaj podobni. Obe pravzaprav poudarjata, da biti duševno zdrav ne pomeni le ne imeti takšne ali drugačne duševne motnje. Podoben pogled na duševno zdravje prevladuje tudi v strokovni literaturi. Številni avtorji (Švab 1996; Funk 2003; Frančiček Kobal 2007; Salter in Turner 2008) tako v najširšem smislu dojamejo duševno zdravje kot čustveno in duhovno zmožnost, ki nam omogoča uživati življenje in se soočati z bolečino, trpljenjem, razočaranjem. Zrcali se v kakovosti življenja posameznika, v načinu, kako se sooča z življenjskimi težavami, krizami, stiskami, v odnosu, ki ga ima do sebe in do drugih. Duševno zdravje se prepozna v sposobnosti, da ne glede na okoliščine najdemo smisel svojega življenja in mu sledimo. Vsebina duševnega zdravja se odraža tudi v kvaliteti odnosov, ki smo jih sposobni vzpostavljati in vzdrževati v svojem življenju.

Hitro opazimo, da je pri vseh definicijah in opredelitvah duševno zdravje pravzaprav opisano s tremi merili. Prvo merilo opredeljuje človekovo notranje psihično stanje, kot so sreča, dobro počutje, zadovoljstvo s samim seboj, dobra podoba o sebi. Gre za odnos posameznika do svojega notranjega sveta, ki mu omogoča ali preprečuje dobro počutje. Drugo merilo duševnega zdravja, so človekovi odnosi z drugimi in sposobnost za njegovo družbeno delovanje. Zaželeni so dobri odnosi z ljudmi okoli nas, zmožnost razumevanja drugih, uspehi pri delu, šoli in drugih dejavnostih, ki jih opravljamo. Pri tem merilu sta torej v ospredju kvaliteta odnosov in izpolnitev svoje vloge, tako v privatnem kot družbenem življenju. Tretje

⁷ Spletna stran Svetovne zdravstvene organizacije <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html> (dostopno 12.9.2009).

merilo duševnega zdravja, ki ga zasledimo pri večini definicij, pa je sposobnost človeka, da obvladuje svoje življenje in se uspešno sooča z različnimi situacijami, nalogami, obremenitvami, težavami v življenju.

Izraz težave v duševnem zdravju⁸ opisuje vrsto duševnih in čustvenih stanj in diagnoz, kot so anksioznost, stres, depresija in shizofrenija. Uporablja se, kadar duševno stanje posameznika pomembno vpliva na opravljanje pomembnih življenjskih dejavnosti, kot so mišljenje, sporazumevanje, učenje in spanje. Vrsta, intenzivnost in trajanje duševnih težav se precej razlikujejo med posameznimi osebami. Simptomi se lahko pojavijo in izginejo ter redko sledijo ustaljenemu vzorcu, zaradi česar je včasih težko predvideti, kdaj se bodo simptomi zdravstvenega stanja posameznika poslabšali. Nekatere težave lahko preprečimo, skoraj vse pa lahko uspešno obvladamo in zdravimo. V svojem življenju za vsaj eno duševno težavo trpi približno četrtnina vseh ljudi. Vzroki za duševne težave so zapleteni in pogojeni z dednostjo, stresnimi življenjskimi situacijami, težkimi razmerami v družini, fizično boleznijo. Ljudje z duševnimi težavami pogosto ne zmorejo obvladovati pritiskov vsakdanjega življenja, izgubijo službo, osebno podporo, starševske pravice, socialne pravice. Opozoriti pa moram, da je večina težav v duševnem zdravju opredeljenih v psihiatriji in so postavljene v medicinski model, zato so tudi predstavljene kot bolezni. Tukaj se seveda odpira prostor za razpravo, ali sploh gre za bolezni. Kot pravijo nekateri avtorji (Lehmann 2004; Lamovec 2006), pomeni bolezen spremembo v telesu, ki oteži njegovo delovanje in jo določimo z uporabo medicinske tehnologije. Pri duševnih boleznih pa ponavadi ne najdemo sprememb v organizmu, ki bi bile značilne zanje. Včasih sicer najdemo v krvni sestavi nekatere hormonske spremembe, a te se pojavijo pri vseh ljudeh, ki se nahajajo v stresnih situacijah. Tako samo po klinični sliki ne moremo ločiti med tistimi, ki določeno bolezen imajo, in med tistimi, ki je nimajo. Po tem kriteriju bi bili vsi občasno duševno bolni.⁹ Kot bomo videli, temeljijo najpogostejši simpto-

⁸ Literatura na temo duševnega zdravja pogosto uporablja različne izraze za poimenovanje duševnih težav in bolezni. Tako lahko zasledimo izraze kot so motnje v duševnem zdravju (duševna motnja), težave v duševnem zdravju, duševne bolezni. Včasih je težko razlikovati med vsemi temi pojmi. Na splošno lahko rečemo, da sta izraza duševna motnja oziroma duševna bolezen sinonima. Oba imata ožji pomen in opredeljujeta izključno duševna stanja, kot so depresija, shizofrenija, blodnjava motnja, demenca, odvisnosti, med tem ko ima pojem težave v duševnem zdravju širši pomen, saj se ne nanaša strogo na bolezenska stanja, ampak tudi na nekatere bolj pogoste težave, kot so nespečnost, težave s samopodobo, nezmožnost soočanja s problemi. V tej nalogi bom skušal čim bolj dosledno uporabljati pojem težave v duševnem zdravju, tudi v primerih, ko bom govoril o bolezenskih stanjih. To pa predvsem zato, ker se mi zdi v jeziku socialnega dela ta pojem najprimernejši, saj imata pojma duševne motnje in duševne bolezni negativen predznak. Oba pojma pa bosta nastopila na mestih, kjer bom povzemal strokovno literaturo s področja zdravstva in nekatere mednarodne dokumente, ki uporabljajo predvsem terminologijo s področja medicine.

⁹ Ena redkih duševnih motenj, kjer lahko prepoznamo klinično sliko in dejansko govorimo o bolezni je Alzheimerjeva bolezen.

mi duševnih bolezni v psihiatriji na obnašanju in govoru ljudi, njihovem prepričanju in doživetjih, o katerih pripovedujejo, zato se samo po sebi poraja vprašanje, primernosti uporabe medicinskega diagnosticiranja za te težave.

3.2. Znaki in simptomi duševnih motenj

V tem delu bom opisal znake in simptome duševnih motenj na različnih področjih duševnega delovanja, v središču pa so tisti najpogostejši, ki sestavljajo določene klinične sindrome in slike duševnih motenj. Kot rečeno, je psihiatrija del medicinske znanosti in zato je opredelitev duševnih motenj podobna kot v ostalih vejah medicine. V okviru medicinskega modela, se znaki in simptomi duševnih motenj »kažejo kot posamezni odkloni ali spremembe v vedenju, delovanju in reagiranju osebe« (Mrevlje 2009: 71). Sicer pa se s preučevanjem znakov in simptomov duševnih motenj, ukvarja psihopatologija kot posebna veda znotraj psihiatrije. Psihopatologija torej obsega znanja o motnjah duševnega delovanja možganov. Kot duševno opredelimo tisti del možganske dejavnosti, ki vzpostavi in vzdržuje človekov stik z okolico in samim seboj. Mogoče je potrebno na tem mestu pojasniti še razliko, med znaki in simptomi duševnih motenj. Znaki so objektivni in od osebe z motnjami neodvisen pojav. Na primer posebna drža nekaterih pacientov, razpadli govor, krči. Simptomi pa vključujejo poleg objektivnih pojavov tudi subjektivno doživljanje, na primer strah in tesnobo, bolečino. Znamenja (znaki in simptomi) duševnih motenj so splošna, glede na področja človekovega delovanja in doživljanja pa jih povezujemo v odgovarjajoče skupine motenj (Frančiček Kobal 2007: 21). Tako poznamo motnje: zaznavanja, predstav, pozornosti, spomina, mišljenja, inteligentnosti, zavesti, čustvovanja, potreb, hotenja, motorike.

Motnje zaznavanja se v večina primerov pojavijo v psihopatoloških okoliščinah, ko posamezni deli možganov delujejo nepovezano. Najpogostejše motnje zaznavanja so iluzije in halucinacije. Pri iluzijah gre za napačno zaznavanje in razlaganje dejansko obstoječih objektov in dražljajev. Pri tem se realna zaznava prepleta z elementi, subjektivnega dogajanja v človeku. Zanimivo je, da se iluzije dokaj pogosto pojavljajo v naših življenjih (mentalne igre, celo kroženje zemeljske oble), vendar ne kot neka motnja. Patološki prizvok dobijo šele, če vzrok zanje odkrijemo v zastrupitvi s psihogenimi snovmi, motnjah zavesti ali posebno močnem čustvovanju (Mrevlje 2009: 73). Za razliko od iluzij pa predstavljajo halucinacije zaznave brez ustreznega fizikalnega dražljaja. Gre za žive in nazorne prevare zaznavanja brez povezave z resnično obstoječimi predmeti. Za osebo so pogosto bolj resnična kot realnost, zato se odzove in ravna po njih. Halucinacije so najpogostejši psihopatološki fenomen, značilne so recimo za psihotična stanja (Frančiček Kobal 2007: 24). Lahko govorimo o različnih

tipih halucinacij. Optične halucinacije ali prividi, nastopajo večinoma kot zelo jasne slike, podobe ali celo scene. Akustične halucinacije ali prisluhi se pojavijo kot posamezni šumi in poki, glasovi, lahko pa tudi kot celotni stavki ali pogovor. Pogosto so te halucinacije moteče, ker imajo za osebo grozečo nasilno ali imperativno vsebino. Čeprav so prisluhi in prividi najpogostejše halucinaciji, so te povezane z vsemi čuti. Med motnjami zaznav, je pogosta še depersonalizacija, ki predstavlja občutek osebe, da je nerealen, sam sebi tuj in nepodoben.

O pozornosti govorimo, ko je naša psihična aktivnost naravnana na nek zunanji predmet. Motnje, ki se lahko pojavijo v zvezi s pozornostjo se navezujejo na nihanje pozornosti. V nekem trenutku smo recimo pozorni na nek predmet, v naslednjem pa to ni več možno. Pri aproksesiji gre za upad pozornosti, pojavlja se pri nekaterih vrstah mentalnega primanjkljaja. O odkrenljivosti pa govorimo, kadar vsaka najmanjša stvar pritegne našo pozornost.

Motnje spomina so lahko kvantitativne ali kvalitativne (Mrevlje 2009: 75). Pri kvantitativnih motnjah, gre za spremembe v količini (kvantiteti) spominskih vsebin, ki si jih človek v nekem trenutku zapomni in reproducira. Sem sodi hipermezija, ki v bistvu pomeni preveliko moč pomnjenja. Drugi obliki kvantitativnih motenj spomina predstavljata hipomnezija in amnezija. Hipomnezija se pojavlja s starostjo, ko prihaja do degeneracije spominskih struktur. O amneziji pa govorimo, ko je prizadet pretežni ali določeni spomin v različnem, omejenem časovnem obdobju. Lahko je delna ali popolna, vzroki pa so lahko poškodbe glave, epileptični napad, akutne intoksikacije, motnje zavesti. Pri kvalitativnih motnjah spomina gre za popačenost spomina, kar pomeni vnašanje izmišljenih dogodkov v spominske vrzeli.

Motnje mišljenja delimo na formalne in vsebinske. Formalne motnje mišljenja opisujemo kot napačne zveze med sicer formalno pravilnimi mislimi. Teh vrst mišljenja je veliko, zato bom omenil le najpogostejše. Obširnost je pojav, da oseba navaja množico nepomembnih podrobnosti, bistvo pa pušča ob strani. Vrvežavost (beg idej) je pojav, da besede vrejo iz človeka, zelo veliko in hitro govori, govor dobesedno prehiteva misli. Pogosto se pojavlja pri maniji, lahko pa tudi samo pri prekomernemu razburjenju in jezi. Formalna motnja mišljenja je tudi miselna zavrtoost, to je pojav, da oseba malo ali nič ne pove, ker je število njegovih predstav borno. Lahko ves čas govori le o eni stvari, srečamo jo pri depresijah. Za razliko od zavrtoosti poznamo tudi miselno zadrgo (blokado), ta nastane, ko se miselni tok v trenutku prekine, oseba v govoru obmolkne in čez nekaj trenutkov svoj govor nadaljuje. Psihopatologija pa posebno pozornost namenja shizofreni miselni dislociranosti, ki je skupen naziv za raznovrstne motnje mišljenja pri tej bolezni. Tukaj misli niso z ničemer povezane, oseba uporablja neologizme (tvorba novih besed) in paralogizme (znani besedi da drug pomen). Vsebinske motnje mišljenja se dotikajo ozadja miselnih vsebin, kar pomeni, da gre za to, kaj

in o čem mislimo. Najbolj znane vsebinske motnje so blodnje, in obsesivne misli. Blodnje ali paranoide ideje so na bolezenski osnovi nastala zmotna v presoji nečesa, z realnostjo se sploh ne ujemajo, oseba jih tudi ni voljna korigirati in uveljavlja svojo zmotno misel ter se ravna po njej, zato jih ločujemo od zmot, ki jih poznamo v življenju. Blodnje se lahko dotikajo praktično vseh področij življenja. Pri ekspanzivnih blodnjah se oseba povečuje, prepričana je v svojo pomembnost, enkratnost, vsemogočnost. Včasih, se tudi poistoveti s katero od znanih zgodovinskih oseb, ponavadi voditeljev. Depresivne blodnje so prepričanje, ki je vezano na lasten propad, nezdravljivo boleznijo in podobno. Pregarjalne blodnje so blodnje, ko se oseba čuti preganjanega, zasledovanega, prisluškuje se mu, skušajo ga ubiti, vplivajo mu na misli in podobno. Ljubosumnostne blodnje so neutemeljeno očitanje partnerju, da nam ni zvest, nanašalne blodnje so pojav, da neko dogajanje iz okolice zmotno prenašamo nase in ga povezujemo z nami, naprimer prepričanje, da se vsi pogovarjajo o nas, se nam smejujejo, kažejo na nas. Obsesivne misli so manj pogoste vsebinske motnje mišljenja, so ideje za katere posameznik ve, da niso resnične, a se mu kar naprej vsiljujejo.

Tudi pri motnjah zavesti ločimo med kvantitativnimi in kvalitativnimi motnjami. Kvantitativne motnje zavesti so odvisne od stopnje budnosti, tu poznamo omotičnost, dremavost, sopor in komo. Omotičnost se kaže, kot upočasnjenost v delovanju in mišljenju osebe. Gre za lažjo prizadetost budnosti, ko se oseba pritožuje nad zaspanostjo a z dodatnimi spodbudami ostane v stiku z realnim svetom. Pri dremavosti lahko osebo zbudimo in z njim vzpostavimo kontakt, v nasprotju z dremavostjo je sopor stanje, ko posameznik trdno spi, lahko ga sicer zbudimo z zelo močnimi dražljaji, verbalnega kontakta pa ne moremo vzpostaviti. Kvalitativne motnje zavesti predstavljajo skaljeno zavest, gre za doživljanje moteno s sanjskimi primesmi in blažimi halucinacijami, ki povzročijo zamegljenost zavesti. Tukaj je pogosta delirantno skaljena zavest, o kateri govorimo, ko se pri osebi pojavi zamegljena zavest, ki se kaže predvsem z dezorientiranosti v času in prostoru.

Med najpogostejše motnje čustvovanja uvrščamo anksioznost, depresijo in fobije. Anksioznost (tesnoba) je strah, ki nima realnega vzroka v okolici, gre za nelagodna občutja, da se bo nekaj hudega zgodilo. Depresija je stanje hude žalosti in brezizhodnosti, ki prevzame človeka, nasprotni anksioznosti in depresivnosti, sta eforija in ekstaza. Prva opredeljuje stanje pretirane in neustavljive veselosti, druga pa stanje neskončne vznesenosti z občutki sreče in duševne popolnosti. Fobija pomeni pretiran in nerealen strah v zvezi z osebo, predmetom in situacijo. Čeprav je strah iracionalen pomembno ovira osebo v mnogih življenjskih situacijah.

Najpogostejše motnje hotenja so povečana volja kot hiperaktivnost in razširitev interesov, ter zmanjšana volja kot brezvoljnost in zoženje stupor (Mrevlje 2009: 79). Stupor

predstavlja stanje, ko hotenja ni več, človek je telesno negiben, ne govori in se ne odziva na dražljaje. Tudi za motnje motorike je značilno, da so povezane z hotenjem, saj je pri teh motnjah hotenje osebe povsem pomaknjeno v ozadje in motnja nastopa proti njegovi volji kot avtomatizem, sem naprimer sodijo: nehotne kretnje; avtomatska dejanja, ko človek ponavlja neke besede in dejanja; tremor ali tresavost. Med motnje potreb uvrščamo različne motnje kot so motnje spanja, hranjenja, odvajanja, medosebnih odnosov in spolne motnje. Pri motnjah spanja so najpogostejše nespečnost in stanje prekomernega spanja in zaspanosti. Motnje hranjenja se osredotočajo na odklanjanje hrane in nenavadnosti v uživanju hrane (bulimija).

3.3. Diagnosticiranje in klasifikacija duševnih motenj

Naštel sem veliko število motenj, s katerimi se srečuje psihiatrija oziroma psihopatologija. Kot smo videli, je mnogo od teh motenj vsakdanjih, saj se z njimi prav vsi srečujemo. Z veliko večino teh motenj imamo tudi osebne izkušnje. Le kdo izmed nas lahko trdi, da ni imel še prav nikoli privida, prisluha ali deja vuja? Kdo ni imel težav s pozornostjo, doživel beganja misli (vrvežavosti) ali imel miselne zapore (zadrge), ni nikoli bil v stanju omotičenosti, dremavosti, evforičnosti in nima nikakršnih fobij?

Takoj spoznamo, kako splošni so znaki in simptomi, ki jih psihiatri na posebne načine povezujejo v odgovarjajoče bolezenske slike. Zato tudi psihiatrija sama priznava, da so te motnje le simptomi oziroma znaki duševnih motenj (bolezni) in da same po sebi nikakor ne predstavljajo duševne motnje. Tako pri diagnosticiranju nikoli ne postavijo diagnoze duševne motnje le na podlagi enega znaka ali simptoma. Nekateri psihopatološki fenomeni, še posebej blodnje in halucinacije so sicer lahko resno opozorilo, da se pri posamezniku nekaj dogaja na področju duševnega doživljanja, vendar pa mora biti do končne diagnoze še dolga pot. Zakaj je potrebna tako velika previdnost pri diagnosticiranju? Diagnoza duševne motnje je namreč za posameznika zelo moteča. Nanjo se vežejo številne družbeno nezaželene etikete. Naenkrat lahko postanemo v očeh drugih manj pomembni in nesposobni za samostojno odločanje, ravnanje. Ne dovolijo nam več opravljati nalog na delovnem mestu, končno pa nam lahko zaradi diagnoze duševne motnje omejijo nekatere osebne svoboščine in pravice. Prav zato je pri diagnosticiranju tako zelo pomemben še drug vidik. Ko se posamezniku postavi diagnozo duševne motnje ga nikakor ne smemo z njo enačiti. To so še vedno ljudje, osebe in nikakor ne samo shizofreniki, psihotiki, alkoholiki, narkomani. Diagnozam je potrebno odvzeti slabšalni pomen in stigma, ki ju imajo za posameznika. Tukaj moramo tako v psihiatriji kot v družbenem dojemanju duševnih motenj še veliko postoriti. In tudi v tem procesu ima zagovorništvo, kot bomo spoznali v nadaljevanju, svojo vlogo.

Drugi očitek, ki se pojavlja pri diagnosticiranju duševnih motenj, je ta, da je ocenjevanje in določanje psihopatoloških simptomov, in s tem tudi postavitev diagnoz duševnih motenj, preveč subjektivno. Kot smo videli temeljijo najpogostejši simptomi duševnih motenj v psihiatriji na obnašanju in govoru ljudi, njihovem prepričanju in doživetjih, o katerih pripovedujejo. Subjektivnost omogočajo tudi diagnostične metode v psihiatriji. V diagnostiki je najpomembnejši spoznavni in čustveni stik zdravnika in pacienta, osnovno diagnostično sredstvo je strokovno voden pogovor oziroma intervju. Druga pomembna metoda pa je tehnika opazovanja bolnikovega vedenja, upošteva pa se tudi podatke, ki jih o bolniku dajejo drugi ljudje. Na podlagi teh tehnik psihiatri postavijo »pravilno in strokovno utemeljeno« diagnozo posamezne duševne motnje (Frančišek Kobal 2007: 18–19), tak način diagnosticiranja, ki je v veliki meri subjektiven, pa seveda odpira prostor za možne zmote.

V medicinskem jeziku diagnoz so vse težave v duševnem zdravju opredeljene kot bolezni, ki jih lahko zdravimo. Za to so zadolženi strokovnjaki psihiatri, ki imajo edini potrebno znanje, da se s temi problemi spopadejo. Peter Watkins (2007: 23) tako kritiko usmeri že na raven medicinskega jezika in diagnoz. Diagnoze, kot sta psihoza in shizofrenija, so po njegovem mnenju le »verige, ki posameznika vklenejo v psihiatrični sistem«. To so besede, ki onemogočajo čutno oskrbo posameznika, onemogočajo ljudem, da bi uspešno živeli v skupnosti, saj vsebujejo stigmo in diskriminacijo. O moči besed razpravlja tudi Michel Foucault (1961). Po njegovem mnenju lahko jezik, ki ga uporabljajo močne družbene skupine, kmalu prevzame vlogo dominantnega diskurza in s časom doseže status absolutne resnice, čeprav ni podkrepjen z nobenimi preverljivimi dokazi, raziskavami. Tako lahko na jezik psihiatrije gledamo kot na način pridobivanja moči nad uporabniki preko strokovnih ekspertiz. Jezik psihiatrične prakse producira vlogo eksperta – tistega, ki ve – in vlogo bolnika, ki nič ne ve.

Pri klasifikacijah duševnih motenj moramo poudariti, da te niso povsem enotne, oziroma da se z leti spreminjajo in dopolnjujejo. Med psihiatričnimi šolami in posameznimi psihiatri prihaja do sporov, kaj je potrebno šteti med duševne motnje in kaj zavračati. Klasifikacije se dopolnjujejo z novimi duševnimi motnjami, nekatere pa se s seznama črta. Tudi to kaže na subjektivnost psihiatrije in pravzaprav na družbeno pogojenost duševnih motenj. V preteklosti so poskušali duševne motnje deliti na tiste, ki so bile povzročene z nekim organskim vzrokom, in tiste, ki so bile posledica motenj funkcije osrednjega živčevja. Govorimo o organskih in funkcionalnih duševnih motnjah. Zaradi napredovanja nevroznanosti, ki je meje iz področja osrednjega živčevja premaknila na področje molekul in genov, pa je delitev med organskim in funkcionalnim sporna. Tako danes nekateri ameriški avtorji že opuščajo mednarodno klasifikacijo MKB-10 in uporabljajo svojo klasifikacijo DSNV-IV. Ta razdeli motnje v

tri glavne kategorije, in sicer na: delirij, demenco amnestične in druge kognitivne motnje; duševne motnje ob telesni bolezni; duševne motnje, povezane z uporabo psihoaktivnih zdravil. Pregelj (2009) poudarja, da kljub nesmiselnosti delitve duševnih motenj na organske in funkcionalne ne smemo opustiti delitve vzrokov duševnih motenj na tiste, ki so nastali primarno zaradi duševne motnje same in tiste, ki so nastali kot posledice neke druge bolezni. Ta delitev je pomembna zaradi različnega načina zdravljenja. V Sloveniji še vedno uporabljamo mednarodno klasifikacijo MKB-10,¹⁰ ki ne opušta poimenovanja organskih duševnih motenj. Ta sklop vsebuje vrsto duševnih motenj, za katere je značilno, da imajo očitno skupno etiologijo v možganski bolezni, možganski poškodbi ali drugačnih okvarah, ki povzročajo motnjo možganske dejavnosti.

Kaj bi se torej zgodilo, če bi opustili medicinsko klasifikacijo in diagnostiko? Kaj bi se zgodilo, če bi psihiatrična terminologija jezika postala tako neprimerna, kot je terminologija seksizma in rasizma? Kako bi se spremenilo razumevanje vloge in identitete duševnega bolnika? Watkins (2007) je prepričan, da bi to pomenilo vsaj eno pomembno spremembo. Ljudi ne bi več razumevali preko diagnoz in terminologije psihiatrije, ampak bi bili prisiljeni na njihove težave gledati s perspektive njihovih življenjskih izkušenj.

3.4. Zdravstvena podpora ljudem s težavami v duševnem zdravju

Ljudje s težavami v duševnem zdravju lahko poiščejo zdravstveno pomoč v psihiatričnih bolnišnicah in psihiatričnih ambulantah, v manjši meri pa tudi v osnovnem zdravstvenem varstvu pri svojem osebnem zdravniku. Predvsem v zadnjem času se vse več ljudi s težavami v duševnem zdravju zateka po pomoč v osnovno zdravstveno varstvo. Ko govorimo o medicinskem pristopu in oblikah pomoči, moramo imeti v mislih, da gre tukaj v prvi vrsti za postavljanje diagnoz o določeni duševni bolezni in nato za določitev najprimernejše oblike zdravljenja (oskrbe), s katero se skuša odstraniti simptome duševnih motenj. Danes so oblike pomoči, ki so na voljo ljudem znotraj zdravstvenega sistema, zelo raznolike. V psihiatričnih bolnišnicah se ne poslužujejo le zdravljenja z zdravili, posebnih metod zdravljenja, ampak so ljudem na voljo tudi psihoterapija, delavna in aktivacijska terapija, učenje socialnih veščin.

¹⁰ MKB-10 duševne in vedenjske motnje razvršča v sklope pod šifro F00–F99, in sicer na način: organske vključno simptomatske duševne motnje (F00–F09); duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10–F19); shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29) razpoloženske (afektivne) motnje (F30–F39); nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F49); vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami (F50–F59); motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi (F60–F69); duševna manjrazvitost (mentalna retardacija) (F70–F79); motnje duševnega (psihološkega) razvoja (F80–F89); vedenje in čustvene motnje, v otroštvu in adolescenci (F90–F98); neopredeljena duševna motnja (F 99).

3.4.1. Zdravljenje z zdravili (farmakoterapija)

Osnovo za farmakološki način zdravljenja predstavlja nevrobiološki pogled na duševno motnjo, ki jo opredeli kot motnjo v delovanju možganov. Osnovni princip medikamentoznega zdravljenja predstavlja vezavo molekul zdravila na vezno mesto v osrednjem živčnem sistemu. Vezna mesta so različna in so za posamezno zdravilo značilna. Zdravila za zdravljenje duševnih motenj razdelimo na več skupin (Pregelj 2009: 405–411):

- *Antidepresivi*: so zdravila za zdravljenje depresije, tesnobe, panične motnje, socialne fobije, obsesivno kompulzivne motnje. Najbolj znani antidepresivi so *Prozac*, *Asentr*, *Cipramil*, *Cipralex*. Pomembno je, da se zdravilo jemlje redno, saj pride pri zdravljenju z antidepresivi do izboljšanja počutja šele po dveh do treh tednih. Antidepresivi ne povzročajo odvisnosti, imajo pa neželene učinke, ki so ponavadi blagi in prehodni.
- *Anksiolitiki*: ta zdravila služijo za zmanjševanje tesnobe oziroma za izboljšanje spanja. V nasprotju z antidepresivi ta zdravila začnejo delovati takoj, vendar pa njihov učinek ne traja dolgo. Čez čas lahko njihov učinek povsem izgine, zato je pomembno, da se jih uporablja čim krajši čas in v čim manjšem odmerku, saj imajo ta zdravila več nezaželenih učinkov, kot so povečana utrujenost, zmanjšana koncentracija in motorične sposobnosti, povzročajo pa tudi odvisnost.
- *Antipsihotiki*: predstavljajo ključno metodo zdravljenja psihotičnih motenj, najpogosteje shizofrenije. Ta zdravila zmanjšujejo halucinacije in blodnje ter izboljšajo miselni tok, tako da postane bolj urejen in logičen, vendar psihoze same ne pozdravijo. Zato po prenehanju jemanja ali ob nerednem jemanju zdravil zelo velikokrat pride do ponovnega poslabšanja duševnega zdravja. Ta zdravila se jemlje več let, marsikdo pa jih potrebuje vse življenje. Antipsihotike delimo na starejše ali klasične (*Haldol*, *Moditen*, *Clopixol*, *Nozinan*) in novejšje (*Risperdal*, *Risset*, *Torendo*, *Leponex*, *Zeldox*). Ta zdravila se bolj kot po učinkovitosti razlikujejo po številnih stranskih učinkih, ki ponavadi po določenem času minejo. Zlasti v prvih tednih jemanja so lahko moteča suha usta, zamegljen vid, omočica. Antipsihotiki ne povzročajo odvisnosti.
- *Stabilizatorji razpoloženja*: so heterogena in slabo definirana skupina zdravil, ki se uporabljajo predvsem pri zdravljenju bipolarnе motnje razpoloženja. Učinkovito naj bi delovali tako na manično kot depresivno fazo bolezni, hkrati pa naj bi preprečevali pojavljanje novih epizod. Sem uvrščamo litij, antikolvuzive, ki se uporabljajo za zdravljenje epilepsije, in nekatere atipične antipsihotike. Ta zdravila je potrebno jemati previdno in njihove učinke redno spremljati zaradi možnosti toksičnih učinkov.

- *Antidementivi*: uporabljajo se predvsem za zdravljenje Alzheimerjeve bolezni. Ta zdravila izboljšujejo spoznavne funkcije, zlasti spomin, žal pa demence ne ozdravijo.

Pri vseh oblikah zdravljenja z zdravili je potrebno natančno upoštevati navodila o jemanju, ki jih poda psihiater. Prav tako je dobro, da oseba podobno kot samo duševno težavo pozna tudi zdravila, ki jih jemlje, njihove učinke in lastnosti. Kljub temu da zdravila večine duševnih težav ne pozdravijo, je za celovito in uspešno zdravljenje, zelo pogosto nujno tudi farmakološko zdravljenje, seveda v kombinacijami z vsemi ostalimi oblikami podpore. Čeprav je odločitev o zdravljenju stvar strokovne presoje psihiatra, se bo s to problematiko pri svojem delovanju pogosto srečeval tudi zastopnik. Ljudje bodo pogosto želeli dodatne informacije glede zdravljenja, včasih pa se ne bodo strinjali s predpisano terapijo. Predvsem v teh primerih je potrebno, da zastopnik celovito podpre osebo. Tudi ko je jemanje zdravil iz strokovnega stališča nujno, ima oseba pravico odločati o tem, koliko časa bo ta zdravila jemala. Psihiatrična zdravila so se vsaj do sedaj vedno izkazala za bolj nevarna, kot je priznavala uradna medicina. Ta je pomanjkljivosti priznala šele, ko so na trg prišla nova zdravila, ki so nadomestila starejša neustrezna.

Kot v svoji knjigi *Coming of Psychiatric Drugs* piše Peter Lehmann (2004), so psihiatri in farmacevtska industrija uspešno prepričali javnost, da je raba psihofarmakov »varna« in »učinkovita« pri »zdravljenju« duševnih bolezni, vendar pa nobena od teh stvari ne drži povsem. Ta zdravila zagotovo niso varna, saj imajo številne stranske učinke, kot so: motnje motorike, utrujenost, povečanje telesne teže, spremembe v delovanju možganov. Prav tako ne moremo trditi, da so učinkovita in da zdravijo duševne motnje. Zdravila odpravijo simptome posameznih duševnih motenj, vendar na način, da vplivajo na celotno človekovo delovanje in ne le na nezaželene simptome, prav tako pa se pogosto simptomi ob prenehanju jemanja zdravil ponovijo, zato je težko govoriti o ozdravitvi. Da imajo psihiatrična zdravila tako velik pomen, je krivo predvsem dejstvo, da so tisti, ki zagovarjajo zdravila, osebe z močjo in argumenti, psihiatri in farmacevti v katerih strokovno presojo in znanje ne dvomimo, saj njihova dognanja izhajajo iz znanstvenega raziskovanja. V nasprotju s tem pa redkokd sledi mnenju ljudi, ki se jim zdravila predpisujejo in poročajo o tem, kako nezadovoljni so s posameznim zdravilom in o vseh stranskih učinkih, ki jih prinašajo. Še več, Lehman (2004: 13) opazuje, da bo oseba, ki se odloči za opustitev zdravila, takoj pritegnila pozornost okolice. Ta bo o uporabniku imela vtis, da je prenehal z jemanjem zdravil le zato, ker ni zmožen spoznanja, da je njegovo duševno stanje močno poslabšano in vedenje nenormalno. Seveda je to tudi znak poslabšanja motnje in pomeni nevarnost za njegovo zdravje. In na žalost to še kako

velja, pogosto se zgodi, da želijo svojci sprožiti postopke prisilne hospitalizacije, ko vidijo, da so njihovi najbližji prenehali z jemanjem zdravil. Tudi v psihiatrični bolnišnici odklonitev zdravila pravzaprav pomeni odklonitev zdravljenja, kar izhaja iz poslabšanega zdravstvenega stanja in premajhnega uvida v duševno motnjo. Ne priznava se možnosti, da oseba odkloni zdravilo iz povsem razumljivih razlogov in da si kljub temu želi premagati duševno težavo. Žal vsi psihiatri ne prisluhnejo pacientu in njegovim izkušnjam o rabi psihofarmakov.

Z vidika delovanja zastopnikov in tudi zagovorništva v duševnem zdravju niso problematični tisti uporabniki psihiatrije, ki imajo pozitivne izkušnje z zdravili. Veliko ljudi psihiatrična zdravila vidi kot pomemben del na poti do okrevanja. Sprijaznijo se z nezaželenimi stranskimi učinki, saj so mnenja, da so koristi, ki jih imajo od zdravil, mnogo večje. V Sullivanovi študiji (1997), kjer so ljudje s psihiatrično izkušnjo ocenjevali dejavnike, ki so prispevali k uspešnemu okrevanju, so se tako na prvo mesto uvrstila prav zdravila (72 %) in šele nato sledi s 67 % podpora skupnostnih služb.¹¹ Vedeti pa je treba, da je veliko ljudi, ki z zdravili niso zadovoljni, predvsem teh nočejo jemati dolgoročno, in se odločijo, da bodo z jemanjem prenehali. Žal se pri tem pogosto znajdejo brez ustrezne strokovne podpore. Psihiatri včasih nočejo niti slišati, da bi ljudje prenehali ali zmanjšali doze zdravil, saj to poveča možnost ponovitve simptomov in duševne motnje, za nekatere motnje, pa je že tako predvideno vseživljenjsko zdravljenje. Večina ljudi, ki se je odločila za opustitev zdravil, priča o tem, da so se pri tem soočali z naslednjimi strahovi (Lehman 2004: 212): strah, da bodo ravnali v nasprotju z navodili psihiatra; strah pred reakcijo družinskih članov, ko bodo izvedeli za opustitev zdravil; strah pred povratkom simptomov, duševne motnje in krize; strah pred ponovno hospitalizacijo. Kljub temu pa so mnogi uspeli premagati vse ovire in zaživeti uspešno življenje brez zdravil in prav primere številnih uspešnih zgodb je v prej omenjeni knjigi zbral Peter Lehman. Pri tem posebej izpostavlja dejstvo, da opustitev zdravil ne bo uspešna pri vseh ljudeh, praktično vsi pa lahko uspešno zmanjšajo predpisano količino zdravil na minimalne odmerke. Odločitev za opustitev zdravil mora biti sprejeta načrtno, odgovorno in ob kritični presoji, če je le možno ob podpori psihiatra, ki podpira pristope brez trajne odvisnosti od zdravil. Pomembno je, da ima oseba pri opustitvi zdravil tudi širšo podporo okolja, saj opustitev pogosto pomeni tudi kratkoročno poslabšanje duševne motnje. V tujini na primer poznajo tudi posebne programe za opustitev psihiatričnih zdravil, ki omogočajo nastavitve v posebne krizne centre v času, ko se oseba odloči za opustitev.

¹¹ V Sullivanovi študiji, kjer so ljudje psihiatrično izkušnjo ocenjevali dejavnike, ki so prispevali k uspešnemu okrevanju so se na prvo mesto uvrstila zdravila (72 %), sledijo z podpora skupnostnih služb (67 %), lastna volja oziroma samokontrola (63 %), zaposlitev in šolanje (46 %), spiritualnost (43 %), znanje o duševni težavi (35 %), družina oziroma prijatelji (33%).

3.4.2. Zdravljenje s psihološkimi sredstvi (psihoterapija)

Psihoterapija je psihološka metoda zdravljenja, ki jo uporablja usposobljen psihoterapevt (ne nujno psihiater) kot pomoč posamezniku pri obravnavi njegovih težav v življenju. Psihoterapija je naučeno, celostno, zavestno in načrtovano obravnavanje psihosocialno in psihosomatsko pogojenih duševnih motenj in bolezenskih stanj s psihoterapevtskimi metodami, katerih skupni temelj je pogovor. Psihoterapija v osnovi pomeni zdravljenje s pogovorom z namenom premagovanja različnih težav in boljšega spoznavanje sebe. Psihoterapevt je usposobljen, da pomaga ljudem začutiti ter primerno izražati čustva, spremeniti manj funkcionalna vedenja, reševati težave ali se naučiti, kako obvladati določena čustva, kot so stres, tesnoba, strah, žalost. Cilj obravnave je olajšati ali odpraviti simptome, spremeniti moteče drže in vedenjske vzorce ter podpirati osebnostno rast in zdravje obravnavanih. Psihoterapija običajno poteka na rednih srečanjih, ločimo pa med individualnimi, skupinskimi, partnerskimi in družinskimi psihoterapijami, odvisno od števila in vrste udeležencev na terapiji (Dernovšek et al. 2009). Sicer pa obstaja veliko vrst psihoterapij, glede na to, kako so strokovno utemeljene. Najpomembnejše so (Gabrovšek 2009: 340–345):

- *Psihoanalitična*: zanjo je značilno, da verjame, da na trenutno vedenje, čustvovanje globoko vplivajo posameznikove izkušnje iz zgodnjega življenja. Osredotoča se na občutenja, ki jih imamo do drugih ljudi, zlasti do družine in bližnjih oseb. Zdravljenje vključuje razgovor o preteklih izkušnjah in kako so te lahko pripeljale do posameznikove sedanje situacije. Osnovo za terapijo predstavlja psihoanaliza Sigmunda Freuda.
- *Podporna psihoterapija*: je v praksi najbolj uporabljena pri osebah, ki so zaradi trajnih duševnih motenj ovirani v vsakodnevnih aktivnostih. Cilji suportivne terapije so izboljšati uporabnikovo sposobnost prilagajanja življenjskim izzivom, povečati njihovo samozavest, prepoznavati realne omejitve, podpirati zdrave obrambne mehanizme.
- *Kognitivna vedenjska psihoterapija*: njen cilj je direktna sprememba vzorcev mišljenja in posameznikovega razmišljanja. Pomaga odpraviti nefunkcionalne in destruktivne vzorce mišljenja in čustvovanja ter posledično tudi vedenja. Bolj kot na preteklost je usmerjena na sedanjost in aktualne probleme in težave. Dokazano je, da je še posebej učinkovita pri zdravljenju čustvenih motenj, kot sta depresija in anksioznost. Pri tej terapiji uporabljamo različne vedenjske (beleženje, načrtovanje aktivnosti, igranje vlog) in kognitivne tehnike (identifikacija avtonomnih misli, modifikacija misli, tehnika distrakcije, imaginacije, ustavljanja misli).

3.4.3. Posebne metode zdravljenja

Posebne metode zdravljenja (PMZ) se uporablja v skrajnih primerih in takrat, ko druge metode zdravljenja niso učinkovite. Te metode imajo lahko hude stranske učinke, njihova uporaba pa skoraj vedno pomeni tudi določen poseg v osebno integriteto posameznika, zato je seveda pravilno, da se je uporaba teh metod opredelila z zakonom. Posebne metode zdravljenja se lahko izvajajo le izjemoma in le v psihiatričnih bolnišnicah. Zakon izrecno prepoveduje psihokirurško zdravljenje, prav tako se s posebnimi metodami zdravljenja ne sme zdraviti mladoletnih oseb. Posebne metode zdravljenja v Sloveniji so:

- zdravljenje z elektrokonvulzivno terapijo (elektrošok),
- hormonsko zdravljenje,
- uporaba psihotropnih zdravil v vrednostih, ki presegajo največji predpisani odmerek.

O uporabi posebnih metod zdravljenja na predlog psihiatra, ki osebo zdravi, odloča zdravniški konzilij, sestavljen iz najmanj treh psihiatrov, od katerih najmanj eden ni zaposlen v psihiatrični bolnišnici, v kateri se oseba zdravi, in osebe ni zdravil. Zdravljenje z elektrokonvulzivno terapijo ali hormonsko zdravljenje se lahko izvaja, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji: je podana pisna privolitev osebe ali skrbnika; je podano pozitivno mnenje o potrebnosti in posledicah takšnega zdravljenja s strani neodvisnega psihiatra; ni na voljo nobenih drugih učinkovitih metod zdravljenja, je to nujno potrebno za zdravljenje osebe; pričakovana korist odtehta predvidljivo tveganje in obremenitev zdravljenja.

Tudi zdravljenje z uporabo psihotropnih zdravil v vrednostih, ki presegajo največji predpisani odmerek, se lahko izvaja le, če je podana pisna privolitev osebe in ko ni nobenih drugih učinkovitih metod za ustrezno zdravljenje. Lahko pa zdravnik zdravi z uporabo psihotropnih zdravil v vrednostih, ki presegajo največji predpisani odmerek, tudi brez pisne privolitve osebe ter brez odobritve zdravniškega konzilija, če presodi, da oseba potrebuje nujno medicinsko pomoč. Vendar mora zdravnik o tem v enem dnevu obvestiti direktorja bolnišnice, ki takoj imenuje zdravniški konzilij. Le-ta mora v štirih delovnih dneh takšno zdravljenje odobriti oziroma ne odobriti. Kadar se posebne metode zdravljenja uporabljajo pri osebah, ki so bile sprejete na zdravljenje brez privolitve, njihovo uporabo s sklepom odobri sodišče v dveh dneh od prejema predloga. Izvajanje posebnih metod zdravljenja se vpiše v zdravstveno dokumentacijo osebe. O izvajanju posebnih metod zdravljenja psihiatrična bolnišnica vodi evidenco. Oseba, najbližja oseba, zastopnik, odvetnik ali skrbnik imajo pravico zahtevati izvedbo upravnega nadzora nad izvedbo posebne metode zdravljenja.

4. Duševno zdravje v skupnosti in oblike pomoči

4.1. Duševno zdravje v skupnosti in skupnostno načelo

Pod pojmom duševno zdravje v skupnosti razumemo zelo raznolike koncepte pomoči in sisteme služb, ki so na voljo ljudem s težavami v duševnem zdravju. Vsi ti koncepti za nastanek duševne krize (Lamovec 2006: 44) »pripisujejo največji pomen družbenim dejavnikom, ki vključujejo tako neposredno okolje, v katerem človek živi, kakor družbo kot celoto, ki proizvaja družbene in ekonomske krize«. Nikakor ne gre za en enoten pogled, ampak obstaja več različnih oblik in metod pomoči, interdisciplinarnih področij, ki to pomoč nudijo, katerih skupni imenovalec pa je premik skrbi za duševno zdravje iz institucij v realno družbeno okolje (skupnost). Ta skupni imenovalec Flaker (2001: 73) poimenuje »skupnostno načelo« in ga opredeli z naslednjimi lastnostmi:

- *Prostor delovanja*: je kjerkoli v skupnosti. V stanovanju, klubu, parku, prostorih društev in nevladnih organizacij. Bistvo je, da se pomoč odvija izven tradicionalne institucionalne oskrbe, tako da ljudi z delovanjem ne izoliramo, ne ločimo od drugih.
- *Akterji*: to pomeni, da sodelujejo pri različnih procesih zelo pisane zbirke akterjev. Strokovnjaki s področja socialnega dela, sociologije, psihologije, pedagogike, andragogike, medicine. Uporabniki in njihovi svojci, prijatelji. Vsi ti akterji so v enakopravnih odnosih in se za skupne cilje trudijo s skupnimi močmi.
- *Predmet delovanja*: skupnostno načelo tudi pomeni, da ni več predmet delovanja posameznik in njegova bolezen, temveč skupnost, kjer potekajo procesi sprememb medosebnih odnosov. Tudi ko je delovanje osredotočeno na posameznika, se ga razume kot del skupnosti.
- *Metode*: skupnostno načelo pomeni, da se uporablja vsa raznolika sredstva in metode, ki so v skupnosti na voljo, da se rešitve za težave išče v kontekstu njihovega izvora.

4.2. Zakaj duševno zdravje v skupnosti?

Da bomo lažje razumeli koncepte in cilje duševnega zdravja v skupnosti, moramo na tem mestu podati nekatere razloge, ki so privedli do nastanka teh oblik pomoči. Najenostavneje bi lahko rekli, da gre vzrok za nastanek novih oblik podpore iskati v kritiki starega sistema duševnega zdravja. Te kritike številnih avtorjev (Szasz 1972; Brandon 1993; Flaker 2001; Švab 2004; Lamovec 2006; Watkins 2007; Salter in Turner 2008) se po večini osredotočajo na institucije – totalne ustanove, medicinski model skrbi in družbo kot celoto. Res je, da veliko kritik, predvsem tistih, ki se nanašajo na medicinski model in institucionalno oskrbo ljudi s težavami v duševnem zdravju izhaja iz antipsihiatričnega gibanja, vendar pa nika-

kor ne smemo na razvoj duševnega zdravja v skupnosti gledati kot na produkt antipsihia trič-nih gibanj. Gre za mnogo bolj kompleksen proces, na katerega so vplivali še številni drugi dejavniki, kot so demokratizacija družbe v drugi polovici prejšnjega stoletja, sprememba zdravstvenih politik na področju duševnega zdravja, pojav družbenih in uporabniških gibanj, razvoj strok s področja socialnega dela.

Povedali smo že, da je družba tista, ki pogojuje normalnost. V prvi vrsti je torej potrebno spreminjati družbeno klimo, ki ni naklonjena ljudem s težavami v duševnem zdravju. Družba je tista, ki je zaradi določenih zgodovinskih okoliščin, ki smo jih že spoznali, dopustila nastanek institucij. Splošna družbena klima je tista, ki je sprejela dejstvo, da se ljudi z duševnimi težavami izloči in izolira iz njihove sredine in postavi na samo obrobje, ali celo zapira. Po drugi strani je tudi družba tista, ki sprejema in ohranja stigmo duševnega bolnika, res pa je, da je stigma¹² v veliki meri rezultat hospitalizacije. Življenje v institucijah poteka po ustaljenih pravilih in vzorcih, ki pogosto vplivajo na življenje posameznika tudi po tem, ko zapusti ustanovo. Goffman (1961) deli stigmatizacijo na zunanjo, ko okolje spremeni odnos do osebe, ki se je psihiatrično zdravila in notranjo, ko se tudi posameznik sam odzove in se zavest o stigmatiziranosti naseli vanj samega. Najpogostejši odnos družbe do oseb s stigmo je, da ti ljudje niso čisto pravi, saj jim nekaj manjka. Flaker et al. (1999) trdijo, da nalepke, ki jih družba nalepi ljudem, spremljajo in določajo družbeno vlogo na način, da jim onemogočajo vključevanje. Na take osebe gledajo drugače, vidijo jih kot bolnike, norce, zasvojenca, in to kljub temu, da so uradno ozdravljeni. Zaradi stigme težko prevzamejo nazaj svoje stare družbene vloge starša, študenta, delavca, prijatelja. Čeprav Tanja Lamovec (2006) dosmrtno stigmatizacijo, spremenjene odnose z družino, s prijatelji in na delovnem mestu pripisuje nezaželenim rezultatom hospitalizacije, za te izide ne gre kriviti institucije same, ampak predvsem družbo. Graham Thornicroft in Elizabeth Corker (2010) navajata štiri korake, v katerih poteka družbena stigmatizacija:

- *Označevanje*: proces, s katerim so določene osebnostne lastnosti posameznika, prepoznane kot razlikovalne, drugačne od ostalih.
- *Stereotipizacija*: povezovanje osebnostnih lastnosti z družbeno negativnimi pojavi.

¹² Stigma (stigmata) v izvoru besede označuje nenavadna kožna znamenja. Ta znamenja (stigme), najpogosteje je šlo za vžganine, so pogosto ljudem na koži povzročili namerno z namenom označevanja. Tako so naprimer s kožnimi znamenji označevali sužnje, potepuhe, kriminalce, med drugo svetovno vojno jude. Kasneje pa se je beseda stigma začela uporabljati za vse (osebnostne, telesne, značajne) lastnosti, ki tako ali drugače ljudi zaznamujejo na način, da jih družba dojame kot drugačne, »*nenormalne*« in so povod za takšne in drugačne družbene in socialne sankcije.

- *Ločevanje*: kategorijsko ločevanje med ljudmi in skupinami na tiste, ki so normalni in tiste, ki so drugačni, nenormalni.
- *Diskriminacija in izguba družbenega statusa*: pripisovanje manj pomembnih družbenih vlog in statusov družbeno stigmatizirani skupini ljudi.

Tako moramo razvoj duševnega zdravja v skupnosti nujno razumeti tudi kot kritiko družbe same. Nenazadnje se ta proces prekriva z demokratizacijo družbe v drugi polovici prejšnjega stoletja. Gre za čas velikih družbenih gibanj katerih cilj je tudi borba za enakost ljudi in marginalnih družbenih skupin. Duševno zdravje v skupnosti začne nastajati s prvimi združenji uporabnikov in njihovih svojcev, ki se začnejo zavzemati za svoje pravice in opozarjajo družbo na probleme in krivice, ki se jim godijo.

Druga večja kritika, ki je spodbudila razvoj duševnega zdravja v skupnosti se nanaša na samo institucionalno oskrbo, ki naj bi potekala v totalnih institucijah, in vlogo, ki jo ima v tem sistemu posameznik. S tem ko se posameznika izolira iz družbe, se ga obravnava tudi izven konteksta njegovih resničnih težav, zato je taka pomoč neustrezna. Dokaz za to naj bi bile številne ponovne hospitalizacije uporabnikov psihiatrije ter ljudje, ki se nikoli več niso vrnili iz ustanov, saj je bilo zdravljenje zaradi neustreznosti vseživljenjsko. Institucije, predvsem totalne, pa imajo še druge slabe lastnosti (Goffman 1961; Foucault 1984; Flaker 1998; Lamovec 2006). S tem ko je posameznik nameščen v instituciji, je tudi podrejen njenim pravilom. Obsojen je na sistem nagrad in kazni, rituale ponižanja, odnose neenakomerne porazdelitve moči, ki vladajo v instituciji. Tako institucije včasih posamezniku z načinom obravnave povzročijo mnoge nezaželene izide. V instituciji se sčasoma zabrišejo človekove vsakdanje vloge, naprimer vloga sodelavca, starša, ljubice, gospodinje, vrtičkarice, športnika. Lamovec (2006) opozarja, da prehod v psihiatrično bolnišnico v življenje prinaša novo vlogo bolnika. Posameznik je obsojen na okoliščine enkratne udeležbe, katere pravila so postavljena s strani institucije. Taka družbena vloga bolnika in odsotnost izbire življenjskih možnosti, ki jih povzročata bivanje v instituciji, povzročita, da postane oseba pasivna, izgubi cilje v življenju in ima znižano samospoštovanje in zaupanje vase. Erikson (1957) pravi, da je vloga duševnega bolnika sestavljena iz številnih protislovij. Osebi se težko dokaže njegovo duševno bolezen, zato se bolezen najlažje poudari tako, da se ga namesti v institucijo. Kdor je zaprt, je zagotovo duševno bolan. Posameznik se nato v instituciji socializira in prelevi v pasivnega posameznika bolnika, ki je potreben pomoči, vloge duševnega bolnika pa se nato težko znebi, tudi ko se vrne v družbo. Zaradi vseh teh kritik institucionalne oskrbe, lahko razvoj duševnega zdravja v skupnosti povezujemo tudi s procesom dezinstitutionalizacije, ki je stekel vzpo-

redno s tem. Teed in Scileppi (2007) sicer opozarjata, da nekateri dezinstitutionalizacijo dojemajo kot odziv na zahteve po vzpostavitvi novih oblik pomoči v skupnosti, medtem ko jo drugi vidijo kot generatorja teh sprememb. S tem ko je prišlo do odpustitve ljudi iz ustanov, nekaterih tudi brez ustreznih priprav na ponovno življenje v skupnosti, se je pojavila potreba po službah, ki bodo nudile tem ljudem podporo v skupnosti. Verjetno pa je resnica nekje vmes in predstavlja dezinstitutionalizacija tako odziv na zahteve po novih načinih oskrbe ljudi s težavami v duševnem zdravju kot predpogoj za oblikovanje teh novih oblik.

Duševno zdravje v skupnosti pa se je razvilo, kot sem že pisal, tudi kot rezultat zahtev po preobrazbi medicinskega modela, ki proizvaja odnose neenakosti v oskrbi, na eni strani strokovnjakov ekspertov, na drugi strani pa nevednih bolnikov, ki so potrebni pomoči. Nastalo je z željo, da se odpravi terminologijo duševne bolezni, ki proizvaja stigmo, in željo, da se v ospredje postavi tudi izkušnje in potrebe samih ljudi. Sistem duševnega zdravja v skupnosti namreč sooblikujejo tudi uporabniki sami.

4.3. Cilji duševnega zdravja v skupnosti

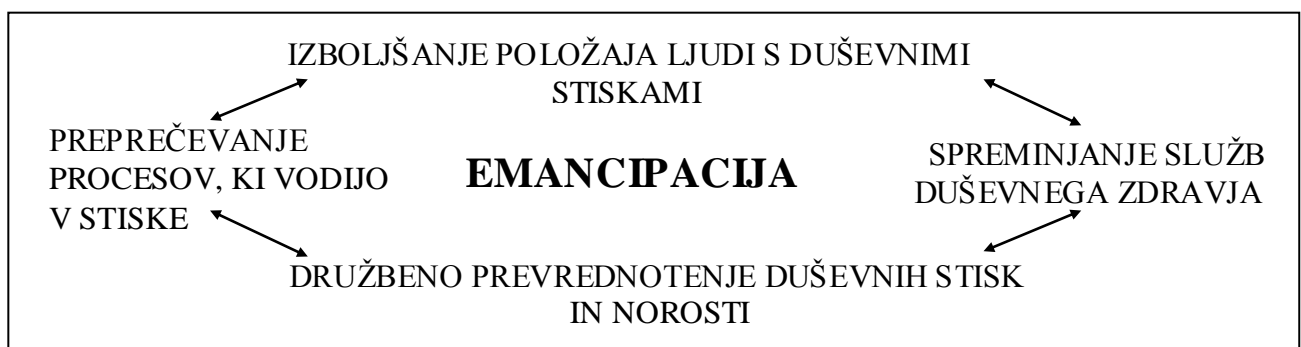
Duševno zdravje v skupnosti ima številne cilje, ki jih te oblike podpore zasledujejo. To nas niti ne čudi, če smo videli, zaradi kako raznolikih kritik starega sistema in zasledovanja novih idealov se je razvilo. Prav cilji so tisto, kar sicer družijo zelo raznolike dejavnosti, ideje, programe, oblike pomoči. Najbolj splošno bi cilje duševnega zdravja v skupnosti opredelili kot odpravljanje pomanjkljivosti, ki jih je imel in povzročal medicinski model obravnave ljudi v izoliranem institucionalnem okolju. Ti cilji so torej: skrb za duševno zdravje iz institucij prenesti nazaj na skupnost, od koder problemi izvirajo; odpravljati posledice institucionalne oskrbe, predvsem stigmatiziranosti uporabnikov psihiatrije; preprečevanje vloge duševnega bolnika; vključevanje ljudi v vsakdanje okolje po končani hospitalizaciji; preprečevati nastanek duševnih kriz s preventivnimi programi; ljudi usposabljanje za razreševanje težkih življenjskih situacij; ščititi pravice in interese teh oseb; vzpostavljanje enakopravnosti odnosov med izvajalci in uporabniki; uporabnike aktivno vključiti v procese podpore; pomagati uporabnikom izboljšati odnose z bližnjimi; spodbujati združevanje uporabnikov v uporabniške skupine; ozaveščati družbo o problematiki duševnega zdravja; promoviranje razumevanja duševnih težav, kot jih vidijo uporabniki; oblikovanje novih politik in programov na področju duševnega zdravja. Flaker (2001) vse te posamezne cilje poveže v štiri skupine ciljev:

- Izboljšanje položaja uporabnikov služb duševnega zdravja.
- Spreminjanje uslug in služb duševnega zdravja, da bodo služile predvsem njihovim potrebam, hotenjem, željam in nujam.

- Družbeno prevrednotenje in drugačno vrednotenje norosti, duševne stiske.
- Odpravljanje in preprečevanje tistih procesov v družbi, ki bi utegnili kogarkoli pripeljati v destruktivne krize, osebni propad.

Flaker tezo še poenostavi na način, da so ti štirje sklopi ciljev duševnega zdravja v skupnosti le štirje različni vidiki enega samega emancipatoričnega procesa. Vsi ti cilji so med seboj krožno povezani tako, da doseganje enega cilja krepi možnosti za doseganje ostalih treh ciljev. Vse cilje duševnega zdravja v skupnosti pa lahko združimo okoli enega osrednjega pojma, in sicer »emancipacije«.¹³

Slika 1: Cilji duševnega zdravja v skupnosti



Vir: Flaker (2001:72)

Sliko najlažje razložimo s primerom preprečevanja hospitalizacije. Ta cilj vsebuje vse štiri zgoraj naštetih cilje. Prvič, izboljšuje položaj uporabnika, saj zmanjšuje stigmatizacijo, prispeva k ohranjanju pozitivne samopodobe, omogoča, da v večji meri ostane prisoten v svojem vsakdanjem življenju in ohranja vlogo v skupnosti. Drugič, preprečevanje hospitalizacij terja vzpostavljanje drugih služb, ki bodo nadomestile pomoč, ki naj bi je bil človek deležen v bolnici. To so krizni timi, stanovanjske skupine, skupine za samopomoč. Tretjič, preprečevanje hospitalizacij terja spreminjanje stališč bližnjih. Če rešitve ni več v hospitalizaciji, je treba prevrednotiti prisotnost motečega člana skupnosti, najti načine sožitja in vrednote v stiski ali drugačnosti bližnjega. Četrto, preprečevanje hospitalizacij vsebuje tudi preventivne ukrepe. Trudimo se preprečiti krize ali globlje stiske, naprimer s prepoznavanjem zgodnjih znakov, s samopomočno skupino, ali pa s predvidevanjem škodljivih posledic in vzpostavljanjem načinov, kako jih zmanjšati (*ibid.*: 72–73).

¹³ Pojem emancipacije bi lahko nadomestili tudi s pojmom socialna vključenost, saj gre pri celem konceptu duševnega zdravja v skupnosti pravzaprav za to, kako ljudi ponovno integrirati v družbo.

4.4. Nekateri koncepti pomembni za razvoj duševnega zdravja v skupnosti

Če smo do sedaj že opredelili skupnostno načelo, kritike modela duševnega zdravja, in cilje kot tiste elemente, ki združujejo vse raznolike metode in oblike pomoči, ki jih pod enim pojmom razumemo kot duševno zdravje v skupnosti, moramo nujno opredeliti še nekatere teoretične koncepte, ki so pripomogli k razvoju tega modela. Tukaj gre predvsem za strokovno raziskane in utemeljene koncepte, paradigme, ki so jih skupnostne službe sprejele in po katerih delujejo. Ti koncepti pa so seveda oblikovani že na vseh prej naštetih kritikah in ciljnih, izvirajo iz prispevkov antipsihiatričnih predstavnikov in vključujejo uporabniško perspektivo. Tudi teh konceptov je seveda več, vendar pa so najbolj razširjeni normalizacija (ang. *normalization*), okrevanje (ang. *recovery*) in krepitev moči (ang. *empowerment*). Vsem tem konceptom je skupno, da tako ali drugače zavračajo: ideje, da ljudje s psihiatričnimi izkušnjami ne morejo okrevati; ideje, da lahko samo zdravila in tradicionalne terapije v bolnišnicah vplivajo na izid okrevanja; vse odnose pomoči, ki temeljijo na neenakopravnih odnosih moči in reproducirajo neenakost s pomočjo diagnoz in napačnih zgodovinskih mitov; ideje, da ljudje s težavami v duševnem zdravju ne morejo biti enakopravni člani naše družbe.

4.4.1. Normalizacija

Koncept normalizacije poudarja potrebo, da se vsem ljudem, tudi tistim, ki so tako ali drugače hendikepirani, omogoča pogoje za vsakdanje življenje, ki so čim bolj podobni običajnim vzorcem družbenega življenja. Vključuje sprejemanje ljudi s hendikepom takšne, kakršni so, v vse družbene dejavnosti, kot so: bivanje, šolanje, zaposlitev, rekreacija. Ta koncept je razvoj doživel v 60-ih letih prejšnjega stoletja v Skandinavskih državah, in sicer pri delu z ljudmi s težavami v duševnem razvoju. Prvi ga je v svojem delu predstavil Bengt Nirje, kasneje pa je ta koncept razvijal tudi Wolf Wolfensberger, ki je koncept prenesel v Kanado in ZDA. Koncept normalizacije se je res v začetku nanašal na obravnavo ljudi s posebnimi potrebami, vendar Nirje (1969) vidi v tem konceptu tudi širše možnosti uporabe za zagotavljanje potreb vseh zapostavljenih skupin ljudi. V svojem delu identificira osem principov normalizacije:

- *Normalen dnevni ritem*: posameznik lahko opravlja podobne dejavnosti ob podobnem času kot ostali člani družbe, vključno z možnostmi izbire raznolikih aktivnosti.
- *Normalen letni ritem*: ljudje gredo na počitnice, praznujejo obletnice, rojstne dneve.
- *Normalna rutina življenja*: pomeni, da bivamo na enem kraju, lahko hodimo v šolo ali službo v drug kraj in imamo prosti čas z aktivnostmi na tretjih mestih.

- *Normalen življenjski cikel*: omogočati ljudem, da razvijejo svoje potenciale in v čim bolj polni meri prevzamejo samostojno vlogo v družbi, vlogo odraslih, ko lahko sami odločajo o svojem življenju.
- *Normalno razumevanje posameznika*: ljudje imajo pravico do samoodločanja, da se spoštuje njihove želje, potrebe in odločitve.
- *Normalni vzorci spolnosti*: omogočati vsem ljudem, da razvijejo medosebne odnose in oblikujejo partnerske in ljubezenske zveze.
- *Normalne ekonomske, socialne in politične pravice*: vsem omogočati enake ekonomske in socialne pravice, ne glede na to, koliko prispevajo v proračun države.
- *Normalne oblike bivanja v skupnosti*: vsem ljudem omogočiti podobne stanovanjske razmere, tako glede velikosti bivalnih enot kot lokacij v mestu, kjer se te nahajajo.

Ideja, da se vse ljudi obravnava enako in se jim dopusti, da imajo enake življenjske potrebe in zahteve kot ostali člani skupnosti, ni bila nova. Novost procesa normalizacije v Skandinaviji je bila kontinuiteta tega procesa, ki ni bil zastavljen kot kratkoročna oblika pomoči, ampak kot dolgoročni pristop k obravnavi ljudi s posebnimi potrebami, ki se lahko razširi na obravnavo vseh ostalih družbeno izključenih skupin ljudi. Normalizacija je imela pomemben vpliv na razvoj skupnostnih služb, ki so se ustanovljale po Evropi in ZDA. Privedla je do novega razumevanja ljudi z različnimi oblikami hendikepa, katerim pripadajo takšne oblike podpore, da lahko čim bolj samostojno zaživijo v skupnosti v skladu s principi normalizacije. Ljudje s hendikepom niso več videni kot nenormalni, bolni, nečloveški, ampak kot ljudje, ki potrebujejo podporo na nekaterih (ne vseh) področjih njihovega življenja. Wolfensberger (1972a: 71) navaja tri naloge, ki jih morajo upoštevati skupnostne službe:

- integracija ljudi s hendikepom in tistih brez tako, da se službe ustanovlja v središču mest in krajev.
- Razpršitev služb v manjše enote, tako da omogočajo bližino družinam in skupnosti.
- Povezanost skupnostnih služb in njihovih programov.

Sicer pa je napačno pojmovanje, da je normalizacija proces, ki se zavzema za to, da postanejo ljudje znova »normalni« tako, da jih naučimo prevzemati vzorce vsakdanjega življenja in vrednote družbe. Normalizacija je pravzaprav proces, ki je kritično usmerjen v vrednote okolice, ki stigmatizira vsakršno drugačnost. Skuša preobraziti predvsem družbo in njene institucije in ne posameznikov. Osrednji pomen normalizacije je socialna vključenost vseh članov družbe, zato morajo tudi skupnostne službe zasledovati ta cilj. Wolfensberger kasneje

v svojih delih namesto normalizacije uporabi pojem »vrednotenje socialne vloge – SRV« (ang. *social role valorization*). Zato da presežemo vlogo duševnega bolnika (in tudi drugih marginalnih vlog) v skupnosti, moramo zagotoviti kar najbolj vsakdanjo, navadno življenjsko situacijo in vstop v cenjene vloge. To imenujemo normalizacija ali vrednotenje družbene vloge (Wolfensberger 1985). Ta koncept je razvil na podlagi ideje, da je družba nagnjena k temu, da nekatere družbene skupine definira kot drugačne in jim s tem podeli manj cenjeno družbeno vlogo. Ti ljudje so v očeh družbe manj vredni. Tako vlogo se podeli pripadnikom vseh skupin, katerim dominantne družbene skupine vsilijo manj cenjene družbene vloge. Take skupine ljudi predstavljajo ljudje s težavami v duševnem zdravju, s težavami v duševnem razvoju, invalidi, ljudje z drugačnim, nenavadnim videzom, pripadniki etičnih in rasnih manjšin. Koncept vrednotenja socialnih vlog nam tako omogoča, da razumemo, na kakšen način so nekaterim članom družbe podeljene manj pomembne vloge. Tako lahko ukrepamo prvič, da preprečujemo socialno devalvacijo (naprimer preprečevanje segregacije, ki jo povzročajo institucije) in drugič, da se trudimo ljudem podeliti socialno cenjene vloge. Eden takih ukrepov je, da se ljudje s cenjenimi vlogami začnejo družiti skupaj z ljudmi, katerih socialna vloga je manj cenjena. Taka zaveznitva bodo združevala ljudi, omogočala sprejemanje vseh oblik drugačnosti in spodbujala sobivanje med ljudmi. O'Brien (2009: 385–395) v povezavi s konceptom normalizacije in SRV vidi vlogo skupnostnih služb predvsem v tem, »da uporabljajo socialno cenjene metode za promoviranje socialno cenjenih vlog.«

4.4.2. Krepitev moči

Drugi kritičen družbeni pristopi, ki se je razvil v 60-ih in 70-ih letih prejšnjega stoletja in si je prizadeval za izboljšanje življenjskih pogojev marginaliziranih, izključenih družbenih skupin, je koncept »krepitve moči«. ¹⁴ Termin krepitev moči sam po sebi nima enega enotnega pomena, različni avtorji mu podajajo številne definicije, razlage, opise. Uporaben je tako na polju psihologije, filozofije, sociologije, celo politologije, ko ga uporabljajo oblikovalci javnih politik. Ko govorimo o krepitvi moči kot konceptu socialnega dela v skupnosti, imamo v prvi vrsti v mislih oblike pomoči, ki so namenjene vključevanju, opolnomočenju družbeno izključenih skupin, ki nimajo moči odločanja. Podobno kot pri konceptu socialnega vrednotenja vlog, kjer družba določenim skupinam pripiše manj pomembne položaje, se tudi koncept krepitve moči nanaša na družbene vloge in odnose. Osrednjega pomena postane koncept družbene moči. Kako je moč v družbi razporejena in kateri so viri družbene moči? Defi-

¹⁴ V jeziku socialnega dela v Sloveniji se uporablja tudi izraz »opolnomočenje«, ki je pravzaprav vsebinsko identičen konceptu krepitve moči.

nicije moči v strokovni literaturi so si podobne (Mitzberg 1983, Možina 1994, Robins 2001, Dragoš 2008), vsem definicijam pa je skupno, da moč dojamejo kot možnost vpliva na okolje, družbo, druge osebe ali lastna ravnanja. Da lahko ta vpliv tudi izvajamo, pa je potrebno posedovati vire moči: tako se koncept krepite moči bolj kot na pojem moči osredotoča predvsem na zagotavljanje ali redistribucijo teh virov, saj se s tem procesom preurejajo tudi odnosi moči med družbenimi skupinami. Ule (2009: 33–36) opozarja na pomen posedovanja virov moči z vidika oblikovanja vsakdanjega življenja, saj je posameznik (pripadnik marginalnih skupin) pogosto prepuščen načrtovanju življenjskega poteka brez zagotovila, da ima na razpolago potrebne vire. V kompleksni moderni družbi je še kako pomembno, s kakšnim ekonomskim, kulturnim in predvsem socialnim kapitalom razpolagamo, ti trije kapitali pa so seveda hkrati tudi vir družbene moči. Na žalost je le nekaterim dano, da res izbirajo in vodijo svoje življenje po lastni izbiri in si ustvarjajo pestro biografijo. Večina ljudi je zaradi omejenosti resursov obsojena le na izbiranje med omejenimi možnostmi: lahko bi rekli da med omejenimi možnostmi izbirajo tiste, ki so najmanj slabe. Na ta način se v postmodernih družbah reproducira socialna neenakost, kajti za navidezno pluralizacijo in svobodo izbire stojijo velike družbene delitve v razmerju moči. Zaradi neenakomerne porazdelitve virov moči se v družbi vzpostavljajo odnosi odvisnosti. Posameznik postane odvisen od drugih ljudi, institucij, države. Sam odnos odvisnosti pomeni, da ima nekdo moč napram drugemu. Tak odnos odvisnosti smo že spoznali pri kritiki medicinskega modela oskrbe, ko imamo na eni strani strokovnjaka z močjo odločanja, ki vse ve, na drugi strani pa pomoči potrebne pacienta.

Prvič lahko govorimo o ideji koncepta krepite moči ob pojavu družbenih gibanj, ki so se zavzemala za politično enakopravnost državljanov v ZDA. Barbara Solomon v svoji knjigi *Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities* opisuje dogajanje v ZDA v letih 1960–1970, ko je bil sprejet zakon o državljanskih pravicah, ki je tudi temnopoltim prebivalcem omogočal enako možnost do šolanja in dostopa do javnih mest, institucij. Zakon je s tem, ko je prepovedal segregacijo na podlagi etične pripadnosti, pravzaprav omogočil marginalnim skupinam dostop do novih virov moči, s tem pa je stekel tudi proces opolnomočenja (krepite moči). Ta koncept so nato kmalu prepoznali tudi na področju socialnega dela pri delu z etičnimi in drugimi marginaliziranimi skupinami. Solomonova (1976) proces krepite moči enači z vsemi aktivnostmi, katerih cilj je »omogočati dostop do vseh virov moči zatiranim družbenim skupinam in preprečevanje nemoči posameznikov na način, ki povečuje njihovo samospoštovanje, sposobnosti za reševanje njihovih problemov.«

Na področju dela z ljudmi s težavami v duševnem zdravju je koncept krepite moči v svoji knjigi *Empowerment of People with Severe Mental Illness A Practical Guide* celovito

razdelal Donald Linhorst (2005). Krepitev moči tako omogočajo raznolike oblike participacije ljudi s težavami v duševnem zdravju pri sprejemanju odločitev in sodelovanje v dejavnostih, ki jim povečujejo občutek moči, nadzora ali vpliva na pomembnih področjih življenja. Pri tem takoj poda nekoliko drugačen pogled in definicijo krepitev moči (*ibid.*: 9): »edina dejavnost, ki je nihče ne more izvajati za drugo osebo, je opolnomočenje. Opolnomočenje je samoreflektivna dejavnost, proces, ki ga lahko začne in vodi le posameznik, ki išče moč oziroma možnost samoodločanja«. To definicijo krepitev moči je Linhorst podal na podlagi številnih osebnih zgodb ljudi s psihiatrično izkušnjo, ki so pričali, da so nadzor in moč nad svojim življenjem ponovno pridobili šele, ko so sami prevzeli odgovornost za svoje odločitve in življenje. Vendar pa, če lahko le oseba sama vodi in opravi proces krepitev moči, ko ponovno pridobi moč nad svojim življenjem, je pomembno tudi, kako delujejo različne službe. Nekatere službe tako s svojimi praksami delovanja mnogo bolj spodbujajo proces opolnomočenja pri svojih uporabnikih kot druge. Tukaj je potrebno razviti nove metode delovanja, ki bodo spodbujale iniciativnost in omogočile participacijo uporabnikov. Vse službe, ki nudijo pomoč ljudem, se morajo še posebej izogibati pretiranemu pokroviteljstvu, saj tako preprečujejo procese opolnomočenja. Pokroviteljstvo je še posebej prisotno, ko odnosi med prejemniki in dajalci pomoči niso enakovredni. Sicer pa Linhorst (2005) v svojem delu krepitev moči ljudi s težavami v duševnem zdravju obravnava celovito na naslednjih področjih:

- *Krepitev moči preko načrtovanja zdravljenja*: sodelovanje pri načrtovanju zdravstvene obravnave omogoča bistveno krepitev moči osebe, saj dobi ta občutek, da ohranjajo nadzor nad svojim življenjem, da je njen glas slišan pri identificiranju prioritet, postavljanju nadaljnjih ciljev in iskanju virov in načinov za dosego ciljev
- *Krepitev moči preko izbire bivanja*: ljudje morajo imeti alternativo pri izbiranju svojega bivalnega okolja. Na voljo jim morajo biti številne oblike bivanja (stanovanja, varovana stanovanja, stanovanjske skupine, domovi, rejništvo), ki zagotavljajo njihove potrebe po samostojnem bivanju v skladu z njihovimi željami.
- *Krepitev moči preko sodelovanja pri oblikovanju javnih politik*: ljudje s težavami v duševnem zdravju morajo biti vključeni v procese sprejemanja in oblikovanja programov in zakonov, saj je rezultat tega sprejetje boljših zakonov in programov. Nekatere primeri vključevanja v odločevalske procese so recimo obvezno članstvo uporabnikov v nadzornih svetih ustanov, strokovnih skupinah, nacionalnih svetih.
- *Krepitev moči preko zaposlovanja*: zaposlitev pomembno vpliva na krepitev moči posameznika. Zaposlitev omogoča ustaljen delovni življenjski ritem, omogoča ekonomsko neodvisnost in poveča možnost življenjskih izbir.

- *Krepitev moči preko vključevanja v raziskovanje*: ko se delajo raziskave na področju duševnega zdravja, je potrebno aktivno vključiti tudi ljudi z izkušnjami. Ti so pogosto le predmet raziskovanja. Krepitev moči se omogoča tudi, ko ljudi z izkušnjo vključimo v sodelovanje pri pripravi raziskovalnih načrtov, tem raziskovanja, tehnik in metod, zbiranja in obdelave podatkov, interpretacije rezultatov.
- *Krepitev moči preko aktivnega vključevanja v programe pomoči*: službe, ki izvajajo programe podpore, morajo omogočati, da lahko ljudje preko programov pomagajo tako sebi kot drugim. Ni dobro, da so ljudje le prejemniki pomoči, ampak se lahko razvijajo taki programi, ki jih bodo vodili ljudje sami. Ustvariti je treba prostor za novo znanje iz izkušenj, ki ga imajo ljudje s težavami v duševnem zdravju. Uporabniške organizacije zasledujejo racionalno logiko, da le ljudje, ki so pripadniki izključenih skupin, najbolj vedo, kaj njihovi ljudje najbolj potrebujejo. Pomembno je, da so programi pomoči takšni, da ljudi ne vodijo v nove vrste trajne odvisnosti, ko so npr. ljudje odvisni le od državne finančne podpore.

4.4.3. Okrevanje

Tretji pomemben koncept, ki ga zasledujejo skupnostne službe, pa je koncept okrevanja. Če sta se normalizacija in krepitev moči osredotočala tako na preobrazbo institucij kot predvsem družbe in družbenih odnosov, pa se koncept okrevanja osredotoča predvsem na kritiko medicinskega modela. Ta koncept zavrača vlogo bolnika, diagnozo duševne bolezni, kot trajno stanje nezmožnosti posameznika in nevrobiološko razlago njegovega nastanka. Ne gre pa za vsesplošno zavračanje določenih duševnih stanj, ki lahko ovirajo in omejujejo delovanje posameznika v družbi. Peter Watkins (2007: 1–2) takole piše v svoji knjigi:

Štirideset let dela na področju oskrbe duševnega zdravja me je prepričalo, da ne obstaja nobena taka stvar, kot je duševna bolezen. Ni otipljivega, dokazljivega, klasifikatornega »tistega«. Da, obstajajo oblike človeškega trpljenja, ki jih doživljamo kot stanja globoke onesposobljenosti, žalosti, brezvoljnosti. Da, obstajajo oblike trpljenja, ko ljudje izkusijo izredna stanja zavesti, izgubijo stik s skupno družbeno realnostjo, kar povzroča stiske in motnje v njihovem življenju. Ampak vse to se zelo razlikuje od prepoznavnega diagnostičnega »tistega«, imenovanega klinična depresija, shizofrenija ali psihoza [...].

Zahodna psihiatrija je vsaj v preteklosti imela nadvse pesimističen terapevtski pogled na to, kakšne izide bo imela duševna bolezen na nadaljnje življenje posameznika. Prognoza za večino ljudi je bila, da bodo imeli trajne probleme na psihosocialnem področju. Tako nap-

rimer zagovarja dolgoročno jemanje zdravil, saj naj bi to bila najboljša rešitev za to, da bo posameznik živel življenje brez simptomov in ohranjal primeren nivo psihosocialne aktivnosti. Redko se zgodi, da ljudi prizna za ozdravljene. Tudi če ti živijo več let brez vsakih težav, bodo najraje za pojasnitev takega stanja uporabili izraz remisija. Tak pogled na duševne težave pa so v zadnjem desetletju izzvale številne longitudinalne študije s svojimi optimističnimi rezultati. Harrison et al. (2001) so tako v svoji raziskavi ugotovili, da kar dve tretjini ljudi, ki so imeli psihiatrično diagnozo, doseže popolno ali skoraj popolno okrevanje. Pri tem je potrebno poudariti, da bi bila številka lahko še večja, saj gre za dokaj konzervativno študijo, ki temelji na natančno določenih merljivih kriterijih okrevanja, kot so: vsaj dvoletna odsotnost simptomov; socialno inkluziven način življenja, ki je opredeljen s prisotnostjo določene zaposlitvene aktivnosti; dokazljivi elementi trajnega neodvisnega življenja. Če bi študija temeljila na individualnih subjektivnih vidikih okrevanja, kot ga doživljajo posamezniki, bi bila številka še mnogo višja. Naslednja stvar, ki je izzvala pesimistične poglede na okrevanje, pa so bile številne objave osebnih pričevanj okrevanja uporabnikov služb duševnega zdravja (Read in Reynolds 2008). Vse študije o okrevanju in osebna pričevanja so pokazale, da obstaja veliko možnih izidov, povezanih s potekom duševne bolezni, in da je večina ljudi dosegla več kot zgolj stanje začasne stabilnosti. Sullivan (1997) ugotavlja, da je s tem tudi koncept okrevanja pridobil svojo upravičeno legitimnost. Na tem mestu lahko tudi opredelimo definicijo okrevanja. Definicije so številne, vse pa dojamejo okrevanje mnogo širše kot medicinski koncept rehabilitacije, ki se nanaša le na odsotnost simptomov. Nekateri dojamejo okrevanje predvsem kot ponovno doseženo stanje samozaupanja in samonadzora nad življenjem, drugi proces okrevanja povezujejo z osebno rastjo. Anthony (1993: 16) opredeli okrevanje kot:

Globok osebni in edinstveni proces spreminjanja lastnih odnosov, vrednot, občutkov, ciljev, spretnosti, vloge. Gre za način, kako živeti zadovoljivo, upajoče, izpopolnjeno življenje kljub omejitvam, ki jih povzročajo duševne bolezni. Okrevanje pomeni razvoj novih pomenov in smislov življenja, ko prerastemo katastrofalne posledice duševne stiske [...].

Podobno okrevanje definirata tudi Roberts in Wolfson (v Watkins 2008). Po njunem mnenju je okrevanje »osebni proces odkrivanja, kako živeti in živeti dobro, kljub trajnim simptomom in ranljivostim«. Ker je okrevanje osebni in edinstveni proces, imajo vsi ljudje z izkušnjo duševne težave svojo definicijo okrevanja, ki pa imajo nekatere skupne elemente, lastnosti, dejavnike, ki omogočajo proces okrevanja (Sullivan 1997):

- *Upanje*: imeti upanje je temelj za začetek procesa okrevanja. Tudi najmanjše prepričanje, da lahko napredujemo, postanemo boljši, lahko povzroči proces okrevanja. Na

začetku procesa okrevanja lahko to upanje spodbujajo tudi strokovni delavci, svojci, vendar mora kasneje vsak sam, razviti svoje lastne občutke upanja.

- *Zdravljenje in obravnava*: čeprav so mnogi frustrirani s procesom iskanja primarnega zdravljenja in stranskimi učinki, ki jih imajo zdravila, veliko ljudi s psihiatrično izkušnjo postavlja zdravila na prvo mesto pri njihovem uspešnem okrevanju. Za večino ljudi cilj v procesu okrevanja ni, da bi prenehali jemati zdravila, ampak da bi jemali najmanjše potrebne odmerke. Prav tako večina ljudi pravi, da je okrevanje lažje takrat, ko imajo občutek, da so enakovredno vključeni v postopke zdravljenja.
- *Opolnomočenje*: je lahko tudi dejavnik okrevanja, ko ljudje verjamejo, da lahko prevzamejo nadzor nad svojim življenjem in ravnanjem, vključno z duševno težavo.
- *Podpora družine in prijateljev*: pomembno je, da ima posameznik številne vire podpore. To ne preprečuje samo občutka osamljenosti in izoliranosti, ampak povečuje njegovo aktivnost v skupnosti in ohranjanje pomembne družbene vloge.
- *Skupine za samopomoč*: Uporabniki pogosto pričajo, kako pomembno je za njih sodelovati v takih skupinah, saj lahko komunicirajo in vzpostavljajo odnose z ljudmi, ki razumejo njihove težave, občutke in izkušnje.
- *Znanje in vedenje*: zelo pomembno je, da se ljudje čim več poučijo o svoji težavi, zdravilih, najboljših praksah premagovanja težav. Pomembno je tudi, da razumejo sebe, vključno s simptomi, saj tako lažje vzpostavijo nadzor nad duševno težavo.
- *Zaposlitev*: to, kar počnemo pogosto oblikuje mnenje drugih o tem, kdo sploh smo. Prav tako človek z aktivnostmi vpliva na lastno zaupanje, socialno vlogo, vrednote.

Vsi dokazi, da je tako klinično kot socialno okrevanje po hudi duševni motnji ne samo možno, ampak zelo verjetno, so v zadnjih dveh desetletjih pripeljali do preoblikovanja zdravstvenih služb. Anthony (1993) trdi, da so socialne in zdravstvene storitve postale bolj osredotočene na posameznika v skladu s humanističnimi načeli, filozofijo in prakticirajo metode, ki vodijo k okrevanju. Tudi v Sloveniji se danes v psihiatriji uporablja pojem psihosocialne rehabilitacije, ki nadomešča pojem zdravstvene rehabilitacije. Švab (1996: 17) tako pravi, »da je psihosocialna rehabilitacija terapevtski pristop k skrbi za psihiatrično bolne, ki spodbuja pacienta, da v največji meri razvije zmožnosti preko učenja in podpore okolice«. Tako naj bi danes zdravstvene in druge službe na področju duševnega zdravlja sledile naslednjim konceptom, ki spodbujajo okrevanje (po Watkins 2007):

- prepoznati ljudi kot eksperte iz izkušenj;
- prepoznati in podpreti vire moči, ki jih ima posameznik;

- prepoznati, da je okrevanje edinstven proces in obstaja več načinov, kako živeti dobro življenje. Strokovnjak ne more postavljati rezultatov in ciljev okrevanja;
- prepoznati številne poglede in vzroke duševnih težav;
- prepoznati, da okrevanje ne pomeni vedno samo delanje korakov naprej, ampak so tudi koraki nazaj del procesa, ki vodijo k novim spremembam in napredku;
- prepoznati pravico posameznikov do samoodločanja in izbire, strokovni delavci so enakovredni partnerji v procesu okrevanja;
- prepoznati, da ljudje lahko okrevajo tudi brez strokovne podpore;
- prepoznati pomen družbenih, družinskih in prijateljskih odnosov v procesu okrevanja.

4.5. Sistem skupnostnih služb in pristopov

Danes vse bolj prevladuje prepričanje, da je potrebno težave v duševnem zdravju obravnavati s kombinacijo celovitih pristopov. Ljudje morajo tako imeti možnost, da pridejo do ustrezne zdravstvene oskrbe, zdravil in socialne podpore. Čeprav je lahko pogosto bolnišnična oskrba ustrezna, je pomembno, da se bolnišnično zdravljenje omeji na najkrajši možni čas.¹⁵ Kot poudarjajo raziskovalci (Parker et al. 2004), ki so sodelovali pri projektu *Mainstreaming Mental Disability Policy*, je treba razviti kakovostne neinstitucionalne oblike storitev na področju duševnega zdravstvenega in socialnega varstva, tako da lahko posamezniki prejema podpora, ki jo potrebujejo v času življenja v skupnosti.

Številni ljudje, ki imajo težave v duševnem zdravju, se lahko naučijo, kako se spopasti z njimi, zlasti če prejmejo pomoč takoj, ko se pojavijo. Na žalost pa nekateri ljudje s težavami v duševnem zdravju ne prejmejo podpore, ko jo potrebujejo, drugi pa je ne poiščejo, saj se zaradi stigmatizacije, ki je povezana z duševno motnjo, sramujejo in bojijo, da bi jih označili kot duševne bolnike. Druga zelo pomembna stvar je, da morajo imeti ljudje sami možnost, da se odločijo, katera vrsta zdravljenja je zanje najboljša. Da bodo lahko to naredili, potrebujejo dovolj informacij o razpoložljivih možnostih zdravljenja. Posameznik bi moral v zvezi z zdravili vedeti, kateri so verjetni stranski učinki zdravljenja in kakšne druge možnosti so še

¹⁵ Ko govorim o nadomeščanju oblik bolnišničnega zdravljenja, imam v mislih predvsem skrajšanje bivanja v bolnišnicah in drugih institucijah, nikakor pa ne odpravo zdravljenja v celoti. Nekatere oblike zdravstvene podpore (farmakoterapije in psihoterapije) lahko bistveno pripomorejo k okrevanju in so celo nujne pri celoviti podpori posamezniku. Skupnostne službe nikakor ne želijo odpraviti zdravstvene obravnave psihiatričnih motenj, želijo jo pa narediti bolj humano z vključevanjem ljudi v procese zdravljenja in zagovarjanjem prostovoljnih oblik zdravljenja, oskrbo na primarnem zdravstvenem nivoju in čim bližje skupnosti. Osredotočajo se na tiste oblike pomoči, ki jih medicina zanemarja, so pa prav tako pomembne za celovito preprečevanje in odpravljanje težav v duševnem zdravju.

na voljo. To pa zahteva od strokovnjakov, da prisluhnejo stališčem ljudi, tako da se lahko skupaj dogovorijo o načrtu zdravljenja, primernem za določenega posameznika.

Ko govorimo o socialni podpori, je potrebno poskrbeti za razvoj novih vmesnih struktur, ki bodo nadomestile bolnišnično zdravljenje. Take strukture so na primer krizni centri, stanovanjske skupine, skupine za samopomoč. V zadnjih desetletjih je prišlo do razvoja široke palete programov za pomoč ljudi s težavami v duševnem zdravju, katerih nosilci izhajajo predvsem iz nevladnih organizacij. Tako tudi v Sloveniji na področju duševnega zdravlja počasi, ampak vztrajno poteka proces deinstitutionalizacije in vključevanja ljudi v vsakdanje življenje in skupnost. Pomemben konceptualni premik prinaša tudi predlog *Nacionalnega programa za duševno zdravje*. Ta poudarja, da duševno zdravje ni le stvar zdravstvenega sektorja, ampak vseh sektorjev in politik. Duševno zdravje pojmuje kot nacionalni kapital. Kot takega ga je treba ohranjati in izboljševati s skupnimi prizadevanji celotne skupnosti in vseh zainteresiranih, vključujoč tudi uporabnike, njihova združenja in skupine svojcev. Duševno zdravje se namreč oblikuje v družinah, šolah, na ulici in v delovnem okolju. Na področju duševnega zdravlja pri nas deluje danes v NVO 44 stanovanjskih skupin s približno 200 uporabniki, 22 dnevnih centrov, katere obiskuje okrog 380 uporabnikov, in 14 svetovalnih in informativnih pisarn, katere obiskuje okoli 400 uporabnikov in 50 svojcev. Znotraj zavodov, centrov za socialno delo, društev pa deluje okoli 20 skupin za samopomoč.¹⁶

Skupnostne službe naj bi torej celovito zadovoljile vse potrebe populacije, ki so posredno ali neposredno povezane z duševnim zdravjem. Če želimo, da bo obravnava učinkovita, moramo zagotoviti takojšnje, ustrezno in skladno odzivanje na potrebe posameznikov. Te potrebe lahko združimo v nekaj kategorij, ki jih pokriva mreža skupnostnih služb:

- *Nastanitev in bivanjske razmere* (stanovanjske skupine),
- *zaposlitev in delo* (invalidska podjetja, programi zaposlovanja, dnevni centri),
- *prosti čas in rekreacija* (dnevni centri, nevladne organizacije, družabništvo),
- *preživljanje krize* (svetovalnice, krizni centri, krizni timi, skupine za samopomoč),
- *vzpostavljane socialne mreže* (skupine za samopomoč, družabništvo).

4.5.1. Stanovanjske skupine in pomoč pri bivanju

Vsakdo potrebuje svoj prostor, primeren za bivanje. Flaker et al. (2009) opozorijo, kako pomembno vlogo odigra stanovanje v življenju posameznika. Imeti stanovanje ali hišo je ključno, da lahko gradimo svojo identiteto, ustvarimo družino, da lahko povabimo prijatelje, ljubimce domov v zaseben prostor. Stanovanje potrebujemo tudi zato, da se lahko kam

¹⁶ Po podatkih Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve.

umaknemo, ko želimo biti sami ali ko želimo biti z drugimi. Bivališče pa pomeni tudi prostor, kamor lahko shranimo svoje stvari. Ljudje z duševnimi stiskami imajo pogosto probleme z nastanitvijo (s stanovanjsko pravico ali lastništvom), zato potrebujejo lažji dostop do stanovanja, najema ali lastništva. Včasih potrebujejo pomoč in podporo pri tem, da obdržijo stanovanje, in zagotovilo, da bodo še imeli stanovanje v primeru ločitve, dolgotrajne hospitalizacije (*ibid.*: 135–140). Pri nas še vedno glavno rešitev za ljudi, ki po odpustu iz zavoda ali bolnišnice ne morejo več živeti doma ali nimajo več lastnega stanovanja, predstavljajo stanovanjske skupine. Te so predvsem na začetku pomenile velik premik na področju skupnostne skrbi in so številnim omogočile, da so samostojno zaživel v skupnosti.

Stanovanjske skupine so manjše bivalne enote za tiste ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo občasno ali stalno podporo pri bivanju in organiziranju njihovega vsakdana ter pri prehodu v samostojno življenje. To pomeni, da se nekdo, ki nima svojcev ali pa se z njimi ne razume, ne zmore pa živeti sam, lahko nastani v skupini oseb s podobnimi težavami (Dernovšek et al. 2009). Stanovanjska skupina je prehodna oblika bivanja, ki omogoča prehod v samostojno življenje.¹⁷ Osnovni namen stanovanjske skupine je ponuditi podporo ljudem s težavami v duševnem zdravju izven bolnišnice, ponuditi podporo ljudem, ki se znajdejo v krizi, v manj restriktivnem okolju, omogočiti bivanje vsem tistim ljudem, ki nimajo rešenega stanovanjskega problema, ter ljudem, ki bi drugače morali ostati v psihiatrični bolnišnici. Tanja Lamovec (2006: 191) opredeli predvsem dva glavna cilja stanovanjskih skupin, in sicer prvič ponovno vključevanje v skupnost in drugič alternativo prisilni hospitalizaciji. S strokovno podporo, ki jo nudijo znotraj stanovanjskih skupin, se omogoča boljšo kakovost življenja uporabnikov ter boljšo vključenost v socialno okolje. Pomembno je tudi dejstvo, da z vzpostavitvijo stanovanjske skupine prispevamo k vključitvi v lokalno skupnost. Bivanje v stanovanjski skupini omogoča ljudem s težavami v duševnem zdravju možnost neposredne interakcije s širšo in ožjo okolico, vzdrževanje stikov z znanci, prijatelji, sorodniki.

Nevladne organizacije imajo organizirane stanovanjske skupine v večjih mestnih središčih, na obrobju mest ali v manjših krajih. Bivanje je omogočeno v opremljenih stanovanjih ali v večjih hišah. Število stanovalcev v stanovanjih se giblje med tri in pet, v hišah pa nekje do deset. Po svoji strukturi so dokaj fleksibilne in raznolike, vodilno načelo organizacije stanovanjskih skupin pa je, da se v čim večji možni meri prilagajajo potrebam vključenih upora-

¹⁷ Zaradi pomanjkanja neprofitnih stanovanj in poceni najemniških stanovanj postajajo stanovanjske skupine danes vse bolj trajen način bivanja za ljudi s težavami v duševnem zdravju, s tem pa izgubljajo svoj prvoten pomen.

bnikov. Pri taki obravnavi gre običajno za zadovoljevanje potreb na vseh ravneh posameznikovega življenja (bivanje, skrb za higieno, zdravila, socialna mreža, učenje socialnih veščin).

Poleg stanovanjskih skupin lahko na področju bivanjske oskrbe govorimo tudi o bivalnih enotah, varovanih stanovanjih (predvsem za starejše in invalide), nadomestnih družinah in pomoči na domu. Bivalne enote so praviloma organizirane kot samostojne enote ali dislocirane enote zavodov. Po letu 2000 je v Sloveniji narasel trend premestitve ljudi iz zavodov v bolj fleksibilne oblike bivanja, z manj stanovalci na enoto in bolj prilagojenimi programi rehabilitacije, vse z namenom vključevanja v skupnost.

4.5.2. Dnevni centri

Medosebni stiki in socialne mreže določajo socialni kapital posameznika. Brez tega kapitala celovito okrevanje po duševni krizi ni mogoče. Vsakdo potrebuje mrežo prijateljev, svojcev, bližnjih oseb, s katerimi vzpostavlja družbene odnose in interakcije, ki mu pomenijo oporo v vsakdanjem življenju. Kar se pogosto zgodi ljudem s težavami v duševnem zdravju, je, da so take mreže podrt zaradi podrtih medosebnih odnosov in precej siromašne glede na število ljudi, ki so vanje vključeni. Preprečevanje socialne izključenosti je bistvenega pomena, zato je treba razvijati programe, ki pomagajo ljudem širiti socialne mreže, obnavljati stike, izboljšati kvalitete njihovega življenja. Prav na področju širjenja socialnih mrež, družabništva in integracije v skupnost pomembno vlogo odigrajo dnevni centri in centri za duševno zdravje v skupnosti. V okviru dnevnih centrov so organizirane različne dejavnosti, namenjene druženju, učenju socialnih spretnosti in veščin in spoznavanju novih ljudi, s katerimi se širi krog poznanstev. Dnevni centri prav tako organizirajo piknike, izlete, zabave, praznovanja rojstnih dni, ogleda kino predstav in dramskih predstav, s pomočjo katerih krepijo socialne stike med uporabniki in jih spodbujajo k razvoju in širitvi njihove socialne mreže. Večina dnevnih centrov organizira raznolike delavnice o zdravi prehrani, zdravem življenju, predavanja o učinkih zdravil, organizirajo skupinsko telovadbo, redne izletniške pohode, rekreativne taborje ter skrbijo za krepitev in varovanje duševnega zdravja še preko različnih tematskih delavnic (življenje z duševno motnjo, medosebni odnosi, spolnost, ljubezen, zasvojenosti, učenje sproščanja in asertivnih tehnik, duhovna rast, čustvena inteligenca).

4.5.3. Skupine za samopomoč

Skupine za samopomoč¹⁸ na področju duševnega zdravja predstavljajo eno glavnih oblik preventive in pomoči v duševnih krizah in stiskah. Gre za prostovoljne oblike združevanja ljudi zaradi skupne izkušnje doživljanja posameznih duševnih težav ali pa samo želje po skupnem preživljanju krize in soočenju s skupnimi problemi. Skupine za samopomoč so postale splošno prepoznane kot učinkovita oblika podpore ljudem s težavami v duševnem zdravju. Take spontane in prostovoljne oblike pomoči prinašajo dodatno vrednost in so za ljudi posebnega pomena, saj omogoča izmenjavo izkušenj in iskanje rešitev na drugačen način, predstavljajo alternativo tistim oblikam pomoči, ki jo nudijo strokovne službe na področju duševnega zdravja. Danes je postalo število skupin za samopomoč že veliko in delujejo na številnih področjih, kot so skupine za samopomoč na področju odvisnosti od alkohola, drog, igralnštva, skupine za samopomoč žrtvam nasilja in njihovim svojcem.

Skupine za samopomoč so postale tudi predmet raziskovanja številnih avtorjev (Katz in Bender 1976; Halperin 1987; Orford 1992; Solomon 2004), ki so preučevali različne aspekte, kot so zgodovina, struktura, vodenje, funkcije, dinamika nudenja pomoči, učinkovitost pomoči, rast skupin, odnos do vključevanja strokovnjakov. Splošne ugotovitve teh raziskav so, da ima vsaka skupina za samopomoč svojo ideologijo, pravila delovanja in cilje, ki jih določajo člani skupine sami, kljub temu pa obstajajo nekatere skupne značilnosti teh skupin. Solomon (2004) ugotavlja, da je njihova prednost ta, da hkrati omogočajo tako vzajemno (ang. *mutual support*) kot vrstniško podporo (ang. *peer support*). Pod vzajemno podporo je pri tem mišljen proces, v katerem se ljudje prostovoljno odločajo, da se medsebojno združujejo in skupaj pomagajo drug drugemu soočati se s problemi. Kot vrstniško podporo pa opredeli lastnosti skupin, da člane združujejo podobna izkušnja, želja, okoliščina, zaradi česar se lahko poistovetijo med seboj in določijo skupne cilje. Prav skupna izkušnja in enakopravnost članov sta tisto, kar opredeljuje vse raznolike skupine samopomoči. Tudi Orford (1992) poudarja pomen čustvene opore in občutkov članov skupine, da imajo skupen problem, zelo pomembna pa je tudi navzočnost vzornikov, to je tistih oseb, ki so imele enak problem, a so ga uspešno rešile. To članom skupine zbuja upanje in jih usmerja v pozitivno mišljenje. Podobno skupine za samopomoč definirata tudi Katz in Bender (1976), ki pravita, da so to »prostovoljne majhne strukture, namenjene medsebojni pomoči in uresničevanju specifičnih skupnih namenov«. Najpomembnejše funkcije skupin za samopomoč naj bi tako bile nudenje

¹⁸ Skupine za samopomoč imajo tudi pomembno zagovorniško funkcijo in vlogo. V teji luči bodo predstavljene v poglavju o zgodovini zagovorništva, kjer bodo predstavljene kot sestavni del zagovorniškega gibanja.

čustvene opore, dostopnost do ustreznih informacij, izmenjava izkušenj, druženje članov, nudenje občutka, da imajo člani nadzor nad življenjem.

Raziskovalci skupin za samopomoč se zelo pogosto osredotočajo tudi na to, kako so vodene skupine za samopomoč in kakšna je pri tem vloga strokovnjakov. Na začetku so te skupine res nastajala predvsem samoiniciativno na pobudo članov, kasneje pa so take skupine organizirali tudi s podporo različnih strokovnih služb, ki postavijo okvir delovanja, ljudje pa se nato prostovoljno vključujejo vanje. Za nemoten potek in organizacijo skrbi vodja skupine, katerega uporabniki skupine sami izberejo. Ta tudi skrbi, da imajo vsi uporabniki dovolj časa in prostora zase, vodja tako bistveno prispeva k oblikovanju vzdušja. Treba pa je vedeti, da dober vodja skrbi za koordinacijo in potek srečanj, v drugih odločitvah pa je enakopraven ostalim članov in na delovanje skupine nima večjega vpliva kot ostali člani. Pri vodenju se pogosto postavlja tudi vprašanje strokovnih kompetenc, ki jih mora imeti vodja. Kritiki delovanja takih skupin poudarjajo, da te lahko pogosto postanejo škodljive, ko vodja ne zna zavarovati svojih članov, zato so mnenja, da morajo imeti skupine za samopomoč nujno podporo strokovnjakov. Tudi strokovnjaki sami pogosto menijo, da je njihova pomoč nujna. Vloge strokovnjakov v skupinah za samopomoč so lahko bolj ali manj poudarjene (Lamovec 2006). Najpogostejše so sicer danes skupine za samopomoč, ki delujejo s podporo strokovnjakov, a ti nimajo neposrednega vpliva na delovanje skupine. Emerick (1990) na podlagi analize delovanja 104 skupin za samopomoč loči tri vrste samopomočnih skupin glede na odnos do strokovnjakov. Najpogostejše so zmerno podporne skupine (ang. *moderate supportive groups*), kjer je sicer možno sodelovanje med skupino in strokovnjaki, a se pojavljajo številne napetosti pri sodelovanju, manj pogoste pa so bile radikalne skupine (ang. *radical groups*), ki so popolnoma zavračale sodelovanje s strokovnjaki, in sodelovalne skupine (ang. *partnership groups*), kjer je bilo sodelovanje uspešno. Tukaj Emerick ugotavlja, da bodo strokovnjaki, ki se bodo v skupine za samopomoč vključevali z ozkimi strokovnimi medicinskimi pogledi na duševne težave, težko vzpostavili odnos sodelovanja.

Skupine za samopomoč danes v Sloveniji izvajajo uporabniške organizacije, druge nevladne organizacije in tudi posamezne strokovne službe. V okviru nekaterih nevladnih organizacij se izvajajo tudi kot del programa dnevnega centra ali svetovalne pisarne. Pri nas predstavljajo skupine za samopomoč tudi pomemben vir druženja in preživljanja prostega časa ljudi. Znotraj teh skupin se pogosto načrtuje in izvaja različne izobraževalne, športne, kulturne in družabne dejavnosti. Posameznik z vključitvijo v skupino za samopomoč zmanjša možnost osamljenosti, ohranja socialne spretnosti, si krepi krog znancev in prijateljev, na katere se lahko obrne v primeru težav, in si izboljšuje kakovost življenja.

4.5.4. Krizni centri, timi, in telefoni

Ob neuspešnem soočanju z življenjskimi težavami in okoliščinami nastopijo krize. Krize lahko nastopijo zaradi dolgotrajnega izpostavljanja stresnim okoliščinam ali poslabšanega duševnega stanja (duševne krize), ob pomembnih življenjskih prehodih (razvojne krize), izgubi ali iskanju življenjskih smislov (eksistencialne krize). Te so lahko različnih razsežnosti in bolj ali manj prizadenejo posameznikovo vsakdanje delovanje. Hude duševne krize imenujemo tudi akutne (psihotične) krize. Ta izraz se nanaša na duševno stanje, ko posameznik izgubi stik z realnostjo, vendar tudi tu ni nujno, da posameznik izgubi nadzor nad vsemi področji, ampak lahko kriza vpliva le na ozek vidik življenja. Le redko se zgodi, da krize posameznika povsem prevzamejo in je stik z realnostjo povsem pretrgan. Značilnost kriz je predvsem ta, da potekajo v fazah, ki se stopnjujejo, ker se posameznik ne zna pravilno soočiti s problemi. Podvoll (1990) govori o zapeljivosti norosti, saj nas zpelje proč od problemov, s katerimi se brezplodno ukvarjamo. Človekovo zdravstveno in duševno stanje se tako s krizo poslabša, kriza oziroma njene posledice pa so glavni razlog za sprožitev prisilnih oblik zdravljenja in hospitalizacije. Pri duševnih krizah je pogosto nujno, da posameznik prejme tudi ustrezno zdravstveno podporo, kljub vsemu pa se postavlja vprašanje potrebe prisilne hospitalizacije, ki ima mnoge nezaželene učinke za posameznika. Na ta izziv odgovarjajo predvsem skupnostne službe, ki omogočajo preživljanje krize izven bolnišnice s pomočjo kriznih centrov, kriznih timov in drugih oblik preprečevanja krize, kot so izobraževanja o duševnih stiskah v okviru dnevnih centrov in pomoč v stiski prek kriznih telefonov. Predpogoj za obvladovanje krize v skupnosti je, da je posameznik sposoben pravočasno prepoznati prve znake in s tem do časa poišče pomoč, s tem pa se izogne hospitalizaciji. Preživljanje krize v skupnosti omogoča hitrejšo okrevanje in vključevanje v vsakdanje življenje.

Delovanje kriznih centrov na področju duševnega zdravja v Sloveniji ni v celoti razvito. Tako nimamo kriznega centra, ki bi bil posebej namenjen samo posameznikom s težavami v duševnem zdravju, ki so v krizi, in bi omogočal njihovo začasno nastanitev v okviru centra, kjer bi dobili vso potrebno podporo. Taki krizni centri v Sloveniji delujejo na področju pomoči mladostnikom, žrtvam nasilja in odvisnosti. Vlogo kriznih centrov pa pri nas delno pokrivajo dnevni centri in stanovanjske skupine, kjer posamezniki lahko preživijo krizo. Vsekakor pa obstaja možnost preživljanja krize doma ob podpori kriznih timov, ki pri nas delujejo v okviru nevladnih organizacij. Ti temeljijo na solidarnosti, samopomoči in vzajemni pomoči, saj gre pogosto za neformalne time. Tim mora nujno sestavljati več oseb različnih strok, ki bodo zmogle 24 ur, približno 14 dni nuditi intenzivno pomoč osebi v krizi. Več članov je potrebnih predvsem zato, da lahko uporabnik vedno najde eno osebo, ki mu nudi

pomoč in se odsotnost posameznega člana tima ne pozna preveč (Lamovec 2006: 187–188). Izkušnje iz tujine kažejo, da je mogoče ob podpori kriznih timov preživeti krizo doma brez prisilne hospitalizacije, vendar tudi z zdravstveno podporo. Če so se v Sloveniji do sedaj krizne intervencije opravljale predvsem na podlagi neformalnih timov v okviru NVO, se z novim zakonom o duševnem zdravju odpirajo možnosti timske intervencije tudi v okviru socialnih in zdravstvenih služb. Ena od oblik, ki bo nadomestila prisilno hospitalizacijo, je možnost nadzorovane obravnave v skupnosti, ki jo bodo izvajale psihiatrične ustanove. Čeprav gre za prisilno obliko obravnave, je njena prednost ta, da poteka na domu posameznika ob podpori multidisciplinarnega tima. Drugo obliko podpore, ki bo posameznikom na voljo, pa predstavlja obravnava v skupnosti; ta je predvidena kot prostovoljna oblika pomoči posameznikom, ko potrebujejo celovito podporo pri vključevanju v vsakdanje življenje.

Krizni telefoni nudijo možnost pogovora osebam v duševni stiski ter jim pri tem navadno omogočajo, da ostanejo anonimne. Pomagajo pri trenutni razbremenitvi, osamljenosti in omogočajo osnovno svetovanje o nadaljnji napotitvi po pomoč na ustrezne službe. Prostovoljci na telefonu poslušajo ljudi, ki se znajdejo v stiski, in jim tako omogočajo, da odložijo svoje breme. Skušajo jih razumeti, jih psihološko podpreti in skupaj z njimi poiskati najbolj primeren izhod. Trudijo se pokazati klicalcem, da so pomembni in da ima njihovo življenje neprecenljivo vrednost. V Sloveniji imamo številne krizne telefone, namenjene ljudem s težavami v duševnem zdravju; eden izmed njih je *Klic v duševni stiski*, ki deluje v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana in je letos praznoval 30 let delovanja. V času obstoja so svetovalci odgovorili na več kot 100.000 klicev, večinoma pa pomoč iščejo ljudje s težavami v medosebnih odnosih. Na dan prejmejo okoli 25 klicev, ki trajajo od par minut do par ur.¹⁹

4.5.5. Programi pisarn za svetovanje in informiranje

Pisarna za informiranje in svetovanje je oblika psihosocialne pomoči in podpore osebam s težavami v duševnem zdravju, ki se pretežno izvaja v njihovem življenjskem okolju (na domu, v javnih prostorih), na željo uporabnika pa tudi v pristojni organizaciji. Dejstvo je, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju v času duševne krize zaprti vase, neradi zapuščajo svoje domače okolje, ne želijo se izpostavljati in se srečevati z drugimi ljudmi, vsakršni obiski pri osebnem zdravniku, psihiatru in ostalih strokovnjakih pa so zanje v tem času prenaporni. V teh programih strokovni delavci prek storitev informiranja, osebne pomoči ali svetovalnih pogovorov omogočajo, da se ljudje čim boljše poučijo o vrstah pomoči, ki jim pripadajo glede na stopnjo težave in stiske. Nudijo jim tudi svetovanja, ki potekajo večkrat in

¹⁹ *Telefon za pomoč v duševni stiski praznuje 30 let.* Članek objavljen v časopisu Dnevnik 29.3.2010.

kontinuirano z namenom, da jih čim boljše opremijo in seznanijo z načini obvladovanja težav, pravočasnega ukrepanja v primeru poslabšanja duševne motnje, konstruktivnega pristopa ter vključevanja v vsakodnevno življenje. V nekaterih programih strokovni delavci izvajajo tudi storitve zagovorništva in varovanja pravic.

Osnovni namen delovanja pisarne za informiranje in svetovanje je zagotavljanje individualiziranega pristopa. Program zadovoljuje specifične potrebe vključenih uporabnikov v njihovem življenjskem okolju, kar prispeva k večji samostojnosti in kvaliteti njihovega življenja. Na osnovi svetovalnih pogovorov se lahko tudi izdelata individualni načrt, s katerim skupaj s strokovnim delavcem uporabniki določijo potrebe in pričakovanja ter tudi kako in s kom jih bodo uresničevali. Pri tem se strokovni delavec lahko poveže z zunanjimi izvajalci, ki so v mreži služb s področja duševnega zdravja. To pomeni, da vzpostavi sodelovanje s centri za socialno delo, zavodom za oskrbo na domu ali socialnimi servisi, psihiatrom, prostovoljci, odvetnikom. S pomočjo izvedbe individualnega načrta je namreč mogoče zagotoviti tudi življenje v domačem okolju, ki ga sicer brez pomoči drugih ne bi več zmogli. Pisarna za informiranje in svetovanje deluje s ciljem krepitev osebne moči in vpliva uporabnikov, zmanjševanja njihove socialne izključenosti ter večanja njihove participacije v socialnem okolju. Dolgoročen cilj programa je izgradnja zaupnega delovnega odnosa med vključenimi uporabniki, izvajalci znotraj mreže programov za duševno zdravje (Dernovšek et al. 2009).

Ker danes individualno načrtovanje predstavlja splošni standard pri načrtovanju osebnih socialno varstvenih storitev, tako v okviru nevladnih organizacij kot tudi obravnave v skupnosti, ki jo izvajajo CSD-ji, je smiselno nekoliko več povedati o samem strokovnem konceptu individualnega načrtovanja kot metodi socialnega dela. Individualno načrtovanje kot metoda torej omogoča oblikovanje socialno varstvenih storitev, ki jih uporabnik potrebuje pri uvajanju večjih življenjskih sprememb oziroma pri načrtovanju kompleksnejših življenjskih situacij. S pomočjo teh storitev posameznik ohrani vzvode vpliva ob življenjskih preobratih, prehodih in spremembah, ko se je treba naravnati na nove okoliščine in dejstva ter peljati svoje življenje v želeni smeri (Škerjanec 2006). K razvoju koncepta individualnega načrtovanja so pomembno prispevali John O'Brian s svojo metodo »osebno načrtovanje prihodnosti«²⁰ in Althea in David Brandon s priročnikom *Jin in jang načrtovanja psihosocialne skrbi*, kjer predstavitava metodo zapisa načrta skrbi. Pri individualnem načrtovanju so v središču cilji, ki jih želi doseči posameznik, strokovni delavec pa mu pomaga pri raziskovanju poti za doseganje ciljev in iskanju potrebnih virov. Tudi zastopniki pravzaprav delujejo po podo-

²⁰ Personal Future Planning.

bnih načelih, ko s klienti sklepajo dogovor o zastopanju. Škerjanec (2006: 54–55) navaja naslednje značilnosti individualnega načrtovanja z udejanjanjem ciljev:

- *Poteka na uporabnikovo željo*: uporabnik se odloči o tem ali želi vstopiti v proces individualnega načrtovanja, potem, ko ga je načrtovalec seznanil z značilnostmi tega sodelujočega procesa.
- *Uporabnik ohranja vpliv*: v procesu zagotavljanja socialno varstvene storitve, je uporabnik dejaven v vsaki fazi zagotavljanja storitve in ima v vsaki fazi zadnjo besedo.
- *Aktivno sodelovanje*: posameznik izboljšuje kakovost svojega življenja z aktivnim sodelovanjem. S pomočjo socialno varstvene storitve uveljavlja načelo enakih možnosti, saj mu ta zagotavlja dostop do institucionalnih in drugih virov v družbi, s čimer veča življenjske priložnosti ter tako dejavno izboljšuje kakovost življenja.
- *Spiralni proces udejanjanja in novega načrtovanja*: individualno načrtovanje socialno varstvenih storitev je akcijsko raziskovanje, s spiravno ponavljajočimi se fazami načrtovanja, izvedbe, ocene, ponovnega načrtovanja. To ni enkratna aktivnost, ampak proces, kjer načrtovanje usmerja delovanje, prebujajo se nove želje, novi cilji.
- *Uporabnik je lastnik načrta in ga lahko kadarkoli spremeni*.

4.5.6. Obravnava v skupnosti

Je nova storitev, ki jo izvajajo centri za socialno delo (CSD) od začetka leta 2010. Gre za pomemben premik k preobrazbi sistema duševnega zdravja, ki ga prinaša *Zakon o duševnem zdravju*. Ljudje so že do sedaj imeli možnost dobiti podporo v skupnosti, vendar so morali koristiti številne raznolike oblike programov, ki pogosto med seboj niso bili povezani (Dernovšek et al. 2009). Sedaj pa bo ljudem s težavami v duševnem zdravju na voljo celovita podpora v okviru državnih služb, oziroma CSD-jev, kar kaže na zavezanost države, da aktivno poseže v oblikovanje skupnostnega modela skrbi na področju duševnega zdravja. Obravnavo v skupnosti izvaja koordinator obravnave v skupnosti.²¹ Namenjena je osebam s težavami v duševnem zdravju, ki po zaključenem zdravljenju v psihiatrični bolnišnici ali končanem zdravljenju v nadzorovani obravnavi potrebujejo nadaljnjo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave. Pogoj za začetek izvajanja te storitve je pisni pristav-

²¹ Za koordinatorja se lahko določi posameznik, ki ima najmanj visoko izobrazbo zdravstvene, psihološke, socialne, pedagoške ali druge ustrezne smeri, ima opravljen izpit za koordinatorja in ima najmanj tri leta delovnih izkušenj na področju varovanja duševnega zdravja, socialnega varstva, zdravstva ali v nevladnih organizacijah, ki izvajajo programe duševnega zdravja, ter ni pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora.

nek osebe s težavami v duševnem zdravju. Storitev obsega individualen načrt obravnave in njegovo izvajanje v skupnosti. Načrt obravnave v skupnosti se prične izvajati, ko ga oseba s težavami v duševnem zdravju oziroma njen zakoniti zastopnik ter koordinator potrdita s podpisom. Novost pri tej storitvi je, da bo skušala preprečiti pošiljanje ljudi od vrat do vrat ter da bo koordinator k reševanju težav in stisk osebe pristopil celovito in usklajeno povezoval izvajalce, ki so v mreži služb. Na podlagi dogovora z osebo in v skladu s cilji, ki jih je oseba opredelila za organiziranje svojega življenja v skupnosti, koordinator predlaga člane multidisciplinarnega tima. Multidisciplinarni tim vodi koordinator za vsak posamezen primer posebej. Tim sestavljajo stalni in nestalni člani tima, stalna člana multidisciplinarnega tima sta še psihiater in socialni delavec. Kadar koordinator skupaj z osebo presodi, da je poleg stalnih članov v multidisciplinarni tim potrebno vključiti še druge člane (najbližjo osebo, patronažno sestro, predstavnike nevladnih organizacij), jih pozove k sodelovanju v multidisciplinarnem timu. V načrtu obravnave v skupnosti oseba in koordinator pripravita predloge ciljev in ukrepov, ki se nanašajo na področja: zagotavljanju stanovanjskih in bivalnih razmer; zagotavljanju socialne varnosti; zagotavljanju zaposlitve in dela; zagotavljanju podpore pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil; zagotavljanju podpore pri uveljavljanju socialnih stikov; zagotavljanju drugih potreb, ki vplivajo na dvig kakovosti življenja.

5. Zagovorništvo v duševnem zdravju

5.1. Razvoj in zgodovina zagovorništva

Cilje, koncepte in idejne usmeritve zagovorništva in tudi nastanek posameznih oblik bomo lažje razumeli skozi predstavitev zgodovine zagovorniških gibanj, veliko pa o tem že vemo, če upoštevamo vse stvari, ki smo jih povedali v dosedanjem delu. Prvič, zgodovina zagovorništva je neposredno povezana z zgodovino duševnega zdravja in psihiatričnih ustanov, in drugič, čeprav tega nismo posebej poudarjali, je zagovorništvo sestavni del duševnega zdravja v skupnosti. Podpira cilje, idejne usmeritve in koncepte duševnega zdravja v skupnosti, tako je neločljivo povezano s koncepti krepitve moči, okrevanja, normalizacije, zavze-manja za družbeno vključenost vseh skupin ljudi, borbo proti stigmatizaciji ljudi, preobrazbo služb duševnega zdravja in preobrazbo družbenega odnosa do duševnih motenj.

5.1.1. Prve zagovorniške iniciative v svetu

V uvodu sem že pisal o tem, kakšne groteskne in nečloveške metode se je v zgodovini uporabljalo nad ljudmi, ki so trpeli za različnimi oblikami duševnih motenj. V zadnjih dveh stoletjih so jih izvajale predvsem različne totalne ustanove, ki so verjele in zagovarjale uspeš-

nost medicinskega pristopa pri obravnavanju duševnih bolezni. Nekatere najbolj sporne metode »zdravljenja«, ki so se pojavile v zgodovini psihiatrije, so gotovo bile potapljanje v posode z ledeno hladno vodo ter nekajurno vrtenje na stolih ali drugih napravah. Seveda pa so tu še mnogo modernejše, a nič manj nehumane metode, kot so lobotomija in še posebej priljubljeni elektrošoki v 60-ih in 70-ih letih dvajsetega stoletja. Če vemo, da so metode zdravljenja sovpadale tudi z različnimi oblikami prisilnih sredstev, lahko naštevamo tudi večurne osamitve v samicah (izolacija) ter razna prisilna sredstva, kot so vezanje na posteljo ali prisilni jopiči, prisilno jemanje močnih zdravil, hranjenje proti volji.

Res je, da se je zagovorništvo kot praksa v duševnem zdravju razvilo šele v drugi polovici 20. stoletja, vendar pa nas ne sme presenetiti, da so prve oblike zagovorništva stare prav toliko kot sama zgodovina psihiatričnih ustanov in zapiranja ljudi. Prvi zapisani dokument, ki ga lahko opredelimo kot poizkus kolektivnega zagovorništva, izvira iz Anglije in sega v leto 1620. To je peticija, v kateri so opisani nevdržni pogoji v znani bolnišnici Bedlam (Lamovec 1993: 54). V istem stoletju je neki duhovnik, ki je v mladosti sam preživel duševno krizo, objavil pamflet, v katerem poudarja pomen osebne izkušnje krize pri pomoči drugim. Oseba, ki je sama prebrodila osebno krizo, lahko druge prepriča, da je krizo mogoče premagati (*ibid.*). Prav osebna izkušnja je bila skupen dejavnik prvih formalnih in neformalnih zagovornikov. Zagovorništvo v duševnem zdravju se je začelo v svoji najbolj čisti obliki razvijati tako, da so bivši pacienti in uporabniki začeli aktivno opozarjati na pomanjkljivosti takratnega zdravljenja. Prvi formalni zagovornik je tako postal sir John Thomas Perceval, ki je bil tudi sam zaprt v psihiatrični ustanovi med leti 1830–1832. Leta 1845 je skupaj s somišljeniki ustanovil društvo za zagovorništvo²² in postal prvi reformator azilov za duševno bolne (Flaker 1993: 5). O svojih izkušnjah s psihiatrijo in bivanjem v azilih je pisal pripovedne zgodbe, ki so bile kasneje objavljene v knjigi *Perceval's narrative: a patient's account of his psychosis, 1830–1832*. V njenem uvodu takole zapiše bistvo zagovorniške ideje, s katero se obrača na ljudi, predvsem pa politiko in stroko (Bateson 1962: 4–5):

V imenu človečnosti, v imenu človeške spodobnosti in v imenu človeške modrosti, vas naprošam, da se postavite v kožo tistih, katerih trpljenje opisujem, preden razpravljate, odločate o poteh in usodah, ki jim jih namenjate. Čustvujte z njimi, poizkušajte jih braniti. Bodite njihovi prijatelji, ne sovražniki [...].

²² *The Alleged Lunatics' Friend Society (ALFS)* je delovala kot (zagovorniška) skupina pritiska, v katero so se združili bivši uporabniki psihiatrije. Zavzemali so se za varovanje človekovih pravic ljudi s težavami v duševnem zdravju. Danes je prepoznana kot pionirska organizacija na področju samopomočnih skupin in predhodnica uporabniških gibanj, ki so nastala v 20. stoletju.

Perceval si je prizadeval, da bi razkril zlorabo in torturo v angleških azilih, obiskoval je zaprte in nekatere od njih tudi uspešno zagovarjal. S pomočjo parlamentarnih preiskav in zaslišanj je želel spremeniti sistem obravnave ljudi z duševnimi težavami. Zgodovino zagovorništva predstavljata tudi Clifford Beers in Dorothea Dix. Clifford Beers (1876–1943) je podobno kot Perceval na lastni koži občutil nehumano obravnavo duševnih bolnikov v takratnih ustanovah. Leta 1908 je objavil avtobiografsko delo *A Mind That Found Itself*, v katerem je iz osebnih izkušenj dodobra opisal vse pomanjkljivosti takratnega sistema oskrbe duševnih bolnikov. V njegovih prizadevanjih za reformo sistema oskrbe v psihiatričnih bolnišnicah je pridobil podporo nekaterih psihiatrov kot tudi ljudi iz političnih krogov. Leta 1909 je ustanovil *Nacionalni odbor za duševno oskrbo*²³ z namenom, da nadaljuje reformo na področju oskrbe duševnih bolnikov, in sicer s preoblikovanjem družbenega odnosa do duševnih bolezni, zdravstvene oskrbe in s širjenjem preventive in ozaveščanja na tem področju. Nacionalni odbor je uspešno vplival na izvajanje reform v številnih zveznih državah po ZDA. Leta 1913 je vrata odprla tudi *Klinika Clifforda Beersa*, prva psihiatrična klinika v ZDA, ki je omogočala ambulantno oskrbo. Leta 1920 je odbor oblikoval tudi širše zakonske predloge, ki so jih v svojo zakonodajo vključile nekatere zvezne države. Odbor je tudi opravil številne vplivne raziskave o duševnem zdravju, duševnih motnjah, zdravljenju težav, ki so vplivale na preoblikovanje sistema oskrbe duševnega zdravja (Mental Health America 2010).

Posamezniki, kot sta bila Perceval in Beers, so seveda pomembno prispevali k zgodovini in razvoju zagovorništva. Kljub vsemu pa so bili to bolj kot ne osamljeni poskusi za širše systemske spremembe v skrbi za duševno zdravje. Te so se lahko zgodile šele, ko se je zagovorništvo razvilo v mogočno družbeno gibanje. To je seveda sovpadalo z vzponom ostalih družbenih gibanj, ki so se borila za pravice najrazličnejših marginalnih skupin.

5.1.2. Razmah zagovorniških gibanj in iniciativ v drugi polovici 20. stoletja

Na zagovorništvo v duševnem zdravju moramo nujno gledati tudi kot na borbo za emancipacijo obrobnih družbenih skupin. Namenjeno je (Flaker 2003: 41) »zagotavljanju polnopravnosti in nadomeščanja primanjkljajev tistih posameznikov, katerih moč je šibka, prezrta in neenakovredno zastopana v primerjavi z polnopravnimi člani družbe«. Zagovorništvo se kot gibanje napaja iz dediščine antipsihiatričnih gibanj. Antipsihiatrična gibanja so z ostro kritiko psihiatričnih ustanov imela močno zagovorniško sporočilnost. Ta gibanja so s svojimi deli in dejavnostjo zaznamovali številni posamezniki. Cooper, Lang, Szasz, Foucault,

²³ *National Committee for Mental Hygiene*. Odbor še danes uspešno deluje pod imenom *Mental Health America*.

Barsaglia in drugi so vplivali na premik v razmišljanju, da skrb za ljudi s težavami v duševnem zdravju v ustanovah ni edina možna in dobra rešitev. Zagovorniška gibanja so imela kritičen odnos do represivne tradicionalne obravnave duševne stiske, do razmer v bolnišnicah in nehumanih metod dela, kot so bile psihokirurgija, elektrošoki in predoziranja s psihofarmaki (Flaker et al. 2009). Po drugi strani pa so zagovorniška gibanja v zadnjih treh desetletjih skušala odpravljati stigmo in predsodke, ki spremljajo ljudi s težavami v duševnem zdravju v družbi (Emmet 1998; Frese 1998; Morselli 2000). Ta gibanja so v drugi polovici 60-ih let, predvsem v ZDA in Kanadi, bila navdahnjena s konceptom normalizacije, ki so ga razvili Bengt Nirje, Wolf Wolfensberg in John O'Brien. V tem najširšem pogledu kot zagovorniške iniciative opredelimo vse tiste aktivnosti, ki so se zavzemale in prispevale k oblikovanju modela duševnega zdravja v skupnosti.

V drugi polovici 20. stoletja so nastala številna združenja uporabnikov in svojcev, ki so imela pomembno zagovorniško vlogo. Prva društva in organizacije svojcev (staršev) so nastala že pred razmahom širših demokratičnih družbenih gibanj. V ZDA in Skandinavskih državah so v 50-ih in 60-ih sprva to bila združenja staršev otrok z različnimi oblikami hendikepa, ki so se borili, da bi imeli njihovi otroci enake pravice in pogoje za življenje kot vsi ostali. Eno od prvih takih organizacij predstavlja društvo *Scope*; tega so ustanovili leta 1952 trije starši otrok s cerebralno paralizo z željo, da bi njihovi otroci lahko imeli enak dostop do izobraževanja. Podobne organizacije svojcev in uporabnikov so kasneje z združevanjem prerasle v širša gibanja. Vzorčen primer takega procesa so ZDA, kjer je veliko družbenih gibanj nastalo z združevanjem in skupnim delovanjem uporabniških skupin. Na začetku so to seveda bile le majhne skupine ljudi, sestavljene iz bivših pacientov in njihovih sorodnikov, ki so se spontano združevali po cerkvah ali doma. V ZDA so v poznih 60-ih letih take skupinice poznali v več zveznih državah, kot so Severna Karolina, New York, Massachusetts in Kansas (Unzicker 2002). Sprva so se te skupine za samopomoč trudile predvsem medsebojno ozaveščati svoje člane o težavah, s katerimi so se srečevali ob duševni stiski in hospitalizaciji, kasneje pa so se prvi posamezniki od viktimizacije preusmerili k akciji in zagovorništvu. Tako so naprimer začeli z različnimi akcijami civilne nepokorščine, kot so bile priklenitve na vhode psihiatričnih bolnišnic. Posebej znamenito je bilo ustvarjanje žive človeške verige, ki jo je tvorilo več kot 30.000 ljudi in je ovirala srečanje društva ameriških psihiatrov. Kasneje so pričeli naprimer lokacije teh srečanj simbolno količiti in ograjevati, s čimer naj bi ponazorili zaprtost psihiatričnih ustanov. Ti aktivisti so seveda bili eni prvih, ki so spodbudili gibanje, ki mu danes rečemo zagovorništvo v duševnem zdravju. Njihove akcije so povzročile izdajo prve publikacije od in za ljudi s težavami v duševnem zdravju. *Madness Network News* so

izhajale v San Franciscu približno deset let (*ibid.*). Po ZDA so praktično brez vsakršne denarne in strokovne podpore začele nastajati skupine podpore. Nekatere so bile usmerjene v samopomoč skupini, spet druge so bolj nasprotovale sami psihiatriji in načinom zdravljenja, najpogosteje pa so bila ta združenja uporabnikov kombinacija obojega. Enkrat letno so se te skupine srečevale tudi na konferenci,²⁴ ki je bila organizirana s strani aktivistov, najpogosteje kar na javnih površinah ali prostorih univerz.

Šele ob koncu 70-ih let je v ZDA zvezna vlada opazila ta gibanja in pozvala posamezne zvezne države naj vsaj nekoliko finančno podprejo te skupine. S pomočjo *Nacionalnega inštituta za duševno zdravje*²⁵ je bil oblikovan tudi nacionalni program za podporo ljudem. Ta program je poleg novih oblik skupnostne oskrbe predvideval tudi večje vključevanje uporabnikov v proces sprejemanja odločitev in programov, ki zadevajo zdravljenje ljudi z duševnimi težavami. Leta 1985 je bilo sklicano prvo nacionalno srečanje, imenovano *Alternativna konferenca*. To je bilo srečanje, na katerem so ljudje, ki so imeli izkušnje z zdravljenjem v psihiatričnih bolnišnicah, medsebojno ponudili podporo o tem kako organizirati in postaviti različne skupine samopomoči, ter predvsem kako zbirati sredstva zanje. V tem času se je v ZDA pod okriljem zvezne vlade in posameznih zveznih držav začelo zagovorništvo tudi zakonsko urejati. Pod predsedovanjem Ronalda Reagana je bil sprejet zakon,²⁶ ki je vsem zveznim državam nalagal sprejetje formalnih programov za zagovorništvo ljudi z duševnimi motnjami. Ti programi so poznani pod imenom *PAIMI*.²⁷ Največja pridobitev tega zakona je verjetno bila, da je bivše uporabnike aktivno vključil v sistem duševnega zdravja. Tako je bilo zakonsko določeno, da mora biti v nadzornem svetu, ki nadzoruje izvajanje programov, vsaj polovično zastopstvo bivših uporabnikov ali njihovih staršev. Odpirati so se začele prve zagovorniške pisarne. Skupina zagovornikov, večina od njih je bila odvetnikov ali socialnih delavcev, je leta 1980 ustanovila *Nacionalno združenje za zaščito pravic in zagovorništvo*.²⁸

Podoben proces kot v ZDA se je skoraj istočasno odvijal tudi drugod po svetu. Kanada, Avstralija, Nova Zelandija, Anglija, Danska, Nizozemska, Švedska, Italija so le nekatere od držav, v katerih so zagovorniška gibanja pripeljala do korenite reforme sistema oskrbe duševnega zdravja (Frese 1998). Ko govorimo o zagovorniških gibanjih, moramo vedeti, da gre pri tem za vsoto različnih organizacij, združenj, ljudi z različnimi agendami in usmeritvami. Čeprav se ti pogosto združujejo v širše koalicije, da bi tako lažje dosegli svoje skupne

²⁴ *International Conference on Human Rights and Against Psychiatric Oppression.*

²⁵ *National Institute of Mental Health.*

²⁶ *Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act.*

²⁷ *Protection and Advocacy for Individuals with Mental Illness (PAIMI).*

²⁸ *National Association for Rights Protection and Advocacy.*

cilje, ni nujno, da vedno delujejo enotno. Najpomembnejši člen v zagovorniškem procesu so zagotovo odigrale uporabniške organizacije in društva svojcev, vendar se te tudi najbolj razlikujejo po tem, kakšna sredstva uporabiti za doseg cilja. Nekatere od teh organizacij tako sodelujejo z drugimi organizacijami in tudi strokovnimi zdravstvenimi službami, med tem ko druge nastopajo bolj samostojno in imajo radikalnejšo držo. Vsekakor pa so vse te uporabniške organizacije odigrale številne zagovorniške vloge, kot so vplivanje na oblikovanje javnih politik, ozaveščanje javnosti o problematiki duševnega zdravja, opozarjanje na neustrezen sistem oskrbe in prisilnih hospitalizacij. Poleg tega pa te samozagovorniške skupine (Wahl 1999) pozitivno vplivajo na njihove člane, saj krepijo njihovo moč in občutke samozaupanja.

Če bi torej poenostavljeno ponazorili razvoj zagovorniškega gibanja v drugi polovici 20. stoletja, bi rekli, da se ta proces začne, ko se začnejo bivši uporabniki aktivno povezovati med seboj in opozarjati na pomanjkljivosti medicinskega modela oskrbe. To počnejo najprej združeni v skupine za samopomoč in društva, ki kasneje prerastejo v skupine pritiska. Ta proces sovpada s procesom nastajanja številnih družbenih gibanj, ki se borijo za človekove pravice, in tudi antipsihiatričnih gibanj, ki želijo preobraziti sistem duševnega zdravja. Vsa ta gibanja imajo veliko politično moč, zato kot skupine pritiska prisilijo oblikovalce javnih politik, da se odzovejo s sprejetjem novih zakonov in programov.

5.1.3. Mednarodne zagovorniške organizacije na področju duševnega zdravja

Zagovorniška gibanja in organizacije so v svojem delovanju že davno presegla nacionalne okvire. Danes tako uspešno delujejo tudi na mednarodnih ravneh, kot so EU, OZN in SZO. Kot bomo videli kasneje, je danes zagovorništvo dobilo posebno mesto v številnih mednarodnih dokumentih na področju duševnega zdravja. Pri nastajanju teh dokumentov je imelo zagovorništvo pravzaprav dvojno vlogo; prvič, uporabniške in druge nevladne organizacije na področju duševnega zdravja so dobile aktivno vlogo pri nastajanju dokumentov in pri skrbi za duševno zdravje, in drugič, smernice, ki jih postavljajo ti dokumenti na področju preobrazbe sistema duševnega zdravja, zasledujejo idejne usmeritve zagovorništva oziroma koncepte duševnega zdravja v skupnosti. V mednarodnem prostoru imajo danes posebno vlogo pri razvoju in promoviranju zagovorništva tudi mednarodne zagovorniške organizacije, kot sta MDAC in GAMIAN-Europe.

Mednarodni zagovorniški center MDAC²⁹ je nevladna organizacija s sedežem v Budimpešti, ki deluje predvsem v regiji srednje in vzhodne Evrope, centralni Aziji, Rusiji in Mongoliji. MDAC promovira pravno zagovorništvo in druge vrste zagovorništva človekovih

²⁹ *Mental Disability Advocacy Center.*

pravic oseb s težavami v duševnem zdravju ali z razvojnimi motnjami. Cilj MDAC je izboljšanje kakovosti življenja teh posameznikov z zavzemanjem za družbeno politiko, ki promovira integracijo v skupnost, samoodločanje in podporo posameznikom z duševnimi motnjami in njihovim družinam. Med tekoče dejavnosti MDAC-a sodijo:

- poučevanje NVO, zagovornikov in drugih strokovnjakov o načinih uporabe mednarodne zakonodaje za promocijo pozitivnih družbenih sprememb znotraj sistemov duševnega zdravja;
- poučevanje NVO o načinih kontrole človekovih pravic v psihiatričnih institucijah in socialno varstvenih institucijah;
- pravno-zastopniška podpora odvetnikom, ki v javno dobro zagovarjajo primere s področja zakonodaje, ki regulira duševno zdravje;
- nudenje strokovnih nasvetov in pomoči zagovornikom, ki zagovarjajo človekove pravice v duševnem zdravju na domačih in mednarodnih sodiščih;
- nudenje informacij odvetnikom in aktivistom na internet strani, vključno s povzetki ključnih primerov, o katerih je odločalo Evropsko Sodišče za človekove pravice.

GAMIAN-Europe³⁰ je uporabniška panevropska organizacija, ki zagovarja interese in interese oseb s težavami v duševnem zdravju. Skrbi predvsem za to, da se sliši in upošteva glas uporabnikov, ko se govori o sedanjosti in prihodnosti duševnega zdravja, tako na nacionalnem kot mednarodnem nivoju. Predstavlja eno od najpomembnejših zagovorniških organizacij na območju EU, saj združuje več kot 80 zagovorniških organizacij iz 37 držav. GAMIAN se zavzema za naslednje cilje:

- izboljšanje dostopnosti in kvalitete oskrbe duševnih motenj;
- izboljšati dostop, zanesljivost in kvaliteto informacij o duševnih motnjah za osebe, svojce in strokovno osebje;
- preprečevanje stigme, predsodkov, napačnih predstav, ki obkrožajo duševne motnje;
- spodbujanje sodelovanja na področju duševnega zdravja med raziskovalnimi, izobraževalnimi in drugimi institucijami, ki se zavzemajo za podobne cilje;
- podpora ustanavljanju in delovanju uporabniških organizacij na področju duševnega zdravja v vseh državah;
- skrb za pozitivno sliko in ozaveščanje javnosti, oblikovalcev politik in medijev o tem, da se duševne motnje lahko uspešno pozdravi s številnimi ukrepi.

³⁰ *Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe.*

5.2. Koncepti, splošne idejne usmeritve zagovorništva v duševnem zdravju

Koncept zagovorništva v duševnem zdravju se je razvil z namenom promoviranja temeljnih človekovih pravic in dostojanstva ljudi s težavami v duševnem zdravju v najširšem smislu (Funk 2003: 7). Cilj zagovorništva je poleg tega še odprava stigme in diskriminacije, ki jo doživljajo ljudje s težavami v duševnem zdravju, trudi pa se tudi za dosego širših sistemskih sprememb v obravnavi ljudi z duševnimi težavami. Zagovorništvo je torej vsota številnih različnih dejavnosti, katerih namen je doseči širše strukturne spremembe, da bi dosegli pozitivne izide za ljudi. Te dejavnosti lahko potekajo na področjih ozaveščanja, informiranja, izobraževanja, učenja socialnih veščin, medosebne podpore, svetovanja, mediacije, zastopanja interesov in pravic. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO 2005)³¹ sporoča, da je: »zagovorništvo pomembno sredstvo za dviganje zavesti o tem, kako pomembna je tematika duševnega zdravja, in omogoča, da so te teme vedno na dnevnem redu vlad. Zagovorništvo lahko izboljša proces oblikovanja politik in servisne službe«. V tem pogledu je zagovorništvo v duševnem zdravju opredeljeno v prvi vrsti kot političen proces, v katerem zagovorništvo vpliva na oblikovanje in sprejemanje takih javnih politik, ki so oblikovane po meri in željah ljudi s težavami v duševnem zdravju in njihovih družin. Nenazadnje se morajo vse družbene spremembe in zahteve tako ali drugače odraziti v političnem procesu oblikovanja in sprejemanja zakonodaje. Kot pozitivne izide, ki jih zagovorništvo omogoča SZO (2005) navaja:

- postavitev problematike duševnega zdravja na dnevni red določevalcev,
- izboljšanje politik in praks na področju duševnega zdravja,
- pozitivne spremembe zakonov in predpisov,
- promocija na področju skrbi in preventive duševnega zdravja,
- odprava stigmatizacije,
- varovanje pravic in interesov ljudi s težavami v duševnem zdravju in njihovih družin,
- dvig kvalitete zdravljenja in oskrbe strokovnih služb na področju duševnega zdravja.

Koncept zagovorništva kot del borbe za temeljne človekove pravice, širše sistemske spremembe (skupnostni model) in vplivanje na oblikovanje javnih politik je seveda zelo širok, zato nas zanimajo tudi bolj specifični vidiki zagovorništva na področju duševnega zdravja; tiste definicije zagovorništva, ki nam pomagajo razumeti, zakaj je ta koncept potrebno še posebej razvijati in mu omogočiti delovanje znotraj psihiatričnih in socialno varstvenih ustanov, neposredno v postopkih obravnave in ne samo izven njih v skupnosti.

³¹ World Health Organization (2003): *Advocacy for Mental Health*. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse.

Zagovorništvo v tem pogledu predstavlja predvsem splošno idejno usmeritev, ki se zavzema za pravice uporabnikov, se pravi tistih oseb s težavami v duševnem zdravju, ki so se znašle v postopkih obravnave. Tako se v prvi vrsti zavzema za to (Flaker 1993: 36), »da bo uporabnik deležen maksimalno učinkovite obravnave, ki ne bo vsebovala samo farmakološkega zdravljenja, ampak tudi učinkovite psihosocialne pomoči.« Za učinkovito in uspešno obravnavo je premalo samo obravnava znotraj medicinskega modela. Tanja Lamovec (2006) govori tudi o zagovorništvu kot procesu emancipacije, ki se nanaša zlasti na odpravljanje nezaželenih posledic hospitalizacije; v prvi meri gre tu za pasivizacijo posameznika. Posameznik izgubi zaupanje vase, potrpežljivo čaka, kaj se bo zgodilo z njim, izgubi občutek notranjega nadzora, posledica vsega tega je tudi pomanjkanje motivacije, da bi počel karkoli, saj ima človek občutek, da njegove aktivnosti nimajo nobenega smisla. Tako sta glavna cilja zagovorništva krepitev moči oseb in emancipacija. V ta namen razvija strategije za neposredno pomoč uporabnikom, da bi razumeli in razrešili konkretne probleme vsakdanjega življenja v procesu izgradnje zaupanja in samopodobe.

Z vidika naloge je predvsem pomembna lastnost zagovorništva ta, »da poskuša zagovorništvo uravnotežiti razmerje moči med ustanovo in njenimi uporabniki ter posredovati pri nesoglasjih« (Lamovec 2006: 223). Ljudje s težavami v duševnem zdravju so še posebej ranljiva skupina predvsem zaradi narave pravic, ki so jim lahko kršene. Ne govorim samo o tem, da so družbeno stigmatizirani, etiketirani in pogosto potisnjeni na obrobje družbe, ampak so jim v postopkih zdravljenja pogosto odvzete osnovne pravice do gibanja, informiranja, medosebnih stikov, spoštljivega ravnanja. Ti ljudje so na žalost še danes v neenakopravnem položaju v odnosu do institucij, v katere vstopajo. V psihiatričnih in varstvenih ustanovah ima medicinsko osebje še vedno preveč neomejeno moč nad uporabnikom, zato še kako potrebujejo zagovornika, ki je pogosto edina oseba povsem na njihovi strani in se zavzema za dosledno spoštovanje njihov pravic. Poleg tega pa jih o vsem informira, z njimi vzpostavi pristen osebni odnos in kar je najpomembnejše, omogoči jim, da ob njegovi pomoči prevzamejo aktivno vlogo pri uveljavljanju svojih pravic in želja (Lamovec 1993: 53). Iz tega izhaja, da zagovornik nikakor nima pravice odločati o stvareh, ki zadevajo uporabnika. Zagovornik praviloma ne dela namesto uporabnika, ampak skupaj z njim. Sprejema torej uporabnika kot osebo, ki sama odloča o sebi. Tak pristop praviloma omogoča uporabniku uveljaviti večji vpliv nad svojim življenjem, ki ga po pravilu v institucijah ne izkusi. John O'Brien takole poda vlogo zagovornikov (1987: 3):

»Zagovornik vzpostavlja odnose z osebami, ki so socialno izključene. V svojem delovanju uporablja različne načine in metode zato, da bi bili interesi oseb slišani in uresničeni, pri tem predstavlja pravice in interese osebe, tako, kot da so to njegove lastne pravice [...].

Ta definicija nam pove dve pomembni stvari o zagovorniškem procesu. Prvič, da zagovorniki uporabljajo številne raznolike metode pri svojem delu (vzpostavljanje stika in delovnega odnosa, krepitev moči, analiza tveganja, mediacija) v skrbi za uveljavljanje pravic, in drugič, da te pravice zagovarjajo na način, kot da bi bile njihove lastne. To zahteva od zagovornikov veliko stopnjo empatije, da lahko razumejo uporabniško perspektivo problema in se lahko vživijo v predstavo, kako je biti na njihovem mestu. V tem pogledu zagovorništvo ni ne nepristransko ne objektivno, pravzaprav gre za zelo pristranski subjektiven pogled, ki je zaznamovan s stališči, pogledi in skrbmi ljudi, ki jih zagovarja.

V institucijah in v postopkih obravnave pa pride še posebej do izraza lastnost zagovorništva, da omogoča »slišati glas« ljudi. Pisali smo že o tem, da institucije po eni strani povzročijo pasivizacijo posameznikov, po drugi strani pa lahko tudi zaradi rutine delovanja in notranjih pravil nevede ustvarjajo pogoje, v katerih je glas posameznika preslišan. Temeljno načelo, ki velja danes, je, da so ljudje aktivno in enakovredno vključeni v načrtovanje zdravstvene ali socialno varstvene obravnave in morajo biti te storitve oblikovane po njihovi meri. Zato pa morajo nujno imeti možnost, da izrazijo svoje želje in da so te tudi v največji meri upoštevane. Ni dovolj, da so ljudje samo dovolj opolnomočeni, da lahko izrazijo svoj glas, prav tako pomembno je, da je ta glas upoštevan. Mnogi uporabniki pričajo (Henderson 2004) o izkušnjah, ko nihče ni imel časa, da bi jih poslušal, ali pa, kar je še hujše, da je osebje njihove pripombe o nezadovoljstvu enostavno dojelo kot del simptomov, ki spremljajo njihove težave. V tem pogledu lahko zagovorništvo definiramo kot proces, v katerem poskrbimo, »da se sliši glas neslišanih« (*ibid.*: 3). Vendar je ta Hendersonova definicija res splošna in v nekem smislu preveč pokroviteljska. Glasu, pač ena oseba drugi ne more dati. V resnici lahko večina ljudi sama govori zase in sporoča svoje želje, podaja nek čustveni odziv na določeno situacijo. Problem, ki tu nastaja, je, ali oseba sporoča svoje želje na pravi način tako, da so drugim razumljive? Seveda pa gre tukaj tudi za vprašanje, ali so drugi sploh pripravljeni razumeti želje teh ljudi? Pri tem niti ni nujno, da gre za besedno komunikacijo. Veliko sporočilnost imajo vsa dejanja neverbalne narave, če smo jih le pripravljeni razumeti. Pacient veliko svojih občutkov sporoča že s tem, ko zjutraj ne želi vstati iz postelje in se ne želi obleči ali pa se navduši ob pričakovanju obiskov.

5.3. Vrste zagovorništva

Zagovorništvo se lahko pojavi v različnih oblikah, glede na naravo organiziranosti in glede na to, kdo opravlja zagovorniško vlogo, pa zagovorništvo v najbolj splošnem smislu delimo na laično in profesionalno. Laično zagovorništvo seveda izvajajo prostovoljci, lahko tudi svojci, prijatelji, ki vstopajo v vlogo zagovornikov ponavadi pri razreševanju vsakdanjih življenjskih situacij. To niso strokovnjaki, ki bi delo opravljali profesionalno, a imajo kljub temu določene izkušnje, znanje, vire moči, družbeni status, ki jim omogočajo, da podprejo in pomagajo drugemu človeku pri uresničevanju njegovih pravic. Na drugi strani poznamo profesionalno zagovorništvo, ki ga izvajajo ponavadi za to usposobljeni strokovnjaki in zagovorniške službe, organizacije. Gre za višji nivo organiziranosti, za katerega veljajo posebna načela delovanja, njihove zagovorniške storitve se izvajajo kontinuirano dalj časa in ponavadi ljudem nudijo bolj celovite oblike podpore. Med laične oblike zagovorništva spadajo predvsem po nastanku starejše oblike zagovorništva, govorimo o samozagovorništvu, vrstniškem zagovorništvu, kolektivnem zagovorništvu in občanskem zagovorništvu, medtem ko spadajo med profesionalne oblike predvsem novejše oblike, kot so na primer neodvisno zagovorništvo, krizno zagovorništvo, pravno zagovorništvo, zagovorništvo brez navodil. Čeprav so samozagovorništvo, vrstniško zagovorništvo in predvsem kolektivno samozagovorništvo na začetku potekala, kot neprofesionalna oblika pomoči, danes nekatere organizacije te izvajajo že na profesionalen in strokoven način. Nekatere uporabniške organizacije tako posedujejo ogromno strokovnega znanja in moči in so zelo učinkovite pri zagotavljanju kolektivnih pravic. Prav tako je danes na voljo veliko strokovnih usposabljanj, na katerih lahko osebe pridobijo znanje o tem, kako se učinkovito in uspešno samozagovarjati. Tako ljudje pravzaprav postanejo strokovnjaki za samozagovorništvo, kar jim omogoča, da svoje pravice varujejo enako učinkovito kot ob podpori profesionalnega zagovornika.

5.3.1. Samozagovorništvo in kolektivno zagovorništvo

David Brandon (Brandon in Brandon 1995: 1) vidi zagovorništvo »kot sredstvo, s katerim ljudje sami, v skupinah ali preko svojih predstavnikov opozorijo na situacije, ki jih neposredno zadevajo, ali pa skušajo doseči spremembe, ki bodo izboljšale njihov položaj«. S tem njegova definicija zagovorništva pravzaprav bolj spominja na definicijo samozagovorništva, ki je proces, v katerem posameznik ali skupina ljudi govori in deluje v korist svojih interesov. Samozagovorništvo je nastajalo vzporedno z nastankom skupin za samopomoč.

Samozagovorništvo je morda celo najbolj pomembna oblika zagovorništva. Bistveno pri tem je, da spodbuja in krepi moč ljudi, da bi se znali sami postaviti zase. Lahko rečemo,

da vse ostale oblike zagovorništva nastopijo takrat, ko je samozagovorništvo neuspešno. Neuspešno pa je lahko iz dveh razlogov; oseba sama se ni sposobna samozagovarjati, saj nima dovolj znanja, oziroma oseba dosledno zagovarja svoje pravice, vendar so okoliščine take, da je njen glas preslišan ali neupošteván. Samozagovorništvo je torej način, da spregovoriš zase, da zagovarjaš svoja stališča. Da bi bilo samozagovorništvo uspešno, mora posameznik imeti dovolj samozaupanja, oziroma mora verjeti vase; le tako bo zmožen uresničiti svoje cilje in interese. Copeland (2004) poudarja, da to pomeni predvsem, da se posameznik zaveda svojih sposobnosti, tega, da je enakovreden član skupnosti. Zelo pomembno je tudi, da ima o sebi zdravo samopodobo. Samozagovorništvo pravzaprav omogoča emancipacijo posameznikov, da se otresejo identitete psihiatričnega bolnika in znova pridobijo nadzor nad svojim življenjem. Nenazadnje pa je za samozagovarjanje pomembno znanje. Če se hoče posameznik samozagovarjati, mora vedeti, o čem govori, zato mora predhodno dobiti vse relevantne informacije s strani drugih oseb, organizacij ter z branjem strokovne literature. Pridobiti si mora čim več informacij o konkretni duševni težavi, oblikah pomoči in kje vse je lahko pomoči deležen. Dobro je, da se podučí o vseh svojih zakonskih pravicah, ki jih ima v postopkih obravnave že preden se ti pričnejo, saj jih bo tako lažje ob pravem času samozagovarjal (*ibid.*). Posameznik krepi svojo sposobnost za samozagovorništvo s pomočjo osebnega svetovanja, informiranja, treningov asertivnosti, skupin za samopomoč.

Kljub vsemu naštetemu pa ni nujno, da bo samozagovorništvo uspešno, dokler ostaja na nivoju posameznika. Lamovec (2006: 225) celo trdi, da samozagovorništvo praviloma ni učinkovito, dokler za njim ne stoji razmeroma močna (uporabniška) organizacija. Samozagovorništvo tako naravno pripelje h kolektivnemu zagovorništvu. Uporabniki se združujejo zaradi skupnih ciljev, da bi tako lažje dosegli zaželene spremembe. Z izrazom kolektivno zagovorništvo navadno označujemo tisto, kar smo opredelili kot družbeno akcijo in se pogosto razvije kot rezultat drugih oblik zagovorništva, predvsem samozagovorništva in vrstniškega zagovorništva, a pomeni zagovarjanje ne zgolj posameznikovih temveč kolektivnih pravic in interesov (Flaker et al. 2009: 12).

5.3.2. Vrstniško zagovorništvo

Vrstniško zagovorništvo temelji na vzajemnosti in solidarnosti ljudi s podobnimi izkušnjami in je podobno kot kolektivno tesno povezano z delovanjem uporabniških skupin. Opredeljuje ga pojem »*ekspert iz izkušenj*«, ki opisuje odnos, v katerem imata tako zagovornik kot zastopanec podobne izkušnje, težave in probleme. Vendar lahko zagovornik zastopancu pomaga, zato ker se je naučil govoriti v svojem imenu in se lahko zato zavzame tudi za

druge ali pa ker je podobne probleme, življenjske situacije uspešno premagal. Pri vrstniškem zagovorništvu gre pogosto za spontana razmerja, ki nastanejo med ljudmi v dnevni centrih, zavodih, bolnišnicah, skupinah za samopomoč. Odnos temelji na medsebojni podpori in vzajemni krepitvi moči, med osebami pa se v procesu vrstniškega zagovarjanja pogosto spletejo globlji medosebni, tudi prijateljski odnosi. Glavna povezovalna točka odnosa pa je skupna izkušnja nemoči, izključenosti, psihiatrične obravnave. Omeniti velja, da je tudi pri profesionalnih oblikah zagovorništva zelo dobrodošla taka skupna izkušnja. Nekateri uporabniki tako posebej iščejo profesionalne zagovornike, ki so hkrati tudi eksperti iz izkušenj, saj ti bolje razumejo njihovo situacijo in ne bodo imeli predsodkov.

5.3.3. Občansko zagovorništvo

Koncept občanskega zagovorništva je prvi opredelil Wolfensberger (1972b). Verjel je, da rabijo ljudje v institucionalnem varstvu neodvisno zastopanje s strani državljanov, ki živijo v skupnosti, če želijo ponovno občutiti normalen potek življenja. Občanski zagovornik je (*ibid.*: 173) »primeren, zrel in odgovoren državljan, ki prostovoljno predstavlja, kot da so njegovi, interese drugih državljanov, ki imajo primanjkljaj sposobnosti oziroma tistih, ki imajo neizpolnjene potrebe in bi te ostale še naprej neizpolnjene brez intervencije«

Občansko zagovorništvo po tej definiciji temelji na ideji »uglednega državljana«, to je nekdo, katerega glas je družbeno upoštevan, ki se zavzema za pravice diskriminiranega in stigmatiziranega človeka, ki je v nevarnosti, da ga okolica izključi. Naloga občanskega zagovornika je, da vzpostavi dolgotrajen odnos podpore s človekom, se odziva na njegove interese in ga poveže s krogi vsakdanjega življenja v skupnosti. Namen take podpore je želja po dolgoročni odpravi diskriminacije in socialne izključenosti, ki ju je deležna zastopana oseba. Wolfensberger je ta koncept videl kot posebno neodvisno obliko zagovorništva, ki preprečuje konflikt interesov, saj ugledni državljanji niso neposredno povezani z delovanjem strokovnih služb. Danes predstavlja koncept občanskega zagovornika v najširšem smislu takšne oblike zagovorništva, pri katerih en državljan zagovarja pravice drugega državljana. Ni nujno, da imajo ti ljudje poseben ugled, lahko so običajni polnopravni člani družbe, ki želijo prispevati k socialni vključenosti drugih ljudi. V tem pogledu lahko občansko zagovorništvo deluje kot oblika družabništva. Prav tako pa ni nujno, da gre za dolgotrajne oblike podpore, lahko gre za zagovorništvo kratkoročne narave, ko se podpre posameznika pri razreševanju določenega problema ali samo v času krize.

5.3.4. Neodvisno zagovorništvo

Neodvisno zagovorništvo se je uveljavilo v zadnjih dveh desetletjih predvsem v Veliki Britaniji, podobne oblike profesionalne zagovorniške službe pa poznajo tudi v Avstriji, na Švedskem in na Nizozemskem. Gre za posebno obliko zagovorništva, ki pridobiva v zadnjem času vse večji pomen, predvsem zaradi načina organiziranosti in načel, po katerih deluje. Neodvisno zagovorništvo se v prvi vrsti zavzema za krepitev moči posameznika napram institucijam (socialno varstveni ali zdravstveni) in za varovanje njihovih pravic. Najpogostejše točke, pri katerih lahko neodvisni zagovorniki podprejo uporabnike v institucijah so:

- razreševanje problemov, ki nastanejo pri (ne)sporazumih z osebjem;
- preseganje občutkov nemoči in izgube dostojanstva;
- podpiranje osebe v situacijah, ko se počuti zmedena, prestrašena in ne razume nastalih situacij, na primer ob sprejemu v institucijo;
- podajanje celovitih informacij glede poteka zdravljenja in obravnave, možnih alternativah, stranskih učinkih zdravil;
- razumevanju postavljenih diagnoz in iskanju drugega zdravniškega mnenja;
- informiranje osebe o vseh njenih pravicah, ki jih ima po veljavnih zakonih v postopkih obravnave, in podpora pri uresničevanju njihovih pravic;
- podpiranje osebe pri pisanju in podajanju pritožb nad delom institucij in osebjem;
- podpiranje osebe v postopkih pred sodiščem, ki potekajo v zvezi z njegovo obravnavo;
- podpiranje osebe v postopkih znotraj institucije, ki se nanašajo na njegovo obravnavo.

Če se ostale oblike zagovorništva posvečajo reševanju vsakdanjih življenjskih situacij (šola, delo, družina, bivanje) in širšim družbenim akcijam (sprememba družbenih norm, zakonodaje), se torej neodvisno zagovorništvo posveča posamezniku, ko se ta znajde v postopkih obravnave znotraj institucij. Tu imamo predvsem v mislih postopke prisilne hospitalizacije. Osebam na zaprtih oddelkih psihiatričnih bolnišnic so lahko omejene mnoge pravice (gibanje, obiski, komunikacija), seveda pa tudi samo zdravljenje poteka proti njihovi volji. V takih okoliščinah je nujno, da je na njihovi strani nekdo, ki skrbi za zaščito njihovih pravic in ne deluje znotraj institucije. Zdravniki, socialni delavci in drugo strokovno osebje, ki delujejo znotraj ustanov, v večini primerov delujejo v največjo korist oseb, vendar pa to počnejo s svoje strokovne pozicije, kar jim onemogoča, da vedno delujejo tako, kot si želi oseba. Odločitve v prvi vrsti sprejemajo na podlagi svoje strokovnosti in ne glede na to, kakšne so želje uporabnikov. Ni nujno, da gre za odločanje mimo volje oseb, praviloma strokovno osebje vključuje v postopke tudi uporabnike in njihove želje, vendar pri tem subjektivno odločajo,

katere želje so izvedljive, zanje koristne in katere ne. Tako odločanje včasih privede do tega, da dobijo ljudje občutek, da so izgubili pravico do odločanja o svojem življenju, počutijo se nemočne zaradi institucionalnih pravil in postopkov, ki določajo njihovo zdravstveno obravnavo; gre za občutek, da je njihov glas preslišan ali neslišan.

Strokovno osebje, tudi zdravniki, lahko tako kot vsi ostali opravlja mnoge zagovorniške naloge v najširšem smislu: skrbijo za promocijo duševnega zdravja, izvajajo preventivne programe, sodelujejo v delovanju nevladnih organizacij, organiziranju skupin za samopomoč, opozarjajo na problematiko duševnega zdravja, vendar pa nikoli ne more opravljati naloge neodvisnega zagovornika znotraj institucije. Toby in David Brandon (2001) opozarjata, da razvijejo organizacije in institucije uspešne načine obrambe, tako pred notranjimi kot zunanjimi nasprotniki, da zaščitijo svoje delovanje. Poznajo naprimer etične kodekse delovanja, določila v pogodbah o zaposlitvi o varovanju dobrega imena organizacij, s čimer razvijajo pri osebju občutek pripadnosti, lojalnosti do institucije ali organizacije, ki je pred občutkom skrbi za uporabnike. To tudi povzroča, da osebje kritike in pritožbe, ki jih uporabniki podajo na račun institucije, dojamejo kot kritiko njihovega lastnega dela. V konfliktnih situacijah med uporabniki in institucijo pa je težko pričakovati od osebja znotraj institucij, da se bo postavilo na stran uporabnikov in zavzeli neodvisno zagovorniško držo.

In tukaj nastopijo neodvisni zagovorniki, ki v svojem delovanju niso obremenjeni z institucionalnimi pravili in lahko vedno podprejo želje in interese uporabnika. Neodvisen zagovornik ne presoja o tem, kaj naj bi bilo za uporabnika dobro, ampak sprejme brez predsodkov vse njegove želje, po drugi strani pa ga celovito informira o vseh njegovih pravicah. To je včasih zelo težko, saj so lahko nekatere želje oseb nenavadne, neuresničljive, v nekaterih okoliščinah res celo škodljive. Zato mora seveda neodvisni zagovornik vedno delovati profesionalno in po zagovorniških načelih,³² saj mu prav ta omogočajo, da preseže takšne etične dileme in ostane vedno na strani svojega zastopanca. Ko govorimo o neodvisnem zagovorništvu, imamo vedno v mislih tudi načela, po katerih delujejo neodvisni zagovorniki. Ta načela so splošna in jih lahko uporabljajo tudi nekatere druge oblike zagovorništva, vendar pa jih mora neodvisno zagovorništvo za razliko od drugih laičnih zagovorniških oblik spoštovati dosledno in v vseh situacijah.

³² Zagovorniška načela so povzeta po: *Independent Mental Health Advocacy – Effective practice Guide*, organizacije National Mental Health Development Unit; *Code of Practice Mental Health Act 1983*, Department of Health; *The Mind Guide to Advocacy*, organizacije MIND; *Advocacy Services for People with Mental Health Problems and Intellectual Disabilities: Guidance and Model Policies*, organizacije Mental Disability Advocacy Center.

Tim Smoldon³³ je v intervjuju takole poudaril nekatere prednosti, ki jih prinaša neodvisno zagovorništvo za uporabnika in zakaj je to tako pomembno:

Obstajajo številni razlogi, zakaj je zagovorništvo pomembno. Eden od teh je, da je veliko oseb nameščenih v institucionalno obravnavo v ustanovah, ki traja dalj časa, lahko leta, zato jih tam že vsi poznajo. Vsi zaposleni vejo nekaj o njem (kakšna je ta oseba, zakaj je v bolnici) in verjetno so na neki točki prav vsi že delali z njim. In tako osebje te ljudi presoja, na primer ta je težaven, ta noče sodelovati pri zdravljenju, noče jemati zdravil; veliko so v bolnici zato, ker ne sodelujejo pri zdravljenju, ne razumejo, kakšno je njihovo psihofizično stanje. Veliko je torej stvari, ki se lahko govori o teh ljudeh. In včasih potem osebje, najpogosteje povsem nenamerno, neha poslušati zahteve uporabnika, zato ker z njim delajo že leta in leta in imajo občutek, da poslušajo vedno iste stvari. Rečejo si » saj to mi je pa že povedal, to vedno ponavlja« in tako včasih preslišijo sporočilo. Kar naredi zagovorništvo, je, da se ponovno osredotoči na klienta in predstavi dejstva. S tem doseže, da se morda glas nekaterih ljudi, ki so se izgubili v tem sistemu, ponovno sliši. Strokovne službe se ponovno potrudijo poslušati klienta in nanj gledati z nove perspektive. Recimo, ko nekdo preneha jemati zdravila in to naredi že tridesetič, bo osebje reklo: »Seveda spet je to naredil, vedno to počne, ne želi sodelovati pri zdravljenju«. Vendar to ni tisto, kar želi uporabnik s tem povedati. Ko govori z zagovornikom, bo rekel: »Prenehal sem jemati zdravila zato, ker sem se po njih počutil slabo. Pred leti sem dobil neko tableto, po kateri se nisem počutil tako slabo, vendar ko zaprosim zanjo, mi je nikoli ne dajo«. In to sporočilo lahko poda zagovornik naprej in tako, dela majhne, a pomembne razlike s tem, ko se trudi poslušati svojega klienta. Strokovno osebje je včasih tako zasedeno, da enostavno nima časa, da bi se mu povsem posvetilo. Vsi se trudijo po svoji strokovni plati, a nihče se ne bo usedel z njim in ga vprašal: »Zakaj si ne želiš biti v bolnici? Kaj te muči? Kaj bi rad spremenil?« To je tisto, česar od ostalih strokovnih služb včasih oseba ne bo dobila, zato se bo obrnila na zagovornika [...].

³³ Tim Smoldon opravlja v Angliji delo zagovornika že 14 let. V tem času je nudil zagovorniške storitve za ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju ali duševnem razvoju, vseh starosti. Je direktor organizacije *Advocacy in Somerset*, ki zagotavlja široko paleto zagovorniških storitev in predstavlja s svojim izobraževalno-raziskovalnim programom tudi širšo podporo zagovorniškemu gibanju. Je predsednik *Nacionalne zagovorniške mreže* (National Advocacy Network) in podpredsednik regionalnega združenja zagovornikov (South West Advocacy Association). S svojim delom je pomembno prispeval k razvoju zagovorništva na nacionalni ravni. Predsedoval je skupini, ki je pripravljala program izobraževanja za neodvisne zagovornike, napisal je številne priročnike za programe izobraževanj in je trenutno najvidnejši mentor na področju izobraževanja zagovornikov.

5.4. Zagovorniška načela

5.4.1. Neodvisnost

Zagovorniške službe morajo biti pri svojem delovanju neodvisne od mreže drugih socialnih in zdravstvenih služb, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Zagovornik ne sme biti kakorkoli odvisen in podrejen drugim strokovnim profilom, kot so zdravniki, socialni delavci, medicinsko osebje, medtem ko zastopa svojega klienta. Prav tako mora biti tudi neodvisen od zastopancev svojcev ali skrbnikov. Zagovornik je zavezan samo osebi, ki jo zastopa, njenim željam in navodilom, za kar mu mora biti omogočeno svobodno delovanje. Pri svojem delovanju se mora izogniti konfliktu interesov, kar pomeni, da ne sme imeti nasprotnih poklicnih ali osebnih interesov kot njegov zastopanec. Najmanjši standard, ki tu velja, je, da ne sme biti zaposlen v instituciji, kjer izvaja zastopniške naloge. Postavlja pa se vprašanje, ali lahko nekdo, ki je zaposlen v določeni instituciji, sploh opravlja neodvisno zagovorniško vlogo v drugi instituciji podobnega ali istega tipa. Socialni delavec ali medicinska sestra, ki je zaposlena v psihiatrični bolnišnici, bo le težko opravljal delo neodvisnega zagovornika v drugi psihiatrični bolnišnici, saj obstaja velika možnost, da se bo postavila na stran institucije in ne zastopanca. Lahko pa uspešno opravlja delo neodvisnega zagovornika v skupnosti. David Pennington³⁴ takole govori o dilemi glede dvojne vloge:

Kot socialni delavec, sem se pri svojem delu lahko osredotočil na uporabnika, ampak nikakor nisem bil zagovornik. Vedno sem bil socialni delavec, seveda z občutkom za človečnost, ampak bil sem socialni delavec. Torej po mojem mnenju, če želim postati neodvisen zagovornik, moram tudi povsem zamenjati način in lokacijo svojega dela. To počnem lahko v prostem času, ne v času svojega dela. Veliko strokovnih kadrov je lahko usmerjenih na uporabnika in pri delu z njim upoštevajo njegove želje, poskrbijo, da se sliši njegov glas, vendar ne morejo dvigniti roke v zrak in reči, sem neodvisen zagovornik, razen če niso povsem opustili svoje strokovne drž[e...].

Za neodvisnost delovanja je pomembno tudi, da se zagovorniške službe ukvarjajo pretežno z zagovorniškimi nalogami in ne tudi z institucionalno oskrbo, svetovanjem in drugimi dejavnosti, ki bi lahko povzročile konflikt interesov. V kolikor zagovorniške organizacije

³⁴ David Pennington je magister socialnega dela in ima bogate izkušnje iz socialnega dela na področju duševnega zdravja. Specializiral se je za vodenje programov izobraževanja strokovnega osebja. Leta 2005 se je priključil nacionalnemu programu, namenjenemu izboljšanju kakovosti storitev zdravstvenih in socialnih služb CSPI (Care Services Improvement Partnership), kjer je skrbel za implementacijo nacionalne zakonodaje in programov na področju duševnega zdravja v jugozahodnem delu Anglije.

opravljajo tudi druge dejavnosti, je nujno, da zagotavljajo zagovorniški službi operativno neodvisnost, ki ne ogroža temeljnih načel zagovorništva. Za neodvisnost delovanja je pomemben tudi vir financiranja; dobro je, da so ti viri razpršeni, predvsem pa se moramo izogniti možnosti, da bi bil zastopnik na plačilni listi ustanove. Taki primeri so poznani iz ZDA, kjer imajo nekatere bolnišnice lastno zagovorniško službo, ki jo tudi same financirajo. Čeprav je bil namen teh služb, da preprečijo morebitno kršenje pravic uporabnikov, s čimer se bolnišnice izognejo tudi možnosti kasnejših tožb, pa tak način financiranja postavlja pod vprašaj iskrenost zagovorniških služb.

5.4.2. Brez predsodkov in vrednostnih sodb

To načelo nekateri poimenujejo tudi človek na prvem mestu, kar pomeni, da je za zagovornika vedno na prvem mestu oseba, oziroma njegov klient. Spoštuje njegove želje in interese. Pri tem mora paziti, da nima vrednostnih sodb in predsodkov. Osebo v času duševne krize že tako vsi vidijo v prvi vrsti kot bolnika, zato je pomembno, da se zastopnik distancira od diagnoz in drugih vrednostnih sodb, ki zaznamujejo osebo. V postopkih obravnave je zagovornik lahko edini, ki mu ni treba skrbeti za zdravljenje, oskrbo, nadzor človeka, zato mora toliko bolj poskrbeti, da izvršuje svojo poglavitno funkcijo in posluša zastopance. Njihove pripovedi mora sprejeti kot resnične in pravilne, četudi ni prepričan, da se je res zgodilo, kar mu ljudje pripovedujejo. Zagovornik nikoli ne presoja resničnosti izjav in sprejme osebne izkušnje klientov, tako kot jih sami predstavijo. Smisel zagovorništva je prav v tem, da si prizadeva za to, kar si oseba želi zase, in ne za tisto, kar menijo drugi, da bi bilo dobro zanjo. Prav to je prednost pred ostalimi strokovnimi profili, ki tradicionalno presojajo o tem, kaj ljudje potrebujejo in kaj ne ter kaj je v njihovem interesu. Enako velja tudi pri informiranju. Drugo osebje pogosto meni, da je za osebo boljše, če se ji določene informacije prikrijejo, za zagovornike pa velja, da pred svojim zastopancem ničesar ne prikrivajo. Načelo človek na prvem mestu se kaže tudi tako, da zagovornik poskrbi, da je podpora, ki jo nudi primerna glede na želje in potrebe osebe. Z njo komunicira na primeren, razumljiv način. Kadarkoli je mogoče mora pridobiti navodila klienta in ne deluje brez njegovega izrecnega dovoljenja.

5.4.3. Jasen namen in vloga

Neodvisni zagovornik mora svojim klientom jasno predstaviti načine svojega delovanja, njegove pristojnosti, naloge in nenazadnje vsa načela, po katerih deluje. Pri tem mora jasno predstaviti tudi omejitve v svojem delovanju in česa ne more narediti za svojega klienta. Pogosto se dogaja, da se ljudje na zagovornike obračajo tudi z željami, ki jih zastopnik ne more izpolniti. Velja pa tudi v teh primerih, da zastopnik, v kolikor je mogoče, napoti osebo

na ustrezne službe in organizacije, ki lahko pomagajo osebi pri uresničevanju želja. Zagovornik mora biti sposoben razložiti, kaj zagovorništvo je in kaj ni ter kakšne koristi prinaša ljudem. Zagovorništva nikakor ne smemo zamenjati z drugimi oblikami pomoči, kot so spoprijateljstvo ali svetovanje. Pomembno je vedeti, da zagovorništvo ne pomeni dajanja nasvetov. Zagovorniki lahko klientom predstavijo določene informacije in alternativne možnosti, ki so jim na voljo, vendar jim rešitev ne vsiljujejo. Stvar zastopancev je, za katero možnost se bodo odločili. Zastopniki ne delujejo po načelih najboljše koristi za uporabnike.

5.4.4. Krepitev moči

Predstavlja pravzaprav temeljno načelo zagovorništva, saj ga v takšni in drugačni obliki zasledujejo vse oblike zagovorništva. Zastopnik mora narediti vse, kar je v njegovi moči, da se v postopkih obravnave ter tudi v življenju v ustanovi upoštevajo zorni kot zastopanca in slišijo njegov glas. S tem omogočajo posamezniku, da ponovno pridobi nadzor nad svojim življenjem. Pri tem velja določena hierarhija delovanja zastopnikov. V kolikor je le mogoče, zastopnik v prvi vrsti spodbudi zastopance, da sami izvajajo aktivnosti v zvezi z uveljavitvijo svojih pravic in želja, saj tako veliko prej pridobijo nazaj občutke moči. Če ljudje sami ne zmorejo izpolniti svojih interesov, želja, zastopnik izjemoma opravlja dejanja namesto njih. To pomeni, da lahko v njihovem imenu posreduje poglede, stališča in želje uporabnika ustanovi oziroma vsem, ki so vpleteni v postopek ali obravnavo. Govori z osebami, zdravniki, svojci, pošilja prošnje in pritožbe. Pri tem je pomembno, da zagovornik vedno počne le to, za kar ga je pooblastil zastopanec, in ne tega, za kar predvideva, da bi bilo v njegovem največjem interesu, saj zagovorniki ne sprejemajo odločitev namesto klienta.

Pri načelu krepitev moči je treba poudariti, da je cilj zagovorništva vedno spodbujati uporabnike k samozagovorništvu. Kot smo že povedali, je moč nekaj, česar ena oseba drugi ne more dati, ampak jo mora človek doseči sam. Velja poudariti, da izkušnje kažejo, da večina oseb ne potrebuje zagovornika cel čas, saj se po določenem obdobju naučijo sami postaviti zase in spregovoriti v svojem imenu.

5.4.5. Zaupnost

Zagovornik dosledno upošteva načelo zaupnosti. Zaupnost je zelo pomembna glede na naravo zagovorniškega procesa. Ljudje se pogosto obrnejo na zagovornike prav zaradi tega, ker jim lahko zagotavljajo zaupnost. Niso povezani z delovanjem institucije, zato jim tudi lažje zaupajo svojo zgodbo, ki izhaja iz konfliktnih odnosov med njimi in institucijo. Teh informacij zagovornik brez izrecnega dovoljenja ne sme posredovati drugim in jih mora varovati kot poklicno skrivnost. Zagovornik pa mora biti tudi iskren do svojega zastopanca o

stopnji zaupnosti, ki jo lahko zagotavlja. Razložiti mu mora vse okoliščine, ko lahko molčečnost prekrši. Ponavadi gre v skladu z etičnimi pravili zagovorniških služb za primere, ko zastopnik zve za primere zlorabe, nevarnosti za zdravje zastopanca ali drugih oseb, naklep kriminalnega dejanja. Take informacije mora posredovati naprej odgovornim osebam, vendar pa mora biti oseba v skladu z načelom jasnosti tudi vnaprej obveščena o tem, kdaj načelo zaupnosti za zagovornike ne velja. Zagovornik mora včasih zaupnost delno prekršiti tudi v fazi supervizije, ko se posvetuje o posameznih problematičnih primerih.

5.4.6. Nediskriminatornost, dostopnost in brezplačnost storitev

Zastopniška služba prepoznava različnost uporabnikov in si prizadeva, da imajo do njenih storitev enakopraven dostop vsi, ne glede na kulturo, jezik, državljanstvo, oviranosti ali druge okoliščine. To zahteva od njih tudi nekatere posebne metode dela s posameznimi ciljnim skupinami. V obzir morajo vzeti posamezne kulturne, verske in etične raznolikosti, ki jih srečujejo pri delu z ljudmi, saj morajo enake standarde in kvalitete storitev nuditi vsem ljudem. Dostopnost vsem skupinam se lahko doseže na dva načina. Prvi je, da se organizira posamezne specializirane oblike zagovorništva za specifično skupino ljudi, drugi način pa je, da so zagovorniške organizacije odprte za vse skupine ljudi. Neodvisen zagovornik je lahko vsakdo, ki gre uspešno skozi proces usposabljanja, ne rabi strokovnih predznanj, še najbolj zaželena je lastna izkušnja. Med zagovornike se tako pogosto priključijo bivši uporabniki.

Pri dostopnosti je pomembno omeniti, da so zagovorniške storitve za ljudi brezplačne, zagovorniki tako ne zaračunajo svojega dela. Pomembno pa je tudi, da zagovorniki lahko delujejo na krajih, kjer jih ljudje najbolj potrebujejo. V psihiatričnih ustanovah to pomeni, da imajo dostop do vseh oddelkov kjer se nahajajo zastopanci. V skupnosti pa je pomembno, da se dela na terenu z najbolj ogroženimi skupinami. Zagovorniki morajo tudi sami promovirati svoje storitve. Kjer je možno se morajo odpraviti med ljudi, kjer jih lahko opazijo. Za nekatere ljudi dostopnost pomeni tudi, da jih je potrebno obiskati na domu ali v nočnem času.

5.5. Zagovorništvo v Sloveniji

Prvi resni poskusi vzpostavitve zagovorniških služb pri nas segajo v konec prejšnjega stoletja. Med predhodnike sodobnega zagovorništva pa lahko štejemo že pobude, akcije in eksperimente v 70-ih in 80-ih letih prejšnjega stoletja. Leta 1975 poskuša Ana Rojnikova ustanoviti alternativno psihiatrično organizacijo z imenom *Društvo za pomoč v duševni stiski*. Odziv javnosti je bil velik, vendar ji takratna oblast, tudi zaradi nestrinjanja psihiatrije, ni dovolila ustanoviti tega društva, ki bi zajemalo enakopravno sodelovanje uporabnikov, stro-

kovnjakov in nestrokovnih sodelavcev. V tistem času izideta tudi dve številki *Problemov*, ki sta namenjeni antipsihiatričnemu gibanju. Od leta 1975 in prve kolonije na Rakitni je potekala tudi serija kolonij, taborov, akcijskih raziskav in skupnostnih akcij, ki so bile usmerjene v drugačne pristope k problemu duševnih težav. Njihov cilj ni bil zgolj integracija ljudi s duševnimi težavami v skupnost, ampak tudi spreminjanje institucij. Ti projekti so potekali pod okriljem *Inštituta za sociologijo* Visoke šole za socialno delo. Pozimi leta 1986 skupina prostovoljcev pri PIN-informalnici izda bilten *Psihijatrija in občan*. S tem se v Sloveniji ponovno opozori na pomanjkljivosti medicinskega modela obravnave duševnih stisk in težav. Omenjena je tržaška psihiatrična izkušnja, ki je že pisala svojo zgodovino dezinstitutionalizacije in zaprtja psihiatričnih bolnišnic. Namesto njih so ustanovili centre mentalnega zdravja in stanovanjske skupine za nekdanje uporabnike. Pacienti, ki so prihajali po pomoč, so dobili status obiskovalca, ne da bi jih stigma duševnega bolnika oropala vseh človeških potreb in lastnosti.³⁵ PIN-informalnica je poleg tega izpeljala tudi več zagovorniških akcij v konkretnih primerih ljudi, ki so bili hospitalizirani, telefonsko svetovanje, organizirala je prostovoljno delo v psihiatrični bolnišnici in nenazadnje tabor v Zavodu Hrastovec (Flaker et al. 2009: 11). Prav na mladinskem delovnem taboru, ki je leta 1988 potekal v Hrastovcu, je bil ustanovljen *Odbor za družbeno zaščito norosti*, znan zlasti po javnih akcijah in opozarjanjih na krivice, ki se dogajajo ljudem s težavami v duševnem zdravju. Odbor se je kasneje preoblikoval v nevladno organizacijo *Altra – Odbor za novosti v duševnem zdravju*.

Prve, zares organizirane poskuse uveljavljanja zagovorništva pri nas pa lahko postavimo v leto 1992. Tedaj se je v okviru študija *Duševno zdravje skupnosti (TEMPUS)* na tedanji Visoki šoli za socialno delo porodila ideja o vzpostavitvi zagovorništva za uporabnike psihiatrije. Na to so pomembno vplivali tudi predavatelji iz tujine, ki so predstavili delovanje zagovorništva v razvitih evropskih državah (Lamovec 1997: 54). Izoblikovana je bila interdisciplinarna skupina strokovnjakov (socialni delavci, pravniki, psihologi, pedagogi), med katerimi so bili tudi bivši uporabniki, ki je pregledala dotedanjo zakonodajo in izdelala koncept zagovorništva pri nas. Skupina je organizirala različne dogodke za informiranje splošne javnosti, kot je bila javna tribuna *Človekove pravice v ustanovah duševnega zdravja*. Leta 1993 pa je v posebni številki revije *Socialno delo* izšel zbornik *Duševno zdravje v skupnosti – Zagovorništvo*. Pri svojem delovanju se je skupina povezala s poklicnimi zagovorniki v Avstriji, kjer je bil sistem zagovorništva že dobro vpeljan, zato so lahko od njih prevzeli marsikatero dobro prakso in izkušnjo. Poleg tega pa je skupina zastopala ljudi v konkretnih primerih

³⁵ *Od zgodovine institucije do zgodovine norosti*. Dnevnik 16.10.1990.

kršitve pravic v zvezi s prisilno hospitalizacijo, lastninskimi spori, nudila je tudi psihosocialno pomoč uporabnikom in svojcem, pripravljala je predlog dopolnitve zakonodaje, delovala je tudi medijsko, organizirala izobraževanja in druge aktivnosti (Flaker et al. 2009: 12).

Leta 1992 se je projekt zagovorništva pridružil *Odboru za družbeno zaščito norosti*, ki se je kasneje preimenoval v ALTRO.³⁶ Pri projektu je sodelovalo devet strokovnih delavcev (pravniki, socialni delavci, psihologi), vključeni pa so bili tudi študentje prostovoljci. Strokovni tim je izvajal profesionalno zagovorništvo, medtem ko so študentje preko druženja z uporabniki prevzeli vlogo laičnih zagovornikov. Pomoč so nudili vsem uporabnikom, ki so se obrnili po pomoč v ALTRO. Leto 1994 je bilo prelomno z vidika priznavanja zagovorništva s strani države, saj je takrat projekt prvič financiralo Ministrstvo za delo, s tem pa mu je priznalo pomen projekta. Delo v ALTRI je postajalo tudi vse bolj sistematično. Strokovna skupina je imela redne tedenske timske sestanke, kjer so izmenjevali izkušnje, poleg tega pa so začeli za uporabnike izvajati redno dežurstvo na dveh lokacijah (Lamovec 1997: 55). Danes predstavlja program svetovalnice s svojimi strokovnimi storitvami in metodami pomemben program na področju nujenja pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem. Poenostavljeno lahko rečemo, da izvaja ALTRA storitve zagovorništva v najširši obliki. Ljudem nudijo podporo v vsakdanjem življenju in jih usmerjajo v razvijanje samostojnosti in neodvisnosti. Informirajo širšo javnost o problematiki duševnega zdravja in končno s svojimi programi dnevnih centrov in stanovanjskih skupin aktivno sooblikujejo koncept skupnostnega modela oskrbe ljudi s težavami v duševnem zdravju pri nas.

Poleg ALTRE delujejo oziroma so delovala še druga društva, ki so ponujala zagovorniške storitve uporabnikom psihiatrije. Leta 2001 je bil ustanovljen *Pravno informacijski center PIC*. PIC nudi strokovno in pravno podporo posameznikom, ranljivim skupinam in nevladnim organizacijam pri uveljavljanju in varstvu pravic ter krepitvi njihovega položaja v družbi. Z vidika zagovorništva je pomembno predvsem izvajanje brezplačne pravne pomoči. Sicer pa je nekaj let PIC izvajal tudi poseben projekt izvajanja storitev zagovorništva za upo-

³⁶ Društvo Altra je nevladna, neprofitna in humanitarna organizacija, ki izvaja storitve in programe s področja duševnega zdravja v skupnosti že dvajset let. Deluje na področju socialnega in zdravstvenega varstva. Izvaja programe preventivne narave, dejavnosti stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, svetovalnih centrov, klubov in drugih oblik za oskrbo in varstvo oseb s težavami v duševnem zdravju. Organizirajo skupine za samopomoč ter nudijo storitve s področja svetovanja, načrtovanja, izvajanja in koordiniranja podpore, kriznih intervencij, programov zaposlovanja in usposabljanj težje zaposljivih skupin. Strokovne storitve izvajajo strokovni delavci, v izvajanje dejavnosti pa vključujejo tudi prostovoljce. Njihova vizija je razvoj palete strokovnih storitev, ki ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem nudijo večjo izbiro, soodločanje in soudeležbo pri skrbi za izboljšanje kakovosti življenja. Več na <http://www.altra.si/o-drustvu.html>.

rabnike psihiatrije. Projekt je naročilo in finančno podprlo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. V ta namen je bil leta 2002 ustanovljen tudi *Zagovorniško-informacijski center EVROS*, zaseben in neprofiten zavod, ki je izvajal programe zagovorništva za ljudi s težavami v duševnem zdravju. EVROS je nudil pravno in psihosocialno svetovanje za osebe s težavami v duševnem zdravju, ki so jim kršene pravice s strani socialno zdravstvenih zavodov, psihiatričnih bolnic, zdravstvenih domov, psihiatrov. Pravno pomoč je ponujal tudi v drugih primerih, ko so se uporabniki psihiatrije znašli v različnih postopkih, ki so zahtevali pravno znanje in pomoč. Projekt je bil zasnovan na način, da je na vsakem primeru nudenja pomoči delovala strokovna interdisciplinarna skupina (pravnik, socialni delavec, psiholog, defektolog, sociolog), ki je v procesu reševanja primera sodelovala tudi z zunanjimi strokovnjaki specialisti s posameznih področij. EVROS je medtem žal prenehal s svojim delovanjem, a so se v tem času z zagovorništvom začela ukvarjati še nekatera društva. Danes je v Sloveniji, kar nekaj nevladnih organizacij, ki nudijo zagovorniške storitve uporabnikom ali pa s svojimi programi izpolnjujejo mnoge cilje in vloge zagovorništva v duševnem zdravju.

5.5.1. ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje

Poglavitne naloge združenja ŠENT³⁷ so razvijanje in izvajanje programov psihosocialne rehabilitacije oseb s težavami v duševnem zdravju, ki potekajo v ŠENT-ovih centrih za duševno zdravje v skupnosti in so prisotni v skoraj vseh slovenskih regijah. Cilj programov je kakovostno in samostojno življenje oseb s težavami v duševnem zdravju. Med njihovimi programi je tudi program zagovorništva. Program zagovorništva je namenjen zaščiti pravic oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih svojcev. V okviru programa nudijo brezplačno svetovanje in pomoč pri reševanju vsakdanjih problemov, ki se pojavljajo v medsebojnih odnosih. V okviru združenja delujeta dva svetovalna organa, ki spodbujata samozagovorništvo in pomagata pri skrbi za kvalitetno bivanje uporabnikov v psihiatričnih institucijah in izven njih. To sta *Forum svojcev Slovenije* in *Svet uporabnikov*.

5.5.2. Društvo OZARA

Društvo OZARA³⁸ Slovenija je nevladna humanitarna organizacija, ki deluje na področju socialnega in zdravstvenega varstva. Ljudem s težavami v duševnem zdravju ponuja izvenbolnišnične oblike psihosocialne rehabilitacije in podpore. Z individualnim pristopom in skupnim načrtovanjem jim omogoča vnovično vključitev v družbeno in delovno okolje ter prispeva k njihovi boljši opremljenosti za samostojno življenje. OZARA namenja posebno

³⁷ Več o društvu ŠENT na spletnih straneh <http://www.sent.si/>.

³⁸ Več o društvu OZARA na spletnih straneh <http://www.ozara.org/>.

skrb tudi podpornim programom samopomoči in zagovorništva. Program zagovorništva poteka v sodelovanju z Zavodom PIP, ki za ljudi s težavami v duševnem zdravju opravlja celovito storitev profesionalnega zagovorništva in druge pravne storitve, pomembne za razrešitev njihovih pravnih problemov. Poleg pravnega zagovorništva organizirajo tudi laično in vrstniško zagovorništvo. Zagovorništvo opravljajo tako strokovni delavci kot tudi uporabniki sami.

5.5.3. Društvo MOSTOVI

Društvo Mostovi je uporabniško društvo, ki ga upravljajo uporabniki sami. Društvo se imenuje MOSTOVI, ker z njim poudarjajo tanko črto med normalnim in »*norm*« svetom. Kot pravijo sami, »enkrat nor še ne pomeni za vedno nor«.³⁹ Dejavnosti društva so: nadaljevanje mednarodnega projekta EX-IN (krepitev moči v teoriji in praksi), uporabniško raziskovanje, delavnica o psihiatričnih zdravilih, delavnica grafičnega oblikovanja, skupina za samopomoč, delavnica duhovnih spoznanj. Posebnega pomena je predvsem vključevanje uporabnikov v izobraževalni modul *Krepitev moči v teoriji in praksi*. Cilj tega programa je pripraviti udeležence, da poskušajo sami voditi podobne delavnice ali postanejo svetovalci v službah duševnega zdravja. Poleg programa *Krepitev moči v teoriji in praksi* ima društvo pomembno zagovorniško vlogo tudi pri organiziranju javnih tribun, s katerimi opozarja širšo javnost o problematiki (stanovanjska, zaposlitvena) oseb s težavami v duševnem zdravju.

5.5.4. Društvo Novi Paradoks

Društvo Novi Paradoks (DNP) je nevladna, nepridobitna in prostovoljna organizacija oseb s psihiatrično izkušnjo in tistih, ki se želijo le-tej izogniti. Društvo, ki ga je leta 1997 ustanovila prof. dr. Tanja Lamovec, je nastalo iz potreb in pobud uporabnikov psihiatrije po nepsihiatrični in neinstitucionalni obravnavi problemov, povezanih z duševnim zdravjem. Za razliko od sorodnih društev, namenjenih ljudem z dolgotrajnimi psihosocialnimi težavami, je ideja ustanoviteljev Paradoksa, da bi društvo upravljali in si v njem vzajemno pomagali predvsem uporabniki sami. Društvo aktivno deluje predvsem v Ljubljani, uporabnikom iz gorenjske regije pa je na voljo udeležba v njihovih stanovanjskih skupinah. Program stanovanjskih skupin je namenjen psihosocialni rehabilitaciji in resocializaciji ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Z bivanjem v stanovanjski skupini zagotavljajo uporabnikom pogoje, da ustrezno izkoristijo in razvijejo svoje sposobnosti ter se ponovno vključijo v širšo socialno mrežo. Novi paradoks skuša tudi spreminjati javno mnenje o ljudeh s težavami v duševnem zdravju; to počne preko mladinskih programov, centra za svetovanje, dela s svojci in prost-

³⁹ *Predstavitev društva Mostovi*, dostopno na <http://www.drustvo-mostovi.org> (22.8.2010).

voljci in vključevanja študentov v svoje programe. Tako je Novi Paradoks učna baza za vse štiri letnike Fakultete za socialno delo. poleg tega pa imajo tudi pogodbo z Univerzo Sigmunda Freuda na Dunaju, od koder študenti redno prihajajo opravljat obvezno prakso.

5.5.5. Potrebe po zakonskih spremembah na področju zagovorništva in oskrbe duševnega zdravja v Sloveniji

V Sloveniji je v zadnjih dveh desetletjih prišlo do velikih sprememb na področju obravnave ljudi s težavami v duševnem zdravju. Pojavile so se številne zahteve in iniciative, kako na novo začrtati politike na tem področju. Podobno kot v tujini so tudi pri nas zahteve po spremembah na področju oskrbe duševnega zdravja prišle s strani uporabnikov in družbenih gibanj. Predvsem je šlo za zahteve po odpravi monopola, ki ga je imela na tem področju medicina, oziroma psihiatrija in vzpostavitev skupnostnega modela oskrbe. Uporabniki so bili prvi, ki so opozorili na neuspešnost in nepravičnost take obravnave, ki se osredotoča le na medicinski vidik duševnih težav. Izolacija iz družbe v oddelke psihiatričnih ustanov ali socialno varstvenih zavodov je le redko privedla do pozitivnih rezultatov. Da je lahko prišlo do vzpostavitve skupnostnega modela skrbi, pa je seveda bilo nujno, da je država prilagodila zakonodajo in javne politike na način, da imajo skupnostne službe zakonsko, finančno in kadrovsko podporo za svojo delovanje.

Potrebe po zakonskih spremembah in javnih politikah pa so se kazale tudi na področju zagovorništva. Nevladne organizacije so razvile posamezne zagovorniške programe in storitve, vendar so se pri tem srečevale z velikimi finančnimi težavami. Nekateri programi so zaradi tega tudi prenehali z izvajanjem. Še večji problem kot neposluh države za financiranje teh storitev pa je bil, da so lahko nevladne organizacije svoje zagovorniške programe izvajale v skupnosti. Zagovorniških storitev, ki bi bile na voljo uporabnikom znotraj socialno varstvenih in psihiatričnih ustanov, ni bilo. To je pomenilo, da je bili uporabnik pogosto prepuščen samemu sebi, ko se je znašel v konfliktih z ustanovo. Posebej problematični so s tega vidika vsi postopki neprostovoljnih sprejemov v ustanove; takrat lahko pričakujemo, da bodo konfliktni odnosi med posameznikom, ki je zadržan proti volji, in ustanovo še bolj izraziti. V takih primerih pogosto rabijo zagovornika, ki bo na njihovi strani in jih bo podpiral pri uveljavljanju pravic. To je bila pogosto tudi želja, ki so jo izrazile osebe s psihiatrično izkušnjo. V praksi se je pokazalo, da ustanove le stežka prostovoljno omogočijo delovanje zagovornikov znotraj ustanov, predvsem pa laični zagovorniki niso imeli nikakršnih orodij moči, s katerimi bi lahko enakopravno nastopili napram ustanovi. Zagovorniki morajo imeti pooblastila in mandat države v ustrezni zakonodaji, da lahko uspešno zagovarjajo ljudi v ustanovah. Le na

ta način se lahko vzpostavi neodvisna zagovorniška služba, ki bo učinkovita pri podpori ljudem v ustanovah. Zakon mora podeliti neodvisnim zagovornikom pristojnosti, jasne naloge delovanja, mesto delovanja, predvsem pa zagotoviti finančne vire za izvajanje službe.

Na sprejem ZDZdr je pomembno vplivalo tudi Ustavno sodišče Republike Slovenije, ki je z odločbo ugotovilo, da so določbe od 70. do 81. člena *Zakona o nepravdnem postopku* v neskladju z ustavo in tako kršijo osnovne človekove pravice v postopkih prisilnih hospitalizacij. V zvezi s tem je Ustavno sodišče naložilo zakonodajalcu, da na novo uredi področje neprostovoljnih sprejemov v psihiatrične bolnišnice in zavode:

- da se pri določitvi pogojev za prisilno zadržanje sodiščem omogoči presojo, ali je takšen ukrep nujen, ker zaželenega cilja ni mogoče doseči z drugimi sredstvi;
- da mora biti pravica do sojenja izvedena v razumnem roku oziroma mora biti določen sistem hitrega odločanja o zakonitosti odvzema prostosti;
- da mora biti vsaki stranki dana možnost, da se izjavi o navedbah in zahtevkih nasprotnne stranke. Osebi, ki sama ni sposobna razumeti in uveljavljati svojih pravic v postopku, je potrebno zagotoviti ustrezno zastopanje;
- da uredi položaj in pravice bolnikov na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice, posebna pozornost mora biti namenjena varstvu osebnostnih pravic in dostojanstva;
- da opredeli, kateri so tisti ukrepi zdravljenja, ki izhajajo že iz samega namena in nara-ve ukrepa prisilnega pridržanja, na drugi strani pa mora določiti tiste ukrepe zdravljenja, ki presegajo ta okvir in za katere je potrebna izrecna privolitev bolnika;
- da jasno opredeli primere in pogoje, pod katerimi je dopustno uporabiti ukrepe prisile in omejitev, ter predvidi določeno obliko nadzora nad uporabo teh ukrepov.

Nenazadnje pa je potrebno vedeti, da so spremembo naše zakonodaje narekovali tudi novi pristopi, dogovori in smernice na področju duševnega zdravja, ki so bili sprejeti na mednarodni ravni. Slovenija je kot članica mednarodnih organizacij zavezana temu, da vse takšne spremembe in dogovore vnese v svoj pravni red. Tukaj gre predvsem za mednarodne dokumente, ki opredeljujejo pravice oseb s težavami v duševnem zdravju v postopkih zdravstvene obravnave in njihove pravice v postopkih prisilnih hospitalizacij. Sodobno pravo duševnega zdravja je zamišljeno kot »korekcija nasilnega izvrševanja državnih psihiatričnih pristojnosti« (Bruce 1972). V EU pa velja tudi načelo izmenjave dobrih praks na področju socialnih politik, kar pomeni, da je bilo potrebno ob spremembah zakonodaje upoštevati tudi dobre prakse v drugih državah. Tukaj imam v mislih predvsem prakso neodvisnega zagovorništva.

5.6. Mednarodni dokumenti in smernice na področju duševnega zdravja in zagovorništva v duševnem zdravju

Na področju duševnega zdravja obstajajo številni mednarodni dokumenti, smernice in priporočila o tem, kako izboljšati sistem duševnega zdravja. Kar je bistveno za te dokumente je, da po večini pravno niso zavezujoči za države, saj gre ponavadi za predloge različnih ukrepov in dobrih praks na področju duševnega zdravja. Vseeno pa ti dokumenti kažejo pripravljenost držav članic na sodelovanje in sprejemanje novih politik na področju duševnega zdravja. V tem poglavju bom predstavil le nekatere najbolj splošne dokumente, predvsem tiste, ki se nanašajo neposredno na področje duševnega zdravja. Na ravni OZN bom predstavil *Resolucijo 46/119*, kot najpomembnejša dokumenta SZO bosta predstavljena *Globalni akcijski program na področju duševnega zdravja* in *Deklaracija duševnega zdravja za Evropo*. Na ravni EU pa bom predstavil *Zeleno knjigo o duševnem zdravju*. V mednarodni skupnosti obstajajo poleg teh, še številni dokumenti, ki posredno urejajo to področje. Gre za dokumente o pravicah invalidov, socialno izključenih skupin, zdravstveni oskrbi ljudi. OZN je tako sprejela *Deklaracijo o pravicah duševno prizadetih oseb (1971)* in *Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov (1993)*. SZO je leta 1996 v Ženevi sprejela tudi *Zakon o skrbi v duševnem zdravju: Deset temeljnih načel*,⁴⁰ v EU pa obstajajo številna priporočila⁴¹ odbora ministrov za zdravje znotraj Sveta Evropske unije, Svet Evrope pa je sprejel tudi belo knjigo *Zaščita človekovih pravic in dostojanstva oseb s težavami v duševnem zdravju, posebno pacientov, ki se neprostoovoljno zdravijo v psihiatričnih ustanovah*.⁴²

5.6.1. Globalni akcijski program SZO na področju duševnega zdravja

Svetovna zdravstvena organizacija je sprejela *Globalni akcijski program duševnega zdravja*,⁴³ da bi predstavila celovito strategijo, ki bi pripomogla k bistvenemu izboljšanju stanja na tem področju. Gre za željo, da bi se vlade posameznih držav seznanile s primernimi ukrepi, ki so potrebni za vzpostavitev kvalitetne in učinkovite oskrbe ljudi s težavami v duševnem zdravju. Program naj bi pomagal vladam držav sprejeti ustrezne zakone in politike na področju duševnega zdravja. Globalni akcijski program poseben pomen daje ukrepom, ki bi

⁴⁰ *Mental Health Care Law: Ten Basic Principles, Geneva 1996.*

⁴¹ *Priporočilo Odbora ministrov državam članicam o prilagoditvi sistema zdravstvenega varstva potrebam po zagotavljanju zdravstvene oskrbe in storitev marginalnim skupinam prebivalstva Rec (2001)12; Priporočilo Odbora ministrov državam članicam glede varstva človekovih pravic in dostojanstva oseb z duševnimi motnjami Rec(2004)10.*

⁴² *White Paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those places as involuntary patients in a psychiatric establishment, DIR/JUR (2000)2.*

⁴³ *Mental Health Global Action Programme.*

preprečevali stigmo, socialno izključenost in kršitev osebnih svoboščin oseb s težavami v duševnem zdravju. Da bi dosegli te cilje, so potrebni ukrepi na naslednjih področjih:

- *Sprememba družbene klime in informiranje*: ministrstvo za zdravje, zdravstvene službe na področju duševnega zdravja, nevladne organizacije, uporabniška združenja, svojci, izobraževalne institucije in vsi drugi pomembni akterji morajo združiti moči pri informiranju in spreminjanju družbene klime do duševnih bolezni. Vsi akterji morajo zavzeti zagovorniško vlogo do ljudi s težavami v duševnem zdravju.
- *Izboljšati človekove pravice v službah duševnega zdravja*: vzpostaviti je treba mehanizme, ki bodo nadzirali spoštovanje človekovih pravic in preprečevali nehumano zdravljenje, slabe bivanjske razmere, arbitrirane postopke sprejema na zdravljenje brez privolitve. Ljudje morajo imeti možnost pritožbe v primerih kršenja pravic.
- *Krepitev moči uporabnikov in njihovih družin*: vlade morajo spodbujati delovanje uporabniških organizacij in organizacij združenj svojcev. Te skupine imajo najboljši vpogled v problematiko, vejo, kakšne so potrebe, zato lahko pomagajo k boljšemu sistemu duševnega zdravja. V ta namen jih je treba vključiti v programe oblikovanja javnih politik, pripravo zakonov in programov.
- *Nadomestitev psihiatričnih institucij s skupnostnimi službami*: velike institucije, ki so pogosto povezane s kršitvijo človekovih pravic, bi morali nadomestiti s skupnostnimi službami, podprtimi s psihiatričnimi oddelki v splošnih bolnišnicah.
- *Povečati vlaganje v duševno zdravje*: države morajo nameniti večji del proračunskih sredstev področju duševnega zdravja. Strokovnemu osebju je treba omogočiti razvoj in nadaljnje izobraževanje, saj se s tem poveča tudi kakovost storitev.
- *Sprejem politik, zakonov, novih služb*: države morajo oblikovati take javne politike in zakone, ki spodbujajo pravice oseb s težavami v duševnem zdravju, jih opolnomočijo, da lahko samostojno sprejemajo odločitve v svojem življenju, jim omogočijo pravno varnost in popolno integracijo in sodelovanje v skupnosti.

Globalni akcijski program predvideva pri vseh teh ukrepih tudi velik pomen zagovorništva. Zagovorniški cilji omogočajo: promocijo človekovih pravic ljudi s težavami v duševnem zdravju in njihovih družin; zavzemanje za boljše življenjske pogoje ljudi; spodbujanje oblikovalcev politik k sprejemanju novih politik na področju duševnega zdravja; krepitev moči nevladnih organizacij in uporabnikov; oblikovanje programov, ki preprečujejo stigmo; sodelovanje z mediji pri bolj uravnoteženem in objektivnem poročanju in spremembi družbene klime.

5.6.2. Deklaracija duševnega zdravja za Evropo in Zelena knjiga

Januarja 2005 je Republika Slovenija v Helsinkih na Finskem podpisala deklaracijo Svetovne zdravstvene organizacije *Deklaracija duševnega zdravja za Evropo. Soočenje z izzivi, graditev rešitev*.⁴⁴ To pomeni, da se je pridružila skupnim naporom Evropske unije za izboljšanje zdravstvenega varstva na področju duševnega zdravja. Deklaracija duševnega zdravja vsebuje hkrati smernice in akcijski načrt ukrepov na posameznem področju za doseganje posameznih ciljev. Cilji in prioritete deklaracije se osredotočajo predvsem na: promocijo duševnega zdravja v družbi, odpravo stigme in socialne izključenosti; oskrbo duševnega zdravja, ki temelji na skupnostnih službah; preventivo na področju duševnega zdravja, preprečevanje bolezni odvisnosti in samomorilnosti; učinkovito in primerno oskrbo ljudi z duševnimi težavami na primarni ravni, ki omogoča sodelovanje in izbiro v oskrbi; okrevanje in vključevanje v skupnost tistih ljudi, ki trpijo z hudo duševno motnjo; posebno skrb za duševno zdravje otrok in mladoletnih; področje duševnega zdravja in trgu dela; skrb za izobraževanje strokovnega kadra na področju duševnega zdravja; sprejemanje nove zakonodaje, ki bo izboljšala sistem duševnega zdravja; krepitev moči in razvijanje zagovorništva v duševnem zdravju; raziskave in izmenjavo informacij o dobrih praksah na področju duševnega zdravja.

Na podlagi te deklaracije je Evropska komisija sprejela tudi *Zelena knjigo*,⁴⁵ katere namen je sprožiti razpravo med evropskimi institucijami, vladami, zdravstvenimi strokovnjaki, civilno družbo ter raziskovalnim sektorjem o pomembnosti duševnega zdravja za EU. Temeljno sporočilo *Zelene knjige* je, da »ni zdravja brez duševnega zdravja«. Za državljane je duševno zdravje sredstvo, ki jim omogoča, da uresničijo svoje intelektualne in čustvene zmožnosti ter najdejo in izpolnijo svoje vloge v družbi, šoli in na delovnem mestu. V družbi dobro duševno zdravje prispeva k blaginji, solidarnosti in socialni pravičnosti. Nasprotno pa duševne bolezni povzročajo mnoge stroške, izgube in breme za državljane in družbene sisteme. Obstaja soglasje, da je prva prednostna naloga zagotovitev učinkovite in visoko kakovostne oskrbe in služb za zdravljenje na področju duševnega zdravja, ki bodo dosegljive za ljudi z duševnimi težavami. Določitev strategije na področju duševnega zdravja na ravni EU se nanaša na ustvarjanje okvira za izmenjavo dobrih praks in sodelovanje med državami članicami, povezovanje ukrepov v različnih sektorjih politik, vključevanje zainteresiranih strani, vključno z organizacijami uporabnikov pri iskanju rešitev. Ko govorimo o zagovorništvu je to v *Zeleni knjigi* le posredno omenjeno, predvsem pri vključevanju uporabniških organizacij

⁴⁴ *Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions.*

⁴⁵ *Zelena knjiga: Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo*

pri oblikovanju javnih politik in boju proti stigmati in socialni izključenosti. Je pa zato zagovorništvo namenjeno posebno poglavje v okviru *Deklaracije duševnega zdravja za Evropo*. Zagovorništvo so v akcijskem načrtu namenjene naloge pri naslednjih ukrepih:

- povečanje ozavešanja javnosti o duševnih težavah in zagovarjanju oseb z željo po odpravi stigme in socialne izključenosti;
- organiziranje in vodenje organizacij, ki krepijo moč in zagovarjajo ranljive skupine;
- vodenje preventivnih programov na področju duševnega zdravja;
- vodenje svetovalnic in dnevnih centrov za ljudi v duševni stiski;
- sodelovanje z mediji v skrbi za objektivno poročanje in promocijo duševnega zdravja.

5.6.3. Resolucija generalne skupščine OZN 46/119

Resolucija OZN 46/119 *Načela za zaščito ljudi s težavami v duševnem zdravju in izboljšanje oskrbe na področju duševnega zdravja*,⁴⁶ je bila sprejeta 17. decembra 1991 in gre za prvo resolucijo, ki se nanaša neposredno na pravice ljudi s težavami v duševnem zdravju. Ker so določila te resolucije pravzaprav osnova za vse nacionalne zakone o duševnem zdravju, upoštevali smo jo tudi ob sprejemu ustrezne zakonodaje pri nas, velja to resolucijo natančneje predstaviti. Vseh principov je 25, vendar pa bom na tem mestu predstavil le tiste, ki so relevantni tudi za zagovorništvo v duševnem zdravju. Resolucija se nanaša na pravice oseb v psihiatričnih bolnišnicah in pravno urejanje neprosto voljnih oblik zdravljenja.

Resolucija določa, da morajo biti vsi ljudje z duševno motnjo zdravljeni humano in s spoštovanjem človekovega dostojanstva. Na podlagi duševne bolezni je prepovedana vsaka diskriminacija. Duševni bolniki morajo imeti iste socialne, politične, ekonomske, kulturne pravice, kot jih prepoznava splošna deklaracija o človekovih pravicah. Ko je osebi odvzeta poslovna sposobnost, je potrebno zagotoviti zaščito interesov in pravic te osebe z ustreznimi pravnimi mehanizmi (1). Posebna skrb mora biti posvečena zaščiti pravic mladoletnikov (2). Oseba z duševno boleznijo ima pravico do življenja in dela v skupnosti v največji možni meri (3). Diagnoza duševne bolezni mora biti narejena v skladu z mednarodnimi zdravstvenimi standardi. Diagnoza ne sme biti narejena na osnovi političnega, ekonomskega ali socialnega statusa, članstva v kulturnih, rasnih ali verskih skupinah. Preteklo zdravljenje ali hospitalizacija samo po sebi ne opravičuje bodoče diagnoze duševne bolezni (4). V postopkih hospitalizacije mora biti spoštovana pravica do varstva osebnih podatkov in zasebnosti (6). Vsak pacient ima pravico do zdravljenja v kar najmanj restriktivnem okolju in s kar najmanj

⁴⁶ *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care.*

restriktivnimi in agresivnimi metodami zdravljenja. Zdravljenje mora potekati na podlagi individualnega načrta zdravljenja v dogovoru s pacientom (9). Zdravljenje se ne sme izvajati brez pacientovega soglasja, razen v primerih, ki jih določa zakon. Soglasje mora biti podano prostovoljno, brez groženj in prisile, potem ko je pacient dobil ustrezne in razumljive informacije o: diagnostični oceni, namenu, metodi, verjetnem trajanju in pričakovanem učinku predlaganega zdravljenja, alternativnih načinov zdravljenja. Med tem postopkom lahko pacient zahteva prisotnost bližje osebe ali oseb po svoji izbiri. Fizično obvladovanje in izolacija se ne smeta uporabljati, razen v skladu s sprejetimi postopki ustanove in le takrat, ko sta edino sredstvo za nujno preprečitev nastanka škode pacientu ali drugim osebam. Trajati ne sme dlje, kot je nujno potrebno v ta namen. Oseba mora imeti med trajanjem teh postopkov humane pogoje ter mora biti pod stalnim in skrbnim nadzorom osebja. O postopku je potrebno tako obvestiti pacientovega pooblaščenega predstavnika (11). Pacient, sprejet v psihiatrično ustanovo, mora biti takoj ob sprejemu obveščen o svojih pravicah v skladu z zakoni. Informacija mora vključevati razlago pravic in kako jih uveljaviti. Če in dokler je pacient nesposoben razumeti take informacije, je treba te informacije posredovati njegovemu pooblaščenemu predstavniku, če ga ima, ali osebam, ki so voljne najbolje zastopati pacientove interese. Pacient ima pravico imenovati osebo, ki bo informirana v njegovem imenu in osebo, ki bo zastopala njegove interese (12). Vsak pacient v psihiatrični ustanovi ima pravico do spoštovanja zasebnosti, pošiljanja in prejemanja necenzurirane pošte, osebnih obiskov predstavnika ali zastopnika in drugih oseb, dostopa do poštnih storitev in telefona, časopisov, radia in televizije, svobode veroizpovedi. Življenjski pogoji in okolje v psihiatrični ustanovi morajo biti kar najbolj podobni tistim v normalnem življenju oseb in morajo predvsem vključevati prostore za rekreacijo in prosti čas, prostore za izobraževanje, prostore za opravljanje primernih poklicnih aktivnosti, ki ustrezajo socialnemu in kulturnemu ozadju pacienta ter pospešujejo njegovo rehabilitacijo in reintegracijo v skupnost (13). Kadar oseba potrebuje zdravljenje v psihiatrični ustanovi, se je treba izogibati prisilni hospitalizaciji (15). Oseba je lahko prisilno sprejeta v psihiatrično ustanovo, če zaradi duševne bolezni obstaja resna nevarnost za varnost in zdravje nje same ali varnost drugih oseb. Prisilni sprejem ali pridržanje v skladu z zakonom traja le kratek čas (16). Ob prisilni hospitalizaciji mora biti na voljo pritožbeni (revizijski) organ. To je lahko sodno ali drugo neodvisno in nepristransko telo, ki je ustanovljeno in deluje v skladu z zakonom. Pri oblikovanju svojih odločitev mora imeti pomoč enega ali več neodvisnih psihiatrov (17). Pacient je upravičen do izbire odvetnika in pooblaščenega predstavnika, ki ga zastopa v pritožbenih in drugih postopkih (21).

6. Zakon o duševnem zdravju

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) je pomembna novost na področju varstva duševnega zdravja, na katero sta javnost in stroka dolgo čakala. Po skoraj dvajset letnih prizadevanjih ga je državni zbor 15. julija 2008 končno tudi sprejel. Je kompromis med zahtevo po zaščiti pravic uporabnikov služb duševnega zdravja in ohranjanjem strokovne moči oziroma rečemo lahko (Flaker et al. 2009: 4), »da je kompromis med novejšim skupnostnim modelom duševnega zdravja in tradicionalnim medicinskim pogledom na duševno stisko«. Predlagatelj zakona je pri pripravi upošteval smernice mednarodnih dokumentov, zlasti *Zelene knjige* in *Resolucije OZN 46/119*. Poleg tega pa tudi splošne dokumente, ki jih nismo posebej predstavljali: *Konvencijo o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin*, *Konvencijo o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (Oviedska konvencija)*. Zakon pomeni tudi uskladitev obstoječe zakonodaje v skladu z odločbo *Ustavnega sodišča*. Očitno je, da zakonska ureditev prisilnih hospitalizacij na psihiatrični kliniki pred tem ni zadostila niti minimalnim standardom pravnega varstva pravic in osebnih svoboščin ljudi s težavami v duševnem zdravju. S sprejetjem zakona je zakonodajalec vzpostavil pravni okvir za celostno in dolgoročno zasnovano varstvo duševnega zdravja. Zakon zagotavlja boljše sodelovanje med službami na področju duševnega zdravja in s tem omogoča večjo kakovost storitev. Z razvojem mreže izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje v skupnosti zakon upošteva načelo socialne države in pravico državljanov do primernega zdravstvenega varstva.

6.1. Splošne določbe Zakona o duševnem zdravju

Ta zakon določa sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilce oziroma nosilke te dejavnosti ter pravice osebe med zdravljenjem v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi, ter postopke sprejema oseb na te oddelke. V splošnih določbah zakon:

- določa mrežo izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje. Mrežo izvajalcev sestavljajo: izvajalci psihiatričnega zdravljenja, izvajalci socialno varstvenih programov in storitev, izvajalci nadzorovane obravnave in obravnave v skupnosti.
- Vzpostavlja pravno podlago za sprejem *Nacionalnega programa duševnega zdravja*, ki bo opredelil strategijo skrbi in akcijski načrt za duševno zdravje, cilje, organizacijo, in naloge mreže javnih služb. Posebno skrb namenja duševnemu zdravju s spodbujanjem razvoja programov za osveščanje javnosti glede preprečevanja, razpoznavanja in zdravljenja duševnih motenj.

- Določa načelo sorazmernosti. Tako mora zdravljenje osebe poteka v skladu s strokovno preverjenimi metodami in mednarodno priznanimi standardi. Zdravstveni poseg mora biti sorazmeren z njegovim namenom. Med več možnimi zdravstvenimi posegi, ki imajo primerljive učinke, se predlaga tistega, ki najmanj posega v osebno integriteto osebe, najmanj omejuje njeno osebno svobodo.
- Opredeljuje pravice oseb v mreži izvajalcev programov in storitev v duševnem zdravju, zlasti v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih.
- Ureja postopek sprejema v psihiatrično bolnišnico in socialno varstveni zavod oziroma v nadzorovano obravnavo.
- Opredeljuje pravico do zastopnika v oddelkih pod posebnim nadzorom, varovanih oddelkih in v nadzorovani obravnavi.
- Določa, da v postopkih pred sodiščem osebo obvezno zagovarja odvetnik.
- Opredeljuje posebne metode zdravljenja⁴⁷ in posebne varovalne ukrepe, postopke za njihovo izvajanje ter nadzor nad izvajanjem.
- Vzpostavlja pravno podlago za nadzorovano obravnavo osebe s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo in obravnavo v skupnosti.⁴⁸

6.2. Pravice oseb v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih

Bistveno, kar moramo vedeti, je, da pravice, ki jih imajo osebe v teh oddelkih niso določene samo s tem zakonom. Lahko bi celo rekli, da imajo osebe v teh oddelkih iste državljanske pravice (ustavne pravice) kot vsi ostali državljani, razen tistih, ki se lahko zaradi posebnih okoliščin omejijo po tem zakonu. V tem smislu je ZDZdr pravzaprav zakon o omejevanju pravic, saj omogoča omejitve nekaterih osebnih svoboščin (gibanje, dopisovanje, osebni stiki). S tem ko zakon po posameznih poglavjih določa posebne varovalne ukrepe, posebne metode zdravljenja, sprejeme brez privolitve, na prvi pogled res določa pravno varnost osebam, vendar če pogledamo natančno, to naredi na način, da natančno predpiše okoliščine in pogoje, v katerih so jim pravice lahko omejene. Smisel zakona je torej reguliranje omejevanja človekovih pravic in svoboščin. Najpomembnejši je pri tem 12. člen, ki določa pravice oseb na oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi.

⁴⁷ Za zakonsko ureditev posebnih metod zdravljenja glej poglavje 3.7.3.

⁴⁸ Za zakonske določbe, ki urejajo obravnavo v skupnosti glej poglavje 4.5.6.

6.2.1. Varovanje človekovih pravic, temeljnih svoboščin in dostojanstva

Prisilno pridržanje na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice ali socialno-varstvenega zavoda nedvomno pomeni močan poseg v pravice posameznika. Prav zato zakon določa, da se osebi v času obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom in v varovanem oddelku zagotavlja »spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin, zlasti njene osebnosti, dostojanstva ter duševne in telesne celovitosti«. Temeljne človekove pravice in svoboščine izhajajo iz drugega poglavja Ustave RS. Določbe, ki izhajajo iz ustave in se smiselno uporabljajo tudi v postopkih prisilnih hospitalizacij so:

- *Enakost pred zakonom*: v Sloveniji so vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na katerokoli osebno okoliščino.
- *Varstvo osebne svobode*: vsakdo ima pravico do osebne svobode. Nikomur se ne sme vzeti prostost, razen v primerih in po postopku, ki ga določa zakon. Vsakdo, ki mu je odvzeta prostost, mora biti takoj obveščen o razlogih za odvzem prostosti.
- *Pravica do sodnega varstva*: vsakdo ima pravico, da o njegovih pravicah in dolžnostih ter o obtožbah proti njemu brez nepotrebnega odlašanja odloča neodvisno, nepristransko in z zakonom ustanovljeno sodišče.
- *Varstvo pravic zasebnosti in osebnostnih pravic*: zagotovljena je nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti ter osebnostnih pravic.
- *Pravica do zdravstvenega varstva*: nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon.
- *Varstvo človekove osebnosti in dostojanstva*: zagotovljeno je spoštovanje človekove osebnosti in dostojanstva v kazenskem in v vseh drugih pravnih postopkih.

Z vidika naloge je na tem mestu potrebno doreči pojem človekovega dostojanstva. V raziskavah o doživljanju zdravstvene oskrbe in v zagovorništvu je danes vedno več pozornosti namenjene temu konceptu. Osebno dostojanstvo je univerzalna in neodtujljiva vrednota, saj izhaja že iz same človekove danosti, da se rodi kot človek in njegovega samozavedanja kot mislečega in čutečega posameznika in pripadnika človeške vrste (Jacobson 2009). Gre za objektivni in subjektivni koncept, zato je zelo izmuzljiv in ohlapen pojem, ki je vpet med filozofijo, teologijo, pravo, politično teorijo. Zato ga, kot trdi Macklin (2003), številni interpretirajo na različne načine, ki pač ustrezajo njihovim ciljem. Ni enotnega koncepta človekovega dostojanstva, vsak posameznik je oseba s svojim lastnim dostojanstvom. Iz tega smiselno izhaja, da moramo dostojanstvo priznati vsakemu človeku. Doživljanje dostojanstva je ena najbolj subjektivnih izkušenj. Ima toliko različic in resnic, kolikor je ljudi. Skupno vsem je,

»da smo prizadeti, kadar ga ni« (Roškar 2009: 12). In prav zadnje, torej ogrožanje dostojanstva, je nekaj, s čimer se bojujejo ljudje s težavami v duševnem zdravju. Kako naj ohranijo dostojanstvo med zdravljenjem ter kako naj ohranijo dostojanstvo v življenju z določeno diagnozo? Tisto, kar se zdravemu posamezniku zdi, da mu samoumevno pripada, za nekoga dostikrat ostane le želja. Kot tako je dostojanstvo »ena izmed temeljnih človekovih pravic in ena najpomembnejših vrednot« (*ibid.*: 13). Z vidika zagovorništva je najpomembnejši koncept osebnega dostojanstva na individualni ravni. Na individualni ravni dostojanstvo namreč pomeni predvsem pravico »do samoodločbe na vseh področjih posameznikovega življenja in da lahko vpliva na odločitve drugih, ki vplivajo na njegovo življenje« (Feldman 1999: 685). To pomeni, da moramo gledati na vsakega človeka posebej kot na osebo z lastnimi prepričanji in vrednotami; takšen je tudi njihov koncept dostojanstva.

Danes se veliko pozornosti posveča tudi konceptu dostojanstva pri oskrbi v bolnišnicah in socialno varstvenih zavodih. Pojem dostojanstva v teh kontekstih poudarja vsebino in stil oskrbe, in sicer tako kaj se opravlja kot kako se opravlja. Cilj je najti načine oskrbe, ki zagotavljajo ohranjanje celovitosti samopodobe tako prejemnika kot dajalca oskrbe. Tisti, ki zagotavljajo zdravstveno oskrbo, morajo zadovoljiti biomedicinske, psihološke, psihosocialne, eksistencialne in duhovne vidike pacientovega življenja, ko načrtujejo in izvajajo individualizirano oskrbo (Jacobson 2009: 50). Oskrbo, ki je usmerjena k dostojanstvu, označujejo: pozornost, zavedanje, osebna odgovornost, zavzetost, empatija.

6.2.2. Druge pravice

Zakon o duševnem zdravju posebej določa nekatere specifične pravice oseb na oddelkih pod posebnim nadzorom in v varovanih oddelkih. Te pravice so:

- *Pravica do dopisovanja in uporabe elektronske pošte*: osebi se omogoči dopisovanje, pri čemer se zagotovi tajnost vsebine sporočil vseh oblik dopisovanja. Oseba ima pravico do uporabe elektronske pošte v skladu z možnostmi v bolnišnici ali zavodu.
- *Pravica do pošiljanja in sprejemanja pošilk*: oseba lahko sprejema pošiljke s hrano, denarjem, perilom, osebnimi in drugimi predmeti ter časopisi in knjigami. Nadzor nad vsebino prejetih pošilk ob prisotnosti osebe lahko opravljajo zaposleni, če je ogrožena varnost osebe ali drugih.
- *Pravica do sprejemanja obiskov*: oseba ima pravico sprejemati obiske v skladu s hišnim redom psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda, ki morajo obiske dovoljevati najmanj dvakrat tedensko.

- *Pravica do uporabe telefona:* osebi se omogoči telefonske pogovore. Stroške telefonskih pogovorov krije oseba.
- *Pravica do gibanja:* oseba se lahko prosto giba znotraj oddelka. To gibanje se lahko omeji le z uporabo posebnih varovalnih ukrepov. Zakon dovoljuje telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. Posebni varovalni ukrep se uporabi le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, pri čemer posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, posebni varovalni ukrep omejitve svobode gibanja znotraj enega prostora pa ne več kot 12 ur. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe posebnega varovalnega ukrepa. Osebo, pri kateri je bil uporabljen poseben varovalni ukrep, se nadzoruje, spremlja njene vitalne funkcije in strokovno obravnava ves čas trajanja posebnega varovalnega ukrepa.
- *Pravica do zastopnika.*

Kot rečeno, je namen zakonodajalca s tem, ko nekatere pravice posebej izpostavi, dvoličen. Po eni strani zakon našteva osebne pravice, ki so bile v preteklosti največkrat kršene na teh oddelkih, ko so ljudi izolirali iz družbe in se jim je lahko preprečevalo stik z zunanjim svetom. Gre za pravice, ki ljudem omogočajo socialno interakcijo z okoljem (dopisovanje, obiski, telefonski pogovori, gibanje) in s tem, ko jih zakon posebej definira kot pravice, naj bi preprečil njihovo omejevanje. A na drugi strani zakon s taksativnim naštevanjem počne prav to, saj določa, da je omejitev teh pravic, razen pravice do zastopnika, dopustna, če oseba ogroža svoje življenje ali zdravje, življenje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo. Smiselno pa iz tega izhaja, da so na teh oddelkih lahko omejene samo te pravice in to le v tistem obsegu, ki je nujno potreben za dosego namena; uporabi se najmilejši ukrep, ki se izvaja najkrajši možni čas. O omejitvi pravic odloči sodišče s sklepom.

Poleg zgoraj naštetih pravic iz zakona smiselno izhajajo še nekatere druge pravice, kot na primer pravica do informiranja in varovanja osebnih podatkov. Tako mora sprejemni zdravnik v psihiatrični bolnišnici oziroma posameznik, ki osebo sprejme v obravnavo v varovani oddelk socialno varstvenega zavoda, osebo ustno in pisno poučiti o njenih pravicah, ki jih ima po tem zakonu. Seznam pravic in hišni red morata biti objavljena na vidnem mestu v ustanovi. Izvajalci programov in storitev za duševno zdravje so dolžni kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju svojega poklica ali dela zvedo o osebi, zlasti informacije o njenem zdravstvenem stanju, osebnih, družinskih in socialnih razmerah ter informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem in spremljanjem bolezni ali poškodb.

6.3. Postopki pred sodiščem in postopki sprejema na zdravljenje ali v obravnavo

V vseh postopkih pred sodišči je obvezno zastopanje osebe po pooblaščenju, ki je odvetnik. Za mladoletnika in polnoletno osebo, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, pooblasti odvetnika zakoniti zastopnik, razen če je bil postopek uveden na njegov predlog. V tem primeru odvetnika postavi sodišče. Sodišče da vsem udeležencem v postopku možnost, da se izjavijo o navedbah drugih udeležencev oziroma da sodelujejo v postopku. V postopku morajo biti zavarovane pravice in pravni interesi mladoletnika oziroma osebe, ki zaradi duševne motnje ali drugih okoliščin ni sposobna, da bi sama skrbela za svoje pravice in interese. Če oseba ni poslovno sposobna, ji sodišče omogoči, da samostojno opravlja procesna dejanja, če je sposobna razumeti pomen in pravne posledice takih dejanj. Sodišče zasliši osebo, razen če na podlagi neposrednega stika z osebo oceni, da to glede na njeno zdravstveno stanje ni mogoče. Postopki pred sodiščem so po zakonu nujni.

Zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom se izvaja s privolitvijo osebe ali brez privolitve osebe pod pogoji, ki jih določa zakon. Osebi se zagotovi zdravljenje v oddelku pod posebnim nadzorom na podlagi ustreznega, individualno načrtovanega zdravljenja, ki se opredeli v načrtu zdravljenja. Če je oseba zmožna izraziti svojo voljo, se jo pri pripravi načrta zdravljenja upošteva, kolikor je to v njeno najboljšo zdravstveno korist.

6.3.1. Sprejem na zdravljenje s privolitvijo

Oseba je sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom z napotnico, lahko pa tudi brez nje, če sprejemni zdravnik ugotovi, da so izpolnjeni ustrezni pogoji. Privolitev v zdravljenje mora biti izraz svobodne volje osebe, ki temelji na razumevanju položaja in je izoblikovana na podlagi primernega pojasnila o:

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

Oseba, ki je privolila v sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom, lahko kadar koli, izrecno ali z dejanji, iz katerih je to mogoče sklepati, privolitev prekliche in zahteva, da se jo odpusti. Če zdravnik oceni, da so pri osebi podani ustrezni razlogi, osebo kljub preklicu privolitve zadrži na zdravljenju ter jo pouči o razlogih za zadržanje in pravici do odvetnika.

6.3.2. Sprejem na zdravljenje brez privolitve na podlagi sklepa sodišča

Zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji (39. člen):

- Če ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim.
- Če je ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje.
- Če navedenih vzrokov in ogrožanja ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči.

Postopek za sprejem osebe brez privolitve na podlagi sklepa sodišča se začne na predlog izvajalca psihiatričnega zdravljenja, centra za socialno delo, koordinatorja nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državnega tožilstva. Predlog vsebuje navedbo razlogov, ki utemeljujejo obstoj pogojev iz 39. člena. Predlogu se priloži tudi mnenje izbranega osebnega zdravnika ali psihiatra, ki je osebo pregledal, in ne sme biti starejše od sedmih dni. Če pregled osebe ni mogoč, se predlogu priloži izjava izbranega osebnega zdravnika ali psihiatra, da pregleda ni mogoče opraviti. Sodišče osebi pošlje predlog, hkrati jo pouči o pravici, da lahko odgovori na predlog in o pravici do odvetnika, ki ga lahko izbere sama, sicer ji odvetnika po uradni dolžnosti postavi sodišče. Po prejemu predloga sodišče odredi, da osebo pregleda izvedenec psihiatrične stroke in v treh dneh poda mnenje o njenem zdravstvenem stanju, ki vsebuje tudi oceno, ali obstaja možnost zdravljenja v nadzorovani obravnavi oziroma obravnave v varovanem oddelku. Osebo lahko izvedenec pregleda tudi proti njeni volji, sodišče lahko s sklepom odloči, da se oseba za največ dva dni zadrži v psihiatrični bolnišnici.

Po pridobitvi mnenja izvedenca sodišče razpiše narok, na katerega povabi predlagatelja, osebo, odvetnika, zakonitega zastopnika, najbližjo osebo, zastopnika in druge. Sodišče na naroku zasliši izvedenca, ki je izdelal mnenje, osebo in vse druge, ki bi lahko dali podatke, pomembne za odločitev. Predlagatelj, oseba, odvetnik, zakoniti zastopnik in najbližja oseba lahko zaslišanim zastavljajo vprašanja in imajo pravico do vpogleda v sodni spis. Če sodišče po izvedenem dokaznem postopku ugotovi, da so izpolnjeni pogoji iz 39. člena, s sklepom odloči, da se osebo sprejme v oddelk pod posebnim nadzorom in določi tudi čas zadržanja, ki ne sme biti daljši od šestih mesecev, ter psihiatrično bolnišnico, ki naj osebo sprejme.

6.3.3. Sprejem na zdravljenje brez privolitve v nujnih primerih

Oseba je lahko sprejeta na zdravljenje brez privolitve v nujnih primerih in v tem primeru se upravičenost napotitve ugotavlja naknadno v postopku na sodišču; oseba pa je do končanega postopka pred sodiščem zadržana na oddelku pod posebnim nadzorom. Sprejem brez privolitve v nujnih primerih se lahko izpelje, če so izpolnjeni pogoji iz 39. člena zakona in oseba potrebuje takojšnje zdravljenje, ko se ne more čakati, da se zaključi postopek pred sodiščem, ker bi odlašanje lahko vplivalo na slabši izid zdravljenja. Tak sprejem se opravi na podlagi napotnice izbranega osebnega zdravnika, psihiatra ali drugega zdravnika, ki je pregledal osebo. Napotnici, ki ne sme biti starejša od treh dni, se priloži poročilo o zdravstvenem stanju osebe, v katerem so navedene okoliščine, iz katerih izhaja, da je sprejem nujen. Zdravnik lahko osebo, ki jo je napotil v psihiatrično bolnišnico in za katero je odredil prevoz z reševalnim vozilom, zadrži proti njeni volji do prihoda reševalnega vozila, pri izvedbi zadržanja in odreditvi prevoza z reševalnim vozilom lahko zahteva pomoč policije.

Ob sprejemu v oddelek pod posebnim nadzorom osebo pregleda sprejemni zdravnik, ta se odloči ali so izpolnjeni pogoji za zdravljenje brez privolitve v nujnih primerih ali ne. Če sprejemni zdravnik ugotovi, da so podani razlogi za zadržanje, osebo zadrži na zdravljenju ter jo pouči o razlogih, zaradi katerih je zadržana, in o pravici do odvetnika. Sprejemni zdravnik obvesti najbližjo osebo, zakonitega zastopnika in zastopnika o sprejemu osebe v oddelek pod posebnim nadzorom, in sicer v štirih urah od sprejema. O zadržanju osebe sprejemni zdravnik v štirih urah pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice, ta pa takoj obvesti pristojno sodišče. Sodišče nato v enem dnevu od prejema obvestila direktorja, oziroma od dneva, ko izve, da je oseba sprejeta v psihiatrično bolnišnico brez svoje privolitve, s sklepom uvede postopek, v katerem postavi izvedenca in odvetnika. Sodišče v enem dnevu po izdaji sklepa o uvedbi postopka osebo obišče v oddelku pod posebnim nadzorom. Ob obisku izvedenec osebo pregleda in na zapisnik poda mnenje o njenem zdravstvenem stanju, ki vsebuje tudi oceno, ali obstaja možnost zdravljenja v nadzorovani obravnavi oziroma sprejema v varovani oddelku. Sodišče ob obisku zasliši izvedenca, osebo lahko pa tudi zakonitega zastopnika, najbližjo osebo, lečečega zdravnika in druge, ki bi lahko dali podatke, pomembne za odločitev. Zaslišanje se opravi brez prisotnosti tistih, ki osebo zdravijo oziroma sodelujejo pri zdravljenju. Sodišče v treh dneh po obisku izdati sklep s katerim se odloči, da se osebo zadrži v oddelku pod posebnim nadzorom ali pa se jo odpusti.

6.3.4. Podaljšanje zadržanja in premestitev iz oddelka pod posebnim nadzorom

Osebi se zadržanje v oddelku pod posebnim nadzorom podaljša, se jo premesti v varovani oddelek ali odpusti iz oddelka pod posebnim nadzorom, če so izpolnjeni zakonski pogoji. Lečeči zdravnik redno obvešča osebo o razlogih za podaljšanje zadržanja, premestitev ali odpust. Če direktor psihiatrične bolnišnice ugotovi, da je za odvrnitev ogrožanja zaradi vzrokov iz 39. člena ZDZdr nujno potrebno nadaljnje zdravljenje, najmanj 14 dni pred potekom roka iz sklepa sodišča predlaga sodišču, da se zadržanje v oddelku pod posebnim nadzorom podaljša. V postopku za podaljšanje zadržanja v oddelku pod posebnim nadzorom se smiselno uporabljajo določbe zakona o sprejemu na zdravljenje brez privolitve na podlagi sklepa sodišča. Sodišče lahko čas zadržanja v oddelku pod posebnim nadzorom podaljša, vsakič največ za šest mesecev.

Če se zdravstveno stanje osebe toliko izboljša, da ni več razlogov za zadržanje v oddelku pod posebnim nadzorom, jo psihiatrična bolnišnica še pred potekom roka iz sklepa sodišča odpusti iz oddelka pod posebnim nadzorom in o tem obvesti sodišče. Oseba ali njen odvetnik lahko pred potekom roka, določenega v sklepu sodišča o zadržanju, predlaga sodišču, da se osebo odpusti. Osebo se lahko pred iztekom roka premesti v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda, v kolikor so za to izpolnjeni pogoji.

6.3.5. Postopek sprejema v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda

Oseba je sprejeta v varovani oddelek s privolitvijo, če so izpolnjeni pogoji iz 39. člena ZDZdr, poleg tega pa mora biti še akutno bolnišnično zdravljenje zaključeno oziroma ni potrebno, oseba potrebuje stalno oskrbo in varstvo, ki ju ni mogoče zagotoviti v domačem okolju in izpolnjuje druge pogoje za sprejem v socialno varstveni zavod, ki jih določajo predpisi s področja socialnega varstva. Tudi za sprejem na varovani oddelek socialno varstvenega zavoda velja, da mora privolitev biti izraz svobodne volje osebe, ki temelji na razumevanju položaja in je izoblikovana na podlagi primernega pojasnila o naravi in namenu obravnave, oseba pa lahko kadar koli, izrecno ali z dejanji, iz katerih je to mogoče sklepati, privolitev prekliče in zahteva, da se jo odpusti iz varovanega oddelka.

Če oseba, pri kateri so izpolnjeni pogoji v sprejem ne privoli, je sprejem v varovani oddelek dopusten na podlagi sklepa sodišča. Za postopek sprejema v varovani oddelek na podlagi sklepa sodišča se smiselno uporabljajo določbe zakona, ki urejajo sprejem na zdravljenje brez privolitve.

6.4. Nadzorovana obravnava

Nadzorovana obravnava je obravnava oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se izvaja na podlagi sklepa sodišča pod nadzorom psihiatrične bolnišnice. Nadzorovana obravnava v skupnosti je interdisciplinarna, vendar pretežno psihiatrična obravnava duševne motnje, ki se izvaja skladno z načrtom nadzorovane obravnave in poteka izven psihiatrične bolnišnice v domačem okolju. Zdravljenje osebe v nadzorovani obravnavi je dopustno, če so izpolnjeni pogoji iz 39. člena poleg tega pa mora iti za osebo s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se je že zdravila v psihiatrični bolnišnici brez privolitve in obstaja možnost ustreznega zdravljenja v domačem okolju. Sprejem osebe v nadzorovano obravnavo se opravi na podlagi sklepa sodišča.⁴⁹ Nadzorovano obravnavo izvaja tim strokovnjakov. Koordinator nadzorovane obravnave,⁵⁰ skupaj z osebo sestavi načrt nadzorovane obravnave in koordinira izvajanje načrta. Načrt zdravljenja v največji možni meri upoštevati voljo osebe in najbližje osebe. Koordinator nadzorovane obravnave lahko od osebe zahteva, da se udeležuje določenih dejavnosti zaradi zdravljenja in da se v času nadzorovane obravnave zdravi v skladu z načrtom nadzorovane obravnave. Na podlagi sklepa sodišča lahko koordinator nadzorovane obravnave od osebe zahteva, da prebiva v določenem kraju oziroma da zagotovi koordinatorju nadzorovane obravnave dostop do prostorov, kjer biva.

Nadzorovana obravnava je strokovno in organizacijsko zahtevna oblika zdravljenja. Predstavlja pa novost v našem prostoru, zato za enkrat prihaja še do velikih neznank, kako bo delovala v praksi. Za sedaj v Sloveniji, kljub zakonski podlagi nadzorovana obravnava ne poteka. V bližnji prihodnosti lahko pričakujemo, da bodo to obliko psihiatrične bolnišnice razvile. V nadzorovani obravnavi ima po zakonu svoje pristojnosti tudi zastopnik, vendar pa v nalogi delovanje zastopnikov v nadzorovani obravnavi ni analizirano. Se pa tudi sicer postavlja vprašanje, kakšna bo vloga zastopnika v postopkih nadzorovane obravnave, saj je v mnogih pogledih še nedorečena.

⁴⁹ Za postopek sprejema v nadzorovano obravnavo se smiselno uporabljajo določbe sprejema na zdravljenje brez privolitve s sklepom sodišča.

⁵⁰ Koordinator nadzorovane obravnave je posameznik, ki ga za spremljanje in koordiniranje nadzorovane obravnave posamezne osebe na predlog psihiatrične bolnišnice, s sklepom določi sodišče. Koordinator nadzorovane obravnave je zaposlen v psihiatrični bolnišnici, ki strokovno nadzira njegovo delo. Za koordinatorja nadzorovane obravnave se lahko določi posameznik, ki izpolnjuje naslednje pogoje:

- ima najmanj visoko izobrazbo zdravstvene, psihološke, socialne ali pedagoške smeri,
- ima opravljen izpit za koordinatorja nadzorovane obravnave,
- ima tri leta delovnih izkušenj na področju varovanja duševnega zdravja,
- ni pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora.

6.5. Mednarodna pravna primerjava Zakona o duševnem zdravju

Zakon o duševnem zdravju predstavlja sodoben zakon, ki je mednarodno primerljiv. Spoštuje načela in smernice mednarodnih dokumentov glede pravic oseb v postopkih neprostoVOLJNIH sprejemov v psihiatrične in socialno varstvene ustanove. S tem, ko je Slovenija z zakonom natančno opredelila postopke sprejema in obseg ter načine omejevanja temeljnih pravic, se je pravzaprav pridružila veliki skupini evropskih držav, ki imajo postopke neprostoVOLJNEGA sprejema definirane v posebnem zakonu. Jasna regulacija teh postopkov omogoča uspešno ravnatežje med skrbjo za človekove pravice oseb v teh postopkih in skrbjo za njihovo zdravje. Prisilne hospitalizacije se vedno izvajajo »pod pretvezo, da je skrb za zdravje človeka na prvem mestu, čeprav na račun omejevanja človekovih pravic« (Teršek 2009: 16).

Projekt *Prisilen sprejem in neprostoVOLJNO zdravljenje duševnih bolnikov. Zakonodaja in praksa v državah članicah EU*⁵¹ (Salize et al. 2001) je pokazal, da so pravni predpisi v državah EU zelo različni, na kar vplivajo tako kulturna tradicija in družbeni odnos kot struktura in kakovost sistemov oskrbe na področju duševnega zdravja v posamezni državi. Tako naprimer podatki o številu sprejemov in deležu neprostoVOLJNIH sprejemov zelo variirajo, kar je seveda odvisno tudi od tega, kakšne so zakonske ureditve tega področja. V raziskavi iz 90-ih let, ki sta jo opravila Riecher Rössler in Rössler (1993), je tako navedeno, da je v Španiji samo en odstotek vseh sprejemov neprostoVOLJNE narave, medtem ko je v Švici takih 93 odstotkov. Prav tako je bilo število sprejemov na 100.000 prebivalcev takrat na Danskem 25, na Švedskem pa kar 248. Na duševno zdravje in dostojanstvo oseb vplivajo tudi druga bivalna okolja (ne samo v psihiatričnih institucijah), kot so domovi za ostarele, socialni zavodi, zapori.

Slovenija se s sprejetjem zakona zavzema za razvoj skupnostne oblike skrbi na področju duševnega zdravja, s tem sledimo načelom socialne države. Lahko rečemo celo, da smo s tem, ko smo z zakonom opredelili nadzorovano obravnavo in obravnavo v skupnosti, prehiteli večino evropskih držav na tem področju, saj imajo le redke te oblike opredeljene z zakonom. Možnost prisilnega zdravljenja v skupnosti (nadzorovana obravnavo, danes poleg nas, poznajo le še v Angliji, na Škotskem, v Belgiji, na Portugalskem, na Švedskem in v Luksemburgu. Prav tako nova zakonodaja omogoča prostoVOLJNO vključitev v program obravnave

⁵¹ *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*. Gre za edino celovito raziskavo o zakonodajni praksi na področju neprostoVOLJNIH hospitalizacij oseb z duševnimi težavami, ki je bila opravljena v državah članicah leta 2001. Mednarodno-pravna primerjava se osredotoča na to raziskavo, zato se v poglavju, ko govorim o državah EU, sklicujem na podatke iz 15-ih držav članic, ki so bile v tistem času članice EU, in ne na zakonodajo v vseh današnjih 28-ih državah.

v skupnosti, v katerega se oseba lahko vključi po končani hospitalizaciji. Ta določila zakona kažejo na to, da prihaja do bistvenega systemskega premika v skrbi za duševno zdravje, ki vse bolj poudarja pomen skupnostne skrbi za duševno zdravje in ne samo institucionaliziranega psihiatričnega modela skrbi. Skrb za duševno zdravje v skupnosti sicer izvajajo v večini držav članic, tako poznajo številne programe pomoči v skupnosti, a imajo zakonsko tako obliko podpore opredeljeno le v šestih državah (Belgija, Nemčija, Luxemburg, Portugalska, Švedska, Anglija). Zato pa praktično vse države razen Francije in Španije poznajo zakonska določila, da je prisilna hospitalizacija mogoča le takrat, ko ni na voljo drugih manj restriktivnih oblik pomoči. Tako v državah EU prisilno hospitalizacijo dojamejo kot zadnji ukrep, ki se ga lahko izvede, ko so izpolnjeni natančni zakonski pogoji. Kriteriji se nanašajo na dve kategoriji, in sicer gre za kriterije ogrožanja⁵² (zdravja, življenja, drugih ljudi, premoženjska škoda) in kriterije zdravljenja (huda duševna motnja, nujno zdravljenje). V posameznih državah pa zakonodaja različno opredeljuje te kriterije; v enih je dovolj samo kriterij ogrožanja, v drugih samo kriterij zdravljenja, ponavadi pa morata biti izpolnjena oba pogoja in v to skupino držav sodi tudi Slovenija. Samo v Nemčiji, na Irskem, v Angliji in na Danskem so tudi opredeljene diagnoze, pri katerih je mogoče uvesti postopke prisilne hospitalizacije. Poznajo pa na primer v nekaterih državah poleg splošnih (ogrožanje, zdravljenje) še druge kriterije, ki upravičujejo postopek prisilne hospitalizacije. Na Danskem se tako lahko postopke uvede le za motnje, ki jih je mogoče zdraviti, v Franciji je namen prisilne hospitalizacije omogočati ponovno reintegracijo osebe v skupnost, v Luxemburgu pa tudi izboljšanje družbenih odnosov osebe z bližnjimi, na Švedskem je namen prisilne hospitalizacije povrniti »prištevnost« osebi.

V vseh državah ima oseba, zoper katero poteka postopek prisilne hospitalizacije, pravico do pritožbe na neodvisno telo (ponavadi sodišče), končna odločitev o uvedbi hospitalizacije pa ni v rokah psihiatra, ampak drugih oseb (sodnika, župana, sodnega izvedenca, socialnega delavca). Samo Danska, Irska, Luxemburg in Švedska poznajo zakonska določila, da je tudi končna odločitev o uvedbi hospitalizacije v pristojnosti (neodvisnega) psihiatra. Tudi glede omejitve, koliko časa lahko traja prisilna hospitalizacija, poznajo države zelo različne roke. Italija in Luxemburg na primer poznata samo sedem oziroma 14-dnevni rok, na drugi strani je ta rok v Grčiji ali na Finskem šest oziroma devet mesecev. Slovenija spada tukaj s šestimi meseci v skupino držav, ki imajo najdaljše predvidene roke za trajanje prisilne hospi-

⁵² Pri kriterijih ogrožanja je značilno, da v nobeni državi ni natančno določena stopnja ogrožanja, ampak zakonodaje uporabljajo samo splošne termine, kot so: resna nevarnost, pomembno ogrožanje, velika nevarnost.

talizacije. Potrebno pa je poudariti, da na primer Španija, Portugalska, Danska in Francija teh rokov sploh nimajo postavljenih z zakonom. Smisel take ureditve naj bi bil, da so prisilne hospitalizacije predvidene le za najkrajši možni čas, zato lahko pride do zlorab, ko se avtomatsko predpisuje trajanje hospitalizacij v maksimalnem roku. Izkušnje iz držav, ki imajo te roke postavljene, res kažejo na to, a po drugi strani ti roki omogočajo tudi dodatno pravno varnost osebam, saj omejujejo trajanje hospitalizacije. Prav tako pa vse države (razen Danske in Finske) ločijo med neprostoVOLjnimi sprejemi v nujnih primerih in tistimi, ki se uvedejo po redni poti. Za neprostoVOLjne sprejeme v nujnih primerih je značilno, da pridržanje odredi psihiater in nato neodvisni organ, naknadno, sprejeme končno določitev glede upravičenosti sprejema. Tukaj so roki mnogo krajši kot v rednih postopkih, saj lahko tako pridržanje traja le nekaj dni. V Sloveniji trenutno velja, da naj bi sodišče v roku dveh dni (en dan sklep o postopku, drugi dan obisk) obiskalo osebo na oddelku in odločalo o postopkih zdravljenja, vendar se v praksi teh rokov pogosto ne spoštuje. O podobnih ugotovitvah poročajo tudi iz drugih evropskih držav. Salize et al. (2001) opozarjajo še na eno značilnost, ki še kako velja tudi za Slovenijo, in sicer so v vseh državah postopki sprejema proti volji v nujnih primerih bolj ohlapni in manj restriktivni od rednih postopkov, zato se jih pogosteje koristi. Pri nas danes praktično ne izvajamo sprejemov na zdravljenje brez privolitve na podlagi sklepa sodišča, ampak se vsaj v psihiatričnih bolnišnicah vedno izvede postopek zdravljenja brez privolitve v nujnih primerih.

V postopkih prisilne hospitalizacije se postavlja vprašanje pravne pomoči, ki je na voljo osebam v teh postopkih. Obvezna prisotnost (pravnega) svetovalca (odvetnik, bolniški zagovornik) v teh postopkih je predvidena le v sedmih državah (Avstrija, Nizozemska, Belgija, Danska, Irska, Portugalska, Anglija). Brezplačno pa lahko odvetnika dobijo osebe tudi na Švedskem, a tam prisotnost slednjega ni obvezna po zakonu. Slovenija v teh postopkih predvideva obvezno prisotnost odvetnikov, ki so na voljo osebam tudi brezplačno. Glede posebnih pravic, ki se osebam v času prisilne hospitalizacije lahko omejijo, so najpogosteje pravica do telefoniranja (5 držav) in obiskov (12 držav). Velja, da takrat, ko so takšne omejitve vključene v zakone, obstajajo natančni kriteriji, v katerih primerih in v kakšnem obsegu se lahko te pravice omejijo. Kot smo videli, naš zakon nekatere od teh pravic definira zelo ohlapno, zato v praksi prihaja do zelo različnih pogledov na to, kdaj so specifične pravice zagotovljene (omejene) in kdaj ne.

7. Institut zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja

7.1. Terminologija zastopnik/zagovornik in uporabnik/zastopanec/klient

Zakon o duševnem zdravju uvaja profil zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja. S tem se je odmaknil od dosedanje rabe izraza zagovornik (zagovorništvo), kot sem ga predstavil v dosedanjem delu naloge. Tako se že na začetku znajdemo v terminološki zagati. Ko v nalogi govorim o zagovorniku in zagovorništvu, imam v mislih širši koncept, ki zasleduje splošne idejne usmeritve ščitenja pravic oseb s težavami v duševnem zdravju. Termin zastopnik (pravic oseb na področju duševnega zdravja) pa se nanaša na ožji koncept zagovorništva, kot ga razume zakonodajalec. Gre za jasno opredeljeno zagovorniško dejavnost znotraj zakonskih določil. Nanaša se na neodvisno zagovorništvo, se pravi na zagovarjanje ljudi znotraj institucij. Za vpeljavo novega termina zastopnik naj bi bil predvsem razlikovalen razlog. Vpeljava izraza *zastopnik* namesto *zagovornik* naj bi omogočala razlikovanje med odvetnikom, ki nastopa kot zagovornik v postopkih pred sodiščem in zastopnikom, ki zagovarja pravice uporabnika v bolnišnicah in zavodih. Vendar je z vpeljavo novega naziva zakonodajalec vpeljal zmedo ne samo v strokovni diskurz, kjer se je izraz zagovornika že uveljavil, temveč tudi v samo besedilo zakona. Izraz zastopnik namreč zakon uporablja tudi v zvezi »zakoniti zastopnik«, se pravi oseba, ki zastopa posameznika brez poslovne sposobnosti (Flaker et al. 2009: 8). Termin zastopnik je tudi pomensko manj ustrezen od termina zagovornik. Za lik, ki ga predvideva zakon, je sicer značilno, da zastopa ali zagovarja uporabnika ter je njegov pooblaščenec. Vendar pa lahko izraz napeljuje k delovanju namesto tistega, ki ga zastopa; navaja k razumevanju vloge kot vstopanje na mesto osebe in opravljanje dejanj namesto nje (*ibid.*: 10). Kot smo videli, naj bi bila funkcija neodvisnega zagovornika takšna le izjemoma in ob izrecnem, jasnem in omejenem pooblastilu klienta. Izraz zastopnik torej le deloma ustreza profilu, ki ga predvideva zakon, je pa ožji in manj ustrezen od izraza zagovornik, zato je potrebno razmisliti o ponovni uvedbi termina zagovorništvo, saj je prvotni izraz širši in bolje opiše vlogo, ki naj bi jo imel profil.

Trenutno pa imamo pri nas nedorečeno terminologijo tudi za poimenovanje zastopane osebe, zakon tako govori le o osebi. V strokovnih krogih se je v skladu z jezikom socialnega dela tudi na tem področju uveljavil termin »uporabnik«, osebno pa bom v nalogi bolj pogosto rabil izraza »zastopanec« in »klient«. Predvsem termin klient (ang. *client*) jasno opredeli razmerje med zagovornikom in osebo. Zastopnik je vedno v službi uresničevanja interesov in želja klientov in deluje na podlagi mandata. V tem pogledu je tako klient nadrejen svojemu zastopniku. Nasprotno termin zastopanec asociira na neenakopraven odnos med zastopnikom in osebo, kjer zastopnik nastopa namesto osebe in ima s tem večjo moč. Pasivnost besede zastopanec

označuje že SSKJ, saj je po definiciji to oseba, ki je zastopana. Ko v nalogi uporabim izraz zastopanec, pa nikakor ne mislim pasivnega posameznika, namesto katerega odločitve sprejemajo drugi. Gre le za slovnično rabo ustaljene besedne dvojice zastopnik/zastopanec. Zastopanec, kot ga sam dojemam v nalogi nadomešča izraz »zagovorniški partner« (ang. *advocacy partner*), ki se pogosto pojavi v angleški strokovni literaturi o neodvisnem zagovorništvu in ponazarja enakopraven sodelujoč odnos med zastopnikom in zastopancem.

7.2. Zakonska ureditev profila zastopnika

Poleg *Zakona o duševnem zdravju* ureja delovanje zastopnikov *Pravilnik o opravljanju izpita ter izbiri in vlogi zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja*. Zakon opredeljuje delo zastopnika v posameznih členih in fragmentarno. Čeprav sta zakon in pravilnik tista, ki določata okvir delovanja zastopnikov, pogoje za imenovanje, način izobraževanja, načela delovanja, mora zastopnik pri delovanju upoštevati, predvsem pa poznati mnogo širšo zakonodajo. V mislih imam predvsem *Ustavo republike Slovenije* in širšo zakonodajo s področja zdravja in socialnega varstva. *Zakon o duševnem zdravju* določa, da imajo v postopkih obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi osebe pravico do zastopnika. To je posameznik, ki varuje pravice, interese in koristi osebe. Pri tem velja, da pravica do zastopnika nastopi, takoj, ko se oseba sprejeme na oddelek. Pravice do zastopnika se ne da omejiti, ustanove morajo omogočiti zastopniku dostop do osebe v vseh prostorih, v katerih se izvaja zdravljenje oziroma obravnava.

7.2.1. Pogoji in postopki imenovanja zastopnika

Po zakonskih določilih je za zastopnika lahko imenovan posameznik, ki ima: najmanj visoko izobrazbo; opravljen izpit za zastopnika; pet let delovnih izkušenj; in ni pravno močno obsojen na nepogojno kazen. Za delovne izkušnje se štejejo izkušnje z duševnim zdravjem, ki so pridobljene na področju zdravstva, socialnega varstva in pri izvajanju programov duševnega zdravja. Zakon s temi določbami odpira med zastopniki prostor predvsem strokovnemu osebju, ki deluje na področju duševnega zdravja (medicinske sestre, socialne delavke, socialni pedagogi), ti lahko prihajajo tako iz institucionalnega varstva, kot nevladnih organizacij. Kandidat za zastopnika mora opraviti izobraževanje za izpit za zastopnika, ki traja največ 60 ur, pri čemer je teoretičnemu delu izobraževanja⁵³ namenjenih 44 ur, praktičnemu delu izob-

⁵³ Tako se v okviru teoretičnih izobraževanj vsi kandidati poučijo o:

- strateških dokumentih in zakonodaji, ki ureja položaj oseb s težavami v duševnem zdravju,
- področju duševnega zdravja in človekovih pravic,
- stigmah, predsodkih in stereotipih v duševnem zdravju,
- osnovah razumevanja duševnih motenj,

raževanja pa 16 ur. Poleg pogoja o petletnih delovnih izkušnjah na področju duševnega zdravlja, tako zakonodajalec postavi še eno varovalko, da so za zastopnike imenovani posamezniki, ki so dobro seznanjeni s tematiko duševnega zdravlja. To znanje se tudi preverja na izpitu, pred tričlansko komisijo.⁵⁴ Izpit za zastopnika je tako kot izobraževanje sestavljen iz praktičnega in teoretičnega dela. Praktični del izpita zajema pripravo primera zagovorništva, pri katerem mora kandidat pokazati poznavanje analize tveganja, uporabo postopkov mediacije in pogajanja. Teoretični del izpita pa zajema poznavanje predpisov in strateških dokumentov s področja duševnega zdravlja in socialnega varstva ter zagovor praktičnega primera.

Zastopnika imenuje minister na podlagi javnega poziva, v katerem določi način in postopek izbire, ter število zastopnikov. Minister imenuje komisijo za izbor zastopnika, ki na podlagi pogovora z vsakim kandidatom, na podlagi njegovih osebnih referenc, dolgotrajnosti delovanja na področju duševnega zdravlja in izkušenj, ki jih ima na področju duševnega zdravlja, pripravi predlog za imenovanje v skladu z javnim pozivom. Minister izmed kandidatov, ki izpolnjujejo pogoje na podlagi predloga komisije imenuje zastopnike, po predhodnem mnenju ministra za zdravje. V sklepu o imenovanju zastopnika se določi psihiatrična bolnišnica, na območju katere deluje.

Čeprav osebne reference niso nikjer posebej določene se šteje, da ima kompetenten zastopnik znanja in splošne osebne spretnosti kot so (Flaker et al 2009: 60): avtonomnost pri razsojanju; sposobnost razsojanja v težkih konfliktnih situacijah, situacije zastopništva namreč pogosto vsebujejo nesporazume in nestrinjanja; občutljivost za zorni kot drugega; spoštljivost, empatija; spretnost sporazumevanja; aktivnega poslušanja; sposobnost zavzeti pristransko držo in se potegniti v konflikt za nekoga; prepoznavanje etičnih dilem, ki jih različne zastopniške situacije prinašajo; inovativnost pri iskanju rešitev; optimizem, verjeti mora v dober izid; zna oceniti svoje omejitve in poiskati pomoč drugih strokovnjakov. Dober zastopnik mora imeti vsaj nekatere od omenjenih osebnostnih lastnosti, v nasprotnem primeru si ne znam predstavljati, kako bo izvajal vse naloge v skladu z zagovorniški načeli. Način izobraževanja, predvsem majhno število praktičnih ur ne daje garancije, da so vsi zastopniki, ki opravijo izpit, tudi dejansko usposobljeni za delovanje. V uteho nam je tukaj določilo pravilnika, ki določa, da minister zaradi ugotavljanja izpolnjevanja pogojev o opravljanju nalog zastopnika, zagotovi izvajanje redne supervizije. Če minister na podlagi supervizije ugotovi, da zastopnik svojega dela ne opravlja skladno z zakonom in pravilnikom, ga lahko razreši.

-
- konceptu zastopanja in njegovih različnih oblikah,
 - varovanju osebnih podatkov.

⁵⁴ Pri tem prihaja po en član komisije iz področja: socialnega varstva, področja izvajalcev, področja zdravstva.

7.2.2. Postopek izbire zastopnika

Oseba zastopnika izbere iz seznama zastopnikov s pisnim pooblastilom. Psihiatrična bolnišnica oziroma socialno varstveni zavod mora na vidnem mestu objaviti seznam pravic, ki vsebuje tudi službene naslove in telefonske številke zastopnikov, poleg tega pa jim mora biti ob sprejemu v oddelek izročena posebna zloženska o pravicah in seznamom zastopnikov. Zakon tako celovito ureja potek informiranja o pravici do zastopnika. S tem, ko določi da se osebam vroči zloženko in te pravice objavi na vidnem mestu omogoča, da se posameznik tudi kasneje odloči za imenovanje zastopnika in ne samo ob sprejemu. Pogosto se zgodi, da so posamezniki ob sprejemu, zmedeni, prestrašeni, preveč razburjeni, da dojamejo vse svoje pravice in kaj se z njimi dogaja. Tako se lahko s pravico do zastopnika seznanijo tudi kasneje. Druga varovalka, ki jo prinaša zakon je, da lahko zastopnika, če si ga oseba sama ne izbere zanjo pooblasti najbližja oseba. To pooblastilo seveda oseba kadar koli prekliče na kakršen koli način. Zakon nekoliko nedosledno izpelje pravico do zastopnika pri osebah, ki jim je vzeta poslovna sposobnost in mladoletnike. V teh primerih mora zastopnika pooblastiti zakonit zastopnik, nikjer pa ni določeno kaj se zgodi, če oseba sama ne želi zastopnika, ali pa si ga želi, vendar ga zakoniti zastopnik ne sme imenovati.

Oseba in zastopnik v pisnem pooblastilu dogovorita okvirni način in vsebino njunega sodelovanja v okviru pooblastil, ki jih določa zakon in pravilnik. V tem pogledu ima zastopnik pri svojem delovanju dvojni mandat. Na eni strani mora izpolnjevati formalne pogoje za imenovanje, da si zagotovi mandat s strani pristojnega ministra. Po drugi strani, pa mora imeti za svojo delovanje še pomembnejši mandat s strani uporabnika. Ko zakon določa, da se pri dogovoru opredeli okvir delovanja, omogoča tudi jasen namen delovanja. S tem nekoliko popravi napako, ko tega načela ni eksplicitno zapisalo v pravilniku. Tako pravilnik, kot zakon določata, da lahko oseba kadarkoli pisno ali ustno prekliče zastopnika, ali si izbere drugega.

7.2.3. Naloge zastopnika

Zakon ni dovolj ambiciozen, da bi opisal vse naloge zastopnika, ki bi temu institutu lahko pripadale. Prav tako ne določa vseh nalog na enem mestu, ampak so opredeljene skozi celotni zakon. Večina nalog je opredeljenih v 24. členu, kjer zakon določa, da zastopnik opravlja predvsem naslednje naloge: osebo na primeren način informira o vsebini pravic iz 12. člena zakona, načinih in možnostih njihovega uveljavljanja; daje konkretne usmeritve za uveljavljanje teh pravic in predlaga možne rešitve; svetuje osebi glede uveljavljanja pravic; prizadeva si za spoštovanje pravic in zasebnosti osebe; preverja, ali se za osebo vodi evidenca

o omejevanju pravic, evidenca o uporabi posebnih varovalnih ukrepov, evidenca o zdravljenju s posebnimi metodami zdravljenja.

Naloge in možno delovanje zastopnikov bodo natančno opredeljene v empiričnem delu naloge. So pa te zagotovo mnogo širše, kot jih danes razumejo predvsem nekatere ustanove, da so naloge zastopnika še nekatere druge, nam smiselno daje vedeti že zakonodajalec, ko pred taksativnim naštevanjem uporablja besedo predvsem. Taka pravna dikcija že vnaprej opozarja, da so to le prednostne naloge, zastopnik pa lahko opravlja tudi druge naloge. Nena zadnje so nekatere od teh nalog, tudi opredeljene v posameznih členih zakona, tako:

- Zastopnik ima vlogo v postopkih pred sodiščem. Sodišče ga lahko zasliši, lahko je navzoč pri zaslišanju osebe.
- Zastopnika se obvešča glede izvajanja prisilnih varovanih ukrepov. Zastopnik lahko predlaga izvedbo upravnega nadzora nad odreditvijo in izvedbo posebnega varovalnega ukrepa v skladu s predpisi, ki urejajo upravni nadzor v zdravstvu.
- Zastopnik lahko predlaga izvedbo upravnega in strokovnega nadzora nad izvedbo posebne metode zdravljenja.
- Pri uveljavljanju pravic osebe kot uporabnika zdravstvenih, zastopnik lahko sodeluje z zastopnikom pacientovih pravic.

7.2.4. Načela delovanja zastopnikov

O načelih neodvisnega zagovorništva sem že pisal, na tem mestu bom samo na kratko opredelil zakonske določbe, ki se nanašajo na posamezna načela. Načela delovanja zastopnika niso navedena v samem zakonu, ampak v pravilniku. Zastopnik pri svojem delu upošteva naslednja načela: neodvisnosti in samostojnosti; varovanja pravic osebe; nediskriminatornosti; zaupnosti; spoštljivosti in krepitev moči osebe; brezplačnosti storitev. Pomen načel je predvsem v tem, da so mnogo bolj splošno definirana kot naloge delovanja. S tem se omogoča zastopniku širše delovanje, njegov lik pa dobi mnogo bolj zagovorniško držo.

Načelo neodvisnosti in samostojnosti predvideva, da mora zastopnik biti v kar največji meri neodvisen od mreže služb, ki so z uporabnikom potencialno lahko v navzkrižju interesov, v konkretnem primeru s psihiatričnimi ustanovami in socialno varstvenimi zavodi. Tukaj je zelo pomembno tudi vprašanje financiranja. V naši ureditvi lahko kot pozitivno opredelimo določilo zakona, da dobi zastopnik za svoje delo nagrado in povračitev stroškov s strani ministrstva za socialne zadeve, s čimer se izognemo možnosti, da bi bil zastopnik na plačilni listi ustanove. Moramo pa posebej poudariti, da imata zakon in pravilnik to pomanjkljivost, da nikjer izrecno ne prepovedujeta, da bi bil zastopnik imenovan v isti instituciji, kjer je zapos-

len. V praksi to pomeni, da je zastopnik plačan za redno službo v eni psihiatrični bolnišnici, kot zastopnik pa dobi nagrado za delo v drugi psihiatrični bolnišnici.

Spoštljivost in krepitev moči predstavlja morda še najpomembnejše načelo. Zastopnik počne samo tisto, za kar ima mandat posameznika, zakon pa v nekaterih točkah dopušča možnost zlorabe tega načela. Na primer zastopnik lahko sproži upravni nadzor nad izvajanjem PVU ali posebnih metod zdravljenja brez izrecnega dovoljenja posameznika, ampak dobi po zakonu mandat za to že s podpisom pooblastila. Enako gre zastopniku po zakonu avtomatična pravica do obveščanja o izvajanju PVU in vpogleda v posebne evidence. To načelo je lahko ogroženo takrat, ko zastopnika namesto osebe pooblasti najbližja oseba ali zakoniti zastopnik. Takrat mora biti zastopnik še posebej pazljiv, da sledi željam osebe.

Nediskriminatornost pomeni, da zastopnik v svojem delovanju sprejema uporabnika, kot celovito osebo. Ne postavlja vrednostnih sodb in nikakor ne sprejema njegove stigme. Na tem mestu je morda pomembno omeniti določilo zakona, ki kaže na to, da zakonodajalec ne razume v celoti koncepta neodvisnega zagovorništva. Tako zakon določa, da »zastopnik v okviru nalog spoštuje želje osebe, če te za osebo niso škodljive«. To določilo je zagotovo nekoliko skregano z logiko neodvisnega zagovorništva. Zastopnik je tista oseba, ki razume želje uporabnika, in ni poklican za to, da presoja »škodljivost« za uporabnika; to počnejo že drugi strokovni profili. Določilo zakona sicer lahko razumemo v luči zdravega razuma, saj včasih lahko pride do ekstremnih in tudi škodljivih zahtev s strani človeka, vendar pa je določilo popolnoma nepotrebno, saj vsaj v teoriji dopušča prosto presojo o tem, kaj so škodljive želje, s tem pa popolnoma izkrivi koncept zagovorništva. V praksi tako zakon omogoča, da zastopnik tudi povsem razumljive želje zavrže kot nesprejemljive.

Zaupnost delovanja je opredeljena tudi v zakonu. Tako je določeno, da je zastopnik dolžan kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju svojega dela zve o osebi, zlasti informacije o njenem zdravstvenem stanju, osebnih, družinskih in socialnih razmerah ter informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem in spremljanjem bolezni ali poškodb.

Brezplačnost storitev poudarja predvsem dejstvo, da zastopnik ne sme postaviti nikakršnih zahtev po plačilu za svoje delo. Prav tako ni primerno, da zastopnik sprejme plačilo s strani klienta ali pa daje vtis, da mu je zastopanec za njegove storitve karkoli dolžan.

7.3. Institut zastopnika in primerjava z mednarodnimi smernicami in modeli zagovorništva v duševnem zdravju

Pri mednarodni primerjavi bom najprej prikazal ureditev na področju neodvisnega zagovorništva v posameznih državah. Izbral sem primere Anglije, Avstrije, Nizozemske in Švedske, na koncu pa bom primerjal posamezne zakonske rešitve in prakse z ureditvijo v Sloveniji. Poudarek bo torej predvsem na pravnem okviru duševnega zdravja in (neodvisnega) zagovorništva, nekoliko pa bo zanemarjena vloga zagovorništva, kot smo ga spoznali v prejšnjih poglavjih, torej zagovorništvu kot idejni usmeritvi, ki deluje v sferi civilne družbe, praksi nevladnih zagovorniških organizacij in uporabniških združenj. Opozoriti velja tudi, da je v mednarodni primerjavi nekoliko večja pozornost namenja praksi zagovorništva v Angliji in Avstriji; to pa zaradi tega, ker je njihov model neodvisnega zagovorništva še posebej priznan in se po njem zgledujejo številne evropske države, nenazadnje z določili novega zakona o duševnem zdravju tudi Slovenija.

7.3.1. Anglija

Anglija velja za državo, ki je vzor vsem ostalim glede ureditve neodvisnega zagovorništva. Čeprav je to postalo statutarno, oziroma zakonsko urejeno, šele ob zadnji spremembi zakona o duševnem zdravju (MHA) leta 2007, ima v Angliji neodvisno zagovorništvo že dolgo tradicijo. Tim Smoland in David Penington⁵⁵ pravita, da je zakon v tem pogledu le sledil že ustaljeni praksi na terenu. Nevladne organizacije so namreč ponujale svoje storitve tudi v psihiatričnih ustanovah, vendar pa so bile njihove usluge odvisne od finančnih in kadrovskih možnosti, zato niso imeli vsi pacienti enakega dostopa do teh služb. Zakon tako vpelje določilo, da mora biti ljudem, ki izpolnjujejo zakonske kriterije (neprostovoljne oblike zdravljenja), vedno na razpolago neodvisna zagovorniška služba, če jo želijo. To službo vodijo in zagotavljajo neodvisne nevladne organizacije, storitve pa morajo financirati lokalne oblasti. Prednost zagovornikov je, da so neodvisni od drugih strokovnih delavcev, niso obremenjeni z dolžnostjo sprejemanja odločitev glede pacienta, zato so lahko vedno povsem na njegovi strani. Neodvisni zagovornik je pravica, ki jo imajo ljudje, vendar samo, če jo želijo uveljavljati. Glavne funkcije neodvisnih zagovornikov po zakonu so:

- Da pomaga osebi razumeti vse informacije glede: določil zakona, zaradi katerih je podvržen prisilnim oblikam zdravljenja; vseh omejitev pravic, ki jim je podvržen; zdravstvene oskrbe, ki jo je deležen.
- Da pomaga pacientu razumeti vse njegove pravice in načine uveljavljanja: v ta na-

⁵⁵ Celoten intervju si lahko preberete v prilogi naloge.

men lahko neodvisni zagovornik obišče in se pogovori z zastopancem zasebno; obišče in se pogovori z vsemi osebami, ki so vključene v postopke zdravljenja; zahteva reprodukcijo in vpoglede v zastopanjevo zdravstveno dokumentacijo ali dokumentacijo socialnih služb. Vpogled v dokumentacijo ima le, ko mu zastopanelec poda soglasje.

Ima pa Anglija to posebnost, da izjemoma predvideva tudi statutarno zagovorniško službo za druge primere, ko je treba ščititi pravice in interese ljudi. To področje ureja *The Mental Capacity Act*, ki je v Angliji in Walesu stopil v veljavo v letu 2007. Njegov namen je okrepiti vlogo oseb, ki zaradi duševnega stanja niso sposobne odločanja o določenih stvareh same. Gre na primer za osebe, ki imajo hude oblike motenj v duševnem razvoju, lahko samo kratkoročne ali dolgoročne organske poškodbe možganov (koma, demenca). Zakon določa, da je treba, ko je le mogoče, v postopkih zdravstvene ali socialno varstvene obravnave slediti željam oseb, ko pa to ni mogoče, je treba sprejemati odločitve, ki so v največjo korist osebe in sprejemati najmanj restriktivne ukrepe. Zakon omogoča, da se ljudje odločajo tudi vnaprej za primere, ko morda ne bodo v stanju, da bi tovrstne odločitve samostojno in kompetentno sprejeli. Ko oseba ni sposobna odločati o sebi, prevzamejo to skrb družinski člani ali druge bližnje osebe, vendar zakon omogoča delovanje posebnega zagovornika za osebe, ko te nimajo nobene bližnje osebe, ali ko najbližje osebe zaradi različnih razlogov ne želijo sodelovati.

7.3.2. Avstrija

Zvezni zakon⁵⁶ o namestitvi duševnih bolnikov v zdravstvene organizacije je bil sprejet leta 1990. Zakon uvaja tudi institut bolniškega zagovornika. Bolniški zagovorniki delujejo v psihiatričnih bolnišnicah, zaposleni pa so pri neodvisni organizaciji z imenom *Zveza za odvetništvo in bolniško zagovorništvo*. Po izobrazbi so večinoma socialni delavci, pravniki in psihologi. Bolniške zagovornike za določeno psihiatrično bolnišnico imenuje predsednik okrajnega sodišča. Bolniški zagovornik mora o nameranih dejanjih zastopanja obvestiti klienta ter upoštevati njegove želje, razen če očitno ne bi škodovale njegovemu stanju. Kadar je določena oseba prisilno hospitalizirana mora to biti nemudoma javljeno pristojnemu bolniškemu zagovorniku, kar omogoča zagovorniku, da lahko nemudoma stopi v stik z osebo. Zagovorniki stopijo v stik z uporabnikom v prvem tednu odkar je bil sprejet v psihiatrično bolnišnico. V tej zgodnji fazi hospitalizacije se pogosto zgodi, da se razrešijo vsa nesoglasja in pritožbe brez pomoči sodišča. Vloge in naloge zagovornikov so:

⁵⁶ Bundesgesetz ueber die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten.

- so pravni zastopniki pacientov, ki so prisilno hospitalizirani v postopku pred sodiščem, v katerem se odloča ali je prisilna hospitalizacija v skladu z zakonom ali ne;
- paciente, njihove družine in prijatelje ter zainteresirano javnost seznanjajo s pravicami pacientov in s tem kako jih uveljaviti;
- sodelujejo s pacienti, zdravnikom, zdravstvenim osebjem in sorodniki;
- skrbijo za promocijo socialnega vključevanja oseb s težavami v duševnem zdravju.

Zakon daje zagovornikom pomembne pristojnosti. Zagovorniki imajo neomejen pristop do pacienta in so obveščeni o vseh pomembnih omejitvah njegovih pravic. Prav tako imajo prost pristop do pacientove kartoteke, zdravstvenih izvidov in celotne dokumentacije, ki se nanaša na bolnika. Čeprav ne odločajo o tem, ali je prisilna hospitalizacija zakonita ali ne, so kljub vsemu zavezani, da ves čas spremljajo, kako se pacientu omejuje svoboda in kakšni ukrepi se izvajajo. Zelo pomembna funkcija, ki jo imajo, je, da so pooblaščen, da zahtevajo sodno preiskavo nad izvajanimi ukrepi in imajo pravico do pritožbe na sodno odločbo. Zakon zagovornike tudi zavezuje, da obveščajo pacienta o načrtovanih ukrepih zdravljenja. Cilj zagovorništva je, da vzpostavi pogoje, ki omogočajo, da je pacient učinkovito in pravočasno seznanjen s svojimi pravicami, kar pomeni, da ima pacient tudi besedo tako v postopku prisilne hospitalizacije kakor tudi pri njegovi obravnavi v bolnišnici. Kljub temu da je zagovornik pravni zastopnik pacienta tekom postopka prisilne hospitalizacije, pa to ne pomeni, da je temu odvzeta sposobnost biti stranka v postopku. Pacientu je tako dopuščen, da sam brani svoje pravice. V tem primeru mu zagovornik nudi samo podporo. Zagovornikova naloga je, da varuje interese in potrebe pacienta in mu nudi podporo v oziru na psihiatrično bolnišnico.

7.3.3. Nizozemska

Nova zakonodaja na Nizozemskem je bila po številnih letih priprav sprejeta leta 1992. Vsebuje podrobne določbe o bolnikovem pravnem statusu v bolnišnici, prav tako pa tudi določbe o pravici do zagovornika. Zakon o posebnem sprejemu v psihiatrično bolnišnico⁵⁷ se nanaša na psihiatrične bolnišnice oziroma psihiatrične oddelke, v katerih so pacienti na zaprtih oddelkih ali so sicer kako drugače podvrženi omejitvam svobode gibanja. Zakon določa, da lahko sodišče s sklepom določi naloge in pooblastila pacientovih zagovornikov ter določi, da morajo psihiatrične bolnišnice omogočiti bolniku pomoč takšnega zagovornika. Osebam se ne smejo omejevati te pravice. Zagovorništvo oseb s težavami v duševnem zdravju ima na Nizozemskem že dolgo zgodovino. Že leta 1981 so ustanovili *Nacionalno fundacijo pacien-*

⁵⁷ *Wet bijzondere opneming in psychiatriatische ziekenhuizen*.

tovih zagovornikov, ki je bila s svojim delom močno prisotna tudi na področju psihiatričnih klinik. Fundacija sama skrbi za izobraževanje in plačilo pacientovih zagovornikov, s čimer ohranja veliko stopnjo neodvisnosti. Od zagovornikov fundacija zahteva veliko poznavanje s področja psihiatrije in pravne ureditve, od njih se pričakuje sposobnost empatije z pacientom in sposobnost reševanja problemov. Zagovorniki delujejo tudi po ustaljenih načelih. Bolnišnice so primorane nuditi zagovornikom ustrezne prostore in dostop do pacientov, poleg tega pa jim mora zdravstveno osebje nuditi vse informacije glede zastopancev. V primeru pritožb s strani pacientov pa zagovorniki nimajo velikih pristojnosti, saj ne morejo uvesti nobenih sankcij napram osebju in bolnišnici. S svojim delovanjem pa lahko pomembno prispevajo k temu, da vsi postopki hospitalizacije in zdravljenja potekajo zakonito.

7.3.4. Švedska

Na področju zagovorništva pozna Švedska od reforme sistema iz leta 1995 *Institut osebnega ombudsmana*. Ombudsman je profesionalna visoko kvalificirana oseba, ki deluje le v imenu zastopanca. Ombudsman deluje neodvisno od strokovnega zdravstvenega in socialnega osebja, sorodnikov in drugih, počne samo tisto, kar želi pacient. Za razliko od drugih podobnih likov (Anglija, Avstrija) razvija ombudsman s pacienti dolgotrajnejše osebne odnose, saj z njimi deluje tudi izven bolnišnice. Torej nudijo osebam celovito podporo, še posebej pa se osredotočajo na pomoč ljudem s hudimi duševnimi motnjami, ki so najbolj izolirani in imajo najmanj podpore v družbi (veliko je brezdomcev). Osebni ombudsman je zaposlen v okviru nevladnih (uporabniških) organizacij. Smernice za delovanje osebnega ombudsmana določajo: da je njegov urnik (40-urni) prilagojen potrebam klientov, kar pomeni, da dela tudi ponoči in čez vikende; ne obstajajo administrativni predpisi, ki bi urejali, kako pacient imenuje ombudsmana, gre za povsem neformalne dogovore; da ombudsman deluje na terenu (v bolnišnicah in vsakdanjem okolju), saj je njegov namen, da poišče in nudi podporo najbolj ranljivim skupinam ljudi in posameznikom.

7.3.5. Zakonska ureditev zastopnikov v Sloveniji in primerjava z tujino

Kot vidimo, se tudi na področju neodvisnega zagovorništva ureditve v posameznih državah med seboj razlikujejo. Tudi tukaj lahko rečemo, da je pravna ureditev zagovorništva odvisna od širše ureditve sistema duševnega zdravja. Tako se recimo v Italiji, zaradi njihove specifične ureditve področja duševnega zdravja, ko duševne bolnike nameščajo v splošne bolnišnice, kar pomeni integracijo psihiatričnega zdravljenja v splošni bolnišnični sistem, neodvisno zagovorništvo, kot ga poznamo v nekaterih drugih državah, sploh ni razvilo. Temeljno načelo italijanske zakonodaje je, da naj bi se zdravljenje izvajalo zunaj psihiatričnih bolniš-

nic, vedno ko je to mogoče. Zaradi vsega tega ne moremo v nobeni državi najti modela zagovorništva v duševnem zdravju, ki bi ga lahko preprosto prenesli v naše okolje. Potrebno je preučiti različne primere, zlasti primere dobre prakse, ter jih primerno prilagoditi potrebam ljudi in posebnostim našega zgodovinskega in kulturnega okolja.

Tabela 1: Mednarodna primerljivost neodvisnega zagovorništva

| Država | Slovenija | Anglija | Avstrija | Nizozemska | Švedska |
|-------------------------------------|--|--|---|---|---|
| Institut | Zastopnik. | Neodvisni zagovornik. | Bolniški zagovornik. | Bolniški zagovornik. | Osební ombudsman. |
| Neodvisnost (organizacijska) | Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve. | Nevladne zagovorniške organizacije. | Zveza za odvetniško in bolniško zagovorništvo. | Nacionalna fundacija pacientovih zagovornikov. | Nevladne organizacije. |
| Dostopnost | Psihiatrične bolnišnice in zavodi (samo na zaprtih oddelkih), nadzorovana obravnava. | Psihiatrične bolnišnice in zavodi (osebe, ki izpolnjujejo pogoje), nadzorovana obravnava. | Psihiatrične bolnišnice. | Psihiatrične bolnišnice in zavodi. | Psihiatrične bolnišnice, zavodi in v skupnosti. |
| Naloge | Informira o pravicah in skrbi za uveljavljanje. Daja konkretne usmeritve. | Informira o pravicah in skrbi za uveljavljanje. | Informira o pravicah in skrbi za uveljavljanje. Pravno varstvo pravic. | Informira o pravicah in skrbi za uveljavljanje. | Informira o pravicah in skrbi za uveljavljanje. Dolgotrajna podpora. |
| Pristojnost | Dostop do osebe v vseh prostorih. Lahko predlaga uvedbo strokovnega in upravnega nadzora nad izvedbo prisilnih varovalnih ukrepov in posebnih metod zdravljenja. Pravica do obveščanja o poteku teh ukrepov. Ima dostop do posebnih evidenc. Sodeluje v postopkih pred sodiščem. | Dostop do osebe. Ima dostop do zdravstvene dokumentacije ob privolitvi osebe. Osebe bolnišnice mu mora podati informacije o klientu in so ga dolžni sprejeti na pogovor. | Dostop do osebe. Vpogled v vso zdravstveno dokumentacijo. Osebe mu mora posredovati informacije o klientu. Je pravni zastopnik pacientov v postopkih pred sodiščem. Lahko zahteva sodno preiskavo nad izvajanimi ukrepi, prav tako pa ima pravico do pritožbe na sodno odločbo. | Dostop do osebe. Ima dostop do zdravstvene dokumentacije. Naloge in pristojnosti lahko določi tudi sodišče s sklepom. Bolnišnica, oziroma osebe mu mora posredovati vse informacije o pacientu. | Dostop do osebe. Zakon zelo neformalno opredeli funkcijo in pristojnosti osebnega ombudsmana. |

Profil zastopnika, kot je sedaj urejen pri nas, je zagotovo mednarodno primerljiv. Čeprav so poimenovanja po državah nekoliko različna, tako Angleži poznajo neodvisnega zagovornika, Avstrijci in Nizozemci bolniškega zagovornika, Švedi pa osebnega ombudsmana, je vsem skupno, da so po naravi dela neodvisni in delujejo v institucijah, v katerih pa niso

zaposleni. Se pravi skrbijo, da se ob postopkih prisilnih hospitalizacij osebam znotraj ustanov ne kršijo pravice, ki se nanašajo na obravnavo in zdravljenje. Švedski sistem osebnega ombudsmana deluje celo mnogo širše, saj z osebo sodeluje tako v ustanovi kot izven nje. Tako ima glede področja delovanja daleč najširši mandat. Ostali profili so vezani na delovanje v okviru ustanov. Ima pa zastopnik še nekoliko ožje področje delovanja kot ostali podobni profili, saj je strogo omejen na tako imenovane zaprte oddelke, medtem ko je njihovo delovanje v tujini vezano na celotno ustanovo, kjer poteka obravnavo osebe. Neodvisnost je povsod zagotovljena tako, da so te službe organizacijsko ločene od sistema zdravstva. V Angliji, na Nizozemskem in na Švedskem delujejo znotraj nevladnih organizacij, v Avstriji v okviru posebnega združenja, pri nas pa za enkrat še pod okriljem Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve. Glede pristojnosti in delovanja zastopnikov velja povsod, da v prvi vrsti služijo zaščiti in varovanju pravic oseb. Prvič informirajo ljudi o njihovih pravicah, drugič pa jim jih pomagajo uveljavljati. Nekatere pristojnosti pa so specifične glede na državo; v Avstriji je bolniški zagovornik tudi pravni zagovornik, torej zastopa osebo pred sodiščem, poleg tega ima še dostop do vse zdravstvene dokumentacije ali dokumentacije, ki se nanaša na obravnavo osebe. Tak dostop ima zastopnik ob dovoljenju osebe tudi v Angliji, medtem ko ima pri nas dostop le do posebnih evidenc. Pri nas se v tem pogledu vloga zastopnika nekoliko podvaja, saj je del varovanja pravic, ki se nanaša na kršenje pravic zdravstvenih storitev pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, v pristojnosti delovanja zastopnika pacientovih pravic. Imajo pa naši zastopniki s tem, ko lahko v določenih okoliščinah zahtevajo upravni nadzor nad delom ustanov, več pristojnosti, kot recimo na Nizozemskem, kjer ne morejo sprožiti nobenih postopkov napram ustanovam. Zagovorniki imajo po vseh ustanovah tudi neomejen dostop do svojih zastopancev v skladu z zakonsko ureditvijo, ima pa na primer v tujini (Anglija, Avstrija, Nizozemska) osebje tudi zakonsko dolžnost sodelovati z zastopnikom, mu dajati določene informacije, ga sprejemati na pogovore in podobno. V Sloveniji tako sodelovanja smiselno izhaja iz nekaterih določil zakona, ni pa nikjer izrecno zapisano. Zakon ureja razmerje med osebo in zastopnikom, ne pa tudi med zastopnikom in osebjem v ustanovah (razen neodvisnosti delovanja).

Posebej je potrebno omeniti tudi pogoje, ki jih morajo izpolnjevati neodvisni zagovorniki. Medtem, ko so pri nas ti zelo strogo postavljeni (pet let delovnih izkušenj, visoka šola), lahko v Angliji delo neodvisnega zagovornika opravlja vsakdo, ki je šel skozi sistem izobraževanja; podobna ugotovitev velja tudi za bolniške zagovornike na Nizozemskem. S tem se omogoča večjo raznolikost zagovorniške službe, predvsem pa se omogoča, da delo zagovornikov opravljajo ljudje z osebno izkušnjo prisilne hospitalizacije, pri nas smo s trenu-

tnimi zakonskimi določili predvsem slednjim onemogočili dostop do tega profila, saj večina bivših uporabnikov ne izpolnjujejo zakonskih pogojev za delo zastopnika.

8. Metodologija in opis empiričnega raziskovanja

Naloga je v osnovi zastavljena kot kvalitativna raziskava, deloma tudi akcijska, saj obstaja močan element udeležbe (terenska participacija), katere predmet raziskovanja je opredelitev koncepta in delovanje instituta zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravlja. Osrednji del empiričnega raziskovanja se osredotoča na zastopniško prakso, kjer bom ponazoril ovire in težave praktičnega delovanja zastopnikov in organizacijsko problematiko, ki je nastala pri vzpostavljanju zastopniške mreže v praksi. Enote raziskovanja tako predstavljajo kandidati za zastopnike,⁵⁸ zastopniki in zastopance, ki so bili vključeni v konkretne primere zastopanja. Spoznavni cilji naloge so predvsem opis delovanja instituta zastopnika (koncept zastopnika in kako deluje), ocenjevanje ustreznosti tega koncepta (skladnost z načeli zagovornišтва, potrebami uporabnikov, zakonskimi normami) in eksploracija samega problema. Naloga išče informativno sliko o problemu delovanja zastopnikov in kot taka predstavlja podlago za nadaljnji proces spremljanja delovanja zastopnikov v praksi. Pri raziskovanju sem skušal slediti načelom kvalitativne metodologije. Prav zato sem v raziskavo vključil ljudi (kandidate za zastopnike, zastopnike, zastopance), ki jih problematika zaobjema; tako sem poizkusil odkrivati stvarne probleme, ki so se (se bodo) pojavili pri delovanju zastopnikov, raziskava pa je usmerjena tako, da njene ugotovitve prispevajo k rešitvi teh praktičnih problemov. Pri tem sem bil odprt za vsestransko pridobivanje podatkov in ne samo tistih, ki so se mi zdeli relevantni z vidika raziskovalnih ciljev in postavljenih tez oziroma teoretičnega predrazumevanja. Nenazadnje pa sem skušal raziskovanje opraviti čim bližje vsakdanjemu življenjskemu kontekstu. V ta namen sem se priključil prvemu teoretičnemu in praktičnemu izobraževanju kandidatov za zastopnike. Opravil sem prakso na terenu in konkreten primer zastopanja. To mi je omogočilo, da sem delovanje zastopnikov raziskal v realnem okolju, torej v neposrednem delu z uporabniki na oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Od aprila 2010 sem bil vključen tudi v skupino za spremljanje zastopnikov na Fakulteti za socialno delo, ki izvaja projekt spremljanja za Ministrstvo za delo, druž-

⁵⁸ Največji del empiričnega gradiva sem pridobil v obliki izpitnih nalog, ki so jih pripravili udeleženci izobraževanja za zastopnike. Govorim o kandidatih za zastopnike, saj nekateri niso pristopili k izpitu ali pa se niso prijavi na javni razpis ministrstva. Od 1. 12. 2010 pa delujejo tudi zastopniki, ki so začeli z delom v oddelkih pod posebnim nadzorom psihiatričnih bolnišnic. Pri analizi so vključeni tudi nekateri primeri zastopanja in težave, s katerimi so se srečali zastopniki v svojem začetnem delu, vendar je teh primerov malo.

no in socialne zadeve. Tako sem imel celovit vpogled tudi v organizacijsko in vsebinsko dogajanje pri vzpostavitvi instituta zastopnika v praksi. Sodeloval sem na številnih sestankih znotraj skupine za spremljanje, sestankih na ministrstvu za delo in tudi pri obiskih vseh psihiatričnih bolnišnic, kjer smo razpravljali o problematiki vzpostavljanja mreže zastopnikov v prakso. V mesecu decembru in januarju sem tudi sodeloval pri izvedbi supervizijskih srečanj, kjer so zastopniki poročali o svojem začetnem delovanju.

Vse to mi je omogočilo, da sem lahko institut zastopnika in njegovo vpeljevanje v prakso, oziroma začetno delovanje, raziskal celovito. V nalogi sem uporabil različne metode zbiranja empiričnih podatkov. Tako sem v teoretičnem delu, kjer sem predstavili relevantne teme s področja duševnega zdravja in zagovorništva, uporabil predvsem analizo in interpretacijo sekundarnih virov, oziroma temeljne literature. Analiza in interpretacija primarnih virov (*Ustava Republike Slovenije, Zakon o duševnem zdravju, Zakon o pacientovih pravicah, Resolucija generalne skupščine OZN 46/119* in drugih mednarodnih dokumentov) sta mi služili pri opredelitvi pravnega okvira delovanja zastopnikov, mednarodni primerljivosti koncepta in pa tudi pri oceni uresničevanja zakonsko zagotovljenih pravic na oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Večino empiričnih podatkov, ki so mi pomagali identificirati konkretne ovire pri delovanju zastopnikov, pa sem zbral s pomočjo, neformalnih pogovorov, opazovanjem z udeležbo in analizo vsebine raziskovalnih poročil in terenskih dnevnikov, ki so jih posredovali kandidati za zastopnike v okviru praktičnega izobraževanja. Prav analiza 27-ih izpitnih nalog, ki so vsebovale oceno o uresničevanju pravic oseb na oddelkih, primere konkretnih zastopniških akcij in terenske dnevnike, je dala številne informacije, primerne za interpretacijo. Pri interpretaciji empiričnih podatkov sem poskušal upoštevati različne zorne kote, pri tem pa sem se kot raziskovalec zavedal, da se ne morem izključiti iz dogajanja, saj ga sam subjektivno doživljam.

Vse empirično gradivo, ki sem ga pridobil in proizvedel tekom raziskovanja (izpitne naloge, terenski dnevniki, zapisi opazovanj z izobraževanj, zapisi z delovnih sestankov, zapisi supervizije), je predstavljalo veliko količino primarnih nestrukturiranih podatkov, ki jih je bilo potrebno oblikovati v razumljivo obliko. V ta namen sem uporabil analizo vsebine kot kvalitativno tehniko obdelave podatkov, ki je potekala v treh obsežnih sklopih: zmanjševanje in razčlenjevanje besedila, odkrivanje pomena besedila in integracija odkritij. Sam postopek analize vsebine na zbranem gradivu je potekal tako, da sem najprej vse gradivo smiselno uredil in prepisal. Nato sem z metodo odprtega kodiranja besedila posameznim delom besedila (izjavam, trditvam) pripisoval pojme, ki sem jih glede na podobnost združil v kategorije. Tako sem pomensko povezanim kodam določil širšo temo. Izbral sem tiste teme, ki so rele-

vantne glede na raziskovalni problem. Na koncu sem med relevantnimi pojmi iskal odnose in formuliral teoretične razlage in pojasnitve. Ker je bila celotna kvalitativna raziskava o uvažanju in delovanju zastopnikov v praksi zastavljena zelo kompleksno in široko, sem postopek kvalitativne analize vsebine gradiva opravil glede na raziskovalne cilje posameznega empiričnega sklopa naloge. Pri vsakem sklopu sem kot raziskovalec tudi določil posamezne spremenljivke, ki so omogočile oblikovanje kategorizacijske sheme.

A) Ocena uresničevanja zakonskih pravic v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih ter možno delovanje zastopnikov pri uresničevanju pravic:

- pravica do dopisovanja, pošiljanja in sprejemanja pošilk ter uporabe e-pošte;
- pravica do sprejemanja obiskov;
- pravica do uporabe telefona;
- pravica do gibanja;
- pravica do informiranosti;
- pravica do spoštovanja človekovega dostojanstva ter zasebnosti;
- pravica do zastopnika.

B) Analiza praktičnih primerov zastopanja in prakse zastopništva glede na:

B1) ovire v fazah zastopniške akcije:

- dogovor z uporabnikom o sodelovanju in določitev ciljev;
- identifikacija ključnih virov in nalog za doseg ciljev;
- izvajanje zastopniške akcije;
- zaključek sodelovanja in evalvacija.

B2) ovire pri upoštevanju zagovorniških načel:

- neodvisnost in samostojnost;
- spoštljivost in krepitev moči;
- nediskriminatornost;
- zaupnost.

B3) zakonske, institucionalne, ovire:

- zakonska določila;
- institucionalna pravila in okolje.

C) Prepoznavnost in razumevanje profila zastopnika:

- Kako zastopniki razumejo nov profil in naloge svojega delovanja?
- Kako uporabniki razumejo nov profil in koliko so o njem informirani?
- Kako izvajalci storitev razumejo in dojamejo profil zastopnikov?

9. Uresničevanje pravic oseb na oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih ter delovanje zastopnikov

V tem sklopu empiričnega raziskovanja bom na podlagi terenskega dela in zbranih odzivov s strani oseb, kandidatov za zastopnike in osebja v ustanovah podal splošno oceno o tem, kako se uresničujejo zakonsko opredeljene pravice. Pri tem se zavedam, da gre za subjektivno oceno; posamezne ugotovitve o kršitvah, veljajo le za določene zavode in psihiatrične bolnišnice, a sem jih za potrebe naloge posplošil na delovanje zastopnikov v celoti. Gre za to, da se oceni, kje v praksi prihaja do kršitev posameznih pravic iz *Zakona o duševnem zdravju* oziroma s kakšnimi kršitvami se bodo zastopniki pri svojem delu srečevali. Namen te analize je dobiti odgovor na raziskovali vprašanji:

- Ali smo s sedanjo zakonodajo in institutom zastopnika zadostno zaščitili uporabnika, takrat ko se ta znajde v oddelku pod posebnim nadzorom ali v varovanem oddelku?
- Kako lahko zastopnik s svojim delovanjem pripomore k uresničevanju zakonsko zagotovljenih pravic?

9.1. Splošna ocena o stanju na oddelkih in zagotavljanju zakonskih pravic

Na podlagi poročanja in lastnega opažanja o tem, kako je poskrbljeno za ljudi, ki se znajdejo v oddelkih pod posebnim nadzorom in v varovanih oddelkih, lahko rečem, da je splošno stanje zadovoljivo. Na srečo nikakor ne morem poročati o množičnih in sistematičnih kršitvah pravic iz zakona. Danes so razmere v vseh ustanovah neprimerno boljše, kot so bile pred leti. To pa je le splošna ocena; ko natančno preučimo posamezne pravice, ki morajo biti zagotovljene ljudem na oddelkih, vidimo, da je še veliko prostora za delovanje zastopnikov. Ko govorimo o zagotavljanju pravic iz 12. člena, je na prvi pogled naloga zastopnika res predvsem nadzor nad izvajalci zdravstvene in socialno varstvene oskrbe, vendar pa so te pravice tako splošne, da bi pravzaprav morale biti samoumevne. Večina psihiatričnih bolnišnic in socialno varstvenih zavodov jih na srečo tako tudi dojema. Mogoče tudi od tu izhaja njihovo nezadovoljstvo nad profilom zastopnika, saj se jim zdi, da bodo nadzirali nekaj, za kar je dobro poskrbljeno in kjer ne prihaja do kršitev pravic. O tem priča tudi izjava direktorice ene izmed psihiatričnih klinik:

Pri nas bomo zastopniku v skladu z zakonom omogočali delovanje, vendar se sprašujem, kaj bo ta oseba pri nas sploh počela. Ko berem zakon, vidim, da zastopnik skrbi za to, da se zagotavlja pravica do obiskov, telefonskih pogovorov, pošiljanja pošiljk, gibanja. Saj mi vendar tega ne preprečujemo, vse to in še mnogo več ljudem že danes omogočamo [...].

Vendar pa problem nastane, ko bolje pogledamo, v kolikšnem obsegu se uresničujejo posamezne pravice in kako pogosto se v skladu z zakonom omejujejo; pravzaprav težava izhaja že iz različnega interpretiranja posameznih zakonskih pravic. Kaj pomeni pravica do uporabe telefona, gibanja, sprejemanja obiskov? Je dovolj samo, da je telefon na oddelku, ali tudi, da se lahko uporablja ob vseh urah? Je dovolj, da obstaja možnost obiskov, ali je potrebno zagotoviti tudi primeren prostor za obiske? In tukaj bodo imeli zastopniki pomembno mesto s svojim delovanjem. Zavzemati se bodo morali za to, da bodo njihovim zastopancem pravice omejene v najmanjšem možnem obsegu. Tudi takrat, ko omejevanje pravic (do gibanja, telefonskih pogovorov) poteka v skladu z zakonom, mnogokrat poteka preveč avtomatizirano in po ustaljeni institucionalni praksi, hišnem redu. Nihče ne razišče, kakšne alternativne možnosti obstajajo, da ne bi prišlo do omejevanja pravic. Predvsem pa morajo zastopniki s svojim delom prispevati k temu, da se bo te pravice dojemalo čim bolj na široko glede na individualne potrebe ljudi, četudi bi bilo potrebno v ta namen spreminjati institucionalna pravila in prakse delovanja znotraj institucij. V nadaljevanju bom podrobno predstavil, kje se kažejo pomanjkljivosti, na katerih bi morali delovati zastopniki pri zagotavljanju pravic.

Pri podajanju splošne ocene velja še ena pomembna ugotovitev. Res je, da so v oceno bile vključene le nekatere psihiatrične bolnišnice in samo nekateri varovani oddelki socialnih zavodov in domov za starejše, vendar že tu velja ugotovitev, da se kažejo velike razlike med posameznimi psihiatričnimi bolnišnicami in socialno varstvenimi zavodi, glede na to, kako na široko tolmačijo posamezne pravice s hišnim redom. Tukaj bodo lahko zastopniki s svojim delom opozorili na slabe in predvsem promovirali dobre prakse, ki jih poznajo posamezne ustanove.

Preden preidem na analizo uresničevanja posameznih pravic, pogledajmo nekaj splošnih vtisov o tem, kako so kandidati za zastopnike videli splošno klimo na oddelkih:

- (1) »Dober občutek, da je za paciente poskrbljeno v skladu z ZDZdr. Skrb za uporabnike in želja po zagotavljanju najboljše oskrbe.«
- (2) »Splošen vtis, da imajo spoštljiv odnos do uporabnikov. Delavci in uporabniki se spontano pogovarjajo na hodnikih. Ni zaznati zlorabe moči s strani osebja.«
- (3) »Splošen vtis oddelka je ugoden, osebje prijazno, pacientke oblečene različno, nekatere v bolniški opravi in haljah, druge v vsakdanjih oblačilih. Zbrale so se ob nas, ostale z nami, osebju se to ni zdelo nič spornega. Pogledamo tudi v bolniško sobo, nekatere se zdijo natrpane, sicer urejene. Bolnice imajo kadilnico. Na oknih ni mrež.«

- (4) »Občutek sem imela, da je za uporabnike na oddelku relativno dobro poskrbljeno in da se dobro počutijo. Tudi zdravnik, ki je predstavljal oddelek pod posebnimi pogoji je deloval strokovno, z vidnim zavzemanjem za dobro počutje uporabnikov.«
- (5) »Ni več serijskega kopanja, ki je izgledalo približno tako, da smo v skupno kopalnico pripeljali tudi do osem oseb, jih slekli in potem je ena od zaposlenih tuširala, druga strigla nohte, tretja česala. Krasno delo za dijakinje, ki se nam ni sanjalo, kako ponižujoče je bilo to za starostnike, četudi se morda tega niso zavedali.«
- (6) »Prvi dan našega praktičnega učenja bolj spoznavni. Spoznale smo se z zaposlenimi na oddelku za skupnostno psihiatrijo in psihiatrom na sprejemnem oddelku. Glede na spoznavni pogovor na oddelku za skupnostno psihiatrijo nam je bilo jasno, da nam ustanova in teren, kamor vstopamo, nista naklonjena. Takoj smo vedele, da se moremo podrediti nekaterim pravilom ustanove oziroma jasnemu hišnemu redu.«

9.2. Pravica do dopisovanja in uporabe elektronske pošte, pravica do sprejemanja in pošiljanja pošiljk

Pravica do dopisovanja in sprejemanja pošiljk je na splošno zadovoljivo urejena, glavni problem tukaj predstavlja tajnost (zasebnost) sprejemanja pošiljk in pisem. Odpiranje paketov na oddelkih pod posebnim nadzorom tako vedno poteka v prisotnosti strokovnega delavca, ki pregleda vsebino. Za tak ukrep seveda obstaja zakonska podlaga, vendar če je ogrožena varnost posameznika, drugih oseb ali ustanove. Odpiranje paketov v prisotnosti strokovnega delavca pa je prepogosto splošna praksa, tudi ko ni realnega ogrožanja varnosti. Ta praksa je manj prisotna v socialno varstvenih zavodih. Vsekakor pa mora povsod veljati, da se v nasprotju s paketnimi pošiljkami pisemskih pošiljk ne sme pregledovati. Tako uradne pošiljke kot druge oblike pisanja morajo biti osebam izročene v zaprtih kuvertah, saj se le tako zagotovi tajnost sporočanja. Ena od zastopnic je pri svojem delu opozorila na primer, ko se je osebam nepravilno izročalo uradno pisanje, vendar je bila krivda na strani odvetnika, ki je sklepe za več posameznikov poslal v isti ovojnici; tako je bilo nemogoče, da bi vsem izročili pisanje v zaprti ovojnici, kot nalaga zakon.

Še bolj nesprejemljivo je, da bi se brala izhodna pisanja oseb oziroma da se pisem celo ne bi odposlalo. Poročanj o takih primerih iz prakse ne poznamo, so pa taki primeri znani iz preteklosti, celo bolnišnice same v zgodovinskih arhivih hranijo neodposlana pisma, ki so jih pacienti pošiljali svojcem. Zato moramo na pravico do odpošiljanja pošiljk in pisem preko ustanove gledati tudi v tej luči. Zastopniki so se tudi v praksi že srečevali z nalogami, ki so povezane z uveljavljanjem pravice do dopisovanja. Na željo klientov so pomagali pri

pisanju pritožbe, oddaji pošilk, preverili, ali so odvetniki prejeli določena pisanja in če je bila klientom določena pošiljka res izročena.

Bolj problematična kot pravica do dopisovanja je izvedena pravica do uporabe elektronske pošte. Ta mora biti zagotovljena v skladu z možnostmi v psihiatrični bolnišnici oziroma socialno varstvenem zavodu. To pa danes pomeni, da ni uporabnikom na voljo nikjer na varovanih oddelkih in oddelkih pod posebnim nadzorom. Po večini sta jim računalnik in dostop do elektronske pošte (interneta) na voljo v okviru delavne terapije ali pa v pisarniških prostorih osebja. Za to, da dostop do elektronske pošte ni mogoč, imajo psihiatrične bolnišnice predvsem izgovore, da ne morejo zagotoviti varne uporabe računalnika na oddelku in preprečiti poškodb, v socialno varstvenih zavodih pa se izgovarjajo, da starejši ljudje niti ne kažejo zanimanja za elektronske medije. Vendar pa so danes elektronski mediji realnost. Tehnologija postaja tudi vse bolj dostopna in preprosta, obvladajo jo vse starejši. Za dostop do elektronske pošte danes ne rabimo nič drugega kot mobilni telefon ali USB modem in prenosni računalnik. Tukaj je vprašljiva praksa iz psihiatričnih bolnišnic, da je na primer uporaba lastnih prenosnih računalnikov, ki bi omogočali dostop do elektronske pošte, na teh oddelkih prepovedana. Varovanje osebne lastnine je na teh oddelkih res lahko problematično predvsem zaradi možnosti poškodb in uničenja predmetov, vendar pa ni razloga, da takšna prepoved obstaja za vse in ves čas, ko se nahajajo v oddelkih. Gre za najlažjo možnost, kako preprečiti poškodbo vrednejših osebnih predmetov, ki se je poslužujejo ustanove. Na oddelkih pod posebnim nadzorom predvsem mlajše osebe pogosto izražajo željo po dostopu do interneta oziroma elektronske pošte. Pri tem je treba omeniti, da dostop do svetovnega spleta zakonsko sploh ni opredeljen, saj govori zakon le o dostopu do elektronske pošte. Postavlja se tudi vprašanje, kaj vse se sploh šteje za elektronsko pošto. Da so to sporočila, ki jih prejemo na elektronski poštni predal je razumljivo. Kaj pa osebna sporočila, ki se jih pošilja preko spletnih socialnih omrežij, kot so Facebook, Twitter, Netlog? To izpostavljam zato, ker so v eni izmed psihiatričnih bolnišnic izrecno izpostavili, da pacientom omogočajo dostop do elektronske pošte, ne morejo pa dopustiti, da bi obiskovali strani socialnih omrežij in bi tako preživljali »prosti čas«. Ne vzdrži pa tudi argument, da se starejši ne zanimajo za nove tehnologije. Tako je ena od kandidatk za zastopnice poročala, da je bila želja osebe prav dostop do elektronske pošte.

1. »Stanovalec si želi dostop do elektronske pošte (interneta) iz svoje sobe, ki bi mu omogočila pisanje komentarjev na analize in povratne informacije, ki bi mu koristile.«

Ker se ustanove pri možnosti uporabe interneta izgovarjajo na stroške ali nezanimanje ljudi za uporabo interneta, bi moralo tukaj opraviti svojo nalogo tudi pristojno ministrstvo in preveriti, kako lahko zavode in bolnišnice spodbudi k širjenju dostopa do interneta. Živimo v informacijski družbi, ko je tak dostop vse bolj pomemben. Stroški za dostop in opremo so zanemarljivi, zato ti ne bi smeli biti izgovor, da dostop ni omogočen.

9.2.1. Vloga zastopnika

Zastopnik mora osebe na oddelkih informirati, da imajo pravico do tajnosti vsebine sporočil vseh vrst dopisovanja. To pomeni, da se nobena pisemska kuverta ne sme osebi izročati odprta in da se ne sme pregledovati njihove vsebine ob pošiljanju. Še posebej velja to za pisanje uradnih organov. V kolikor ustanova omogoča dostop do elektronske pošte, mora tudi tedaj zagotoviti zasebnost. Nastavitve v računalniku ne smejo omogočati shranjevanja gesel ali sporočil, tako da bi lahko v elektronski predal dostopale tudi druge osebe. Zastopniki morajo opozarjati na vse neprimerne prakse, ki onemogočajo tajnost vsebine sporočil vseh vrst dopisovanja. Zastopniki na željo oseb lahko preverijo, ali je bila določena pošiljka odposlana s strani ustanove, prav tako pa tudi, ali so jo prevzeli, če v to niso prepričani. Tako bo njihova naloga tudi razreševanje nesporazumov med ustanovo in posameznikom, ko slednji menijo, da določenega pisanja niso prejeli. Zastopniki lahko na željo oseb oddajo določeno pismo ali pošiljko, ko tega ne želijo oddajati preko ustanove. To se bo dogajalo v primeru pritožb na zunanje institucije (varuha človekovih pravic, socialno in zdravstveno inšpekcijo), ko oseba ne želi, da v ustanovi vejo za pritožbo. Zelo pomembno je tudi, da bodo zastopniki osebam omogočali osnovne pogoje za pisanje, jim pomagali priskrbeti osnovne pripomočke, kot so papir, pisalo, kuverta, znamka. Včasih bodo zastopniki morali tudi kaj napisati na željo zastopanca, ko ta sam ne more ali noče pisati, a lahko narekuje sporočilo. Osebe včasih skrbijo, da pišejo nečitljivo, ne poznajo slovničnih pravil, lahko pa enostavno pisanja fizično ne zmorejo (tresočna roka, slab vid). Zastopniki lahko posredujejo pri sprejemanju paketov, če bi bolnišnica ali zavod onemogočala izročitev določenih pošiljk. Tukaj bo tudi skrbel za to, da se omogoča izročanje in hramba osebnih predmetov, saj imajo osebe pravico do sprejemanja paketov z osebnimi predmeti, oblekami, knjigami, časopisi. Zastopnik pa lahko spodbuja ustanove pri omogočanju dostopa do interneta osebam, glede na individualne potrebe.

9.3 Pravica do uporabe telefona

Pravica do uporabe telefona je ena od tistih, ki kaže na to, kako različno si nekatere ustanove tolmačijo posamezne zakonske pravice. Vse ustanove seveda zagotavljajo možnost telefonskih klicev. Predvsem na oddelkih pod posebnim nadzorom to pomeni, da je uporabnik na voljo telefon v obliki telefonske govornice, lahko tudi v pisarni pri osebju, kjer lahko ljudje opravijo telefonske klice. Ti potekajo v skladu s hišnim redom, ki ponavadi določa ure, ob katerih se lahko telefonira. Ob tem sem zaznal veliko težavo, ker zakon določa, da grejo klici na stroške osebe. Predvsem v socialno varstvenih zavodih je to problem, saj so tam ljudje pogosto brez denarja, klici iz govornice so že tako dražji. Tudi v psihiatričnih bolnišnicah so lahko osebe takrat, ko poteka sprejem brez privolitve v nujnih primerih, sprejete, ne da bi pri sebi imele denar ali telefonsko kartico. Tako tudi ne morejo poklicati iz govornice. V tem pogledu je pohvalna ugotovitev, da praktično vse ustanove dovolijo določeno število klicev tudi na stroške ustanove, vendar to ni nikjer zakonsko opredeljeno, gre za presojo osebja, koliko klicev se omogoči določeni osebi.

Zelo raznolika pa je praksa pri uporabi mobilnih telefonov, predvsem na oddelkih pod posebnim nadzorom. Nekatere psihiatrične bolnišnice tako poznajo popolno prepoved mobilnih telefonov, nekatere dovolijo uporabo le med določenimi urami, ko uporabnikom vrnejo telefone, druge pa dovolijo uporabo telefonov praktično ves dan, razen ponoči. To seveda uporabnike postavlja v neenakopraven položaj glede na to, v kateri ustanovi poteka zdravstvena obravnava. Danes mobilni telefoni za vse pomenijo vsakdanjo povezavo s svetom in prijatelji. Nedopustno je, da nekatere bolnišnice onemogočajo posedovanje mobilnih telefonov. Poznamo tudi že prakso sodišča, ki je izdalo sklep Psihiatrični bolnišnici Maribor, naj se osebi vrne odvzeti mobilni telefon. Če bi imeli enotno sodno prakso, bi to pomenilo, da bi vse ustanove za odvzem mobilnega telefona potrebovale sklep sodišča, vendar pa se danes te odvzema v skladu s hišnim redom in se ne zaprosi za sklep sodišča. Tukaj se postavlja vprašanje, ali pomeni odvzem mobilnega telefona kršenje pravice do telefonskih pogovorov. Potrebno se je zavedati tudi funkcije mobilnih telefonov. Tam, kjer osebe ne morejo imeti pri sebi mobilnih telefonov, svojci in prijatelji z osebami stopijo v stik le tako, da jih obiščejo. Ne morejo jih poklicati na javne govornice in se z njimi pogovoriti. Obstaja tudi še en praktičen problem; danes ljudje ne poznamo telefonskih števil (predvsem mobilnih) na pamet. Številke hranimo v mobilnem telefonu, kako naj oseba pokliče prijatelja, če sploh ne pozna številke, pri sebi pa nima mobilnega telefona.

Vse ustanove, ki odvzamejo mobilne telefone že ob sprejemu, za to najpogosteje navedejo dva razloga. Prvi je, da osebe pogosto kličejo in nadlegujejo (grozijo) svojce, policijo, razne institucije, in to ob vseh urah. Drugi razlog pa je, da si lahko povzročijo velike stroške s takim klicanjem. Stvar seveda ni preprosta, vendar pa je moje osebno mnenje pri tem, da ti argumenti nikakor ne vzdržijo. V primerih, ko se to res dogaja, bi odvzem mobilnega telefona (prepoved klicev) sodišče lahko odobrilo s sklepom, ne pa da si to pravico lastijo bolnišnice. Ko gre za primere nadlegovanja in groženj preko telefona, bi tudi na teh oddelkih morali veljati isti postopki kot v ostalih primerih, se pravi, da se klice omeji preko zahteve operaterju. Na voljo so tudi enostavnejši ukrepi, kot je odvzem telefona. Večina mobilnih telefonov in tudi stacionarni ima tako funkcijo, s katero lahko sami preprečimo dohodni klic z določene številke. Tudi argument, da si oseba lahko zelo poveča račun, je nekoliko nenavaden. Zakaj ni problematično, da veliko kliče doma, problem pa je, ko to počne na oddelkih pod posebnim nadzorom. Nenazadnje pa bi tudi za ta argument obstajal alternativni ukrep. Tako si lahko vsaka oseba uredi mesečni limit pogovorov in s tem prepreči enormne stroške.

Glede pravice do telefonskih pogovorov so kandidati za zastopnike pri terenskem delu izobraževanja, opozorili še na dve problematični zadevi. Prva je lokacija telefonov v ustanovah, druga pa, ali je omogočena zasebnost pogovora. Ni vseeno, ali pogovor opraviš v pisarni ali na hodniku ob prisotnosti osebja in drugih stanovalcev ali pa lahko odneseš prenosno slušalko v svojo sobo, oziroma obstaja ločena govorilnica. Eden od zastopnikov pa je poročal o nepravilni postavitvi telefonske govorilnice v enem izmed varovanih oddelkov, saj je bila nameščena tako visoko, da oseba, ki je na invalidskem vozičku, ne more sama do slušalke in številčnice. Takšna govorilnica zagotovo ne omogoča telefonskih klicev vsem ljudem. Tukaj se tudi sprašujem, kako se zagotavlja to pravico ljudem, ki so popolnoma nepokretni.

Da bodo imeli zastopniki veliko dela pri uresničevanju pravice do telefonskih pogovorov, kaže tudi dosedanja praksa delovanja. Čeprav zastopniških primerov do tega trenutka še ni veliko, sta se dva primera konkretnega zastopanja nanašala na to pravico. Prvi primer prihaja iz PB Ljubljana, kjer morajo osebe telefonske klice opravljati preko telefonske govorilnice. Ena od prošelj zastopanke je tako bila, naj zastopnica posreduje pri starših, da ji bo na voljo več denarja za telefon, saj so klici preko govorilnice dragi in je telefonsko kartico hitro izpraznila. O drugem primeru poroča zastopnica, ki je ob prihodu v psihiatrično bolnišnico ugotovila, da se nad njeno klientko izvaja fiksacija s pasovi. Klientka si je močno želela pogovora z možem, zato je zastopnica posredovala pri osebju, da so ji dali na voljo prenosno slušalko, ki ji je omogočila telefonski pogovor z možem tudi med fiksacijo. V obeh primerih je šlo za uveljavljanje pravice do telefonskih pogovorov s pomočjo zastopnika v širšem smis-

lu. Ustanove v nobenem primeru niso kršile zakonodaje in omejevale pravic, bi pa brez posredovanja zastopnic te ostale neizpolnjene in le še ene od pravic na papirju.

9.3.1. Vloga zastopnika

Zastopniki, naj bodo pozorni na vse primere, ko pravica do telefonskih pogovorov ni omogočena. Pravica do telefonskih pogovorov ni zagotovljena s tem, ko je na oddelku telefonska govorilnica. Posredovati morajo takrat, ko ljudje nimajo kartic za telefonske klice, ter opozoriti na to, da jih ne morejo kupiti, saj nimajo denarja. Zastopnik preverja, kako so omogočeni telefonski pogovori drugim ljudem, ki ne morejo dostopati do govorilnice, so na invalidskih vozičkih, nepokretni, se nad njimi dalj časa izvaja PVU (8 ur ali več). Zastopniki morajo opozarjati na nedopustno prakso, ko osebe sploh ne morajo posedovati mobilnih telefonov in jim ti niso odvzeti na podlagi sklepa sodišča.

9.4. Pravica do obiskov

Pri preverjanju uresničevanja pravic se je za najmanj problematično pokazala pravica do obiskov. Obiski so seveda povsod omejeni s hišnim redom, vendar pa na splošno velja, da so v varovanih oddelkih socialno varstvenih zavodov omogočeni preko celega dneva, medtem ko so v oddelkih pod posebnim nadzorom ti omejeni podobno kot v ostalih zdravstvenih ustanovah. Velja, da so obiski povsod zaželeni in jih ustanove ne preprečujejo. Pogosto pa oseba, ki je sprejeta v ustanovo, nima široke socialne mreže (veliko sorodnikov, prijateljev) ali je ta zaradi nesoglasij podrti, tako sploh ne prejema obiskov, kar jih seveda pahne v osamljenost. Velikokrat si osebe na teh oddelkih želijo ponovno vzpostaviti stik s svojci in prijatelji, vendar tega ne zmorejo, ker ne vejo, kako naj presežejo stara nesoglasja in nesporazume, ali enostavno ne zmorejo priti v stik z družino ali prijatelji zaradi otežene komunikacije. S temi željami se tudi v praksi pogosto srečujejo zastopniki, od katerih klienti želijo prav pomoč pri vzpostavljanju stikov z najbližjimi.

Obiski pa so redki tudi že zaradi same lokacije psihiatričnih bolnišnic in ustanov. Te pogosto ležijo v manjših krajih, kamor javni prevoz redko vozi ali pa sploh ne. Tudi časovna dostopnost z avtom je lahko velika, saj nekatere bolnišnice pokrivajo velika območja. PB Idrija na primer celotno primorsko regijo. Od Kopra do Idrije je tako več kot dve uri vožnje z avtom, dostop z javnim prevozom je praktično nemogoč. V pogovoru z gospodom Markom, ki sem ga opravil v PB Idrija, je tako prav preveliko oddaljenost podal kot glavni razlog, zakaj ne prejema pogostih obiskov. Žena bi ga lahko obiskovala vsak dan, če bi bil bližje domu. Tako so ti obiski vezani na konce tedna, ko jo lahko pripelje na obisk sin z avtom. Za

slabo dostopnost res težko krivimo ustanove same, saj so te nastale glede na specifične družbene okoliščine, bi pa lahko psihiatrične bolnišnice izboljšale prostorske pogoje za sprejemanje obiskov. Problematika, ki se posebej izpostavlja v psihiatričnih bolnišnicah, je zasebnost, saj oddelki pod posebnim nadzorom nimajo na voljo primernih prostorov za obiske. V nekaterih psihiatričnih bolnišnicah se da to težavo zaobiti tako, da se obiskovalci ob prevzemu odgovornosti dogovorijo za izhod s pacientom izven bolnišnice v času obiskov. Vsekakor pa je zasebnost za pogovor potrebna uporabnikom tako takrat, ko se pogovarjajo s svojim psihiatrom, kot takrat, ko se pogovarjajo z obiskovalci, kar pa na hodniku oddelka ni mogoče.

Do sedaj so zastopniki poročali le o enem primeru, ko je psihiatrična bolnišnica domnevno grobo kršila osebi pravico do obiskov. Ker je zastopanec v času obiskov kršil hišni red (zloraba alkohola), je psihiatrična bolnišnica obisk prekinila, kot sankcijski ukrep pa je prepovedala tudi vse nadaljnje obiske vsem osebam; obisk je prepovedala celo staršem. Zastopanec ni vedel, ali obstaja sklep sodišča, zato obstaja sum, da prepoved obiskov ne poteka v skladu z zakonom; bolnišnica obiske lahko le prekine in jih omeji na dvakrat tedensko, za vse ostale omejitve pa seveda potrebuje sklep sodišča. Ob pregledu evidenc o omejevanju pravic se je izkazalo, da je bolnišnica za prepoved obiskov imela ustrezen sklep sodišča, vendar je sklep prepovedoval obiske vsem osebam in ne le osebi, ki je ob obisku kršila hišni red, tako da je vprašljivo, če je to omejitev v najmanjšem možnem obsegu. Zastopnica je tako s posredovanjem pri vodstvu bolnišnice dosegla, da so se obiski dovolili vsaj mami klienta.

9.4.1. Vloga zastopnika

Za delovanje zastopnikov so pomembni primeri, ko ustanova prepreči ali prekine obiske. Preveriti mora, ali so ti omejeni v skladu z zakonskimi določili. Če so bili prekinjeni neutemeljeno, lahko pomaga pri pisanju pritožbe. Predvsem pa bodo zastopniki velikokrat na željo klientov morali stopiti v kontakt s svojci ali prijatelji, da bi ti sploh prišli na obisk. Pogosta želja oseb bo, da bi imeli več obiskov, in pri uresničevanju te želje jim zastopnik lahko nudi podporo. Navežejo lahko stik s svojci in prijatelji in posredujejo željo po obiskih; če oseba nima bližnjih oseb, lahko vzpostavijo stik s prostovoljci, ki so pripravljeni opravljati vlogo družabništva.

9.5. Pravica do gibanja

Glede pravice do gibanja je potrebno povedati, da je zakon pisan zelo restriktivno. Nikjer ne omenja gibanja izven varovanih oddelkov in oddelkov pod posebnim nadzorom. To pomeni, da ustanove to pravico zakonsko zagotavljajo že s tem, ko osebo namestijo v tak oddelok in mu omogočijo gibanje. Zakon gibanje na teh oddelkih omejuje v okviru posebnih varovalnih ukrepov (PVU). Ko se zastopnik srečuje s temi ukrepi, se pravzaprav srečuje z

ukrepi preprečevanja gibanja. Glede na ta zakonska določila praktično vse ustanove predvidevajo širšo možnost gibanja, kot jo določa zakon. Tako se povsod opravlja skupinske ali individualne izhode ob spremstvu izven oddelkov pod posebnim nadzorom. Ljudje se udeležujejo družbenih aktivnosti in delovne terapije, ki potekajo izven zaprtih oddelkov. Vsaj za psihiatrične bolnišnice pa velja, da oseba, ki se znajde na oddelkih pod posebnim nadzorom, nima možnosti samostojnih izhodov. Problematična je lahko praksa, da so izhodi v spremstvu izven oddelka prepuščeni subjektivni oceni psihiatra o tem, koliko je oseba primerna za take izhode. Tukaj bo delovanje zastopnikov nekoliko oteženo; seveda bodo lahko posredovali želje zastopancev, da si želijo več izhodov izven oddelka, vendar pa ne obstaja zakonska osnova, ki izrecno omogoča take izhode. Že v okviru praktičnega dela izobraževanj se je pokazalo, da bodo želje po izhodih ene najpogostejših želja uporabnikov na zaprtih oddelkih. Take primere pa zasledimo tudi že v praksi, tako so zastopniki že večkrat podprli zastopance pri tem, da so dobili začasen izhod domov tekom vikenda ali praznikov.

Tudi v varovanih oddelkih socialno varstvenih zavodov je režim gibanja podoben kot v psihiatričnih bolnišnicah. Praviloma so ti oddelki nekoliko prijaznejši in prostornejši, pogosto vsebujejo tudi arije ali zunanje površine, kjer se lahko osebe neovirano gibajo. Vendar pa izhodi izven teh oddelkov praviloma potekajo le ob spremstvu. Tukaj težavo predstavlja pomanjkanje kadrov, saj je predvsem od kadra in števila obiskov odvisno, kolikokrat ima posameznik izhod izven varovanega oddelka.

Tako kot pri zagotavljanju pravice do gibanja, bo delo zastopnikov zelo omejeno takrat, ko gre za nadzor nad izvajanjem posebnih varovalnih ukrepov. Glavna ugotovitev na podlagi dosedanjih izkušenj je nekoliko presenetljivo ta, da bodo imeli zastopniki več dela s temi ukrepi na varovanih oddelkih kot na oddelkih pod posebnim nadzorom. Dilema je vedno ta, ali je bila uvedba določenega varovalnega ukrepa resnično potrebna in ni bilo na voljo drugih alternativnih ukrepov. Vsaj na oddelkih pod posebnim nadzorom gre marsikateri prisilno varovani ukrep predvsem na račun pomanjkanja osebja ali premajhne zavzetosti, da bi se kočljive situacije razrešile brez uporabe teh ukrepov. Če pustimo ob strani to pomembno dilemo, pa je vtis ta, da se posebni varovani ukrepi v psihiatričnih bolnišnicah danes izvajajo strokovno in v skladu z zakonodajo. Čeprav ti ukrepi zahtevajo veliko birokracije, je dokumentacija v primerih, ko so imeli kandidati za zastopnike vpogled, razen v enem primeru (opisan spodaj), ustrezno izpolnjena. To naj bi dokazovalo, da se uporabnika ob fiksaciji tudi redno spremlja in da se nadzira njegove vitalne funkcije in počutje. Prav tako vse psihiatrične bolnišnice zagotavljajo, da pred izvedbo ukrepov poskušajo vse ostale strategije za umiritev osebe. Nekoliko manj zgovorni pa so, ko jih povprašamo, katere so dejansko te strategije, ki

jih uporabljajo. Tudi v začetni fazi delovanja je bilo veliko nalog zastopnikov povezanih prav s preverjanjem pravilnosti pri izvedbi postopkov PVU. V dveh primerih je tako zastopnik pomagal pri razjasnitvi okoliščin, koliko časa je trajal ukrep. Klienta sta se tu pritožila, da je fiksacija trajala predolgo, v enem primeru celo ves dan. Zastopnik poroča o pozitivni izkušnji, saj je bolnišnica omogočila vpogled v vso dokumentacijo, tudi psihiater je bil pripravljen na sodelovanje, vzel si je čas za pogovor z zastopnikom in osebo, saj je želel, da se stvari raziščejo. Čeprav klienta trdita, da je fiksacija trajala predolgo, to iz dokumentacije ni bilo razvidno. Če je bila v teh primerih dokumentacija ustrezno vodena in sta bila tudi klienta zadovoljna z dodatnimi pojasnili, pa poznamo v praksi tudi bolj problematične primere. Tako se je v eni izmed psihiatričnih bolnišnic izvajal PVU nad zastopancem neprekinjeno kar 16 ur. To je bilo zabeleženo tudi v dokumentaciji, iz katere pa je bilo tudi razvidno (spremljanje vitalnih funkcij), da naj bi med ukrepom oseba spala, in to skoraj ves čas trajanja varovalnega ukrepa. Zastopnik se upravičeno sprašuje, kakšen je bil razlog za podaljšanje ukrepa in kako so preverili, ali je PVU še potreben po štirih urah, če osebe niso prebudili. Iz pregleda dokumentacije tako izhaja upravičen sum na avtomatizem odrejanja PVU oziroma vpisovanje dokumentacije za nazaj. V tem primeru zastopnik lahko sproži upravni nadzor, ki pa redko privede do zaželenega izida; vloga zastopnika bi bila mnogo bolj učinkovita, če bi bil prisoten ob sami izvedbi PVU.

Trenutno se zdi, da je izvedba posebnih varovalnih ukrepov mnogo bolj problematična v socialno varstvenih zavodih. Večina ukrepov se tukaj z argumentom varnosti za zdravje posameznika prepogosto izvaja brez ustrezne zakonske podlage. Dokumentacija o PVU je močno pomanjkljiva in se vodi mimo zakonskih določil. Večina takih varovalnih ukrepov naj bi bila dogovorjena tako z zdravnikom kot s svojci, kljub vsemu pa se postavlja vprašanje ustreznosti takih fiksacij in omejitev gibanja predvsem takrat, ko ti ukrepi postanejo splošna praksa, saj je tako olajšan nadzor nad osebami. Mogoče to ne velja za vse socialno varstvene ustanove, a so se številne pomanjkljivosti pokazale že v okviru prakse, ki so jo opravljali kandidati za zastopnike. Poglejmo nekaj takih pričevanj, ki dobro nakazujejo improvizacijo glede uporabe PVU na varovanih oddelkih:

- 1) »Stopila sem do gospe, ki je imela na prvi pogled okrog vratu zavezan slinček. Ko sem jo povprašala po tem, kaj nosi, je odgovorila, da ima pas, da je ne zebe in da ji je toplo. Tudi sama nisem bila prepričana, kaj bi ta zadeva na stanovalki pomenila, ko mi je negovalka prijazno odgovorila, da je gospa nemirna, zato potrebuje fiksacijo. Razlog? Da med vstajanjem ne pade z invalidskega vozička in si ne poškoduje glave. Gospa ves čas najinega obiska ni kazala nikakršnih znakov nemirnosti. Negovalko

sem povprašala, koliko časa bo gospa še potrebovala fiksacijo. Pove, da do takrat, ko bo nemirna. Stanovalka je fiksirana že od zjutraj, ura pa je že 16:30. Dobila sem občutek, da jutranja fiksacija na invalidski stolček pomeni fiksacija do večera. Pri negovalki nisem začutila nobenega dvoma, da celodnevna fiksacija ne predstavlja kakšnih moralnih zadržkov; je nekaj vsakdanjega v njenem delovniku.«

- 2) »Na postelji svoje zastopanke sem opazila varovalni pas za fiksacijo roke, pa tudi v kartonski škatli v kopalnici je bilo kar nekaj pasov na magnetne. Zatrdili so mi, da ga je imela samo za čas infuzije in da so ga pozabili odstraniti. Uporabljajo tudi trebušni pas, in sicer tako pri fiksaciji na voziček kot na posteljo, predvsem zaradi varnostnih razlogov, ob dovoljenju zdravnika in svojcev. Glede na njihove besede je vse zabeleženo v zdravstvenem kartonu. Ograjice na postelji se namestijo po presoji osebja ali ob prošnji svojcev. Odločajo se glede na kriterij varnosti.«
- 3) »Čeprav ob samem obisku nismo našli dokazov, da bi osebje izvajalo fiksacije pretirano pogosto, je s stališča Varuha sporno, da zdravnik kar vnaprej predvidi možnost PVU. V konkretnem primeru je bila ta možnost predvidena skoraj za vse stanovke na varovanem oddelku, kar bi lahko kazalo na avtomatizem pri odrejanju fiksacij ter postavilo vprašanje, če se na ta način odreditev posebnih varovalnih ukrepov ne prenaša dejansko iz zdravnika na domsko osebje. Postavlja se tudi vprašanje, kako lahko zdravnik samo ob opisu ravnanja posameznika oceni, da je potrebno pri posamezniku uporabiti urgentni posebni varovalni ukrep ter kakšen posebni varovalni ukrep bi bil v konkretnem primeru najprimernejši. V zvezi s tem je dom zatrjeval, da so fiksacije stanovke zelo redke in se uporabljajo praviloma le ob izrednih neobvladljivih nemirih stanovke. Zdravnik naj bi tako že ob diagnozi predvidel možnost fiksacije ob nemiru, sestra pa mora biti zadosti strokovno usposobljena, da presodi, kdaj je fiksacija res nujno potrebna. Po navedbah doma naj bi bilo podobno tudi pri protibolečinskih zdravilih, ki jih zdravnik odredi po potrebi, sestra pa je tista, ki strokovno presodi, kdaj jih bo stanovku tudi dala.«⁵⁹

9.5.1. Vloga zastopnika

Glede pravice do izhodov bodo zastopniki predvsem imeli dolžnost, da zastopance podprejo v želji po večjem številu izhodov ter preverijo, kakšne so možnosti, da bi bile te njihove želje izpolnjene. Čeprav je ta pravica slabo zakonsko izvedena, lahko zastopniki opozarjajo na neprimerne prakse, ko bi na primer ustanove izhode pogojevale s sodelovanjem pri

⁵⁹ Poročilo Varuhinje človekovih pravic o nenapovedanem obisku doma Petra Uzarja Tržič.

zdravljenju. Res je, da za izhode ni zakonskih podlag, vendar je nedopustno, da bi ustanove take »privilegije« omogočale le kot del nagrajevanja za primerno vedenje in sodelovanje pri zdravljenju. Predvsem tam, kjer so izhodi pogojeni z možnostjo spremstva, bi zastopniki lahko poskrbeli za povezavo z zunanjimi službami in vključitev prostovoljcev v take zavode, občasno pa bi lahko tudi sami zagotovili tako spremstvo, ko bi klienta v času obiska odpeljali iz varovanega oddelka na primer v park. Glede uporabe prisilnih varovanih ukrepov bodo morali zastopniki pozorno spremljati, da ne prihaja do zlorab, ko ti potekajo večkrat zaporedoma. Kot kaže do sedaj, bodo imeli zastopniki veliko dela na tem področju predvsem pri preverjanju in posredovanju, ali je določen ukrep (bil) nujen in potreben. Zastopniki pri tem ne odločajo, ali je bil ukrep upravičen, vendar ob sumu lahko sprožijo upravni nadzor nad izvedbo. Zastopniki lahko tukaj pripomorejo tudi k odpravi nesoglasij, ko so osebe prepričane, da je PVU trajal mnogo dlje, kot je v resnici. V tem smislu lahko klientu pridobijo neodvisne informacije, ki bodo odpravile njegovo nezaupanje. Vsekakor bi pri nadzoru nad izvajanjem PVU zastopniki svojo vlogo odigrali mnogo bolj učinkovito, če bi bili prisotni med samo izvedbo, kar je glede na trenutno organiziranost zastopniške službe nemogoče.

9.6. Pravica do spoštovanja človekovih pravic in temeljnih svoboščin, osebnosti, dostojanstva ter duševne in telesne celovitost

Kot smo že spoznali, so to zelo splošne pravice, ki jih je zelo težko definirati, zato je tudi težko podati realno oceno o tem, kako se te pravice v ustanovah uresničujejo. Vsak ima svoj pogled in glede na zahtevnost kriterijev lahko tudi drugače oceni razmere v ustanovi, saj je težko opredeliti konkretne pravice, ki spadajo v kontekst spoštovanja človekovega dostojanstva, osebnosti ter duševne in telesne celovitosti. Tukaj so meje delovanja zastopnikov pravzaprav neomejene, saj v ta okvir spada praktično vsaka želja, ki jo oseba izrazi. Bistvena prvina človekovega dostojanstva je predvsem spoštovanje njegove individualnosti in pravice do samoodločbe.

Ena glavnih pravic, ki zagotovo opredeljuje spoštovanje človekovega dostojanstva, je pravica do zasebnosti. Ta pravica je morda še najbolj pereča od vseh na oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Pravzaprav gre v teh oddelkih že v osnovi za nadzor in preprečevanje zasebnosti posameznikom. K temu, da uporabniki nimajo zasebnosti, pa zelo pripomorejo tudi neustrezni prostorski pogoji v teh oddelkih. Praktično na vseh oddelkih pod posebnim nadzorom so kandidati za zastopnike ugotovili, da nimajo primerne prostora za obiske, kjer bi lahko potekal zaseben nemoten pogovor. V imenu ogrožanja varnosti se onemogoča tudi pravico do intimnosti, tako se osebe ne morejo zaklepati na WC in v

kopalnico, čeprav bi se dalo za varnost ljudi tudi drugače poskrbeti, tako da bi imeli vsaj majhen občutek zasebnosti. Velja izpostaviti tudi primer, o katerem poročajo zastopniki, ko se v eni izmed psihiatričnih bolnišnic v oddelkih čez dan zaklepa sobe, tako da se uporabniki lahko zadržujejo samo v skupnih prostorih. S tem se že v osnovi krši pravico do zasebnosti, ko se želijo ljudje malo odmakniti od dogajanja na oddelku v sobo. Seveda je vprašanje, koliko zasebnosti nudijo sploh sobe v ustanovah. Z vidika zasebnosti je problematično že to, da je v sobi nameščeno več oseb, zato že v osnovi ni intimnosti. Razumljivo je, da enoposteljne sobe predstavljajo prevelike prostorske zmogljivosti, vendar pa je tam, kjer je v sobi veliko oseb hkrati, težko zagotoviti vsaj osnovne pogoje za zasebnost. Velja omeniti, da imajo v nekaterih zavodih tudi šestposteljne sobe.

Glede pravice do spoštljivega ravnanja in spoštovanja človekovega dostojanstva je zaznati še veliko dilem in diskusij, ki so jih v svojih dnevnikih opazili zastopniški kandidati. Najpogosteje gre za dileme, ki izhajajo iz urnika dela in hišnega reda v ustanovah, ko se vse aktivnosti izvajajo ob določenih urah.⁶⁰ Pomembno je, da se upošteva volja ljudi v največji možni meri na različnih področjih človekovega življenja, vpraša se jih za mnenje ter se spoštuje samostojnost pri odločanju o zdravljenju in obravnavi. Kako ustanove ravnajo, če nekdo želi jesti nekoliko kasneje; ali lahko dobi obrok izven časa kosila, večerje? Kako je upoštevana volja oseb, ko ne želijo jutranje telovadbe ali si namesto delovne terapije zaželi popoldanski spanec? Tukaj je problematična obveznost udeležbe na raznih aktivnostih v okviru delavne terapije, postavlja se vprašanje udeležbe proti volji posameznika. Čeprav te aktivnosti v ustanovah pomenijo pomembno popestritev življenja in zagotovo koristijo pri okrevanju osebe, se ne smejo pogojevati na način, da se sodelovanje dojema kot sodelovanje pri zdravljenju. Vsaj v eni psihiatrični bolnišnici se vodi tudi evidenca prisotnosti, kar že samo po sebi vzbuja dvom o namenu takega početja. Ali so posamezniki, ki se večkrat udeležijo takih aktivnosti, deležni nagrad v obliki predčasne premestitve na odprte oddelke, izhodov domov, začasnih izhodov iz oddelkov? Tukaj se izpostavlja tudi pravica do hrambe in posedovanja osebnih predmetov. Pogosto se teh ne da hraniti v zaklenjenih omaricah v sobah, ko bi imeli ljudje vedno dostop do njih, ampak je treba vrednejše predmete zaklepati v omaricah pri osebju. Posedovanje nekaterih osebnih predmetov lahko človeku pomeni tudi pomemben vidik zagotavljanja njegovega osebnega dostojanstva.

Posebno dimenzijo pri zagotavljanju temeljih človekovih pravic in osebnega dostojanstva pomeni tudi spoštovanje verskega prepričanja ljudi. Zdi se, da je vsaj za

⁶⁰ Več o tem glej tudi poglavje o institucionalnih ovirah pri delovanju zastopnikov 12.2.

pripadnike katoliške vere poskrbljeno ustrezno. Tako v socialno varstvenih zavodih kot psihiatričnih bolnišnicah, praktično povsod, potekajo verski obredi v ustanovah. Ponekod imajo tudi posebne prostore (kapelice), ki služijo samo temu namenu. V dosedanji praksi ni zaznati, da bi ljudem onemogočali udeležbo pri mašah ali molitvah, tudi ko se nahajajo na zaprtih oddelkih. Koliko oseb to možnost koristi, pa je težko reči, dejstvo pa je, da se do sedaj nihče ni pritožil, da mu je onemogočeno izkazovanje verskega prepričanja ali pripadnosti veri. Za sedaj se bolj v teoriji kot v praksi zastavlja vprašanje, kaj se zgodi takrat, ko pridejo določena verska prepričanja oseb morda v neposreden konflikt z zdravstveno in socialno obravnavo osebe. Kako bi se naprimer v ustanovah spoštovala pravica do posta kot izkazovanja pripadnosti krščanski ali islamski veri, ali pa prepričanja manj znanih verskih ločnic? Nekatere metode zdravljenja, so lahko v neposrednem konfliktu s temi prepričanja.

Iz nalog kandidatov za zastopnike in njihovih terenskih dnevnikov se je izoblikovala še ena dimenzija osebnega dostojanstva, ki bi jo lahko opredelili kot pravica do osebne higiene oziroma urejenega zunanjega videza. Osebna higiena je ponavadi stvar posameznika, vendar pa je v socialno varstvenih zavodih skrb zanjo prepuščena tudi osebju, ko slednji poskrbijo za nego onemoglih in nepokretnih oseb. Umivanje teh oseb poteka po ustaljenem urniku; osebe seveda ne umiva vedno ista oseba, kar je lahko tudi ponižujoče za nemočnega posameznika. Kako je tako serijsko umivanje izgledalo pred leti, smo lahko prebrali tudi v pričevanju ene izmed kandidatk. Posebej ponižujoče je, da imajo nepokretne osebe na voljo le dve plenici na dan. Vsak opravi potrebo več kot dvakrat dnevno, kar pomeni, da morajo v umazani plenici preživeti po več ur. Da se nepokretno osebo pospremi na sanitarije, je seveda potrebno določeno število osebja ali ustrezni pripomočki (voziček, dvigalo), vendar pa lahko trdimo, da je človeku odvzeto osebno dostojanstvo v primeru, ki ga navaja ena izmed zastopnic, da je »uporabnico osebje sililo, da potrebo opravi kar v plenice, ker nimajo časa, da bi jo pospremili na stranišče.« Poleg higiene pa je za nekatere osebe zelo pomemben tudi urejen zunanji videz. Tudi z videzom želijo ljudje pokazati svojo osebnost. Pomembno je, da psihiatrične bolnišnice omogočajo ljudem, da se oblačijo v dnevna oblačila. Danes je to po večini omogočeno, razen v primerih, ko osebo pripeljejo v bolnišnico v umazanih oblačilih in nima na voljo lastnih čistih oblačil. Takrat osebi dodelijo bolniška oblačila, so pa vsaj v eni bolnišnici zatrdili, da je njihova praksa taka, da osebi oblačila operejo in jih nato vrnejo nazaj. Kljub temu sem ob obisku psihiatričnih bolnišnic bil priča številnim osebam, ki so na hodnikih nosile oblačila ustanove. Skrb za zunanji videz mogoče res več pomeni mladim in ženskam, vendar se v ustanovah pogosto zgodi, da tudi ti nanj pozabijo. Ali res samo pozabijo ali pa je to zato, ker nimajo na voljo pripomočkov za negovanje videza, morda istih

pogojev kot izven ustanov (dostop do frizerja)? V primeru zastopanja, ki sem ga opravil v praksi, je bila na primer ena od želja klienta prav ta, da pride do pripomočkov za osebno higieno (brivski aparat, posebna krema), ki jih seveda ob pridržanju v bolnišnici ni imel s seboj. Koliko lahko pomeni urejen zunanji videz osebi, sem bil priča tudi ob obisku socialnega zavoda, ko mi je mlajše dekle povedalo, da se najbolj od vsega veseli obiska prostovoljke (frizerke), ki ji enkrat mesečno uredi frizuro.

Na koncu se lahko osredotočimo še na najbolj očitne kršitve človekovih pravic, osebne in telesne nedotakljivosti. Gre za tiste samoumevne kršitve do katerih je v (daljni) preteklosti prihajalo in so danes skoraj nepredstavljive. Pri varovanju temeljnih človekovih pravic in svoboščin je pomembno, da morajo zastopniki biti pozorni na vse vrste psihičnega in fizičnega nasilja in drugih zlorab, ki jih opazijo oziroma o njih poročajo zastopanci. Če se je pri opravljanju prakse zdelo, da so danes primeri nasilnega ravnanja osebja na srečo stvar preteklosti, pa je bil prvi primer zastopanja, ki ga je sprejel zastopnik v praksi povezan prav z uporabo prekomerne sile s strani osebja. V eni izmed psihiatričnih bolnišnic se je tako klientka pritožila, da jo je tehnik pri izvedbi PVU obrcal. Da je prišlo do prekomerne uporabe sile, so pričale tudi podplutbe, žal pa sta bila disciplinski postopek in obravnava pritožbe znotraj bolnišnice izvedena na način, da se proti tehniku niso sprožile nikakršne sankcije, klientka pa se je odločila za poravnavo. Res je, da ima vsaka zgodba dve plati in da so včasih tudi pacienti agresivni v svojih ravnanjih, vendar pa mora biti strokovno osebje usposobljeno za to, da PVU izvaja na strokoven način v skladu z merili. V tem primeru je očitno, da temu ni bilo tako, saj brce zagotovo ne spadajo k tem postopkom.

9.6.1. Vloga zastopnika

Doživljanje človekovega dostojanstva je ena najbolj subjektivnih izkušenj. Ima toliko različic in resnic, kolikor je ljudi. Za delovanje zastopnikov to pomeni, da morajo gledati na vsakega človeka posebej kot na osebo s svojimi lastnimi prepričanji in vrednotami; takšen je tudi njihov koncept dostojanstva. Vsakega posameznika morajo obravnavati individualno in sprejemati njegove želje, potrebe. Na individualni ravni dostojanstvo namreč pomeni predvsem pravico do samoodločbe na vseh področjih osebnega življenja in da lahko posameznik vpliva na odločitve drugih, ki vplivajo na njegovo življenje. Pri spoštovanju temeljnih človekovih pravic in svoboščin morajo zastopniki, biti pozorni predvsem na pravico do spoštovanja zasebnosti osebe, medtem ko je pri pravici do duševne in telesne celovitosti na prvem mestu skrb za preprečevanje vsakršnega fizičnega in psihičnega nasilja v ustanovah.

9.7. Pravica do informiranja

Pri pravici do informiranja moramo na kratko ločiti dve vrsti informacij, ki morajo biti podane uporabnikom, ko se znajdejo v oddelkih pod posebnim nadzorom oziroma v varovanih oddelkih. Ena skupina informacij se nanaša na to, kako se osebe obvesti o vseh njihovih pravicah, ki jim grede po zakonodaji, druga skupina informacij pa se nanaša na njihovo zdravstveno stanje, postopek zdravljenja, diagnoze. Tako pri informiranju o pravicah kot o postopku obravnave pa velja, da se ljudje ne zavejo svojih pravic oziroma so o njih slabo poučeni. Pri tem ustanove poskrbijo, da so informacije na voljo, lahko jih ljudem celo dajo, vendar se premalo naredi, da bi jih ti tudi dejansko dojemali. Vse ustanove poskrbijo, da so hišni red, pravila in tudi izvlečki pravic po zakonodaji ustrezno obešeni na oglasni deski oddelkov, vprašanje pa je, koliko uporabnike na njih tudi opozorijo. Ne moremo govoriti, da ustanove prikrivajo določene informacije uporabnikom, vendar pa se tudi ne trudijo prav posebej »reklamirati« njihovih pravic. Tako na primer lahko ugotovimo, da bi morali biti ljudje ob sprejemu seznanjeni z načrtom zdravljenja in se z njim tudi strinjati, a znajo le redki povedati, kakšen je ta načrt. Pogosto ljudje na oddelkih povedo, da so jim psihiatri premalo časa na voljo za dodatna pojasnila, dostop do medicinske dokumentacije pa jim je zavržen iz razloga, da utegnejo podatki v njej škodovati poteku zdravljenja. Tudi ko imajo dostop do zdravstvene dokumentacije in izvidov, težko dobijo nekoga, ki jim to dokumentacijo tudi primerno razloži. Poglejmo nekaj primerov, ki pričajo o tem, kako so ljudje informirani o svojih pravicah in postopkih zdravljenja:

- (1) »Gospod je bil pomanjkljivo seznanjen s svojimi pravicami po zakonodaji; težko je sklepati, ali temu botruje splošna nerazgledanost, dolgotrajno bivanje v institucijah (vse od sedemnajstega leta), omamljenost od zdravil ...«
- (2) »Uporabnica in tudi drugi sogovorniki niso seznanjeni s svojo diagnozo, zdravili, stranskimi učinki. V uveljavljanje pravice do drugega mnenja se ne spuščajo, saj nimajo niti možnosti izbirati izvajalca zdravstvene dejavnosti.«
- (3) »V varovalni bivalni enoti imajo na vidnem mestu izobešeno listo pravic, pravilnik o obravnavah pritožb, ustnih ali pisnih mnenj stanovalcev doma in hišni red.«
- (4) »Glede seznanitve o pravicah uporabnikov strokovni delavci načrtno ne seznanjajo uporabnikov in menijo, da bi morali seznaniti njihove najbližje osebe. Menijo, da uporabnikom s svojim delom in skrbjo omogočajo pravice, ki jim pripadajo. V skupini uporabnikov vprašani z moje strani menijo, da je za njihove pravice dobro poskrbljeno. Osebe z demenco o njenih pravicah ne seznanja nihče«

- (5) »Socialna delavka je zatrnila, da ob vsakem sprejemu pojasni hišni red in pravice oseb. Uporabnica se tega ni spomnila, pove pa, da je bila kar iz sebe ob prihodu.«
- (6) »Pacient ima pravico do neoviranega vpogleda in prepisa zdravstvene dokumentacije, ki se nanaša nanj, fotokopiranja ali druge reprodukcije zdravstvene dokumentacije. V PB Vojnik tega še nihče ni zahteval, mislim si, da sploh ne vedo.«
- (7) »V dnevnem prostoru imajo oglasno desko, na kateri so urniki in obvestila. Pravic iz ZDZdr na oglasni deski nisem opazila. Opaziti je bilo, da oglasna deska služi predvsem zaposlenim, razen dnevnega urnika aktivnosti, ki je namenjen pacientom.«

9.7.1. Vloga zastopnika

Zastopniki bodo morali skrbeti prav zato, da bodo klientom na voljo vse potrebne informacije o njihovih pravicah ter o poteku zdravljenja. Te informacije morajo podajati nepristransko. Pravica do informiranja nikakor ne pomeni, da so pravice in pravilniki objavljeni na oglasni deski in da se osebo ob prihodu seznanijo s temi pravicami. Potrebno je poskrbeti, da uporabniki dejansko razumejo posamezne pravice. Informiranje je popolno šele takrat, ko je podano na način, ki je uporabniku razumljiv. Ko vidijo, da zastopanci informacij ne razumejo, morajo preveriti, ali se jih da povedati na drugačen način, na primer z uporabo konkretnih življenjskih primerov. Zastopaneec potrebuje morda informacijo v posebni obliki sporočanja, mogoče v drugem jeziku, znakovnem jeziku, preko slikovnega gradiva, v Braillovi pisavi. Če zastopniki določenih informacij ne poznajo ali jih nimajo, naj klienta usmerijo na ustrezne službe, ki mu bodo te informacije podale, ali pa jih zanj sami poiščejo. Informacije naj poiščejo iz različnih virov oziroma morajo biti klientom na voljo, da jim pojasnijo informacije, ki so jih dobili od drugih, a jih niso razumeli. Kar moramo vedeti, je, da zastopniki ob informiranju o pravicah, ki jih ima posameznik, nikoli ne posegajo v delovanje drugih profilov. S tem, ko osebo informirajo o pravicah, ki jih ima po Zakonu o pacientovih pravicah, ne opravljajo nalog zastopnika pacientovih pravic. Prav tako ne prevzamejo nalog odvetnika, če osebo informirajo o poteku postopka sprejema proti volji, jo informirajo o možnostih pritožbe, ki jih ima na sklepe sodišč. Tudi ne posegajo v vlogo psihiatra, če osebi pridobijo informacije o zdravljenju, poteku zdravljenja, stranskih učinkih in podobno.

9.8. Pravica do zastopnika

Nekatere dileme glede pravice do zastopnika bodo predstavljene v poglavju o zakonskih ovirah in pomanjkljivostih za delovanje zastopnikov, saj na žalost te pravice nimajo vsi ljudje oziroma jo bodo nekateri le težko uveljavljali. Pri pravici do zastopnika se postavlja

predvsem vprašanje dostopnosti storitev. Čeprav imajo osebe pravico do zastopnika vedno, ko se nahajajo na zaprtih oddelkih, ti ne morejo zagotoviti 24-urne dosegljivosti. Treba pa je vzpostaviti zastopniško službo, ki bo čim bolj odzivna na potrebe ljudi, in prav temu je v prvi fazi vzpostavljanja mreže zastopnikov na terenu potrebno posvetiti veliko pozornosti. Pravica do zastopnika pa je brezpogojna, zato je ustanove ne smejo omejevati. Zelo pomembno je, da ustanove podajo ljudem informacije o tem, da imajo možnost do zastopnika. Imajo na vidnih mestih obešene informativne plakate o zastopnikih in na voljo zloženke, ki jih ljudje lahko preberejo. Kar opažamo v praksi je, da čeprav zastopniki delujejo od 1. decembra, ljudje, ki se nahajajo na oddelkih pod posebnim nadzorom, še vedno ne vedo za to pravico. Ustanove nimajo obešenih plakatov na oddelkih ali pa nimajo na voljo zloženek. Do sedaj je znana le ena pritožba, ko se je klient pritožil, da ga niso takoj obvestili o pravici do zastopnika, s čimer so mu jo pravzaprav tudi omejili. Pri dostopnosti je pomembno omeniti, da so zastopniške storitve za ljudi brezplačne, zastopniki tako ne zaračunajo svojega dela. Pomembno pa je tudi, da zastopniki lahko delujejo na krajih kjer jih ljudje najbolj potrebujejo. V psihiatričnih ustanovah to pomeni, da imajo dostop do vseh oddelkov kjer se nahajajo njihovi zastopanci.

9.8.1. Vloga zastopnika

Zastopniki morajo biti dosegljivi za kliente naslednji delovni dan po klicu, zaželeno pa je, da se zastopnik odzove pozivu čim prej, če je to le mogoče. Dostopnost storitev pomeni tudi, da zastopniki prepoznajo različnost uporabnikov in si prizadevajo, da imajo do njenih storitev enakopraven dostop vsi, ne glede na kulturo, jezik, državljanstvo, oviranosti ali druge okoliščine. To zahteva od njih tudi nekatere posebne metode dela s posameznimi ciljnim skupinami. V obzir morajo vzeti posamezne kulturne, verske in etične raznolikosti, ki jih srečujejo pri delu z ljudmi, saj morajo enake standarde in kvalitete storitev nuditi vsem ljudem.

10. Analiza primerov zastopanja glede na potek zastopniške akcije

V tem delu naloge bom analiziral praktične primere zastopanja in ostalo empirično gradivo glede na potek zastopniške akcije. Pri tem velja omeniti, da so bili primeri praktičnega zastopništva, ki so bili izpeljani v času prakse, praviloma enostavni, saj so morali biti take narave, da jih je bilo mogoče učinkovito izpeljati v času opravljanja prakse. Tako je bilo včasih zelo težko pri nalogah upoštevati vse faze, ki jih imajo kompleksne zastopniške akcije:

- *Pisni dogovor o zastopanju*: zastopnik sklene dogovor, ki vsebuje določitev problema, identificirane želje in zaželeno cilje. Klient zastopniku sporoči na katerih področjih si želi njegove podpore.

- *Faza informiranja*: zastopnik osebo informira o možnostih, kako doseči zastavljene cilje in kateri so ključni viri za dosego posameznih ciljev. Zastopnik predstavi vse možnosti, ki so na voljo.
- *Faza izbire*: zastopnik izbere pot za uveljavljanje ciljev, ki se mu zdi najprimernejša. Z zastopnikom določita seznam nalog, potrebnih aktivnosti, ki jih je potrebno opraviti, in kdo bo nalogo opravil. Postavi se okvirne roke za izvedbo naloge in dosego cilja.
- *Faza izvedbe*: sledi postopek uresničevanja zastavljenih nalog, ter sprotno preverjanje uresničevanja posameznih ciljev. Naloge se lahko po potrebi dopolni, spremeni roke za izvedbo oziroma izvajalca naloge.
- *Faza evalvacije*: na koncu je potrebno opraviti še evalvacijo zastopniške naloge. Preverti je treba, ali so doseženi zastavljeni izidi in katere okoliščine, ovire so preprečile dosego le-teh. Evalvacija tudi omogoči, da zastopnik preveri, ali je res storil vse, kar je bilo mogoče v določenem primeru, ali pa želi klient, da se opravi še kakšno nalogo.

Kljub temu da je zbrano gradivo vsebovalo zelo enostavne primere zastopanja, so se pri analizi vsebine pokazale nekatere težave, s katerimi se bodo srečevali zastopniki, v posameznih fazah zastopniške akcije. Nenazadnje se ta problematika potrjuje tudi v sedANJI kratkotrajni praksi delovanja zastopnikov. Pri vsakem koraku izvedbe zastopniške naloge bom, kot v prejšnjem poglavju, podal tudi napotke, ki so lahko zastopnikom v pomoč pri razreševanju posamezne dileme. Smernice za delovanje zastopnikov, ki so podane v tem in naslednjem poglavju (zastopniška načela), so povzete po zagovorniški praksi in napotkih za učinkovito izvajanje neodvisnega zagovorništva, ki so jih za svoje delo izdale zagovorniške organizacije v Angliji in druge mednarodne organizacije, ki delujejo na področju zagovorništva (WHO, MDAC).⁶¹ Seveda sem te napotke nekoliko priredil glede na naloge in vlogo, ki jih ima zastopnik po naši zakonodaji, nenazadnje pa sem pri napotkih upošteval tudi posebnosti, ki veljajo pri nas. Take posebnosti so poleg samega zakona zagotovo tudi geografska majhnost, neenakomerna pokritost z mrežo ustanov in nevladnih organizacij, tradicija psihiatrične oskrbe.

⁶¹ Priročniki:

- *Independent Mental Health Advocacy - Effective practice Guide*, organizacije National Mental Health Development Unit.
- *Code of Practice Mental Health Act 1983*, Department of Health.
- *The Mind Guide to Advocacy*, organizacije MIND.
- *Advocacy For Mental Health*, organizacije WHO.
- *Advocacy Services for People with Mental Health Problems and Intellectual Disabilities: Guidance and Model Policies*, organizacije MDAC.

10.1. Dogovor o sodelovanju, določitev ciljev in želja

Dogovor o zastopanju, ki ga skleneta zastopnik in njegov klient, je pogoj za začetek vsake zastopniške aktivnosti. Pri tem mora biti zastopnik pozoren, da prisluhne njegovim željam, ciljem in izve, kaj si zastopanelec dejansko želi, saj včasih določene želje ne izrazi na jasnem način. Kot bomo videli v nadaljevanju, je tukaj potrebna predvsem primerna komunikacija. Tudi sam sem bil priča primeru, ko je zastopanelec pripovedoval zgodbo, pri kateri nekatere njegove želje niso prišle takoj do izraza. Tako je na začetku povedal, da ga doma zastrepajo sosede in da zaradi smradu bivanje doma ni mogoče. Policija ob njegovi prijavi ni ukrenila ničesar. Prav zaradi tega se je bil prisiljen zaščititi s posebno obrazno masko, kar je po njegovem glavni vzrok, da je pristal v psihiatrični bolnišnici, saj ga nihče ni jemal resno. Njegova prva želja je, da mu pomagamo preprečiti zastrepjanje s strani sosedov, ki ga je deležen. Ko smo skupaj s skupino preverjali, kaj vse je možno narediti, da bi se smrad preprečil, kdo vse lahko preveri izvor smradu in ukrepa, smo prišli do ugotovitve, da si klient želi preselitve v novo najemniško stanovanje, saj je staro neprimerno. Ta rešitev se mu zdi tudi edina primerna, da se bo zaščitil pred zastrepjanjem. Tako vidimo, da bodo včasih prave želje klienta prišle do izraza šele tekom daljšega razgovora o tem, kaj si od zastopnika želi. Klient ni želel od nas, da preverjamo pri sosedih in policiji, ali ga res zastrepajo, kot smo sprva mislili, ampak je imel predvsem željo po spremembi bivališča, čeprav je to željo izrazil z besedami, da rabi pomoč pred zastrepjanjem.

Ko govorimo o dogovoru za zastopanje, moramo vedeti, da obstajajo nekateri predpogoji za sklenitev le-tega. Iz prakse delovanja in analize konkretnih primerov sem zaznal tri take predpogoje, ki morejo biti uresničeni, da oseba sploh lahko sklene dogovor:

- *Zakonski predpogoj*: prvi predpogoj se nanaša na izpolnjevanje zakonskih pogojev pri pravici do zastopnika. Imajo jo samo osebe na zaprtih oddelkih in pooblastilo lahko sklenejo le osebe s poslovno sposobnostjo.
- *Predpogoj informiranosti*: drugi predpogoj se nanaša na informiranost oseb, da sploh vedo, da imajo na voljo zastopnika pravic in da razumejo njegovo vlogo.
- *Predpogoj izražanja volje*: ta predpogoj se nanaša na dejstvo, da morajo biti osebe tudi sposobne same izraziti željo po zastopniku, saj ga drugače, razen če zanj podpiše pooblastilo najbližja oseba, ne morejo dobiti.

Glede prvega predpogoja poseben problem predstavljajo predvsem situacije, ko lahko klienti sami jasno izrazijo svoje želje in potrebe po zastopniku, vendar pa ni zakonske osnove

za sklenitev dogovora o sodelovanju, saj mora to v njihovem imenu narediti zakoniti zastopnik. Tukaj je potrebno poiskati dobre prakse, da bodo zakoniti zastopniki tudi omogočali vzpostavitev dogovorov (podpisali pooblastilo) in jih ne bodo preprečevali na škodo oseb. Tekom praktičnega izobraževanja je bil zaznan en tak primer, ko se je hčerka, preden je podpisala pooblastilo o zastopanju za mamo, izrecno zanimala starost in profesionalno znanje zastopnice, ki ga je v pogovoru tudi preverila, v nasprotnem primeru ni želela podpisati pooblastila, čeprav si je mama želela pomoči zastopnice. Njena skrb je bila morda dobronamerna, a kaj bi se zgodilo, če ne bi podpisala pooblastila; kdo bi potem zasledoval želje zastopanke?

V praksi se je že pokazalo tudi, kako pomembna je zadostna informiranost ljudi o delovanju zastopnikov. Premalo je, da je oseba o pravici do zastopnika samo poučena ob sprejemu v ustanovo in da je objavljena lista zastopnikov. Tudi trenutne izkušnje iz prakse so take, da veliko ljudi, ki se nahajajo v oddelkih pod posebnim nadzorom, ne poznajo vloge zastopnika, psihiatrične bolnišnice pa vse prej kot promovirajo ta institut. Tako se v praksi dogaja, da se na zastopnike obračajo osebe, ki jim ta pravica ne pripada, ali pa se obračajo z željami in nalogami, ki jih zastopniki ne morejo izpolniti. Kot bomo videli v nadaljevanju, osebe zastopnika pogosto razumejo kot nekoga, ki bo reševal njihov socialni položaj, kar pa neposredno ni v domeni zastopnika. Enako velja tudi za razreševanje stanovanjske problematike iz uvodnega primera. Zastopniki lahko klienta napotijo na ustrezne službe, a mu ne morejo jamčiti kakršnegakoli uspeha pri uveljavljanju teh želja.

Posebej je potrebno izpostaviti še eno problematiko, s katero se soočajo zastopniki na varovanih oddelkih socialno varstvenih zavodov, in sicer gre za delo z dementnimi ljudmi. Ti ljudje težko sami izražajo željo po zastopniku, niti ne razumejo njegove vloge. Tako bo potrebno v prihodnosti veliko pozornosti namenjati delovanju zastopniške službe s to ciljno skupino. Tukaj ne moremo pričakovati, da bodo ljudje sami kontaktirali zastopnike in se obračali na njih, ampak bodo slednji nujno morali mednje in opazovati, kdo vse potrebuje njihovo pomoč. Veliko več bo tudi sodelovanja s svojci in zakonitimi zastopniki. V kolikor ima taka oseba zakonitega zastopnika, svojce ali druge bližje osebe, seveda skuša zastopnik doseči dogovor o sodelovanju z njihovo privolitvijo. Tako prakso omogoča tudi zakonodaja. Praktično vsi kandidati, ki so delovali na varovanih oddelkih, kjer so nameščeni ljudje z demenco, podobno opisujejo situacije, kako težko je sploh vzpostaviti pogovor, kaj šele dogovor o sodelovanju, pri katerem osebe razumejo vlogo zastopnika:

- (1) »Prvi vtis, ko pridemo na varovani oddelek, je, da gospa Rozi ni ravno take volje, kot prejšnji dan. Poseda na fotelju, prejšnji dan je bila bolj nasmejana, sproščena. Naš krog stanovalcev se skrči, nekateri se umaknejo, včerajšnji sogovorniki pa ne pozdravijo vsi.

Gospa Rozi nas sicer pogleduje, vendar se mi zdi, da je z mislimi odsotna; mislim, da smo jo spravile v stisko. Ponovno jo povprašamo o tem, ali je pripravljena na sodelovanje, na naš pogovor. Odgovarja kratko, jedrnato. Sama zaključi, da njej pa res niso kršene pravice. Prepričana sem, da se gospa ne bi obračala na zastopnika, tudi če ima to pravico. Sami pa moramo upoštevati tudi njeno pravico do lastnega odločanja, tudi če se nam zdi, da ji je kršena določena pravica.«

- (2) »Prišle smo na varovani oddelek, pozdravljale stanovalce, k meni je takoj pristopila stanovalka, me začela božati po laseh, ko sem jo pogledala, se je odmaknila. Nato sem posebej pozdravila samo njo, a se ni odzvala, samo ponovno se je približala in nadaljevala z božanjem. Ostali stanovalci so sedeli, drugi so se sprehajali, nekateri so se smehljali, drugim pa se njihova obrazna mimika sploh ni spremenila, kot da nas ne vidijo. Povabili smo jih v dnevno sobo in jim pojasnili namen našega obiska. Gospod Marjan nam je takoj pojasnil, da se mu danes ne da pogovarjati.«
- (3) »Glede na začetno situacijo, kjer je sem dobila vtis, da ne bom imela nobenega dela, sem z opravljenim zadovoljna. Iz tega izhajam in bi ponovno poudarila, da bi zastopnik moral imeti svoje mesto v domu. To bi bil določen čas, ko bi se sam sprehodil med stanovalci, malo poklepetal. V začetni fazi pogovora je bilo vse super in na vprašanje, če ima kdo kakšne težave, pripombe nismo dobile nobenega izhodišča. Šele kasneje, po uri klepeta, je zastopanka tako mimogrede povedala, kako je z njenimi izhodi«
- (4) »Gospe sem se predstavila in na zelo enostaven način povedala, zakaj sem pri njej. Gospa je v pogovor privolila. Preverila sem, ali razume namen mojega obiska, in ugotovila, da je gospa razumela, da ji hočem nekaj dobrega, pravega pomena pa ni razumela.«

Pri vzpostavitvi stika z osebami se je pri zastopniških kandidatih pojavila dilema, kako ta odnos sploh vzpostaviti, oziroma kako naj stopijo v kontakt z ljudmi. Zakon predvideva, da zastopnika pooblastijo osebe same, najbližje osebe ali zakoniti zastopniki, nič pa ne določa, kdo vse zastopnika lahko napoti do osebe. Ali naj zastopnik naprimer le sedi v svoji pisarni in čaka, da pridejo ljudje sami do njega oziroma ga pokličejo na službeni telefon, ali pa naj se tudi sam promovira in sam vzpostavlja kontakte z ljudmi, ki se nahajajo na oddelkih. Danes zastopniki že poročajo o primerih, ko jih do klientov napotijo najbližje osebe, saj včasih oseba sama ne more niti klicati iz ustanove. Kako je prisotnost na oddelkih pomembna, priča tudi dejstvo, da je v dosedanji praksi malo klicev oseb, ki si želijo zastopnika, ko pa se zastopnik pojavi na oddelku, se ljudje vedno zanimajo, kdo pravzaprav je in kako jim lahko pomaga. Treba pa je seveda paziti, da tako reklamiranje zastopnikov po oddelkih ne postane preveč

vsiljivo ali sugestivno. Nikakor ni primerno, da zastopnik vsiljuje svoje storitve. Zastopniki se morajo zavedati, da nekatere osebe ne bodo želele skleniti dogovora o sodelovanju, čeprav bi jim pomoč prišla prav in tudi take želje je potrebno razumeti. Osebe imajo pravico do zastopnika, ni pa njihova dolžnost, da si ga izberejo. V zastopniških dnevnikih lahko zasledimo naslednja pričevanja, ki kažejo na to, da določene osebe ne bodo želele uslug zastopnikov:

- (1) »Gospa je vljudno pojasnila, da se za zdaj še ne želi pogovarjati, saj je bila sprejeta v bolnišnico pred kratkim in si mora stvari, ki ji rojijo po glavi, urediti. Z razumevanjem sva pojasnili, da to ni obvezno in da naju lahko, če želi, vedno poišče na oddelku.«
- (2) »Kadar koli sem ji zastavila vprašanje, nanj ni odgovorila ali pa je pričela govoriti bodisi o maši bodisi o smučarskih skokih. Gospa zraven nje z menoj ni želela govoriti. Ni pa bila edina, ki je pogovor zavrnila.«

Kot je razvidno iz poročanja zastopnikov je v oddelkih pod posebnim nadzorom dogovor z osebo otežen predvsem takrat, ko je ta v duševnem stanju, ki ji otežuje normalno mišljenje in ne zmore izraziti svojih želja ali pa to počne na nerazumljiv način. Tudi iz prakse zastopniki poročajo o primerih, ko dogovora s klientom nikakor ni bilo mogoče skleniti ob njihovem prvem obisku, ampak ga je bilo potrebno obiskati ponovno čez nekaj dni. Postavlja se vprašanje, kdaj je oseba pripravljena na dogovor o sodelovanju. Zastopnik mora poskrbeti, da je dogovor o sodelovanju sklenjen na način, da klient razume, kakšna je njegova vloga in kaj lahko naredijo zanj. Za vzpostavitev dogovora je temeljna primerna komunikacija, ta pa, kot poročajo kandidati za zastopnike, včasih ni najustreznejša, predvsem zaradi stranskih učinkov zdravil, ki otežujejo govor in misli zastopanca, s tem pa tudi komunikacijo:

- (1) »Pogovor je bil dokaj otežen, saj je bil gospod močno pod vplivom zdravil in je posledično dokaj momljal, obenem pa je uporabljal dokaj močno primorsko narečje.«
- (2) »Ta dan je bil katastrofalen. Prišla je Manja, vsa nerazpoznavna od učinkov zdravil. Nikakor ni šlo, da bi ta dan nadaljevale zastopniško nalogo skupaj z Manjo.«

Pri komunikaciji in vzpostavitvi dogovora z zastopancem o sodelovanju je vsaj teoretično možen še en zaplet okoli jezika, ki pa vsaj do sedaj v praksi ni bil pogost. Le v enem primeru se je zastopalo gospo, ki se je odzivala le na hrvaščino in še to bolj intenzivno na moški glas. Zagotovo pa se bo zgodilo tudi to, da zastopnik ne bo mogel vzpostaviti dogovora o sodelovanju zaradi nerazumevanja jezika, v katerem mu bo klient sporočal želje. V redkih primerih se lahko na oddelkih pod posebnim nadzorom znajdejo tudi tujci, ki bodo želeli

pomoč zastopnika. Podoben problem lahko nastane tudi takrat, ko je potrebno dogovor skleniti z gluhonemo osebo.

Pri definiciji problemov in ciljev, ki jih v dogovoru za sodelovanje posreduje klient, je potrebno poudariti še nekaj posebnosti pri delovanju zastopnikov. Zakon namreč določa, da »zastopnik v okviru nalog spoštuje želje osebe, če te za osebo niso škodljive.« Katere so tiste želje, ki so za uporabnika škodljive, in kako jih zastopnik presoja? Nujno je treba doreči, kje so tiste meje (suicidalnost, storitev kaznivega dejanja po kazenskem zakoniku), ko zastopnik lahko zavrne želje osebe, saj sedaj zakon dopušča arbitrarnost pri odločanju. Kaj pa storiti z željami, ki sicer niso nevarne in škodljive za klienta, so pa nerealne in zastopniki vnaprej vedo, da jih ne morejo izpolniti? Pojavi se dilema, kako naj zastopniki ravnajo, ko želje klienta morda niso škodljive, so pa v nasprotju z njihovimi moralnimi normami. Ali lahko odklonijo sodelovanje? Sicer pa so želje, ki so jih izražali uporabniki, zelo raznolike; tako so se na zastopnike obračali z zahtevami za podporo pri premestitvi v drug zavod, željo po večjem številu izhodov in začasnem odpustu, podajanjem pritožbe v zvezi z nepravilnostmi pri uporabi PVU-ja, pa tudi z nekaterimi povsem preprostimi željami, kot so kozarec vode ob postelji, več denarja za telefon, posedovanje brivskega aparata.

10.1.1. Smernice za delovanje

Praden zastopniki sklenejo dogovor o sodelovanju, morajo zadostiti načelu »jasnega namena delovanja.«⁶² Zastopniki morajo tako svojim klientom jasno predstaviti načine svojega delovanja, pristojnosti, naloge in nenazadnje vsa načela, po katerih delujejo. Pri tem morajo jasno predstaviti tudi omejitve v svojem delovanju in česa ne morejo narediti za klienta. Pogosto se zgodi, da se na zastopnike ljudje obračajo z nalogo, ki ni v njihovi pristojnosti.

Pri dogovoru o sodelovanju, uveljavljanju želja oziroma ciljev, ki jih želijo klienti uresničiti, je najpomembnejša ustrezna komunikacija z zastopanci. Ta mora potekati na spoštljiv način in tako, da klient razume zastopnike, tako njihova sporočila kot njihovo vlogo. Predvsem pa morajo zastopniki narediti vse, kar je v njihovi moči, da resnično razumejo želje, ki jih sporoča klient. Mnoge želje in problemi klientov se pokažejo šele tekom vsakdanjega pogovora. Pri tem pridejo še kako v poštev osebnostne lastnosti in znanje posameznih zastopnikov, ki znajo vzpostaviti dialog, v katerem bo oseba začutila določeno varnost in bo lahko zaupala svoje probleme. Pomembno je aktivno poslušanje. Zastopniki morajo biti pozorni tudi na neverbalno komunikacijo, saj tudi ta lahko izraža mnoge želje. Postavljajo naj dodatna vprašanja, če česa ne razumejo ali pa če opazijo kontradiktornost v klientovih željah.

⁶² Glej poglavje 5.4.3.

Ko sklenejo dogovor o zastopanju, je dobro na koncu še enkrat preveriti, ali klient razume, kaj sta se dogovorila oziroma morajo preveriti, ali je njihovo razumevanje o tem, kaj naj naredijo, ustrezno. Dobro je vedeti tudi, da nekatere osebe težko ohranijo pozornost dalj časa. Prilagoditi je treba dolžino sestankov, napraviti odmor, se po potrebi dogovoriti za obisk ob drugem času, ki klientu bolj ustreza. V primerih, ko zastopnike pooblastijo najbližje osebe oziroma zakoniti zastopniki morajo biti zastopniki pozorni, na to, da res zasledujejo želje in pravice svojih klientov, ne pa želja zakonitih zastopnikov in bližnjih oseb. Preveriti morajo, ali se zastopanelec sploh želi srečati z njimi, in ga poučiti, da ni dolžna sprejeti njihovih uslug, oziroma ima pravico preklicati pooblastilo.

10.2. Informiranje o različnih možnostih kako doseči cilje, identifikacija ključnih virov in določitev nalog za dosego cilja

Iz poročil o opravljenih zastopniških nalogah je opaziti, da imajo zastopniki (kandidati) dovolj splošnega in strokovnega znanja, kako celovito svetovati klientom pri uveljavljanju njihovih pravic. Zastopniki so pri iskanju možnosti, kako zagotoviti uveljavljanje pravic oseb in doseči posamezne cilje (uresničevanje želja), podali več alternativnih možnosti. Tako so za uspešno izvedbo zastopniške naloge pogosto predlagali nekatere:

- *Socialne ukrepe*: vključevanje ključnih akterjev, druženje s prostovoljci, pogovor z oddeležno sestro; obiskovanje dnevnih centrov; vzpostavitev stika s svojci; udeležba na delovni terapiji.
- *Tehnične ukrepe*: primernejši invalidski voziček; uporaba dvigala pri premestitvi; zagotovitev denarja, pripomočkov za pisanje, mobilnih telefonov, dostopa do e-pošte.
- *Informativne ukrepe*: obveščanje svojcev, strokovnega osebja o pravicah ljudi in njihovih željah; pridobivanje potrebnih informacij za zastopanca.
- *Pritožbene ukrepe*: pritožba nad delom ustanove (pri direktorju ustanove ali zastopniku pacientovih pravic) in sprožitev upravnega nadzora nad uvedbo PVU; pritožbe na sklepe sodišč o uvedbi prisilne hospitalizacije in omejitvi pravic.
- *Alternativne ukrepe*: spremembe navad in praks v ustanovi; učenje razreševanja konfliktov; iskanje alternativnih možnosti, ki nadomeščajo uvedbo PVU.

V dosedANJI praksi se je izkazalo, da je dobro, da zastopnik poznajo vso relevantno zakonodajo in pravilnike. Tudi če zastopniki niso pravniki, je dobrodošlo, da znajo posamezno željo klienta preučiti znotraj zakonov in pravilnikov. Če tega sami ne zmorejo, pa naj se po pomoč obrnejo na ustrezne službe. Ne smemo pozabiti, da zastopniki uresničujejo tiste

želje, ki se nanašajo na uresničevanje zakonskih pravic. Tako je res pohvalen primer zastopanja, ko je imela gospa v enem od zavodov težavo zaradi neustreznega invalidskega vozička. Tako fizioterapevtke kot ostalo osebje so zatrjevali, da imajo pač na voljo v zavodu samo take vozičke, nihče pa ni preveril, ali ima gospa pravico do drugačnega, ustrežnejšega pripomočka. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, kjer je opredeljena tudi pravica do medicinsko tehniških pripomočkov, je zastopnica z obrazložitvijo pridobila sama s strani oddelka za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja iz Novega mesta. Tako je ugotovila, da gospe brez doplačila pripada ustrežnejši invalidski voziček (ležalnik), ki pa ga lahko predpiše le specialist na *Zavodu za rehabilitacijo Soča*. Pravilnik je posredovala tako fizioterapevtki in socialni delavki kot tudi vodji službe zdravstvene nege.

Večji problem kot pri samem informiranju o različnih možnostih, kako doseči zastavljene cilje, sem zaznal pri določitvi ključnih virov in določitvi nalog za dosego cilja. Predvsem gre za to, da so kandidati za zastopnike premalo spodbujali uporabnike k samozagovorništvu in k aktivnemu reševanju svojih problemov. Tukaj bomo morali biti v prihodnje pozorni, da zastopniki s svojim delom res prispevajo h krepitvi moči posameznikov. Večina primerov zastopanja je potekala na način, da so zastopanci sporočili svoje želje, izbrali možnosti za dosego ciljev (določili naloge zastopnikov), nato pa pasivno čakali, kakšni bodo rezultati dela zastopnikov. Res so zastopniki tisti, ki pomagajo ljudem, a prva naloga je, da jih spodbudijo k temu, da sami rešujejo svoje težave in prevzamejo samozagovorniško držo. Pogosto se k izvajanju nalog, ki so potrebne pri uresničevanju ciljev, vključi vse ostale ljudi (svojce, osebje), ki prevzamejo aktivno vlogo, le zastopancu se ne določi nobenih nalog. Res je, da so ti pogosto pasivni v delovanju in jim tak način, ko se jim ni potrebno izpostavljati, ustreza, vendar bi jih morali zastopniki pri tem spodbujati. Zastopnik nikakor ne bi smel postati še en od profilov, ki bi proizvajal nove vrste odvisnosti oseb s težavami v duševnem zdravju od drugih. To je vsekakor ena večjih pomanjkljivosti, ki je bila razvidna iz tega, kako so potekali praktični primeri zastopanja, ki so jih opravili kandidati za zastopnike. Večina primerov zastopanja je identificirala ključne naloge za izvedbo zastopniške akcije na način, ko bi jih lahko opravil zastopanec sam, a so to namesto njega opravili drugi:

- (1) »V začetku smo opravili pogovor s stanovalko, nato smo opravili pogovor z delovno terapevtko in s socialno delavko, ki bo tudi kontaktirala svojce. Obljubi nam, da bo to storila do naslednjega obiska čez dva dni. Delovna terapevtka bo nekoliko bolj pozorna na zastopanko, predala bo informacijo popoldanski negovalki, ki si bo vzela čas in gospo pospremila na sprehod vsaj tisti dan, ko ne bo svojcev.«

- (2) »Gospo vprašam, ali želi, da govorim s socialno delavko. Zagotovim ji, da jo bom obvestila o vseh informacijah, ki jih bom dobila v pogovoru s socialno delavko.«

Ena redkih zastopniških nalog, kjer je uporabnica tudi dejavno sodelovala pri izvajanju zastopniške naloge, je potekala v Psihiatrični bolnišnici Ljubljana:

- (1) »Manja si je zastavila nekaj nalog, ki jih je potrebno opraviti, da zmanjša tveganje pri uživanju akinetonov. Večino nalog, ki jih je potrebno opraviti znotraj bolnice, bo izvedla sama. Vse dogovore s sestrami in tehniko bo opravila sama. Z očetom se bo dogovorila, da ji priskrbi novo telefonsko številko.«

10.2.1. Smernice za delovanje

Tukaj pridejo do posebnega izraza osebne kompetence zastopnikov. Dobro morajo poznati vso relevantno zakonodajo, delovanje služb in organizacij na področju duševnega zdravja. Pomembno je, da poznajo delovanje sistema v psihiatričnih bolnišnicah in socialno-varstvenih zavodih iz prve roke ali kot osebje, še bolj pa iz uporabniške perspektive. Zastopniki, ki bodo poznali vse relevantne informacije, bodo lahko tudi najbolj celovito informirali kliente o različnih možnostih, kako doseči posamezne cilje. Zelo pomembno je, da poskušajo zastopniki ponuditi čim več različnih možnosti. Pri dodelitvi nalog za doseg posameznih ciljev je pomembno, da zastopniki delajo po načelu krepitev moči. Zaželeno je, da čim več nalog opravi klient sam, spodbuja se jih k samozagovorništvu. Pri tistih nalogah, kjer potrebuje podporo, pa mu jo seveda zastopniki nudijo. Pri vsakem primeru zastopanja, v kolikor ne gre za enostavne primere, je dobro, da se naredi načrt zastopanja, ki vsebuje roke in zaželeno cilje, a je kljub temu dovolj fleksibilen za kasnejše spremembe.

10.3. Izvajanje zastopniške akcije

Vse težave in problematika, ki tako ali drugače ovirajo izvajanje zastopniške akcije, so pravzaprav predstavljene že sproti po posameznih poglavjih celotnega empiričnega dela naloge. Na tem mestu lahko nadaljujemo le z mislijo o tem, zakaj je dobro imeti fleksibilen načrt poteka posameznih zastopniških nalog. V kolikor zastopniki mislijo, da so svojo nalogo opravili uspešno takrat, ko so dosegli cilje s prejšnjega srečanja, se lahko krepko motijo. Fleksibilen načrt zastopnikom omogoča, da ob naslednjem sestanku preverijo, katere naloge so bile opravljene, katere cilje so dosegli, ali je zastopniška naloga s tem končana ali pa je potrebno narediti še kaj. V praksi se je izkazalo, da je potrebno ob vsakem srečanju preverjati, kakšni so cilji in želje klientov, saj se pogosto zgodi, da jih ti vmes spremenijo, dopolnijo.

Zastopniki jih morajo opozoriti, da lahko svoja navodila kadarkoli spremenijo in umaknejo, celo dopolnijo in da s tem ni nič narobe. Razumeti moramo, da bodo zastopanci veliko želja sporočali v hudi stiski, v težkih okoliščinah, ko so zmedeni zaradi stranskih učinkov zdravlil in stresne situacije, ki jo s seboj prinese prisilna hospitalizacija, zaradi česar težko uredijo svoje misli in sprejemajo pomembne odločitve. Vendar je vloga zastopnikov ravno ta, da se s tem ne obremenjujejo, ampak spoštujejo vse želje, pri katerih lahko pomagajo klientu. Prav o tem razmišlja tudi ena izmed zastopnic v svojem dnevniku:

(1) »Pri Julijanu je bilo tudi vidno, da se je zgodba prvega razgovora spremenila, želje so bile povsem druge. Tu se mi poraja vprašanje, kako slediti uporabniku, ki je na zaprtem oddelku bolnice v »svojem filmu« in kako lahko delo zastopnika sploh začrtamo v neko dolgotrajno smer. Jo popravljamo z vsakim obiskom, ko preverjamo, kaj mu ni všeč v bolnici in kaj želi od nas?«

10.4. Zaključek sodelovanja in evalvacija

Zaključek sodelovanja je predviden takrat, ko uspešno ali neuspešno končamo zastopniško akcijo. V nekaterih primerih pride do zaključka sodelovanja tudi, ko primera zastopanja nismo mogli izvesti zaradi drugih razlogov. V praksi se pogosto zgodi, da so klienti prej premeščeni na odprti oddelek ali celo odpuščeni iz psihiatrične bolnišnice, preden je določena zastopniška akcija izvedena v celoti. To se v nekaterih primerih dogaja, še preden zastopnik sploh obišče osebo, torej še preden sploh skleneta kakršenkoli dogovor o sodelovanju. Tega pa ni pričakovati na varovanih oddelkih, saj so tam ljudje nameščeni za dolgotrajnejša obdobja. Dilema, ki so jo izpostavili zastopniki, se pojavi takrat, ko akcije niso izpeljali, a bi jo lahko, če klient pred tem ne bi preklical dogovora o sodelovanju. Ali je primerno, da se zastopniki spuščajo v razloge, zakaj je nekdo odstopil od svojih želja in ciljev? Primeri, ko je uporabnik odstopil od svojih želja oziroma jih je spremenil, so kar pogosti.

Iz prakse pa se pojavlja vprašanje, ko še sedaj ni znano, kako točno tolmačiti zakon glede veljavnosti pooblastila za zastopanje. Iz zakona ni povsem razumljivo, koliko časa velja pooblastilo za zastopanje, če ga oseba ne prekliče. V praksi so pogosti primeri, ko je oseba izpuščena na odprti oddelek in premeščena nazaj na zaprti. Ali staro pooblastilo še velja (vmes je oseba izgubila pravico do zastopnika)? Zakon dopušča možnost, da oseba že ima zastopnika ob sprejemu v bolnišnico, kar daje slutiti namen zakonodajalca, da ima lahko oseba zastopnika do preklica pooblastila. V dveh primerih se je zastopnik znašel v dilemi, kako naj nadaljuje delo, ko je klient premeščen v drugo psihiatrično ustanovo ali zavod, saj ni bil imenovan za pristojno bolnišnico. Vsi zastopniki morajo tukaj vedeti, da jim pravilnik omo-

goča delovanje tudi v drugi psihiatrični bolnišnici, v kolikor je to želja zastopanca. Mora jo pa tukaj stik z njimi navezati zastopanci, saj psihiatrične bolnišnice v skladu z določili o varovanju osebnih podatkov ne obveščajo zastopnikov, kam so bile osebe premeščene. Včasih je tudi težko govoriti o končanem primeru zastopanja, tudi ko so posamezne naloge iz dogovora o zastopanju opravljene. Klienti želijo še naprej ostati v stiku s svojim zastopnikom v bolj neformalnih vlogah in jih večkrat kličejo na telefon, ko začutijo potrebo po pogovoru oziroma si zaželijo njihovega obiska. Tako spoprijateljevanje seveda ni vprašljivo, saj je zastopnik v prvi vrsti oseba z veliko mero empatije, mora pa paziti, da v skladu z zagovorniškimi načeli takih vlog ne zamenjuje z zastopniško vlogo.

10.4.1. Smernice za delovanje

Ko se zaključi izvajanje zastopniške naloge je nujno, da zastopniki in klienti ocenijo, kako so dosegli zastavljene cilje. Zakaj nekaterih ni bilo mogoče realizirati? Kje so se pojavile ovire in težave. Ali kot zastopniki v konkretnem primeru, res ne morejo ničesar več narediti za klienta? Razmisliti morajo o tem, kaj lahko v prihodnosti spremenijo, da se te ovire ne bodo več pojavljale, ter oceniti, ali so se naučili česa novega iz posameznega primera. Ko zaključijo sodelovanje, morajo nujno preveriti, kako je klient zadovoljen z njihovimi službami, ali se strinja, da so naloge končane, ali želi od njih še kakšno pomoč. Preveriti je treba tudi, kakšne želje ima oseba glede pooblastila za zastopanje. Če so opravljene vse naloge, še ne pomeni, da ne želi več, da smo njegovi zastopniki. Treba ga je opozoriti, da nam zakonodaja podeli tudi nekatere avtomatske pristojnosti, v kolikor pooblastila ne prekliče (obveščanje PVU, PMZ). Mnogokrat bodo klienti želeli ohraniti stik z zastopniki tudi po končanem zastopanju v bolj prijateljskih vlogah; v teh primerih jih je treba opomniti, kakšne so meje tega profila in preveriti druge možnosti sodelovanja. Zastopniki ne smejo klientom vsiljevati nadaljnjih uslug, lahko pa jih opomnijo, da so jim na voljo, če jih potrebujejo.

11. Delovanje zastopnikov in ovire pri spoštovanju zagovorniških načel

Upoštevanje zagovorniških načel je bistvenega pomena pri delovanju zastopnikov, saj opredeljujejo splošne usmeritve neodvisnega zagovorništva in delovanja zastopnikov. Kršitev posameznih načel pri delovanju pomeni grobo zlorabo instituta zastopnika. V tujini poznajo številne etične kodekse, pravilnike o delovanju neodvisnih zagovorniških služb, pri nas pa bo potrebno te še dodelati in ustvariti skupaj s prakso delovanja zastopnikov. Kot rečeno, so načela, po katerih delujejo zastopniki, trenutno samo naštet v 14. členu pravilnika o opravljanju izpita ter izbiri in vlogi zastopnikov. Pri analizi sem se osredotočil na tista načela zago-

vorništvu, ki so navedena v pravilniku z izjemo načela brezplačnosti storitev, nisem pa posebej analiziral nekaterih načel, ki jih poznajo v praksi neodvisnega zagovorništvu v tujini, kot sta načelo človek na prvem mestu in jasnost glede vloge zastopnika. Tudi pri analizi vsebine empiričnega gradiva glede upoštevanja zagovorniških načel pri delu zastopnikov se je izpostavila specifična problematika glede na posamezna zagovorniška načela.

11.1. Neodvisnost in samostojnost

Pri tem načelu se postavlja predvsem eno pomembno vprašanje. Kdo vse lahko opravlja naloge zastopnika? Ali lahko to delo opravlja tudi osebje, ki je zaposleno v socialno varstvenih zavodih in psihiatričnih bolnišnicah? Niti zakon niti pravilniki ne opredeljujeta konflikta interesov pri delovanju zastopnikov. Nikjer ni opredeljeno, da zastopniki ne smejo delovati v ustanovi, kjer so drugače zaposleni. Samoumevno je, da oseba ne more biti zaposlena v isti ustanovi, kjer opravlja naloge zastopnika. Toda ali je sploh primerno, da kot zastopnik deluje v drugi podobni ustanovi? Trenutno je ta neskladnost odpravljena s tem, da se zastopnikov ne imenuje za področje bolnišnice, kjer sicer delujejo.⁶³ Toda kako bodo zastopniki lahko povsem neodvisni v svojem delovanju, predvsem ko gre za strokovno držo, če opravljajo kot zastopniki naloge, ki so v nasprotju z nalogami, ki jih opravljajo v redni službi? Gre za psihološko neodvisnost, ki jo morajo zasledovati zastopniki. Profil zastopnika je drugačen od profilov socialnih delavk in strokovnega osebja. Omenil sem izsledke tujih raziskav, ki poročajo o tem, da se osebje pogosto poistoveti z ustanovo in jo tudi samo brani pred zunanjimi kritikami. Kako bodo zastopniki odreagirali, ko se bodo pri svojem delu, srečevali prav s kritiko ustanov, v katerih so zaposleni? Ali jih bodo sploh ljudje prepoznali kot neodvisen profil? Tekom izobraževanja je bilo veliko kandidatov za zastopnike, ki so prihajali prav iz ustanov, tudi med imenovanimi zastopniki pa je večina zaposlenih v ustanovah, kjer sicer delujejo. Sedem imenovanih zastopnic je zaposlenih v psihiatrični bolnišnici, kar predstavlja slabo polovico vseh imenovanih zastopnikov. Vsi imenovani zastopniki razen enega, pa poklicno opravljajo delo strokovnih profilov, od katerih morajo biti pri delu, ki ga opravljajo v vlogi zastopnikov, neodvisni. V nalogah večina izmed njih poudarja svojo neodvisnost in samostojnost pri delovanju. Toda vprašanje, ali je temu res tako; redka so bila pričevanja samokritičnosti:

⁶³ Tudi to povsem ne velja, saj je pri prvem imenovanju zastopnikov prišlo do napake in so tri zastopnice bile imenovane na področju psihiatrične bolnišnice, kjer tudi sicer delujejo. Dve izmed teh zastopnic sta celo zaposleni v psihiatrični bolnišnici.

- 1) »Če je bil moj namen vključitve v to izobraževanje seznanitev z vlogo zastopnika, s katero se bom verjetno tudi srečevala pri obravnavi v skupnosti, se mi počasi obzorja bolj jasniyo glede vlog, ki jih predvideva zakon. Vse bolj pa mi je tudi jasno, da bi se v vlogi zastopnika najbolj znašli ljudje z uporabniško izkušnjo in neobremenjeni z vlogo socialnega delavca, ki išče in sklepa kompromise, najboljše rešitve za vse vpletene. Glede na moje delovne izkušnje sem že okužen in bi kot zastopnica, pri delu, zelo težko ostala samo pri upoštevanju mnenja uporabnika. Ko sem pripravljala to nalogo, sem uvidela, da razmišljam kot socialna delavka in koordinatorica in ocenjujem možnosti, ki so na voljo in kaj bi se dalo storiti. Iščem tudi nove možnosti z vidika uporabnika. Z vidika zagovorništvpa pa to ni prava stvar.«
- 2) »Moram reči, da se mi je ustavilo pri pisanju te naloge, bila sem povsem zmedena. Šele na predavanjih gostov iz Anglije pa sem ugotovila, kje se mi zatika, in sicer pri mojih različnih vlogah. Imam svoje mnenje kot fizična oseba, kot socialna delavka, kjer iščem kompromise in izhajam iz interesov kaj je dobro za uporabnika.«

Potrebno pa je omeniti, da so lahko tudi taki zastopniki zelo uspešni pri svojem delu, če bodo res znali nastopiti v pravi zagovorniški drži. Posebej zato, ker se je v praktičnem usposabljanju pokazalo, da imajo pri delovanju prednost tisti kandidati, ki dobro poznajo sistem delovanja ustanov od znotraj. Idealno bi seveda bilo, da bi naloge zastopnika opravljali ljudje z izkušnjo, vendar je takih kandidatov mnogo premalo. Neodvisnost naj bi zastopniki zagotavljali tudi s tem, da z zastopancem ne bi prihajali v konflikt interesov v drugih vlogah, kar je pri nas včasih težko zagotoviti. Tukaj nimam v mislih samo zastopnikov, ki prihajajo iz ustanov, ampak tudi tiste iz nevladnih organizacij.

Pri neodvisnosti delovanja zastopnikov je zelo pomembna tudi organizacijska neodvisnost. Za delovanje zastopnikov je trenutno zadolženo *Ministrstvo, za delo družino in socialne zadeve*. Treba je razmisliti, ali je taka ureditev tudi dolgoročno primerna z vidika neodvisnosti. Pri nas nimamo neke osrednje zagovorniške organizacije po vzoru tujine, ki bi lahko v prihodnje prevzela delovanje zastopnikov pod svoje okrilje, skrbela za izobraževanje, supervizije, strokovna usposabljanja, nadaljnji razvoj profila.

11.1.1. Smernice za delovanje

Zastopniki morajo biti neodvisni od mreže služb. Pri tem nekateri opozarjajo na težave, s katerimi se bodo srečevali zastopniki vsaj na začetku. Zastopniki naj bi imeli stik z osebjem le toliko, kolikor je nujno potrebno, če je mogoče ob prisotnosti klienta. Z osebjem usta-

nove seveda ohranijo spoštljiv odnos, ki jim omogoči sodelovanje, vendar ob jasni postavitvi mej, ki jih imajo v vlogi zastopnikov. Pri tem naj se poskušajo postaviti v vlogo klienta in uvideti, kako utegnejo ti videti njihovo druženje z osebjem. Vendar pa bo v prvi fazi nujno precejšnje sodelovanje z osebjem zaradi razjasnitve vloge zastopnika. Tudi zaradi tega je nemogoče, da bi se z osebjem sestajali samo ob prisotnosti klienta. Potrebno je, da take stike pojasnijo klientu. Nikakor ne smejo dopustiti, da tudi njih dojamejo kot del osebja znotraj ustanove, saj bodo s tem izgubili svojo neodvisno vlogo, ki jo predstavljajo za klienta. Zastopniki moč svojega profila utemeljujejo ravno z neodvisnostjo. Ljudje se na njih obračajo, takrat ko tako ali drugače ne zaupajo v postopke zdravljenja, obravnave. Ko govorimo o neodvisnosti, mora biti vloga zastopnika neodvisna tudi napram zakonitim zastopnikom, skrbnikom in bližnjim osebam. Zastopnikom se ne sme zgoditi, da bi se korektnost njihovega dela znašla pod vprašajem zaradi konflikta interesov, kar bi jim preprečevalo delovati v dobro klientov. V tem primeru morajo pojasniti klientu tak konflikt interesov in mu pojasniti, zakaj ne morejo biti njegovi zastopniki.

11.2. Spoštljivost in krepitev moči

Zastopniki to načelo vzamejo kot temelj za svoje delovanje. Vsi po vrsti poudarjajo spoštljiv odnos, ki ga imajo do uporabnika:

- (1) »Zato se mi je zdelo nujno, da pristopimo kar najbolj spoštljivo, kar smo na srečo storili vsi štirje kandidati za zastopnike. Od gospoda smo skušali na nevsiljiv način pridobiti kar največ informacij in želja.«
- (2) »Do pacienta smo imele spoštljiv odnos. Z vprašanji ga nismo degradirale ali ga spravile v neugodno situacijo. Upoštevale smo njegovo pripravljenost k sodelovanju. Pred samim pogovorom pa smo ga obvestile, zakaj smo prišle, in ga prosile za sodelovanje. Krepitev moči pa je bila upoštevana tekom našega razgovora, saj je hitro izgubil strah pred pogovorom in sam začel razlagati o svojih potrebah in željah.«
- (3) »Zagovornikova naloga je okrepiti glas zastopanca in mu pomagati pri tem, da ponovno pridobi in, kolikor je le mogoče, obdrži nadzor nad svojim življenjem. Ne sme se odločati v njegovem imenu in namesto njega.«

Bolj kot sam spoštljiv odnos se je za problematično izkazalo načelo krepitev moči. Kandidati za zastopnike so, kot rečeno, predvsem premalo vključevali zastopance v izvajanje zastopniških akcij in jih spodbujali k samozagovorništvu. V dnevnikih, so se pogosto spraševali, kako naj ravnajo takrat, ko uporabniki težko izražajo svoje želje. Zastopniki morajo biti

pozorni, da ne bodo odločali v imenu klienta ali celo namesto njega. Prav tako veljajo posebna pravila, ko opravljamo zagovorništvo brez navodil, v primerih, ko nas za zastopanje pooblasti najbližja oseba ali zakoniti zastopnik. Takrat morajo res opraviti le tiste naloge in dejanja, za katere je očitno, da bodo klientu prinesla veliko korist in pomembno uveljavljanje zakonskih pravic. V konkretnih primerih zastopanja je razvidno, da je krepitev moči še posebno prišla do izraza takrat, ko je potrebno osebe spodbujati, da o svojih težavah spregovorijo in se zavzamejo za svoje pravice. Zastopniki nikakor ne smejo dopustiti, da imajo klienti občutek, da s svojimi zahtevami le povzročajo dodatne težave osebju in zdravnikom, ampak jih morajo spodbujati k aktivni drži. Na žalost pa so taki občutki ljudi še vedno prisotni:

- (1) »Povedali sva ji, da se lahko pozanimava, če bi ji lahko posteljo zaščitili s čim drugim, da se ne bi ponoči tolikokrat zbudila. Takoj je odvrnila, da ni treba, saj tako in tako gre ta teden domov in ne bi rada delala težav osebju. Povedali sva ji tudi, da ima možnost drugega mnenja in kaj to pomeni. Odvrnila je, da popolnoma zaupa zdravniku in da nima potrebe po drugem mnenju, saj gre tako ali tako domov.«

V praksi se je pokazalo, kako pomembno je, da ljudje te svoje želje izrazijo, saj se v večini primerov njihov strah izkaže za neutemeljen. Zastopniki omogočajo, da uporabniki izrazijo določene želje, ki jih drugače ne bi. Osebje večinoma prisluhne željam ljudi in če je to v njihovi moči (v skladu s hišnim redom, pravilniki), jih tudi uresniči:

- (1) »Govorili sva z osebjem in se dogovorili, naj pri uporabniku skušajo zagotoviti, da bo skuhana kava res zelene znamke, ker je uporabnik na njen okus navajen in mu to veliko pomeni. To njegovo željo bodo skušali izpolniti.«
- (2) »Po končanem pogovoru sem se o tem posvetovala s socialno delavko, ki je bila vesela, da sem jo seznanila z željo gospe, da bi imela možnost pogostejšega spremljanja na izhodih, sama namreč o tem prej ni nikoli spregovorila. Socialna delavka je že takoj pomislila na vključitev prostovoljcev, obljubila je, da bo govorila s svojci.«
- (3) »Socialna delavka je izrazila začudenje, da gospa ni upala spregovoriti o tem, da si želi ponoči ob postelji kozarec vode, saj takim zahtevam brez zadržkov ustrezajo. Večkrat tudi vprašajo ljudi, če karkoli rabijo.«

Krepitev moči seveda pomeni tudi, da vse želje, ki nam jih zastopanec posreduje, vzamemo z vso resnostjo. Če se vrnemo na primer, ko je zastopanec kot najboljšo možnost, za preprečitev zastrupljanja v stanovanju izrazil željo po novem najemniškem stanovanju, morajo zastopniki dojeti, da gre v tem primeru za povsem legitimen cilj, ki ga je klient želel

uresničiti. Četudi je smrad v stanovanju bil posledica halucinacije in bo ta z zdravljenjem odpravljena, bo verjetno njegova želja po novem najemniškem stanovanju ostala, saj si tega tudi sicer želi. Zato je treba takšne želje obravnavati resno in se ne sme nanje gledati kot na trenutno stanje bolezni, da je želja samo trenutna, ker ima oseba predstave, da ga v stanovanju zastrupljajo.

11.2.1. Smernice za delovanje

O tem, kako vse zastopniki poskrbijo za krepitev moči, sem že veliko pisal. Tukaj bi opozoril na posebne primere zastopanja, ko govorimo o zagovorništvu brez navodil, ki bo tudi v praksi pogosto. Ko govorimo o zagovorništvu brez navodil, imamo v mislih tiste oblike zastopanja, ko klienti sami ne morejo izraziti svojih želja (huda demenca, hude duševne motnje) in nas zanje pooblastijo najbližje osebe. Tukaj ne gre za primere, ko osebe svoje želje lahko sporočajo, vendar ne morejo pooblastiti zastopnika.

Zastopniki se morajo, preden začnejo opravljati primer zastopanja brez navodil, prepričati, ali lahko klient kaj pridobi s takim zastopanjem. Če jih je pooblastila najbližja oseba ali zakoniti zastopnik, se pogovorijo z njim, zakaj mislijo, da oseba rabi njihovo pomoč. Zastopniki si nikoli ne ustvarjajo mnenja, kaj bi bilo po njihovem za osebo koristno. Prepričajo naj se, ali je oseba kdaj v preteklosti izrazila kakršne koli želje ali mnenja o tem, kako želi, da se z njim ravna. Če obstaja taka volja, naj jo spoštujejo, enako kot voljo vseh ostalih zastopancev, ki lahko podajo navodila. Poskušajo naj ugotoviti, kaj pravijo o tem bližje osebe, ki poznajo zastopanca, kakšna bi bila volja osebe v dani situaciji. V primerih, ko zastopniki opravljajo zastopanje brez navodil in o svojem ravnanju niso prepričani, naj se posvetujejo z drugimi zastopniki ali pa poiščejo pomoč na superviziji. Tudi v teh primerih pa velja, da morajo zastopniki storiti vse, da pridobijo voljo neposredno od osebe, ki jo zastopajo, jo vključijo pri vseh najmanjših odločitvah, kjer je sposobna izraziti svojo voljo. Se trudijo razumeti njihove želje in občutke in skrbijo, da se ne kršijo njihove zakonske pravice. Le tako v celoti zadostijo načelu krepitev moči osebe tudi v teh primerih.

11.3. Brez predsodkov in vrednostnih sodb (nediskriminatornost)

Pri tem načelu se pri analizi pokažejo še nekatere težave, ki jih imajo kandidati za zastopnike. Ti naj bi bili brez vrednostnih sodb in naj si ne bi ustvarjali mnenja o osebi. To je v praksi skoraj nemogoče, saj smo k podajanju vrednostnih sodb nagnjeni vsi ljudje. Pomembno pa je, da zastopniki svoja subjektivna mnenja, ki si jih ustvarijo o osebi, pustijo ob strani

in ta ne vplivajo na izvajanje zastopniške naloge. Tudi v nalogah je zaznati, da si zastopniki ustvarjajo določeno mnenje o klientih, kar je problematično:

- (1) »Ker ne zna ubesediti in predelati frustracije, se v postavljenih omejitvah počuti nemočen in odreagira s povečano agresijo, ki se lahko stopnjuje do težkega verbalnega izpada in fizičnega napada na ljudi v bližini. Je hiperaktiven, živahen, težko vodljiv in trmast. Sili v ljudi, jih provocira in draži ter s tem izzove konflikte in jezo s strani okolice. Ko se razburi, se ga ne da obvladati z nobenimi prijemi. V vedenju je impulziven, posledice slabo presodi. Ima dneve, ko samo spi.«
- (2) »Vedno je bila hospitalizacija povezana z njegovim agresivnim vedenjem do domačih. Postane vznemirjen, nadleguje domače, jih neprestano kliče in od njih zahteva nenehno prisotnost. Pri tem ni kritičen do realnega časa, ki mu ga sestre lahko name-nijo. Da pridobi dodatno pozornost, išče pozornost in trdi, da mu sestra, svak ali sosedje odtujujejo stvari. To ga dodatno razjezi.«
- (3) »Ne glede na to, da je ŠJ oseba s težavami v duševnem razvoju in so njegove intelek-tualne sposobnosti zmanjšane, ima pravico do zastopnika in do spoštovanja pravic.«

Kandidati za zastopnike poročajo še o eni težavi, ki je otežila načelo nediskriminacijo. V nekaterih primerih se je namreč zgodilo, da so nekatere informacije pridobili tudi s strani osebja in psihiatrov, čeprav za te sploh niso zaprosili:

- (1) »Že pred prihodom zastopanca nas je socialna delavka obvestila o njegovi življenjski zgodbi in nam povedala zgodovino sprejemov na psihiatrijo. Verjetno bi bilo v tem primeru boljše, če bi se najprej pogovorile same z uporabnikom.«
- (2) »Tudi v pogovoru s psihiatrinjo smo nehote zvedele dodatne informacije o gospodu Janezu, psihiatrinja je tudi izpostavila, da zgodba nima samo ene plati, kar mi je bilo seveda jasno že na začetku. Vendar pa je za raziskovanje vseh plati zgodbe zadolženih že dovolj ljudi. Zastopniku se po mojem mnenju s celotno sliko ni potrebno ukvarjati, niti mu je ni treba poznati. Poznati pa mora trenutni problem človeka in to, na kakšen način bi se pri tem problemu dalo pomagati.«
- (3) »Zgodilo pa se je, da nam je njen psihiater, kar v bežnem klepetu na hodniku pred oddelkom mimogrede navrgel nekaj omalovažujočih izjav ne samo o Manji, temveč tudi o njenem očetju. To je bil primer vsiljenih informacij, ki jih same sploh nismo iskale; zato s tem pogovorom nismo nadaljevale, informacije pa smo pri nadaljnjem delu ignorirale. Dogodek sicer lepo ilustrira tako odnos osebja in še zlasti psihiatrov do uporabnikov kot tudi njihovo nerazumevanje vloge oziroma načel zagovorništva.«

Tukaj se zastopniki lahko srečajo tudi z dilemo manipuliranja s strani klientov. Tako kot deluje zastopniška služba, ko brez izjeme podpira kliente, bodo ti od zastopnikov zahtevali tudi nekatere nenavadne usluge. Zastopnik je tako klientu že pomagal podaljšati hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici, kar se zdi skregano z vsemi načeli zagovorništva. Taka želja pa je seveda izhajala iz tega, da je oseba imela zdravljenje dodeljeno s strani sodišča kot alternativni ukrep zaporni kazni. S tem, ko se mu je podaljšala hospitalizacija, se je izognil bivanju v zaporu. Na koncu je tudi v tem primeru zastopnik pomagal klientu le uveljavljati njegove pravice in mu nudil podporo pri doseganju njegovih želja. V ta namen se je pogovoril s psihiatrom o možnosti podaljšanja zdravljenja in natipkal prošnjo za podaljšanje hospitalizacije. Načelo nediskriminatornosti pomeni, da zastopnik upošteva in obravnava vse ljudi enako. To je pomembno, ker v praksi zastopanci mnogokrat podajo le nekatere informacije o problemu oziroma podajo vedno zorni kot o določeni težavi, kot jo vidijo sami. In tej perspektivi mora slediti zastopnik pri svojem delu; tudi če se kasneje izkaže, da je klient podal izkrivljene informacije, to ne sme vplivati na njegovo delo. Naloga zastopnika je, da preverja, ali so določene pritožbe klienta upravičene, samo pritožbo oziroma nalogo pa mora jemati kar se da resno. Omenil sem že primer, ko se je zastopnica srečala s pritožbo, da se klientu neupravičeno omejujejo obiski. Tudi če je pri tem klient namerno zamočlal podatek, da obstaja za to sklep sodišča, kar je kasneje ugotovila zastopnica, je imelo njeno delo pomemben izid za zastopanca, saj mu je s posredovanjem omogočila, da ga lahko obiskuje mama.

11.3.1. Smernice za delovanje

Dobro bi bilo, da se zastopniki ne spuščajo v ocenjevanje oseb in presojanje drugih osebnih okoliščin, zato tudi ne potrebujejo vseh informacij o zastopancu, predvsem pa njihovih diagnoz. Vedno sprejmejo vse, kar jim klienti povejo, na spoštljiv način in z vso resnostjo. Verjamejo zgodbi klienta. Res je, da ima vsaka zgodba več plati, vendar njih zanima pogled klienta. Če se kasneje določene stvari (okoliščine) izkažejo za drugačne, predstavijo, kakšen pogled na zadeve imajo drugi vpleteni v zgodbo, a se klientu ne odreka pravice do lastne interpretacije dogodkov. Zastopniki morajo pustiti ob strani vprašanje manipuliranja; morda bodo nekateri klienti res očitno neiskreni z njimi, vendar morajo to sprejeti kot del svojega dela in tudi v teh primerih morajo ravnati profesionalno in izpolnjevati svoje naloge. Klientom morajo pomagati na najboljši način doseči to, kar od njih želijo. Če po naključju ali kako drugače zvejo določene informacije o klientu s strani drugih oseb, jih morajo pri svojem delu odmisлити, seveda pa tudi posredovati svojim klientom. Nediskriminatornost seveda

pomeni tudi, da so izpolnjeni pogoji enakopravnega dostopa do zastopniške službe za vse skupine ljudi, ne glede na kulturo, jezik, državljanstvo, oviranosti ali druge okoliščine. Zastopniki morajo v obzir vzeti posamezne kulturne, verske in etične raznolikosti, s katerimi se srečujejo pri delu, saj morajo enake standarde in kvalitete storitev nuditi vsem ljudem.

11.4. Zaupnost

V dosedanjem delovanju zastopnikov se je tudi to načelo na nekaterih točkah izkazalo za problematično. Zastopnikom je jasno, kaj morajo varovati kot poklicno skrivnost in kateri podatki, ki jih dobijo pri zastopanju, so zaupne narave. Problem, ki se je izpostavil pri delu, je ta, da zastopnik včasih zve za informacije, ki jih ne sme povedati svojemu klientu. Tukaj se znajde v etični dilemi, saj bi moral svojemu klientu predati vse informacije, ki jih je o njem zvedel. O taki dilemi poroča tudi ena izmed zastopnic. Psihiatrinja ji je tako povedala podatek, da bo zastopanka čez vikend verjetno dobila dovoljenje za izhod domov, vendar klientki tega ne sme povedati, ker stvar še ni gotova. Da do takih dilem ne bo prihajalo, bo potrebno informirati vse strokovno osebje, da zastopnik informacij, ki jih izve ne more zadržati zase. Zato v primerih, ko obstajajo informacije, ki utegnejo škodovati zdravstvenemu stanju ali obravnavi klienta in ta zanje ne sme vedeti, do njih ni upravičen niti zastopnik. Zastopniki so dolžni s klientom deliti vse informacije, ki jih pridobijo. Po drugi strani pomeni načelo zaupnosti tudi to, da informacij o klientu ne delijo naprej z drugimi. Tukaj se je v praksi pokazal problem pri izvajanju supervizije. Ker večina zastopnikov prihaja prav iz psihiatričnih ustanov, se pogosto zgodi, da se znajdejo v dvojni vlogi. Ko se na supervizijskih srečanjih diskutira o primerih iz prakse, pridejo ljudje v vlogi zastopnika do določenih informacij o pacientih, ki jih kot socialni delavci ali medicinski tehniki ne bi izvedeli. Zastopniki klientu obljubijo, da se o njem brez vednosti ne bodo pogovarjali z osebjem v ustanovi, nato pa z osebjem iz ustanove, ki nastopa v vlogi zastopnika. O primerih diskutirajo na supervizijskih srečanjih. Seveda tudi če pri tem skrbimo za anonimnost klientov, na podlagi opisa primera zastopniki, ki prihajajo iz ustanove, vedo, o kom poteka diskusija.

Za spoštovanje načela zaupnosti je potrebno tudi, da sta zagotovljeni zasebnost in nemotena komunikacija med zastopnikom in zastopancem, bodisi s posebnim prostorom bodisi z umikom osebja in ostalih uporabnikov iz prostora, kjer se nahaja zastopanec. Veliko zastopnikov se strinja, da je največja ovira tukaj zasebnost, ki je večina institucij zaradi prostorskih pogojev ne more povsem zagotavljati:

- 1) »Uporabniki so ves čas vstopali v jedilnico. Tako smo morale kar nekaj pozornosti nameniti tudi njim. Nastopale smo v dveh vlogah. Na eni strani smo bile zagovornice

ene izmed varovank ustanove, na drugi strani pa smo bile za ostale uporabnike animatorke. Vsi so se želeli pogovarjati z nami. Ker nismo imele prostora, kamor bi se same z Manjo umaknile, smo bile prisiljene v vlogo animatork. Ta vloga bi nam sicer kar ustrezala, vendar v takem okolju zagovorniške naloge nismo mogle opraviti tako, kot smo si jo zastavile.«

- 2) »Drug problem je zasebnost, ker prostor ni najbolj primeren, saj vmes vstopi preko tega prostora v kuhinjo tehnik, skozi steklo vrat večkrat gledajo drugi uporabniki. Potrebno bo več pogovora z zaposlenimi in nadrejenimi glede možnosti primernejših prostorov za obiske ter, tudi za pogovore med uporabniki in zastopniki. V tem vidiva tudi ovire za zastopnika, če bo proces pogovora moten s strani drugih uporabnikov ali s strani osebja.«

Praviloma se klient in zastopnik srečujeta zasebno, tako da je omogočena zaupnost pri njunem sporazumevanju. To morajo razumeti tudi vsi drugi, tako osebje v ustanovah kot svojci. V praksi lahko pride zaradi tega tudi do neprijetnih situacij. Tako zagovornica poroča o primeru, ko je ob obisku zastopanca prisotna tudi njegova mama. Ker mora zaradi zaupnosti pogovor potekati brez prisotnosti ostalih, zastopnica vpraša klienta, ali si želi njene prisotnosti. Slednji izrazi željo, da bi rajši pogovor opravil sam, zato mama zapusti sobo. V tem konkretnem primeru se je zastopanca spravilo v neroden položaj, saj se je pred mamo moral izreči, da je ne želi ob sebi. Najbolje je, da zastopniki v začetku vzpostavijo stik z zastopanci na štiri oči in to pojasnijo tudi drugim osebam, v primerih, ko klient želi, da je na pogovorih prisotna tudi druga oseba, pa te želje zastopniki seveda spoštujejo. V praksi pa včasih ne bo mogoče, da se bosta zastopanec in klient pogovarjala sama, ker bodo prisotne tudi drugo osebe, katerih prisotnost bo nujna. To se je na primer zgodilo zastopnici, ki je obisk klienta opravila med izvajanjem PVU, ko je bilo v prostoru prisotno tudi drugo osebje. Včasih bo zastopnik zaradi upravičenega razloga (agresivnost) zaprosil za prisotnost tehnika med pogovorom, lahko pa bo že sam pogovor potekal preko prevajalca ali tolmača, kar pomeni, da je prisotna tretja oseba.

Pri zaupnosti je trenutno v praksi precej odprtih dilem glede hranjenja in vodenje dokumentacije (več v nadaljevanju). Ta je seveda vedno dostopna klientu, vsem drugim pa je treba preprečiti dostop, saj gre za občutljive osebne podatke.

11.4.1. Smernice za delovanje

Zastopniki in klienti imajo pri svojem delovanju pravico do zasebnosti. Pogovore opravijo praviloma brez prisotnosti drugih oseb (drugi so lahko prisotni izjemoma, ko je taka želja klientov ali ker je to nujno za zagotavljanje varnosti zastopnikov). Vse, kar zastopniki izvejo o zastopancih, je zaupne narave in so dolžni varovati kot poklicno skrivnost. Kakršnekoli informacije o zastopancih lahko pri zastopanju posredujejo zainteresiranim zgolj na željo in s predhodnim dovoljenjem zastopancev. Klientom morajo pojasniti, v katerih primerih ne smejo zadržati informacij zase in kdaj bodo načelo zaupnosti prekršili. To morajo povedati na začetku sodelovanja. Ko zastopniki prelomijo načelo zaupnosti, delijo res samo tiste informacije, ki jih ne smejo zadržati zase. Posredujejo jih samo za to pristojnim osebam in nikomur drugemu. S tem seznanijo tudi klienta. Zastopniki omogočijo klientom dostop do vse dokumentacije, ki jo vodijo v njegovem primeru. Vse, kar zastopnik zapiše ali pove o klientu, ima ta pravico zvedeti. Zastopnik mora tudi opozoriti klienta, kdaj bo primoran za uspešno izvedbo zastopanja določene informacije deliti na supervizijskih srečanjih.

12. Analiza prakse zastopništva glede na zakonske in institucionalne ovire

12.1. Zakonske ovire pri delovanju zastopnikov

Na trenutni zakon in pravilnik, ki določata delo zastopnikov, imajo vsi (uporabniki, zastopniki, sodišča, psihiatrične bolnišnice, svojci) veliko pripomb. Na številnih mestih se pojavljajo nejasnosti in sprožajo se številna vprašanja glede delovanja zastopnikov. Na strokovnih sestankih sem lahko spoznal, kako različno si je možno interpretirati določila zakona o tem, kakšna je vloga zastopnikov po zakonu. Poleg različnih interpretacij pa se pojavijo tudi težave, ker nekatera določila v zakonu niso vključena, so pa nujna za delovanje zastopnikov. Vsekakor bo potrebno pri delovanju zastopnikov v praksi vzpostaviti neko enotno prakso, tako da bodo vsi zastopniki enako izvajali svoje naloge po zakonu in jih bodo tudi enako interpretirali. Poleg tega pa bo tudi nujno narediti popravke zakonodaje.

Prva velika dilema, ki v praksi že vpliva na delovanje zastopnikov, je zakonsko določilo o tem, kdo vse ima pravico do zastopnika. Zakon določa, da ima oseba v postopkih obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in nadzorovani obravnavi pravico do zastopnika. Po drugi strani pa nimajo vse osebe možnosti pooblastiti zastopnika, kar je v nasprotju z idejo, da je pravica do zastopnika brezpogojna in se je ne da omejevati.

To so osebe, ki jim je odvzeta poslovna sposobnost in mladoletniki.⁶⁴ Po ZDZdr tem osebam zastopnika izbere zakoniti zastopnik, ki ne deluje nujno zmeraj v skladu z voljo osebe. Ker je po drugi strani zastopnik po zakonu dolžan upoštevati voljo zastopanca, lahko pride pri delu v konflikt z zakonitim zastopnikom. Potrebno je postaviti smernice za ravnanje zastopnika v primeru, ko ga ovira oziroma onemogoča zakoniti zastopnik klienta. Kakšne so možnosti zastopnika, da po trenutni zakonodaji uveljavi voljo zastopanca nasproti volji njegovega zakonitega zastopnika? Zakon bi moral bolje poskrbeti za opredelitev razmerja med osebo, njenim zakonitim zastopnikom in zastopnikom. Nujna je sprememba 27. člena ZDZdr, ki osebam z odvzeto poslovno sposobnostjo in mladoletnikom ne dopušča, da si sami izberejo zastopnika.

V praksi imajo zastopniki veliko težav tudi zaradi zakonskega določila, da delujejo le na »zaprtih« oddelkih. Zakonska določila so tukaj sicer zelo jasna in nedvoumna, a vendar se postavlja določena dilema. Kako ravnati takrat, ko zastopanec zapusti zaprti oddelek ali varovani oddelek, zastopniška naloga pa še ni opravljena? Seveda je etično, da se vse naloge iz dogovora opravi do konca, a je potrebno poskrbeti, da bo tudi ministrstvo sprejelo takšno prakso (plačilo). Po drugi strani takrat pride do razlik v pravicah oseb na odprtih oddelkih; nekateri bodo delali z zastopnikom, drugi ne. Če res velja statistika, ki jo navajajo v psihiatričnih bolnišnicah, da je povprečno pridržanje na zaprtem oddelku manj kot 14 dni, lahko predvidimo, da kar nekaj zastopniških nalog ne bo končanih v tem času. Zastopniki iz prakse pogosto poročajo, da so ob njihovem obisku klienti že premeščeni ali na odprti oddelek ali v drugo ustanovo, kar pa nikakor ne pomeni, da ne potrebujejo več njihove pomoči v zvezi z zadevo, s katero so se obrnili na njih, žal pa po zakonu njihovo nadaljnje delo ni omogočeno. Zakon bi bilo potrebno spremeniti tako, da bi bil zastopnik vsaj v ustanovah na voljo vsem osebam, ne glede na to, na katerem oddelku se pojavljajo. Kot smo videli, tako delujejo neodvisni zagovorniki v nekaterih drugih državah. V to smer gredo tudi misli zastopnikov:

- 1) »Pomislim na to, kako bi bilo, če bi imeli vsi stanovalci možnost do zastopnika, ne samo na varovanem oddelku. Na splošno smo se veliko pogovarjali o denarju. Precej jih je izrazilo željo, da bi radi živeli doma ali da bi pogosteje radi videli svojce. Nekateri jih ne vidijo nikoli, kar nekaj jih pove, da sploh nimajo nobenih obiskov. Takih in podobnih zgodb je kar nekaj in vprašaš se, kdo pravzaprav zastopa pravice teh ljudi, ki sicer niso nameščeni na varovanem oddelku zavoda, pa so vendar pozabljeni od vseh in so njihove možnosti prav tako omejene.«

⁶⁴ Iz zakona o duševnem zdravju so izvzeti otroci mlajši od 15 let, ki se zdravijo na pedopsihiatričnih oddelkih. Ti otroci sploh nimajo pravice do zastopnika, čeprav so jim lahko kršene mnoge pravice.

- 2) »Podobno kot pri sprejemu na zaprti oddelek, bi moral imeti uporabnik pravico do zastopnika v vseh postopkih nameščanja v posebne in splošne socialno varstvene zavode ter stanovanjske skupine, saj so tam večinoma nameščeni proti svoji volji.«
- 3) »Ker smo del naloge opravljale tudi na odprtem oddelku, smo opazile, da so tudi tam ljudem kršene nekatere pravice. Navidezno gredo lahko posamezniki domov, kadar hočejo, vendar so pritiski in strah pred naslednjo hospitalizacijo preveliki, da bi se uporabniki redno odločali za odhod domov brez odpustnice zdravnika.«
- 4) »Situacij zastopništva ali zagovornišтва je v vsakodnevnem življenju veliko. Zakon opredeljuje zaščito osnovnih pravic, ki jih ima človek na varovanem oddelku ali na oddelku pod posebnim nadzorom, širša strokovna javnost pa bi si želela, da bi se seznam pravic in kompetenc zastopnika razširil«

Na varovanih oddelkih je ta problematika nekoliko drugačna, ker so tam ljudje nameščeni v obliki trajnejše rešitve. To pomeni, da jih pogosto iz teh oddelkov ne premeščajo več. Oseba, ki se znajde na varovanem oddelku, tam lahko ostane za vedno. Zakon tako prakso tudi dopušča, saj ne omejuje, koliko krat zaporedoma se lahko podaljša prisilna hospitalizacija ali bivanje v zavodu. Druga stvar, ki jo ugotavljam, in tega se zaveda tudi ministrstvo za delo, je, da veliko domov za starejše nima ustrezno verificiranih varovanih oddelkov. V kolikor ti oddelki niso verificirani, seveda zanje tudi ne veljajo določila ZDZdr in tako osebe nimajo pravice do zastopnika, čeprav bi ga potrebovale. Gre pa tukaj, kot je opisano spodaj, tudi za širši sistemski problem, ki zahteva ustrezne rešitve. Večina domov, ki nima verificiranih oddelkov, sprejema tja osebe samo s privolitvijo, vendar to ni argument, da potem lahko uporabijo PVU-je na osebah brez kakršnega koli nadzora. Trenutno velja na tem področju pravna praznina, ki jo dopušča tudi spremenjena sodna praksa, ko sodišče zavrača sklepe o namestitvi v take oddelke, če niso verificirani:

- 1) »Gospa je bila do januarja 2008 še v dnevnem varstvu, nato pa so se začele težave z začetno demenco, tako da je bila gospa sprejeta v oskrbo v varovani oddelek. Dom upokojencev Jesenice je zaprosil sodišče za sklep o upravičenosti bivanja gospe na varovanem oddelku. Sodišče je vlogo zavrglo, ker Dom upokojencev Jesenice ni priložilo dokazila, da je dom psihiatrična zdravstvena ustanova ali druga zdravstvena organizacija, ki je namenjena psihiatričnim bolnikom. V domu tako uradno nimajo več varovanega oddelka.«

Največji problem v zvezi s tem, kako poteka delo zastopnikov po trenutni zakonodaji je ta, da je delo zastopnikov po zakonu zasnovano kot honorarno, saj so za svoje delo upravičeni do nagrade. To odpira precej dilem, predvsem z vidika dostopnosti in organiziranosti same službe. V kolikšnem času se je zastopnik dolžan odzvati na klic osebe in jo tudi obiskati; glede na to, da svojega dela ne opravlja poklicno, ni možno, da se odzove takoj. Ker zastopniki svoje delo opravljajo honorarno, so ljudem po večini na voljo v popoldanskem času med tednom, ne pa tudi ponoči, med vikendi in prazniki. Pri opravljanju zagovorniških nalog se je opazilo, da ljudje potrebujejo zagovornika takoj v tistem trenutku, ko se jim krši pravica, predvsem ko gre za izvajanje PVU in ob samem sprejemu v bolnišnico. Popravljati škodo s pregledovanjem evidenc ni dovolj učinkovit način zagovarjanja in uveljavljanja pravic oseb. Morda bi bilo manj prisilnih hospitalizacij, če bi bil zastopnik vedno prisoten na zaslišanjih sodišča in bi se zavzel za svojega zastopanca bolj celovito, kot to počnejo njihovi odvetniki. V praksi so zastopniki vabljeni na naroke sodišč, vendar se teh ne morejo vedno udeležiti, ker ti potekajo v dopoldanskem času, ko so v rednih službah. S tem, ko z zakonom nismo uveljavili poklicne vloge zastopnika, smo precej omejili njegovo delovanje. Zakon tudi precej slabo določa, s čim delo zastopnika ni združljivo, kar postavlja pod vprašaj njihovo neodvisnost. Kot smo videli v poglavju o zagovorniških načelih, bo tudi nekatera druga načela zastopnik težko upošteval prav zaradi nejasnih zakonskih določb. Nediskriminatornost ogroža določilo zakona, ki omogoča zastopniku prosto presojo o tem, katere želje so za klienta škodljive in jih lahko zavrne kot škodljive. Enako velja tudi za načelo zaupnosti, saj v *Zakonu o duševnem zdravju* ni nikjer opredeljeno, kdaj zastopnik to načelo lahko prekrši, čeprav ga mora v nekaterih primerih nujno prekršiti že zaradi upoštevanja drugih zakonov (o preprečevanju nasilja v družini, kazenskem zakoniku). Omenil sem že tudi, da zakon daje zastopniku nekatera zakonska pooblastila, kar je lahko v nasprotju z idejo, da počne samo tisto, za kar ga pooblasti oseba. Če ima oseba imenovanega zastopnika, ga bo sodišče vabilo na zaslihanje; prav tako ga bo ustanova obveščala, da je zoper njegovega klienta uvedla prisilen varovalni ukrep, ne glede na to, ali si oseba sploh želi, da se obvešča tudi zastopnika, saj tako obveščanje nalaga zakonodajca. Pri načelu krepitve moči bi bilo dobro razmisliti tudi o spremembi druge relevantne zakonodaje (ZPacP), ki bi omogočala boljše izvajanje zagovornišтва brez navodil. V mislih imam po zgledu tujine (Italija, Anglija) uvedbo »*psihiatričnega testamenta*« ali »*krizne kartice*«,⁶⁵ ki bi omogočala izražanje vnaprejšnje volje osebe o tem, kako ravnati z njo takrat,

⁶⁵ Informacije na krizni kartici olajšajo osebam, da si organizirajo življenje za čas, ko se nahajajo v duševni krizi, po svojih željah. Informacije na krizni kartici so praviloma namenjene tako strokovnemu osebju, svojcem, prijateljem in se nanašajo na to kako si oseba želi, da se ravna z njo v času, ko se

ko sama ne more odločati o sebi. Trenutno je nekatera takšna navodila možno uveljavljati preko pacientovega zdravstvenega pooblaščenca, kar pa za postopke obravnave v psihiatričnih ustanovah ni najboljša ureditev, saj lahko slednji voljo oseb uveljavlja samo za nekatere vidike zdravstvene obravnave. Poleg zakonskih določb, ki ne sledijo povsem načelom neodvisnega zagovorništva, je problem že, da ta niso nikjer natančno opredeljena. Pravilnik le našteje načela, po katerih delujejo zastopniki, nikjer pa ni natančno opisano, kaj posamezno načelo pomeni. V tem pogledu bi moral pravilnik načela bodisi natančneje opredeliti bodisi, podati dikcijo, da so to splošna zagovorniška načela v skladu z zagovorniško etiko delovanja. Tako bi se lahko ta po vzoru tujine opredelila v etičnem kodeksu delovanja zastopnikov; tudi če tak kodeks ne bo imel pravne podlage, ga bo nujno napisati in sprejeti, saj je nek etični okvir delovanja, po katerem delujejo zastopniki, nujno vzpostaviti že zato, da se poenoti prakso delovanja zastopnikov.

Težava, ki jo novi zakon prinaša in pomembno vpliva tudi na delo zastopnikov, je razpršenost profilov, ki sedaj delujejo na področju duševnega zdravja. Tako poznamo zastopnike pacientovih pravic, zastopnike pravic oseb na področju duševnega zdravja, koordinatorja obravnave v skupnosti, koordinatorja nadzorovane obravnave, vsi ti profili pa trenutno med seboj delujejo še zelo nepovezano in so neprepoznavni v širši javnosti. Zastopniki se bodo pri svojem delu tako ali drugače srečevali z vsemi omenjenimi profili, z nekaterimi izmed njih pa bodo morali tudi velikokrat sodelovati. *Zakon o duševnem zdravju* posebej poudarja sodelovanje med zastopnikom pacientovih pravic in zastopnikom pravic oseb na področju duševnega zdravja, takrat ko gre za uveljavljanje pravic osebe kot uporabnika zdravstvenih storitev pri izvajalcih zdravstvenih storitev; v praksi se je že pokazalo, da bo to zelo pogosto. Želje oseb na oddelkih pod posebnim nadzorom so pogosto vezane prav na zdravstveno obravnavo, spremembo terapije, sodelovanje pri zdravljenju, drugo zdravniško mnenje, dostop do zdravstvene dokumentacije, menjavo lečečega psihiatra, menjavo psihiatrične ustanove. To so večinoma pravice, ki jih imajo ljudje po *Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP)* in tako za njihovo uveljavljanje skrbi zastopnik pacientovih pravic, saj ima slednji učinkovite mehanizme za

nahaja v krizi. Na ta način je tudi slednjim močno olajšano delo, saj imajo konkretne informacije kako naj ravna z osebo in načrtujejo njeno zdravljenje in obravnavo. Na krizni kartici tako oseba lahko poda informacije: o tem katere osebe naj se kontaktira, ko se nahaja v času krize in naj bodo vključeni v postopke obravnave (prijatelji, svojci, zastopniki, psihiatri, odvetniki); o tem katere psihiatrična zdravila želi jemati, saj ima z njimi dobre izkušnje; kako naj z njimi ravna strokovno osebje, katere tehnike so učinkovite in ga pomirjajo, ko se nahaja v krizi (miren pogovor, poslušanje glasbe, sprehod v naravi, prespati situacijo, začasni umik iz oddelka); vnaprejšnji dogovori z institucijo (v kateri želi biti zdravljen, na katerem oddelku, kdaj naj uvedejo zdravljenje proti volji); in povsem praktične informacije o tem kaj je treba urediti v njegovem vsakdanjem življenju med tem, ko se nahaja v krizi (nahraniti domačo žival, plačati račune, popaziti na stanovanje).

zagotavljanje teh zakonskih pravic. Zastopniki seveda lahko informirajo klienta tudi o vseh teh pravicah in mu jih tako posredno pomagajo uveljavljati, vendar pa za razliko od neodvisnih zagovornikov v drugih državah nimajo dostopa do zdravstvene dokumentacije klientov in tudi nimajo pristojnosti, da jih je strokovno osebje (psihiatři) dolžno sprejeti na razgovor. To pristojnost pa imajo po zakonu zastopniki pacientovih pravic, zato bodo pri uveljavljanju koristi oseb zastopniki pogosto prepustili nekatere naloge prav slednjim. Čeprav razumem zakonodajalca, da ni želel podvajati vlog nekaterih profilov, zaradi česar tudi ni prepustil večje vloge zastopniku pri tem, da bi lahko izvajal nadzor nad zdravstveno obravnavo uporabnikov (razen pri PVU in posebnih metodah zdravljenja), pa menim, da je pozabil na zakonsko določilo, ki bi strokovnemu osebju nalagalo sodelovanje z zastopnikom pravic oseb na področju duševnega zdravja. V tujini je zakonska dolžnost strokovnega osebja, da sprejemajo zagovornike na pogovore v zvezi z zagotavljanjem pravic njihovih zastopancev, pri nas pa v praksi prihaja do nekaterih anomalij. V večini psihiatričnih institucij zastopniki nimajo težav pri navezovanju stikov s strokovnim osebjem, so pa nekateri psihiatři manj pripravljeni na sodelovanje kot drugi. V eni izmed psihiatričnih bolnišnic so celo izdali interno navodilo, da psihiatři ne komunicirajo z zastopniki, ampak se slednji obračajo samo na predstojnika bolnišnice. Tako je v praksi njihovo delo oteženo, saj velikokrat potrebujejo kakšno informacijo za klienta s strani psihiatra oziroma jo morajo psihiatrom posredovati, na primer če klient želi začasen odpust čez vikend ali, želi dodatne informacije glede zdravljenja in zdravil. Zakon sicer vsebuje določilo, da lahko zastopnik opravlja naloge zastopnika pacientovih pravic, če je imenovan v skladu z zakonom ZPacP (je imenovan na obe funkciji). Po dosedanjih izkušnjah iz prakse bi takšni zastopniki (dvojna vloga) bili nadvse učinkoviti, saj bi lahko celovito uveljavljali pravice klientov, mnogo večjo enakopravnost in moč pa bi imeli tudi napram ustanovi. Izognili pa bi se tudi situacijam, ko zastopnik pacientovih pravic morda ne bi želel sodelovati v okviru pritožb nad zdravstveno obravnavo v psihiatrični bolnišnici; zgodilo se je namreč, da je zastopnica pacientovih pravic odklonila sodelovanje v enem izmed postopkov.

Trenutna zakonodaja tudi precej slabo ureja nadzor nad delom zastopnika, nedorečen pa je tudi sam postopek odpoklica, saj ni postavljenih jasnih meril. Po zakonu je za nadzor nad delom zastopnikov zadolžen minister za socialno varstvo, ki razreši zastopnika, če svojih nalog ne opravlja v skladu z zakonom. To naj bi ugotovil na podlagi izvajanja redne supervizije. Supervizija, kot poteka sedaj, nikakor ne omogoča takšnih postopkov. Predvsem pa v trenutnem zakonu manjka pritožbena pot nad delom zastopnikov; oseba lahko kadarkoli prekliče pooblastilo za zastopanje in zamenja zastopnika, toda kam se lahko pritoži oziroma kateri organ bo obravnaval pritožbe (minister, socialna inšpekcija), če ni zadovoljna z delom

zastopnika oziroma je ta deloval celo mimo določil zakona. Po sedanji zakonski ureditvi ni jasno, ali lahko klienti s pritožbami nad delom zastopnika vplivajo na njegov odpoklic.

12.2. Institucionalne ovire pri delovanju zastopnikov

Za začetek velja nekoliko bolje pojasniti, kaj sploh razumem pod pojmom institucionalne ovire. Gre za okoliščine, ki zastopnikom onemogočajo delovanje znotraj samih ustanov (notranja institucionalna pravila, pogoji dela, hierarhija odnosov, hišni red, prostorski pogoji), oziroma ovire, ki izhajajo iz nedelovanja ali nesodelovanja z drugimi institucijami (sodišča, drugi strokovni profili). Prvi izziv, s katerim se bo tukaj zastopnik soočal, bo, kako naj deluje v sistemu hišnih pravil in hierarhični porazdelitvi moči, ki je značilna za vsako ustanovo. V psihiatričnih ustanovah je še posebej očitna ločnica med psihiatri in strokovnim osebjem na eni strani in uporabniki (duševnimi bolniki) na drugi strani. Hierarhični odnosi pa seveda veljajo tudi med strokovnim osebjem, glede na odgovornost, ki jo nosijo za svoje delo v ustanovi. Če želi zastopnik poskrbeti, da bo upoštevana volja njegovega zastopanca, se mora nujno uveljaviti kot enakovreden partner napram instituciji sami. Poskrbeti mora, da ga bodo kot takega dojeli tudi v ustanovi, v kateri deluje, zato mora biti zastopnik oseba s pokončno osebnostno držo.⁶⁶ Težko je zastopati nekoga v sistemu, kjer ima na eni strani nekdo moč in ugled. Pri tem je posebej težko vzpostaviti enakovreden odnos napram psihiatrom in drugemu strokovnemu osebju, kar so opazili že kandidati za zastopnike:

- 1) »Jasen deficit uporabnikove moči, saj Hane niso jemali kot enakopravnega sogovornika, ampak je vedno usmerjen pogled na zdravniški list, kjer je napisana diagnoza. Težko je zastopati nekoga v sistemu, ko ni vsem priznana enaka pogodbeno moč.«
- 2) »To pa je bila očitno huda napaka v očeh osebja. S socialno delavko sem kasneje na dolgo diskutirala o tem nesporazumu. Rekla mi je, da so bile oddelčne sestre zmedene ob našem vprašanju, ali bi bilo mogoče gospodu Janezu zagotoviti več izhodov. Niso bile poučene o tem, kdo smo in kaj nam lahko ter česa ne smejo odgovarjati. Zadeva je prišla tako daleč, da jih je socialna delavka zaradi tega očitno slišala od svoje nadrejene, me pa smo jih slišale od socialne delavke. Trdila je, da je bila z nami dovolj jasna o tem, da se z vprašanji obračamo nanjo in da nam bo ona dajala smernice.«
- 3) »Drugi moteč dejavnik pri terenskem delu je bilo osebje. Brez kakršnihkoli zadržkov so tehniki in čistilke vstopali v jedilnico in opravljali svoje delo, kot da nas ni tam.«

⁶⁶ Zastopniki pacientovih pravic so prav pokončno osebnostno držo (osebne kompetence) izpostavili kot tisti dejavnik, ki jim je omogočal, da so učinkovito uveljavili svoj profil in so se uveljavili kot enakovredni sogovorniki napram zdravnikom.

Trenutne izkušnje zastopnikov o tem, kako poteka v praksi sodelovanje s strokovnim osebjem v ustanovah, so zelo različne. V nekaterih primerih jih jemljejo kot enakovredne sogovornike in govorijo o pozitivni izkušnji, medtem ko drugi poročajo o tem, da imajo težave že pri vzpostavitvi komunikacije z osebjem. Do takšnih razlik v odnosu med zastopnikom in strokovnim osebjem prihaja zaradi različnih pogledov na to, kako izvajalci psihiatričnega zdravljenja razumejo profil zastopnika.⁶⁷ Dejstvo je, da ga po večini razumejo kot moteč profil, ki po nepotrebnem nadzira njihovo delovanje, in po večini stremijo k temu, da bi ga omejili na čim ožje področje delovanja; v celoti zavračajo vlogo zastopnikov, da bi kakorkoli vplivali na postopek zdravstvene obravnave osebe, čeprav je to želja ljudi. Kako tako omejevanje profila zгледа v praksi, je spoznala ena od zastopnic že ob svojem prvem primeru zastopanja, ko se je želela vključiti v postopek obravnave pritožbe o neustreznem ravnanju tehnika (prekomerna uporaba sile), ki je potekal znotraj ustanove. Čeprav gre v tem primeru zagotovo za uveljavljanje pravice do osebne dostojanstva in temeljnih človekovih pravic klienta, za kar je pristojen zastopnik, je psihiatrična bolnišnica vztrajala, da v skladu z njihovo proceduro obravnavanja pritožbe v postopkih ni predvideno sodelovanja zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravlja, temveč zastopnika pacientovih pravic. Prisotnost zastopnice na obravnavi ni bila zaželena, četudi je bila to izrecna želja klientke, ki je hotela njeno podporo v tem postopku. Tako je zastopnica poiskala rešitev v okviru ZPacP in je na obravnavi pritožbe sodelovala kot zdravstvena pooblaščenka pacientke, česar psihiatrična bolnišnica ni smela zavrniti. Žal pa takšna dejanja psihiatrične bolnišnice kažejo na to, koliko so pravzaprav pomembni njihovi pacienti in želje, saj so bili pripravljene na škodo uporabnice uveljavljati svoj pogled na to, kakšna naj bo vloga in pristojnost zastopnika v njihovi ustanovi. Da je prisotnost zastopnikov na oddelkih nezaželena, si lahko razlagamo tudi s tem, kako so psihiatrične ustanove zagotovile pisarniški prostor za nemoteno delo zastopnikov. Ali tega prostora, kljub temu da imajo že dve leti navodilo *Ministrstva za zdravje*, niso zagotovile ali pa je ta izven oddelka, ponavadi celo v drugi stavbi, kamor uporabniki nimajo dostopa. Na vseh zaprtih oddelkih naj bi bila prevelika prostorska stiska (kar pogosto drži), da bi lahko zagotovili tako pisarno na samem oddelku, a zastopniki na teh oddelkih pogosto nimajo niti prostora, ki bi ga lahko začasno uporabili za namen zaupnega pogovora s svojimi klienti. Pisarne na samih oddelkih bi bile namenjene tako nemotenemu delu zastopnikov in zaupnemu pogovoru kot boljši dostopnosti zastopniške službe.

⁶⁷ Glej poglavje 13.3.

Sicer pa po izkušnjah iz prakse, med osebjem in zastopnikom lahko prihaja do konfliktov zaradi nerazumevanja njegove vloge, takrat ko:

- klient podvomi v ustreznost odločitev, ki jih je strokovno osebje sprejelo v zvezi z njegovim zdravljenjem ali obravnavo, in želi dodatne informacije preko zastopnika;
- se klient želi pritožiti nad delom osebja oziroma ustanove;
- klient želi od zastopnika pomoč pri nečem, kar je po mnenju osebja zanj škodljivo.

Za zmanjšanje konfliktov v vseh teh primerih lahko zastopniki poskrbijo tako, da osebju razložijo svojo vlogo. Jasno pojasnijo, da zagovarjajo poglede in želje klienta in da to niso njihovi osebni pogledi. Povejo, kdaj uporabljajo točno njegove besede, zgodbe, kot jih je predstavil klient, v pogovorih. Osebju mora biti jasno, da ne delujejo na lastno pest, ampak na zahtevo klienta in imajo njegov mandat. Če klient želi in je to v ustanovi mogoče, naj poskušajo konflikte rešiti v neposrednem pogovoru z osebami in na neformalen način brez sprožanja formalnih pritožb. S tem se bo zastopnik izognil mnogim konfliktom z osebjem.⁶⁸

Na delovanje zastopnikov lahko vplivajo različne ustaljene prakse v institucijah in strukturirane aktivnosti v oddelkih, natančen urnik aktivnosti po hišnem redu.⁶⁹ Mnoge želje, ki jih izražajo zastopanci, so v neskladju s hišnim redom ali splošno prakso, zato bodo za institucije absolutno nesprejemljive, čeprav se nihče ne vpraša o smiselnosti teh pravil. Veliko teh želja bi bilo ob individualnem pristopu možno zagotoviti. Tako je na primer zastopanka izrazila željo, da jo moti plastična prevleka pod rjuho, ki je nameščena na postelji, saj ponoči šumi. Tako prevleko osebje namesti v bolnišnicah zaradi higienskih standardov in da ni potrebno kemično čistiti ležišča. Čeprav zastopanka ni želela uveljavljati te želje, se postavlja vprašanje, ali bi jo ustanova sprejela ali pa bi se strogo sklicevala na standarde, ki veljajo in ne dopuščajo izjem. Na podobno težavo je naletela zastopnica, ki je svojemu klientu želela omogočiti posedovanje prenosnega računalnika, da bi lahko prišel do zanj pomembnih podatkov, ki jih je hranil na računalniku. Ker bolnišnica ne dovoli posedovanja vrednejših predmetov na oddelku pod posebnim nadzorom, je lahko oseba le začasno prišla do prenosnega

⁶⁸ Reševanje pritožb na neformalen način, mimo formalnih postopkov, v kolikor je to mogoče, priporočajo, po svojih izkušnjah, tudi zastopniki pacientovih pravic. S takimi neformalnimi pogovori je mogoče rešiti večino pritožb na zadovoljstvo uporabnikov storitev, pa tudi izvajalcev. Formalni postopki pritožb in nadzora lahko trajajo tudi po več mesecev ali celo eno leto.

⁶⁹ Hišni red Psihiatrične bolnišnice Begunje ima sledeči urnik dejavnosti. Skupno vstajanje in jutranja higiena ob 7.15, zajtrk ob 8.00, kosilo ob 13.00 in večerja ob 18.30 uri. Zdravila delijo ob 8.15, ob 14.00 in ob 20.00 uri. Jutranje vizite so med 9.00 in 10.30, večerne pa med 21.00 in 22.00 uro. Individualne in skupinske psihoterapevtske dejavnosti se odvijajo od 9.00 do 12.30 in od 14.00 do 16.00 ure. Delovna terapija poteka od 9.00 do 12.30 in od 14.00 do 17.30; čas od 22.00 do 7.15 ure je namenjen počitku. Ob 22.00 uri se zaprejo vhodna vrata v bolnišnico.

računalnika v času obiskov. Še nekateri takšni praktični problemi, o katerih poročajo kandidati za zastopnike, ki so posledica notranjih institucionalnih pravil in sem jih že omenil so:

- Obveznost udeležbe na delavni terapiji, popoldanskih aktivnostih.
- Deljenje hrane in zdravil po urniku (redko možnost individualnega dogovora).
- Pogosto se za izvajanje omejevalnih ukrepov uporablja izgovor (ne)varnosti ljudi in povzročitve premoženjske škode (posedovanje mobilnih telefonov, računalnikov, odpiranje vseh poštnih paketov).
- Prav tako se institucije sklicujejo na druge pravilnike in standarde, ki veljajo v njihovi ustanovi in jih morajo upoštevati pri svojem delu (*Pravilnik o varovanih oddelkih, Pravilnik o pravicah do ortopedskih in drugih tehničnih pripomočkah, Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*).

Seveda so vsa institucionalna pravila namenjena lažji organizaciji dela znotraj ustanove in zagotavljanju primerljive, standardizirane oskrbe. Na eni strani ta pravila olajšajo delo osebju, po drugi pa v delo vnašajo rutino, kar ni nujno najboljše, saj vsa ta pravila osebje ponotranji in ne razmišlja o drugačnem poteku dela. Ta rutina dela je lahko še posebej moteča za uporabnike. Lahko si samo predstavljam, kako dolgočasno je živeti po ustaljenem hišnem redu iz dneva v dan, sploh če bivamo na takih oddelkih več let. Ta pravila so lahko moteča tudi za tiste, ki so na oddelkih nameščeni le za krajši čas, saj se morajo vseh pravil, ki jih prej v njihovem življenju ni bilo, navaditi (vstajanje, hranjenje, jemanje zdravil in spanje ob uri). Kar zadeva delovanje zastopnikov, je pomembno, da se zavedajo, da morajo pri svojem delu upoštevati hišni red ustanove, v kolikor ta ne posega v njihovo delo. Tako je primerno, da se ob prihodu na oddelek napovejo in obvestijo osebje, katerega pacienta so prišli obiskat. Se prepričajo, ali morda niso izbrali neprimerne trenutka, ko je čas kosila ali vizit. Prav je, da je osebje na oddelku obveščeno o tem, s kom in kje se nahajajo v času obiska na oddelku. Nenazadnje so se zastopniki že zaradi lastne varnosti dolžni pozanimati pri osebju, ali je varno, da se z osebo srečajo na samem. To, da zastopniki upoštevajo nekatera notranja institucionalna pravila, še ne pomeni, da se odpovedujejo svoji neodvisni vlogi, ampak samo na korekten način nastopajo napram ustanovi in zmanjšujejo možnost za konflikte z ustanovo.

Pri delovanju institucij in notranji organiziranosti dela, predstavljajo velik problem neustrezni kadrovske normativi in na to pogosto opozarjajo pristojno ministrstvo ustanove same. Zaradi premajhnega števila psihiatrov in osebja ti nimajo dovolj časa, da bi se vedno celovito posvetili vsem uporabnikom. Od tukaj izvira veliko težav, s katerimi se srečujejo pri svojem delu zastopniki, saj se nekatere pravice slabo uveljavljajo prav zaradi premajhnega

števila zaposlenih (informiranja o poteku zdravljenja, izhodi v spremstvu). Širši sistemski problem glede organizacije dela na oddelkih je, da pri nas nimamo specializiranih psihiatričnih oddelkov, kamor bi nameščali forenzične paciente in mladoletnike. Forenzični pacienti, sploh storilci hudih kaznivih dejanj, so lahko moteči za ostale osebe na oddelkih, saj jim povzročajo nelagodje. Zgodilo se je že, da so se na oddelkih istočasno zdravili tako storilci kaznivega dejanja kot sorodniki ali prijatelji žrtve, kar zna biti za slednje zelo neprijetno. Vzpostavitev specializiranega oddelka, kjer bi se psihiatrično zdravili forenzični pacienti, bi tudi precej olajšala organizacijo dela na oddelkih. Danes na psihiatrično zdravljenje pogosto pripeljejo tudi obsojence. Ti nimajo izrečenega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja, a se med prestajanjem zaporne kazni soočijo z različnimi duševnimi težavami, zaradi katerih potrebujejo psihiatrično zdravljenje. Čeprav zaradi zdravstvenega stanja ne bi bilo potrebno, so ti ljudje nameščeni na oddelke pod posebnim nadzorom in te lahko zapustijo (sprehodi) le ob spremstvu paznikov. Ker slednje uprava za izvrševanje kazenskih sankcij psihiatričnim bolnišnicam težko zagotovi, se lahko ti pacienti neprekinjeno nahajajo na zaprtem oddelku tudi po več mesecev. Zastopniki so v primerih, ko jih za pomoč zaprosijo klienti, ki imajo psihiatrično zdravljenje opredeljeno kot varnostni ukrep po *Kazenskem zakoniku*, ali gre za zapornike na psihiatričnem zdravljenju, precej omejeni pri uveljavljanju nekaterih pravic (gibanje, obiski), saj zanje veljajo še nekatera druga pravna pravila. Nekatero od teh težav pa bi odpravili prav z vzpostavitvijo posebnih psihiatričnih oddelkov. Kot rečeno, bi ti morali biti na voljo tudi mladoletnim osebam; zakon namreč določa, da gre mladoletnim še posebna skrb za njihove pravice in se jih praviloma ne namešča na oddelke skupaj s polnoletnimi, kar je še vedno trenutna praksa, saj nimamo posebnega oddelka, kamor bi lahko namestili mladoletne osebe. Psihiatrična klinika Ljubljana ima sicer *Enoto za adolescentno psihiatrijo*, a so tja namešča le mladi, ki privolijo v zdravljenje, ko poteka sprejem proti volji pa so nameščeni na oddelke pod posebnim nadzorom skupaj s polnoletnimi osebami.

Poseben problem, ki ovira delo zastopnikov, je trenutno (ne)delovanje sodišč v postopkih sprejema proti volji v nujnih primerih. Čeprav imajo po zakonu sodišča dvodnevni rok za obravnavo osebe in izpeljavo naroka, lahko v praksi zaradi pomanjkanja sodnih izvedencev (psihiatrov) preteče tudi več kot teden dni, preden sodišče izvede tako zaslišanje. V primeru takega protipravnega zadržanja so zastopniki povsem nemočni, saj ne morejo vplivati na hitrost postopkov pred sodiščem. So se pa pri delu z zastopanci že večkrat znašli v dilemi, kaj narediti v teh situacijah. V enem izmed takih primerov je zastopnik uspešno razrešil zadevo na način, da sta se skupaj s klientom dogovorila s psihiatrom, da bo odpuščen po dveh dneh, če podpiše privolitev v zdravljenje. Nekoliko absurdna situacija, a tako je bila

oseba odpuščena, preden bi o zadevi sploh odločilo sodišče. Tukaj gre tudi za določeno zakonsko oviro, saj bi moral zakon za preprečitev takšnih protipravnih stanj ali podaljšati roke za izpeljavo obravnave ali pa vsebovati določilo, po kakšnem času je potrebno osebo odpustiti iz oddelka, če sodišče še ni odločalo o pridržanju proti volji. Na sistemski ravni pa bi se zadevo lahko rešilo tako, da bi se imenovalo več sodnih izvedencev. Ko govorim o ustaljenih praksah, lahko omenim tudi ustaljeno prakso sodišča, ki ponavadi, ko odloči o tem, da je pridržanje utemeljeno, postavi tudi maksimalen rok (6 mesecev) pridržanja proti volji. Res je, da so velikokrat ljudje odpuščeni iz psihiatričnih bolnišnic pred iztekom tega roka, velikokrat pa so samo premeščeni na odprte oddelke, medtem ko še vedno velja ukrep zdravljenja, ki ga je postavilo sodišče, saj ga psihiater ni zaključil. Tako se je zgodilo, da so osebo, ki je samovoljno zapustila odprti oddelek (kar lahko vsi naredijo), ponovno privedli s pomočjo policije in jo ponovno premestili na oddelek pod posebnim nadzorom. To pomeni, da so ljudje nameščeni na odprtih oddelkih, a se tam le navidezno nahajajo prostovoljno. Čeprav ne smejo zapustiti psihiatrične bolnišnice in so jim s tem omejene pravice, nimajo pravice do zastopnika. V vseh teh primerih (oseba je po samovoljnem odhodu ponovno premeščena na zaprti oddelek) bi zastopniki morali predlagati klientom, da sprožijo postopek za predčasen odpust iz oddelka. Če je psihiatrična bolnišnica ocenila, da se osebo lahko premesti na odprti oddelek, to tudi pomeni, da ni več pogojev iz 39. člena ZDZdr (ogrožanje zdravja, varnosti) in tako tudi ni več razloga, da se izvaja zdravljenje brez privolitve.

Na koncu bi se še enkrat vrnil na to, da mora zastopnik sodelovati z drugimi institucijami in profili, ki lahko pomagajo zastopancem pri uresničevanju njihovih pravic in želja. Po večini to sodelovanje še ni vzpostavljeno, dogaja se celo, da strokovni delavci na področju duševnega zdravja sploh ne poznajo vloge zastopnikov ali pa ne vejo, da že delujejo na terenu, kaj šele, da bi se pri svojem delu medsebojno povezovali. Na skupnem srečanju, ki so ga imeli zastopniki pacientovih pravic in zastopniki pravic oseb na področju duševnega zdravja, se je že pokazalo, da se oba profila srečujeta s praktičnimi primeri, ki si jih za večjo učinkovitost dela lahko predajo med seboj, pri nekaterih pa morata celo oba profila sodelovati, a tega sodelovanja v praksi še ni, saj predvsem zastopniki pacientovih pravic sploh niso vedeli, kdaj lahko osebo napotijo k zastopniku. Na supervizijah se je izkazalo, da se včasih tudi zastopniki znajdejo v dilemi, na katere službe naj še napotijo klienta, takrat ko sami ne morejo učinkovito uveljaviti njegovih pravic; velja, da morajo biti tudi sami seznanjeni z delovanjem vseh profilov in služb, ki delujejo na področju duševnega zdravja.

13. Razumevanje profila zastopnika

13.1. Kako zastopniki razumejo svojo vlogo?

Profil zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja je novost za vse, tudi za zastopnike, ki bodo prvi opravljali to funkcijo. Vsi kandidati za zastopnike so se v procesu izobraževanja zavedali, da bodo opravljali bolj kot ne pionirsko delo in da njihov profil še nikakor ni izoblikovan, saj bo to mogoče šele tekom nekajletne prakse. Zato tudi sami pričakujejo, kar nekaj težav in nejasnosti glede njihove vloge v prvi fazi delovanja:

- 1) »Tako opažam, da še nihče nima jasne predstave o tem, kako naj bi profil zastopnika deloval v praksi. Verjetno se bo dokončno oblikoval in potrjeval z našim delom na terenu. Mi sami bomo tisti, ki bomo dali pravo pristojnost in veljavo temu profilu v korist uporabnikov. Pomembna vloga zastopnika bo razreševanje konfliktov in nesporazumov med osebjem in zastopancem ter vzpostavitev boljših odnosov med njimi.«
- 2) »Dileme, ki se odpirajo na samem začetku, so vezane tako na umestitev zastopnika pravic oseb s težavami v duševnem zdravju v sistem kot na samo organiziranost zastopništva. Delovanje zastopnika je v Sloveniji še nepopisana knjiga; gre za profil, ki se bo izoblikoval skozi delo, s prakso. Želim biti del te prakse.«

Med izobraževanji je bila pogosta dilema o tem, kako široka so pooblastila, ki jih ima zastopnik po zakonu in kakšne so njegove naloge. Tukaj se je diskusija vedno znova ustavila pri 12. členu ZDZdr in bilo je potrebno kar nekaj časa, da so kandidati razumeli ta člen v celoti in ne le njegovo drugo alinejo, ki govori o varovanju konkretnih pravic. Tukaj lahko razdelimo kandidate za zastopnike v dve skupini. V prvi so tisti, ki vlogo zastopnikov razumejo širše, kot profil, ki deluje tudi na družbeni ravni (širša zagovorniška vloga), v drugi skupini pa so tisti, ki razumejo vlogo zastopnika ožje, strogo v okviru zakonskih določil; slednji trdijo, da zakon njihovo vlogo precej omejuje. V zastopniških dnevnikih tako beremo o tem, kako kandidati sami vidijo vlogo (naloge) in pristojnost profila:

- 1) »Zastopnik nima posebnih pooblastil in ne more odločati o postopkih, a njegova naloga je, da postopke spremlja, nadzoruje, opozarja na morebitne kršitve pravic.«
- 2) »Iz zakonodaje in dosedanje prakse pa zastopnika razumem predvsem kot osebo, ki bo bolnike obveščala o njihovih pravicah predvsem po *Zakonu o duševnem zdravju* in *Zakonu o pacientovih pravicah* in jih spodbujala, da se teh pravic tudi poslužujejo. Dejansko velikih kršitev pravic na zaprtem oddelku ni več zaznati, vsekakor pa drži, da kjer so ljudje, se dogajajo tudi zlorabe. Odkrivanje teh zlorab in njihovo sankcioni-

ranje pa je poslanstvo zastopnika. In to poslanstvo bo lahko uspešno izvajal le s pokončno in odločno držo, ki ne bo klonila pred zunanjimi pritiski.«

- 3) »Vloga zastopnika je zakonsko omejena, vendar sem prepričana, da bo lahko zastopnik znotraj posamezne naloge za katero bo pooblaščen deloval tudi v dobro vseh uporabnikov zavoda in poskrbel za širitev njihovih možnosti. Tukaj mislim predvsem na naslednje; vloga zastopnika je zelo pomembna v smislu delovanja tudi na družbeni ravni z ozaveščanjem širše družbene javnosti, v destigmatiziranju in preoblikovanju obstoječih zakoreninjenih načinov, ki ljudi postavljajo v podrejen položaj.«
- 4) »Pri starejših moramo kot zastopniki vzpodbuditi zavedanje o njihovih pravicah in jim pojasniti, kje in kako jih lahko uveljavljajo. Potrebno jih je vključiti v družbeno dogajanje, jim pokazati, kako koristni so lahko in kako jih družba potrebuje.«
- 5) »Ko govorimo o pravicah starejših, moramo posebej izpostaviti pomembno nalogo zastopnika, to je, da čim več starostnikom omogoči čim daljše bivanje na svojem domu, v svojem domačem okolju. Tu vidimo velik izziv za zagovornike in njihovo delovanje na širšem družbenem področju.«

Pri nadaljnjem spremljanju delovanja zastopnikov bo potrebno pozornost nameniti temu, kako dejansko razumejo zastopniki svojo vlogo, ne samo na deklarativni ravni, ampak pri svojem praktičnem delovanju, ki je, sicer povsem pričakovano, trenutno zelo raznoliko. Vsak zastopnik ima poleg svojega osebnega stila opravljanja zastopniških nalog tudi nekoliko drugačne okoliščine za delo. Te so odvisne že od tega, kakšne predhodne izkušnje ima morda v kakšni drugi poklici vlogi, in od tega v kateri psihiatrični bolnišnici deluje, saj niso povsod enaki pogoji za njegovo delo. Na njihovo delo in razumevanje vloge zastopnika precej vplivajo njihove osebne kompetence in to, kako dosledno in celovito so se pripravljani zavzeti za pravice oseb. Nekateri zastopniki se bolj držijo določil zakona, opravljajo naloge, za katere imajo povsem jasen mandat (pregledovanje evidenc o PVU, sodelovanje na zaslišanjih sodišča, zagotavljanje pravic do telefona, elektronske pošte). S tem, ko opravljajo naloge, ki nedvoumno izhajajo iz zakonodaje, si zagotovijo določeno varnost v delovanju, saj se izognejo konfliktom tako z institucijami glede njihove pristojnosti kot po drugi strani z ministrstvom za delo, ki izplačuje nagrade za njihovo delo samo za določene naloge, ki jih opravijo. Na drugi strani pa so zastopniki, ki svoje delo opravljajo nekoliko širše; pri uveljavljanju pravic oseb opravljajo tudi določene naloge, ki jim jih zakon ne nalaga neposredno (kontaktirajo psihiatre, svojce, zastopanke odvetnike, sodelujejo pri promoviranju profila v javnosti, nudijo podporo pri premestitvi v zavod, jih obiščejo na odprtem oddelku, informirajo po tele-

fonu), a jih je treba opraviti, če želijo celovito uveljaviti pravice klientov. Tako imajo širšo zagovorniško vlogo, zagotavljajo pravice, ki pomenijo za klienta spoštovanje osebnega dostojanstva, in se ne omejujejo le na zagotavljanje pravic, ki so v zakonu konkretno opredeljene.

13.2. Kako uporabniki razumejo profil zastopnika?

Pri tem, kako uporabniki razumejo profil zastopnika, lahko zelo poenostavljeno rečem, da tega profila preprosto ne poznajo in ne vedo, kaj lahko od njega pričakujejo. Čeprav je namenjen prav njim, predstavlja zanje največjo neznancko. Glede nepoznavanja profila lahko uporabnike delimo na dve skupini. V prvi skupini so tisti uporabniki, ki so že slišali za zastopnika, a imajo drugačno predstavo o njegovi vlogi in tem, kako jim lahko pomaga, kot jo ima po zakonu, v drugo skupino pa lahko uvrstimo tiste uporabnike, ki za zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja sploh še niso slišali. Čeprav zakon velja že skoraj dve leti in so v njem tudi vsa določila o zastopniku, smo že v okviru praktičnega dela izobraževanja ugotovili, da uporabniki sploh ne vedo, da se takšna služba vzpostavlja in da jim bo kmalu na voljo, nič kaj boljše pa ni tudi trenutno stanje:

- 1) »Ne vedo, kaj zastopnik je in kaj dela, čeprav jim je socialna delavka omenila zastopnika. Zdravnik se s tem ne ukvarja.«
- 2) »Kmalu smo ugotovile, da zastopanelec ni vedel, kdo smo, zakaj je bil postavljen pred nas in zakaj smo tam.«

V prvi fazi delovanja zastopnikov je izredno pomembno prav informiranje ljudi s težavami v duševnem zdravju o tem, da so zastopniki pričeli svoje delo. Tukaj je pomembno predvsem celovito informiranje preko sredstev javnega obveščanja, okroglih miz in promocije profila zastopnika po nevladnih organizacijah, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Po trenutnih izkušnjah iz prakse se zdi, da mora oseba vedeti za pravico do zastopnika, še preden se znajde na zaprtem oddelku ustanove, saj bo na samem oddelku včasih zelo težko prišla do te informacije. Še vedno se dogaja, da ljudje, ki se zdravijo v oddelkih pod posebnim nadzorom, trdijo, da niso bili poučeni o pravici do zastopnika. Vprašanje je, ali res vsi psihiatri ob sprejemu poučijo osebo o teji pravici, mnogokrat pa se verjetno tudi zgodi, da so ljudje obveščeni o pravici, vendar je ob sprejemu niso sposobni razumeti ustrezno. Sprejem v psihiatrično bolnišnico predstavlja za osebo velik stresen dogodek, ki povzroča razburjenje, strah, jezo, zmedenost, zato bi bilo prav, da se osebo z njenimi pravicami seznanijo tudi kasneje in ne samo ob sprejemu. Prav v ta namen zakon določa, da mora biti osebi ob sprejemu izročena zloženka, ki omogoča ljudem, da se tudi kasneje seznanijo s pravico do zastopnika, in da

morajo biti na oddelkih objavljene liste s pravicami. Trenutno je z zloženkami problem ta, da se tiskajo v zelo majhnih nakladah, tako da jih hitro zmanjka in ljudem pogosto niso na voljo. Tudi plakati in izvlečki pravic oseb, ki visijo na oddelkih, redko dosežejo svoj namen, saj jih ljudje pogosto ne preberejo, velikokrat pa jih zaradi psiho fizičnega stanja tudi niso zmožni prebrati. Po mojem mnenju in opažanjih je prav zaradi teh razlogov nujno, da se ljudi obvešča o njihovih pravicah mnogo širše, saj morajo pravice poznati, še preden pridejo v ustanovo. Zelo pomembno je, da se s temi pravicami seznanja vso javnost, saj se lahko prav vsakdo znajde na mestu osebe s težavami v duševnem zdravju ali njegovih bližnjih oseb in v tem primeru jim pridejo te informacije še kako prav.

Pri (ne)razumevanju vloge zastopnika, kot ga vidijo uporabniki, je opazno, da si to vlogo vsak razlaga na lasten način, odvisno od tega, kakšno podporo od njega pričakuje. Eni tako vidijo zastopnika kot osebo, ki bo pomagala reševati njihovo socialno stisko in pomanjkanje denarja, drugi, da bo za njih prevzel delo odvetnikov in jim nudil pravno pomoč, spet tretji ga vidijo kot profil, ki bo opravljal nalogo družabništva in bo z njimi razvijal prijateljske odnose. To seveda ni presenetljivo glede na veliko neobveščenenost uporabnikov o tem, kakšne so naloge zastopnika po zakonu in kako jim lahko pomaga. Po drugi strani je pa tudi res, da si bodo takšno pomoč od zastopnikov zaželeli takrat, ko strokovne službe in drugi, ki bi morali pomagati uresničevati pravice, po njihovem mnenju odpovejo in tako zastopnika vidijo kot alternativno možnost, da uveljavijo svoje želje. Kako različen je pogled, ki ga imajo na vlogo zastopnika uporabniki, so izpostavili tudi zastopniki v svojih poročilih:

- 1) »V njegovem konkretnem primeru pravi, da bo zastopnik nekdo, ki bo rešil njegovo socialno problematiko. Namestitev v zavod vidi kot rešitev a le, če bi imel dovolj denarja, da bi oskrbo sam plačal. Njegova pokojnina ne zadostuje za pokritje stroškov in se boji, da bi dodatno obremenil otroka. Izrazi željo, da bi mu nekdo pomagal uredil državno priznavalnino na področju kulture, saj je bil v zadnjih letih avtor številnih slik in je tudi sodeloval na različnih razstavah kot glasbenik.«
- 2) »Še posebej naš zastopanelec na oddelku je naše delo videli predvsem kot bolj individualno poglobljeno socialno delo. Zastopnik naj poskrbi za izboljšanje finančne stiske osebe in plača kakšno kavo.«
- 3) Trenutno ga najbolj moti počasno zmanjševanje terapije, zanima ga, ali bi lahko čez določen čas ob kontroliranem zniževanju zaživel povsem brez zdravil.«
- 4) Pacienti bodo morali vedeti, v katerih primerih se bodo obrnili na zastopnika, da ga ne bodo zamenjevali z varuhom človekovih pravic, kar se nam je zgodilo na obisku, ko

nas je nagovorila oseba v mišljenju, da prihajamo iz pisarne Varuhinje. Od nas je želel, da mu pomagamo pri izpodbijanju krivega pričanja pred sodiščem.«

- 5) Uporabniki vidijo zastopnika kot osebo, ki jih bo branila pred neupravičenimi zahtevami svojcev ali okolice po zdravstveni obravnavi v bolnišnici in ki bo v celoti in brezpogojno zagovarjal njihove želje in stališča tudi, če so izražena v času duševne krize. Njihovo osnovno pričakovanje do zastopnika je predvsem, da jih reši zdravstvene obravnave na posebnem varovanem oddelku in jim omogoči preživljanje duševne stiske izven bolnišničnega okolja.«

Seveda je odveč poudarjati, da gre v vseh primerih za povsem legitimne želje in pravice, ki jih imajo ljudje, v določeni meri jim lahko zastopnik pomaga pri uveljavljanju vseh teh želja, vendar pa bo potrebno ljudem pojasniti po čem se njegova vloga razlikuje od vloge socialne delavke, odvetnika, zastopnika pacientovih pravic, zakonitih zastopnikov. Da ne bodo ljudje razočarani nad profilom zastopnika, morajo imeti jasno predstavo, pri katerih pravicah in željah jim zastopnik lahko učinkovito pomaga, ima na voljo ustrezne pristojnosti in pri katerih pravicah in željah, jim lahko nudi svojo pomoč in podporo, a za njihovo uresničevanje ni pristojen, zato tudi ne more jamčiti uspeha. Kar se danes kaže v praksi je, da vlogo zastopnika večina uporabnikov dojame mnogo širše kot so njegove naloge delovanja po zakonu. Mnogi si želijo, pomoč zastopnika tudi na odprtih oddelkih, v stanovanjskih skupinah in drugod v skupnosti. Tako se v praksi pogosto dogaja, da se ljudje na zastopnike obrnejo z željami, ki jih ne morejo izpolniti, saj delujejo le na zaprtih oddelkih. Situacije, ko bi oseba s težavami v duševnem zdravju potrebovala zastopnika (zagovornika) tudi v skupnosti so pogoste in uporabniki si želijo, da se zakonsko uredi tudi to področje. Na okrogli mizi o delovanju zastopnikov, ki je potekala v mesecu decembru na *Fakulteti za socialno delo* je o tem spregovoril tudi eden izmed udeležencev.

- 1) »Danes so enega prijatelja izključili iz stanovanjske skupine, na koga se lahko obrne. Se obrneš na varuha človekovih pravic, odgovor je bil, obrni se na referentko na centru za socialno delo. Ta ne naredi nič, kam lahko še gre, kje ima on zastopnika?«

13.3. Kako strokovno osebje v ustanovah razume profil zastopnika?

Psihiatrična stroka je že v fazi sprejemanja zakona ZDZdr izražala dvom nad delovanjem profila zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja. Vsi po vrsti zavračajo ocene, da prihaja v ustanovah do bistvenega kršenja pravic oseb. Vsi ukrepi omejevanja in prisile, ki jih izvajajo v ustanovah, pa so po njihovi oceni nujno potrebni in jih uporabijo v

skrajni sili. Nihče ni zadovoljen s tem, da morajo osebo zdraviti proti njeni volji, vendar je včasih to nujno potrebno; nenazadnje jim to nalaga že zakon, vse sprejeme proti volji pa odobri sodišče in to se jim zdi že dovolj velika varovalka, da ne prihaja do kršenja pravic. V tej luči vidijo zastopnika v prvi vrsti kot nepotreben dodatni nadzor; gre za neke vrste inšpektorja, ki se bo vmešaval v njihovo strokovno delo. Zastopnik naj bi po tej interpretaciji tudi rušil zaupne odnose med pacienti in zdravniki, ki veljajo v psihiatriji. Te interpretacije izhajajo iz tega, ker vidijo samo nekatere naloge (nadzorna funkcija), ki jih ima po zakonu zastopnik, spregledajo pa bistveno nalogo zastopnika, in to je krepitev moči osebe. V mnogih primerih pa tako kot uporabniki na oddelkih tudi osebje sploh ni poznalo delovanja profila in ni vedelo, da bo v kratkem pričel z delovanjem na terenu. Kandidati za zastopnike so v svojih nalogah takole poročali, kako je strokovno osebje v ustanovah videlo njihovo vlogo:

- 1) »Socialna delavka izrazi pomisleke, kako naj v določenih primerih zastopnik deluje. V praksi se ne bo vedno obnesel najbolje. Tudi psihiater nam pove, da so nekatera določila zakona za psihiatre moteča, saj se znajdejo pod prevelikim nadzorom.«
- 2) »Pogovorimo se tudi z osebjem zdravstvene nege. Tako smo ugotovili, da zaposleni niso obveščeni, kaj prinaša naša prisotnost na varovanih oddelkih.«
- 3) »Imeli smo priliko, da osebju na tem oddelku na kratko predstavimo, kdo smo in kaj počnemo v njihovi ustanovi. O novem zakonu, še posebej pa o novih institutih, ki jih le-ta prinaša, so bili zelo površno seznanjeni. Ni jim bilo jasno, kaj naj bi zastopnik počel pri njih, v bolnišnici.«
- 4) »Vodstvo bolnišnice celo meni, da je novi zakon korak nazaj pri skrbi za zdravljenje in pravice pacientov, saj vnaša v delo bolnišnice nepotreben nemir ter dodaja veliko upravnih nalog. Zato tudi bodočega zastopnika vidijo kot še eno novo nadlogo, ki bo vnašala nemir v odnose med pacienti in osebjem, za katere se že dolga leta trudijo, da bi postali čim bolj konstruktivni.«
- 5) »Seveda je bilo neprijetno, da so nas pričakali na nož in pokazali ves strah, ki ga psihiatrija ob uveljavitvi nove zakonodaje čuti do nove ureditve in instituta zastopnika, ki ga očitno vidi kot nebodigatreba inšpektorja, ki se bo na vse pretege vtikal v strokovno delo zaposlenih.«
- 6) »Direktorica je povedala, da sama zakona ne bo razlagala, ker se z njim ne strinja oziroma ga ne vidi kot uporabnega. Ob mojem vprašanju, kako vidi vlogo zastopnika v varovanem oddelku doma, pa kratko, jedrnato in odločno pove, da ne vidi, da bi lahko pri njih deloval. Po njenem mnenju na oddelek ne bi smeli hoditi ljudje kar vse povprek, saj takšni obiski povzročajo nemir pri stanovalcih.«

- 7) »Zaposleni so različno osveščeni s profilom zastopnika. Predvsem jih je zanimalo, ali se bo obseg njihovega administrativnega dela zaradi nas povečal.«
- 8) »V kolikor bo zastopnik zaživel v praksi v varovanih oddelkih socialno varstvenih zavodov, bo prinesel dodatno administrativno delo in dodatne delovne naloge, ki bodo le povečale obseg dela, ne vidijo pa koristi, ki jih prinaša ta profil. *Zakon o duševnem zdravju* komentirajo kot neživljenjski in menijo, da so določbe, ki se nanašajo na varovane oddelke v socialno varstvenih zavodih, obsojene na propad. Ne želijo, da varovani oddelek obiskujejo zunanji obiskovalci z raznimi ogledi, kajti taki obiski osebe z demenco samo vznemirjajo, pri njih povzročajo nelagodje.«
- 9) »Direktorica je izpostavila kritiko novega zakona. Po njenem mnenju bo porušeno ravnovesje zaupanja med pacienti in zdravniki. Po novem zakonu se vzpostavlja problem varstva osebnih podatkov, saj je treba sproti obveščati večje število oseb.«

Če povzamem vsa ta pričevanja, vodstvo ustanov, kjer bo deloval zastopnik, in njihove zaposlene skrbi predvsem:

- Da profil zastopnika pomeni nedopustno poseganje v avtonomijo psihiatrov, ker uvaja nadzor nad njihovim delom. Zdravniki, ki »fiksirajo« paciente v splošnih in drugih bolnišničnih oddelkih, ne potrebujejo posebnega soglasja s strani sodišča. Tako vse skupaj razumejo kot diskriminacijo psihiatrične stroke in posledično kot še dodatno diskriminacijo duševnih bolnikov.
- Osnovni pogoj za uspešno zdravljenje temelji na odnosu zaupanja med zdravnikom in pacientom. Profil zastopnika pa ruši to zaupanje, ker že a priori predvideva, da zdravnik osebo zdravi proti njeni volji in da z zdravstvenimi posegi krši pravice in integriteto pacienta. Na ta način se poruši zaupanje med zdravnikom in pacientom, kar zmanjšuje rezultate zdravljenja.
- Psihiatri imajo veliko strokovno znanje. Zastopniki tako ne morejo biti kompetenten sogovornik o primernosti in ustreznosti določene terapije ali glede uporabe posebnih metod zdravljenja.
- V primerih kršitve pravic pacientov v bolnišnicah in zavodih ti že imajo pravilnike, ki predvidevajo postopke pritožbe pacientov glede postopkov zdravljenja ali obravnave. Tako ne vidijo potrebe po dodatnem nadzoru nad morebitnimi kršitvami pravic pacientov, saj ta že sedaj obstaja.
- Novi zakon in profil zastopnika je postopke zdravstvene obravnave še dodatno administrativno zapletel, saj se po nepotrebnem vodijo številne dodatne evidence o omeje-

vanju pravic in je potrebno obveščati veliko število ljudi, zaradi česar lahko pride do zlorabe osebnih podatkov.

Občutek je, da je odklonilno stališče s strani ustanov do profila zastopnikov prevladujoče, kljub vsemu pa so nekatere institucije oziroma osebe v njih izrazili pripravljenost na sodelovanje in tudi zadovoljstvo nad uvedbo tega profila:

- 1) »Niso pa pokazali posebne zaskrbljenosti glede delovanja zastopnikov, saj zatrjujejo, da so pri svojem delu strpni, razumevajoči in delujejo humano.«
- 2) »Socialna delavka pove, da se strinja, da je treba pogledati pravice stanovalcev. Pove, da si bomo same ustvarile vtis na varovanem oddelku, kjer bomo spoznale stanovalce, in same ocenile potrebe in pravice le-teh.«
- 3) »Po predhodnem obisku v zavodu Hrastovec se dogovoriva z direktorjem zavoda ter s strokovno direktorico zavoda za obisk in možnost opravljanja prakse v zavodu. Strokovno direktorico obvestimo o naši želji in se dogovorimo glede obiska zavoda. S strani vodstva takoj dobimo pozitiven odgovor glede sodelovanja, saj so v zavodu zainteresirani za skupno sodelovanje, tako na področju uvajanja profila zastopnika kot tudi obravnave oseb v skupnosti.«
- 4) »Pogovarjale smo se s predstojnico oddelka, ki je bila v prvi vrsti pripravljena na sodelovanje. Povedala je tudi, da se sami še lovijo glede zagotavljanja pogojev dela za nove profile, ki jih predvideva *Zakon o duševnem zdravju*. Povedala pa je tudi, da se znotraj ustanove trudijo, da zadevo izpeljejo, kot je potrebno. Vprašala nas je, če potrebujemo poseben prostor, kot ga zakon predvideva.«
- 5) »Vodstvo zavoda si od obiska zastopnika obeta tudi pomoč in nasvete zase, saj želijo izboljšati oskrbo.«

Kot smo videli, je ponekod delovanje zastopnikov v praksi oteženo tudi zaradi odpora, ki ga do tega profila gojijo v ustanovah, vendar pa je trenutna slika na terenu mnogo bolj pozitivna, kot je bila pred letom dni, ko je potekalo praktično izobraževanje. V veliki večini primerov zastopniki ne poročajo o težavah z osebjem, ki bi jim preprečevalo uspešno opravljanje dela. Z njimi so vzpostavili korekten odnos, ki jim omogoča delovanje v korist zastopnika. Mogoče tudi zato, ker se odpor do zastopnikov mnogo bolj kaže na nivoju vodstva ustanov in psihiatrične stroke kot pa vsega strokovnega osebja, ki vsakodnevno dela za dobro uporabnikov. Pričakujemo lahko tudi, da bo s časom ta odpor vse manjši, saj so bile do sedaj ustanove in osebe pozorne predvsem na slabe strani, ki jih po njihovem prinaša ta novi zakon

in profil zastopnika. Tekom prakse pa bodo ustanove lahko prepoznale tudi koristi, ki jih imajo od delovanja zastopnikov. Praksa iz drugih držav, kjer delujejo neodvisni zagovorniki, je pokazala, da tudi strokovno osebje priznava, da zastopniki lahko pomagajo razrešiti posamezne konfliktne situacije v ustanovah, da poskrbijo za boljšo komunikacijo med zaposlenimi in uporabniki, da povečajo pri uporabnikih zaupanje v zdravljenje in obravnavo, saj imajo občutek, da se jim ničesar ne prekriva, in da s svojim delom omogočijo, da postanejo pacienti bolj samozavestni, kar lahko pospeši proces okrevanja.

14. Zaključek

Pisanje te naloge sem začel z željo, da bi končana naloga zadostila dvema namenoma. Prvič sem želel, da naloga čim bolj celovito predstavi koncept zagovorništva v duševnem zdravju in drugič, da v ta koncept umesti profil zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja in njegovo delovanje v praksi. Osrednji del empiričnega raziskovanja se je tako osredotočal na praktično delovanje zastopnikov. Zanimalo me je, kako poteka njihovo delo na terenu, kako lahko pomagajo pri uveljavljanju pravice oseb in predvsem s kakšnimi težavami/ovirami se srečujejo pri svojem delu. Pomembno je, da je naloga odkrivala praktične in realne probleme, s katerimi se srečujejo zastopniki, in je poskušala vsaj za nekatere najti rešitve. Predvsem pa upam, da bodo sklepi in zaključki naloge pomagali zastopnikom pri njihovem praktičnem delu, oblikovalcem javnih politik pri nadaljnjem razmisleku, kje se kažejo potrebe po spremembah zakonodaje na tem področju in da bo služila kot informativna podlaga vsem, ki bodo opravljali nadaljnje raziskovanje in spremljanje delovanja zastopnikov. Nenazadnje pa je naloga namenjena vsem ljudem, ki se želijo seznaniti s tematiko zagovorništva v duševnem zdravju in profilom zastopnika. Prav v ta namen sem se trudil, da so poglavja pisana v čim bolj preprostem vsakdanjem jeziku, kar sem upošteval tudi pri interpretaciji rezultatov v empiričnem delu. Izožibal sem se prikazovanju in interpretiranju zbranega empiričnega gradiva preko slik, shem, grafov, tabel, ampak sem, kolikor je bilo mogoče, glavne ugotovitve podal v obliki teksta, v katerega sem po potrebi vključeval opise konkretne problematike iz prakse zastopništva ali posamezne izjave, preko katerih si lahko vsak bralec tudi sam, ustvari vtis o problematiki delovanja zastopnikov v praksi.

Teoretičen del naloge je bil zastavljen zelo široko, podal sem mnogo relevantnih vsebin, ki so povezane z zagovorništvom v duševnem zdravju. Opisal sem zgodovino skrbi v duševnem zdravju in zgodovino psihiatričnih ustanov, ki so dolgo imele monopol nad obravnavo ljudi s težavami v duševnem zdravju. Preko kritike takšne pomanjkljive institucionalne oskrbe sem prešel na duševno zdravje v skupnosti in opis nekaterih konceptov (normalizacija,

krepitev moči, okrevanje), ki so povezani s skupnostno oskrbo in tudi zagovorništvom. Pravzaprav je, kot smo videli, včasih zelo težko ločiti med duševnim zdravjem v skupnosti in zagovorništvom v najširšem smislu, saj sta oba koncepta neposredno povezana, ko se zavzemata za iste cilje. Krepitev moči uporabnikov, enakopravni odnosi med strokovnimi delavci in uporabniki, odpravljanje stigme, ozaveščanje družbe, preobrazba modela skrbi v duševnem zdravju in vključevanje v skupnost so samo nekateri od skupnih ciljev. Predstavil sem mednarodne dokumente in smernice na področju duševnega zdravja in zagovorništva ter *Zakon o duševnem zdravju* skupaj z novostmi, ki jih ta prinaša; predvsem profil zastopnika in opredelitev pravnega varstva pravic oseb s težavami v duševnem zdravju v postopkih sprejema v psihiatrične in socialno varstvene ustanove. Vse to je bilo potrebno, da sem celovito raziskal prve tri postavljene teze, ki so se glasile:

- Teza 1: *institut zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja, kot ga določa zakonodaja, je v svojem delovanju in nalogah omejen in ne sledi vsem idejnim usmeritvam zagovorništva v duševnem zdravju.*
- Teza 2: *Zakon o duševnem zdravju z institutom zastopnika, v Sloveniji uvaja model neodvisnega zagovorništva v duševnem zdravju, ki je mednarodno primerljiv.*
- Teza 3: *institut zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja, kot ga uvaja ZDZdr, omogoča osebam v oddelku pod posebnim nadzorom in v varovanem oddelku dodatno pravno varnost osebnih pravic in svoboščin.*

Odgovor na prvo tezo je vse prej kot enoznačen. Profil zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja je zagotovo ožji, kot je koncept zagovorništva v duševnem zdravju. Razumljivo je, da je zakon ta profil pravno opredelil, določil njegove naloge, pristojnosti in mu s tem opredelil vlogo, ki jo opravlja. Lahko rečemo, da profil zastopnika ne sledi vsem idejnim usmeritvam, predvsem zato, ker je njegovo polje delovanje zelo ozko. Profil deluje le na oddelkih pod posebnim nadzorom, na varovanih oddelkih in v nadzorovani obravnavi in ne v vseh situacijah, kjer bi ljudje potrebovali zagovorniške storitve. Zastopniki s tem ne opravljajo tistih nalog zagovorništva, ki so predvidene kot širše aktivnosti v skupnosti. Gre za boj proti stigmatizaciji uporabnikov psihiatrije, ozaveščanje družbe glede problematike duševnega zdravja, skrb za objektivno poročanje medijev o tematikah duševnega zdravja. Predvsem pa zastopniki ne morejo skrbeti za uveljavljanje pravic njihovih klientov izven ustanov, ki se nanašajo na njihov socialni položaj, bivanjske razmere, vzpostavljanje kvalitetnih medosebnih odnosov in socialne mreže. Tukaj bi rad opozoril, da se od zastopnika pričakuje, da opravlja vsaj nekatere od teh zagovorniških nalog, četudi to niso naloge, ki jih določa

zakon. Preprosto si ne predstavljam, da je nekdo lahko uspešen zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja, če se tudi sicer ne zavzema za promocijo njihovih pravic v skupnosti in se ne bori proti njihovi socialni izključenosti in stigmatiziranosti. Profil zastopnika tako mogoče res ne zasleduje vseh idejnih usmeritev zagovorništva v duševnem zdravju, a zagotovo sledi bistveni ideji zagovorništva, zaradi katere je ta koncept tudi nastal. Zagovorništvo v duševnem zdravju se je v prvotni obliki pojavilo predvsem kot kritika »*nehumanih*« metod dela in razmer, ki so veljale v psihiatričnih totalnih institucijah, ter kršenja osebnih pravic v njih. Te kritike so sprva podajali posamezniki z izkušnjo psihiatričnega zdravljenja, kot sta bila John Perceval in Clifford Beers, ki sta s svojim delom tudi navdihnili kasnejši razvoj zagovorniškega gibanja; ta je sovpadal z vzponom ostalih družbenih gibanj, ki so se borila za pravice najrazličnejših marginalnih skupin. Pomembnost zagovorniškega gibanja je tudi v tem, da je postavilo na dnevni red oblikovalcev javnih politik problematiko pravic oseb s težavami v duševnem zdravju, še posebej v postopkih prisilnih hospitalizacij. Večinoma so ti postopki potekali arbitrarno, saj ni bilo ustrezne zakonske podlage, ki bi urejala to področje. Jasna regulacija postopkov prisilne hospitalizacije omogoča uspešno ravnotežje med skrbjo za človekove pravice oseb v teh postopkih in skrbjo za njihovo zdravje. Prisilne hospitalizacije se vedno izvajajo pod pretvezo, da je skrb za zdravje človeka na prvem mestu, čeprav na račun omejevanja človekovih pravic. V drugi polovici prejšnjega stoletja tako nastanejo številni mednarodni dokumenti ter nacionalni zakoni, ki urejajo to področje in tako vzpostavijo pravni okvir za varstvo pravic oseb s težavami v duševnem zdravju. Kot smo videli, je morala Slovenija *Zakon o duševnem zdravju* sprejeti tudi zato, ker tega področja ni imela pravno urejenega v skladu z mednarodnimi dokumenti. *Zakon o duševnem zdravju* s profilom zastopnika zasleduje predvsem eno od ožjih oblik zagovorništva v duševnem zdravju. Gre za model neodvisnega zagovorništva, ki se je že razvil v nekaterih drugih evropskih državah, predvsem v Veliki Britaniji, podobne oblike profesionalne zagovorniške službe pa poznajo tudi v Avstriji, na Švedskem in na Nizozemskem. Res je, da ta model ni povsem enoten in da se ureditve neodvisnega zagovorništva v posameznih državah med seboj malenkostno razlikujejo, saj so odvisne od širše ureditve sistema duševnega zdravja. V Sloveniji je v tem pogledu specifična predvsem zaradi svoje geografske majhnosti in pretežno institucionalne oskrbe, ki prevladuje pri nas na področju skrbi za duševno zdravje. Še vedno je v skupnosti na voljo pre malo alternativ, ki bi nadomestile institucionalno oskrbo; četudi je število institucij majhno, so te relativno velike in je v njih nameščenih veliko uporabnikov, tako se zdi, da bo dela za zastopnike veliko. Specifika v Sloveniji je tudi, da bo zaradi zakonskih določil in geografske majhnosti težko zagotoviti neodvisnost profila v skladu z zagovorniškimi načeli. Po drugi

strani pa to pomeni, da zastopniki bolje poznajo lokalno okolje, iz katerega prihajajo ljudje, in morda tudi njih same, kar je lahko prednost pri njihovem delovanju. Potrebno je tudi omeniti, da pri nas za razliko s tujimi ureditvami poznamo dva zakonska profila, ki delujeta na področju varovanja pravic oseb na oddelkih ustanov, saj je za uveljavljanje pravic, ki se nanašajo na zdravljenje in zdravstveno oskrbo, zadolžen zastopnik pacientovih pravic. V tujini tudi za uveljavljanje teh pravic, ko gre za postopke zdravljenja proti volji, skrbi neodvisni (bolniški) zagovornik. Kljub še drugim razlikam, ki sem jih opredelil v mednarodni primerjavi profilov neodvisnih zagovornikov, pa lahko rečem, da je institut zastopnika pravic oseb mednarodno primerljiv, saj sledi glavnim idejnim usmeritvam neodvisnega zagovorništva. Profil zastopnika je tako v prvi vrsti namenjen krepitevi moči posameznikov napram institucijam in varovanju njihovih pravic znotraj le-teh. V tem pogledu lahko tudi podam odgovor na tretjo raziskovalno tezo, ki se zdi samoumeven, saj zastopniki s svojim delovanjem zagotovo prispevajo k uveljavljanju pravic oseb in predstavljajo določeno dodatno varovalko v zakonu za zaščito njihovih pravic. Vendar sem pri analizi tega, kako ustanove zagotavljajo pravice oseb na oddelkih, kje so možna mesta za delovanje zastopnikov in kako lahko ti konkretno pomagajo pri uveljavljanju pravic oseb, prišel do zaključka, da zastopniki pri svojem delovanju nimajo nikakršnih orodij, za zagotavljanje pravic, ki ne bi bila na voljo že osebam samim. Zastopniki lahko opozarjajo na kršitve, ki se dogajajo, osebe informirajo o možnih ukrepih glede uveljavljanja pravic, ko pride do kršitve, vendar so osebe same tiste, ki sprožajo postopke pritožb. Edina postopka, ki ju zastopnik po zakonu lahko sproži, sta upravni nadzor nad izvedbo PVU in strokovni ali upravni nadzor pri izvajanju posebnih metod zdravljenja, a lahko to možnost uveljavlja že oseba sama in za to ne potrebuje zastopnika. Vse pravice zakonodaja seveda podeljuje neposredno osebam in ne zastopnikom, zato lahko rečemo, da v idealnih okoliščinah delo zastopnikov sploh ni potrebno. To je takrat, ko oseba pozna vse svoje pravice. Ve, kdaj so ji te pravice kršene ali omejene, in tudi ve, kako lahko te uveljavlja in to tudi zmore; zna podati pritožbo nad ravnanjem ustanove, sprožiti postopke upravnega in strokovnega nadzora nad delom ustanove ali osebja in postopke pred sodiščem za zaščito svojih pravic. Res pa je, da je celoten profil zastopnika utemeljen na povsem nasprotnih domnevah. Predvideva se, da veliko oseb svojih pravic ne pozna ali pa jih poznajo zelo slabo. Niso seznanjeni s tem, kako jih lahko uveljavljajo, kakšni postopki so na voljo, ko so jim pravice kršene. Tudi če se kršitev posameznih pravic zavedajo, ne želijo sprožiti pritožbenih postopkov, saj se ne želijo zameriti osebju ali ustanovi. V tem pogledu je celoten institut zastopnika zasnovan kot dodatna varovalka v zakonu, ki bo poskrbela za uveljavljanje pravic takrat, ko tega ne zmorejo osebe same. Pomemben sklep, ki ga lahko tu dam na podlagi opravljene ana-

liza o zagotavljanju pravic na oddelkih, je, da bodo zastopniki svojo pravo vlogo opravljali takrat, ko se bodo celovito zavzemali za svojega klienta in bodo skrbeli tudi za uveljavljanje pravice do osebnega dostojanstva in zasebnosti osebe. Dodatno pravno varnost bodo zastopniki prinesli predvsem s tem, ko se bodo zavzemali za čim bolj ohlapno interpretacijo posameznih zakonskih določil in bodo iskali alternativne možnosti, ki so na voljo, da se njihovim klientom posamezne pravice ne bi omejevale. Kot smo videli, se sedaj pogosto dogaja, da ustanove mnoge pravice zagotavljajo na način, »samo da je zadoščeno črki zakona«, kar ustreza njihovi notranji organizaciji dela, ne pa individualnim potrebam uporabnikov.

Če sem s teoretičnim delom naloge želel celovito prikazati, od kod izhaja ideja zagovorništva v duševnem zdravju in zakaj je prišlo do razvoja neodvisnega zagovorništva ter posledično tudi do uveljavitve profila zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja v Sloveniji, je bil glavni namen empiričnega raziskovanja celovito preučiti delovanje zastopnikov v praksi in odkriti ovire, ki vplivajo na njihovo delo. Tako sem raziskoval tezo 4:

- *Pri delovanju zastopnikov lahko v praksi predvidevamo naslednje pomanjkljivosti:*
 - a) *vsebinske ovire pri delovanju zastopnikov zaradi neizoblikovane enotne prakse delovanja in novosti koncepta;*
 - b) *zakonske in institucionalne ovire, ki otežujejo delovanje zastopnikov v praksi;*
 - c) *ovire, povezane s prepoznavnostjo in razumevanjem vloge zastopnikov in različnimi pogledi, ki jih imajo na vlogo zastopnika uporabniki, strokovno osebje, zastopniki.*

Zastopniki so s 1. decembrom 2010 začeli z delovanjem na oddelkih pod posebnim nadzorom psihiatričnih bolnišnic in se v praksi pričakovano spopadajo s kar nekaj težavami in neznankami. Čeprav je bila empirična raziskava narejena na gradivu in izkušnjah pridobljenih v okviru praktičnega usposabljanja kandidatov za zastopnike, ki je potekalo v januarju in juniju leta 2010, lahko rečem, da so pomanjkljivosti, ki sem jih zaznal v nalogi, po večini iste, kot se danes kažejo v začetni fazi delovanja zastopnikov. Na tem mestu ne bom ponašal vseh situacij, dilem in ovir, ki lahko vplivajo na delo zastopnikov, podal bom le tiste najpomembnejše ugotovitve, sklepe in napotke, ki bodo prišli prav vsem, ki skrbijo za organizacijo in vzpostavljanje zastopniške mreže in nadaljnji razvoj tega profila, ter tudi samim zastopnikom. Pri odpravi ovir bo tako na prvem mestu potrebno razmisliti o nekaterih nujnih popravkih zakonodaje, ki bodo omogočili večjo vlogo zastopnika. Najbolj nujna je predvsem sprememba členov, ki preprečujejo, da si vsi ljudje sami izberejo zastopnika, ko se znajdejo na zaprtih oddelkih, in pa sama omejitev delovanja zastopnika na le-te oddelke, saj smo videli, da so identične pravice včasih kršene tudi ljudem na odprtih oddelkih in da se tudi tam ne

nahajajo vedno po svoji volji. Prav tako bi bilo nujno vzpostaviti zakonsko podlago, ki bi omogočala poklicno vlogo zastopnikov, ter spremeniti zakonske pogoje za imenovanje v zastopnika. Ti so trenutno tako zaostreni (visoka šola, pet let delovnih izkušenj), da se dostop do profila zastopnika onemogoča mnogim ljudem, ki bi to delo lahko uspešno opravljali. Vloga zastopnika je namenjena predvsem ljudem, ki že sedaj nastopajo v vlogi strokovnega osebja v ustanovah ali nevladnih organizacijah na področju duševnega zdravja. Med imenovanimi zastopniki je trenutno kar 15 takih, kar predstavlja 90 % zastopnikov. S tem smo precej omejili tudi raznovrstnost zastopniške službe, raznolikost med zastopniki pa je pomembna, ker so take tudi potrebe uporabnikov. Glede ostalih ovir, ki so vezane na vsebino njihovega dela, na primer kako pri svojem delu spoštujejo zagovorniška načela oziroma vzpostavijo delovni odnos v procesu zastopniške akcije, lahko rečem, da so te večinoma take narave, da se jih da premostiti, če se upošteva vse smernice neodvisnega zagovorništva. Te vsebinske ovire izhajajo predvsem iz tega, da je profil zastopnika nov in da se zastopniki prvič znajdejo v določeni situaciji, zato iščejo odgovore, kako naj ravnajo. Kar se kaže tudi v praksi, je, da je vsak izmed 17-ih imenovanih zastopnikov začel potovanje v neznano. Vsak ima nekoliko svoj stil opravljanja zastopniškega dela. Ta je odvisen predvsem od njegovih predhodnih izkušenj, ki jih ima na področju duševnega zdravja, pa tudi osebnostnih lastnosti. Postavljajo si okvirje in temelje za svoje delo zastopnika, spoznavajo, kako jih sprejemajo ostali strokovni delavci in ljudje, ko se pojavijo na terenu. Čez čas, ko bodo pridobili določene izkušnje, ko bodo mnoge situacije postale že vsakodnevne pri njihovem delu, lahko pričakujemo, da bo večina teh težav odpravljenih. Pomembno pa je, da zastopniki že sedaj med seboj sodelujejo, izmenjujejo medsebojne izkušnje, saj se bo le tako čez čas razvila enotna praksa delovanja, ki bo vsem klientom zagotavljala nek enoten standard pri zagotavljanju zastopniških storitev. V začetni fazi delovanja pa bo enostavno treba sprejeti dejstvo, da nekateri zastopniki delo opravljajo bolj uspešno kot drugi, kar ni nič nesprijemljivega, v kolikor vsi zastopniki svoje delo opravljajo resno, prizadevno in v skladu s širšo zagovorniško držo.

Moram pa opozoriti, da se bodo z nadaljnjo prakso delovanja zastopnikov zagotovo še pojavile nekatere specifične situacije in problematika, ki je v dosedanjem delu še ni bilo mogoče zaznati. Tudi zato je še kako pomembno, da poteka kontinuirano spremljanje dela zastopnikov. Ne nazadnje zastopniki svoje delo trenutno opravljajo večinoma v oddelkih pod posebnim nadzorom psihiatričnih bolnišnic, že med izobraževanji pa se je pokazalo, da bo njihovo delo v varovanih oddelkih v mnogočem drugačno in specifično. Prihajalo bo do kršitev drugih pravic kot na oddelkih pod posebnim nadzorom, že sama skupina ljudi, s katero bodo delali, pa bo lahko povsem drugačna. Tukaj bo treba še veliko postoriti predvsem pri

skrbi za uveljavljane pravice starejših ljudi in tistih, ki zbolijo za demenco, saj se zdi, da bo delo zastopnikov na tem področju, kot ga sedaj predvideva zakonodaja, zelo oteženo. Težko bo dobiti mandat neposredno s strani zastopanca, več bo sodelovanja s svojci in zagovorništva brez navodil, ki zahteva od zastopnikov posebne metode dela.

Sicer pa je problematika, ki se na novo kaže v praksi delovanja zastopnikov in je ni bilo mogoče povsem predvideti na podlagi analize empiričnega gradiva, povezana s praktičnim vzpostavljanjem mreže zastopnikov. Gre za problematiko organizacijsko-tehnične narave glede njihove dosegljivosti (po telefonu, na terenu), plačljivosti dela, vodenja dokumentacije in terenskih dnevnikov, poročanja ministrstvu. Sedaj vso nastalo problematiko sprotno razrešuje ministrstvo za socialne zadeve. Da za vzpostavljanje službe trenutno skrbi ministrstvo, je sicer pozitivno, predvsem ker ministrstvo v nekaterih pogledih lahko nastopa napram institucijam s pozicije moči, česar zastopniki sami ne bi mogli početi, s tem poskrbijo, da so v ustanovah zagotovljeni pogoji za nemoteno delo zastopnikov. Ker zastopniki sedaj delujejo pod pokroviteljstvom ministrstva, lahko slednje pridobi neposredne informacije s terena glede njihovega delovanja in tako lažje načrtuje spremembe pravilnikov in zakonodaje. Tako je bil na primer že spremenjen *Pravilnik o merilih za določitev višine nagrade in za povrnitev stroškov za delo zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja*, saj stari ni omogočal plačila vseh stroškov, ki so jih imeli zastopniki pri svojem delu. Ima pa takšna organiziranost zastopniške službe pod okriljem ministrstva tudi mnoge pomanjkljivosti, ki se že kažejo v praksi. Tukaj me skrbi predvsem, kako bo služba zastopnikov dolgoročno delovala pod okriljem ministrstva, saj ta nima vseh ustreznih služb, ki bi lahko nudile celovito podporo zastopnikom. Trenutno ministrstvo ta problem rešuje z zunanjimi izvajalci, tako da je izobraževanje zastopnikov prepuščeno *Fakulteti za socialno delo*, pomoč pri supervizijah pa izvaja zunanja skupina za spremljanje zastopnikov. Zastopniki se zaradi takšne organiziranosti pri svojem delu srečujejo s precejšnjo birokracijo, ko morajo po navodilih ministrstva voditi terenske dnevnike, letna poročila. Birokratizacija se kaže tudi pri plačevanju zastopnikov, saj so plačila strogo vezana na pisna pooblastila, ki pa jih včasih ne morejo dobiti. Včasih zastopanec ob prihodu zastopnika pooblastila iz različnih razlogov ne more podpisati, lahko je že premeščen na odprti oddelek in je tako zastopnik na svoje stroške opravil pot od Maribora do Ljubljane in nazaj. Posebej me skrbi, ker ministrstvo še dodatno omejuje vlogo zastopnika s tem, ko zelo togo tolmači, katere naloge zastopnik po zakonu lahko opravlja in katerih ne oziroma bolje rečeno izvajanje katerih nalog bo plačalo in katerih ne. Zakon sicer ne predvideva ustanovitve posebnega zavoda ali društva za zastopnike, vendar zastopniki potrebujejo organizirano podporo, koordinacijo in organe, ki bodo omogočili njihovo dolgoročno delovanje.

Poseben zagovorniški zavod ali društvo bi lahko, tako kot je to praksa v drugih državah, nudil mnogo bolj celovito podporo zastopnikom pri delu, kakor jo imajo sedaj v okviru ministrstva. Zagovorniška organizacija bi tako opravljala naloge strokovnega izobraževanja in usposabljanja kandidatov za zastopnike, omogočala opravljanje izpitov za zastopnike, izvajala supervizije in nadzor nad njihovim delom, omogočila bi vključevanje uporabnikov v fazi evalvacije dela zastopnikov in s tem nadaljnji razvoj profila. Sprejela bi statute, smernice za delovanje zastopnikov in etične kodekse, vse tiste dokumente, ki so nujno potrebni za delo zastopnikov, a jih sedaj ni na voljo. Velika prednost samostojne organizacije bi bila tudi, da bi omogočila vzpostavitev jedra zastopniške službe, ki bi ga predstavljali profesionalni zastopniki, ki bi jim to delo pomenilo osnovno zaposlitev. Poleg njih bi lahko bili v mrežo zastopnikov kot sedaj vključeni zastopniki, ki jim ta funkcija predstavlja le dodatno honorarno zaposlitev, ali celo prostovoljci, ki bi opravljali laične oblike zagovorništva. Zastopniki trenutno ne morejo svojega dela opravljati poklicno, saj jih ministrstvo ne more zaposliti, to, da delo opravljajo honorarno v popoldanskem času, pa je za marsikoga veliko dodatno breme. Vsekakor delo zastopnika pogosto zahteva celega človeka, zato bo prej ali slej potrebno razmisliti tudi o njihovi poklicni vlogi. S tem, ko bi delovanje zastopnikov prenesli na ločeno zagovorniško organizacijo, bi dosegli tudi celovito organizacijsko neodvisnost zastopniške mreže. Zastopnikom bi omogočala, da svoje naloge opravljajo bolj svobodno in celovito, brez nepotrebnih administrativnih ovir in birokratizacije. Kot rečeno, se trenutno zastopniki precej strogo držijo določil zakona tudi zato, ker ne želijo tvegati, da bi svoje delo opravljali preveč na široko in tako morda ne bi dobili plačila za opravljene naloge (intervencija na odprtem oddelku, informiranje in aktivnosti brez pooblastila, širša podpora v skupnosti), vse več pa jih na srečo ugotavlja, da tako enostavno ne morejo delovati in počnejo vse tisto, kar zastopanelec od njih želi, saj lahko le tako v celoti uveljavijo koncept osebnega dostojanstva osebe pri zaščiti pravic. Na tem mestu bi povedal, da so se s podobnimi težavami glede tega, kako naj delujejo v okviru zakona, srečali tudi zagovorniki v Angliji, o čemer je spregovoril David Pennington:

Boj med tem, kar pravi zakon in kar se dogaja v praksi, je vedno prisoten. Sam nisem pravnik in večina od nas ni; ne razlagamo si vsake črke zakona, ampak skušamo dojeti pomen, ki ga želi zakon zasledovati, kak je njegov duh, namen, kaj želi, da dosežemo. Vsak dan imamo nove zagovornike, ki začnejo svoje delo opravljati po zakonskih določilih, in vsak deluje malenkost drugače. Morda se tako praksa postopoma oddalji od zakona, vendar deluje še vedno v duhu zakona. In danes nihče ne preganja načina njihovega dela, ampak jih pustijo, da delajo s svojimi klienti [...].

Čeprav sem osebno kritičen do počasnega uvajanja profila zastopnika v prakso, saj je preteklo že dve leti in pol od sprejema zakona in profil še ni v celoti zaživel, opažam, da je morda celo dobro, da se dela ta proces po korakih. Če bi stvari zastavili preveč na široko in bi danes zastopniki delovali že povsod tam, kjer je njihovo delo predvideno po zakonu, bi se verjetno ubadali s tolikšnimi problemi, saj s trenutno mrežo zastopnikov enostavno ne bi zmogli odgovarjati na vse potrebe uporabnikov. To pa bi predstavljalo resno nevarnost, da bi profil pokopali že na samem začetku, ko bi uporabniki izgubili vse zaupanje v njihovo delo.

Največja ovira pri trenutnem delu zastopnikov pa je še vedno neprepoznavnost tega profila. Zdi se, da ga trenutno ne prepoznajo ne uporabniki, ne strokovno osebje ter zdravniki in ne širša javnost. Tisti, ki so nekaj o delu zastopnika že slišali, pa imajo pogosto napačno predstavo o tem, kakšna naj bi bila njegova vloga. Zato je še kako pomembno, da se v prvi fazi delovanja profil promovira v širši javnosti preko javnih občil, organiziranja okroglih miz za obveščanje javnosti, ne nazadnje pa morajo tudi zastopniki sami na teren in obveščati uporabnike v ustanovah in uporabniških društvih kdo so, kaj počnejo in kako jim lahko pomagajo. Nekaj teh aktivnosti je v preteklih mesecih že potekalo, vendar še vedno premalo, da bi profil dobil zadostno prepoznavnost. Izkazalo se je namreč, da mora oseba poznati svoje pravice že preden se znajde v postopkih zdravstvene ali socialno varstvene obravnave, saj jih sicer ne zmore celovito uveljavljati. Pomembno je obveščanje širše javnosti in svojcev, saj lahko tudi ti navežejo stik z zastopnikom v imenu osebe.

Zadnja stvar, ki bi jo rad omenil, je, da je ena večjih pomanjkljivosti profila zastopnika ta, da pri dosedanjem sprejemanju zakonodaje in pravilnikov, pa tudi pri njegovem uveljavljanju v prakso, nismo dovolj vključili tistih, ki jim je ta profil v prvi vrsti namenjen. Da je zakonodajalec na uporabnike povsem pozabil, kaže že dejstvo, da ni predvidel nikakršne pritožbene poti nad delom zastopnikov. Uporabniki oziroma ljudje z izkušnjo, ki bi lahko konkretno povedali, kdaj in kako bi potrebovali pomoč zastopnika, kakšne naloge si želijo, da za njih opravlja, enostavno niso bili vključeni v te procese. Tu vidim tudi sam največjo pomanjkljivost svoje naloge. V nalogi sem ocenjeval institut zastopnika glede na zakonsko ureditev, mednarodno prakso neodvisnega zagovorništva, s kakšnimi težavami se srečujejo zastopniki pri svojem delu. Zelo malo prostora pa sem namenil temu, kako uporabniki vidijo ta profil, kje sami vidijo težave, ki bodo onemogočale delovanje zastopnikov in kaj bi sami spremenili pri delovanju zastopnikov. Nenazadnje so oni tisti, ki ocenjujejo uspešnost delovanja profila. Kar se kaže v praksi, je, da je lahko klient nadvse hvaležen in zadovoljen s svojim zastopnikom že samo zato, ker mu je ta stal ob strani, pa čeprav nista mogla rešiti njegove težave. Ni nujno, da je merilo za uspešnost uspešno opravljena zastopniška naloga, saj zastopanci sled-

njo ocenjujejo na podlagi drugih kriterijev. Prav zato bo nujno v nadaljnji proces spremljanja vključiti tudi odzive uporabnikov, da bodo ti lahko ocenjevali delo zastopnikov in s tem pripomogli k razvoju profila po njihovih potrebah. Enega celovitejših pogledov o tem, kako uporabniki vidijo vlogo zastopnika, je podala Nika Cigoj, predsednica uporabniškega društva Mostovi. Naj velja njeno razmišljanje kot povzetek vsega tega, kakšna naj bo vloga zastopnika in zakaj je ta tako pomembna. V tej smeri naj gredo tudi vsa nadaljnja prizadevanja za organiziranje zastopniške službe po meri uporabnika:

Zastopnik je vsekakor potreben v postopkih prisilne hospitalizacije, ko se pogosto zgodi, da pride pomoč prepozno. Človek takrat vloži ogromno energije v to, da si razjasni, kaj se mu dogaja, da bi nekako preprečil dogajanje in se izmotal iz te situacije. Išče rešilno bilko, nikjer pa ni nikogar, ki bi mu priskočil na pomoč in bil na njegovi strani. To je obupen občutek. Naenkrat zasovražiš vse okoli sebe, ne veš, komu lahko sploh še zaupaš. Zastopnik mora nastopi takrat, ko še lahko razmišljaš, ko še lahko nekako trezno spregovoriš o svojih občutkih, svoji situaciji; da si vzame čas, da te zastopa, se vživi v nastali položaj, podpre tvoje besede in to preden se začneš jeziti in povzročati škodo samemu sebi, kajti normalna reakcija, ki pa ni tako sprejeta, je, da ponoriš. S tem si narediš dodatno škodo, dodatno breme in diagnozo že zaradi tega, ker si to naredil v tistem trenutku, ko so te hospitalizirali. Kasneje pa, ko si že na oddelku, bi zastopnik moral predvsem zastopati tvoje interese, ti pomagati, da vprašaš zdravnika in dobiš jasen odgovor, zakaj so te zaprli, koliko časa boš na oddelku; marsikdo je par mesecev tam in sploh ne ve zakaj, ne kdaj bo lahko prišel ven. Človek se počuti zapostavljenega, izdanega, njegovo zaupanje v ljudi se omaja, zato je zelo pomembno, da so ljudje obveščeni o možnosti izbire zastopnika, ki jim lahko pomaga, njihovo jezo pa pravočasno prekanalizira v konstruktivno smer, v smer reševanja nastale situacije [...].

Naj nalogo končam z naslednjo mislijo glede delovanja zastopnikov. Novost tega profila je predvsem ta, da zakon z vpeljavo tega koncepta postavi zagovorništvo v osrčje psihiatrije, v zaprte oddelke psihiatričnih bolnišnic, kjer je bilo do sedaj zagovornikom delo onemogočeno. Uporabnikom tako ne bo več potrebno iskati pomoči pri zagovorniških službah, ko so postopki hospitalizacij že končani in ko so mnoge krivice že storjene. Od sedaj jim bo taka zagovorniška (zastopniška) služba na voljo že takoj ob sprejemu v ustanovo, s tem pa je možno takoj zaščititi pravice uporabnikov in preprečiti njihovo kršitev. Če si nekoliko ironično dovolim izposoditi medicinski izraz, lahko rečem, da so se do zdaj zagovorniki pri obravnavi uporabnikovih pravic in interesov ukvarjali predvsem s kurativo in popravljanjem krivic, v prihodnje pa se bodo lahko tudi s preventivo oziroma preprečevanjem krivic.

15. Temeljna Literatura

- Alexander, Franz (1966): *The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present*. New York City: Harper and Row, Publishers.
- Anthony, William (1993): *Recovery from Mental Illness. The Guiding Vision of Mental Health System in 1990's*. Psihosocial Rehabilitation Journal 16(4) 11–23. Dostopno na <http://www.bu.edu/cpr/resources/articles/anthony1993.pdf> (14. junij 2010).
- Basaglia, Francesco (1987): *Psychiatry Inside Out: Selected Works of Franco Basaglia. European Perspectives*, Columbia: University Press.
- Bateson, Gregory (1962): *Perceval's narrative: a patient's account of his psychosis 1830–1832*. London: The Hogarth Press.
- Brandon, David (1991): *Innovation without change? Consumer power in psychiatric services*. London: Macmillan Education.
- Brandon, David (1993a): *Peer Support and Advocacy in Mental Health Services*. Cambridge: David&Althea Brandon.
- Brandon, David (1993b): *Veselje in žalost pri normalizaciji*. Socialno delo 32(1–2): 19–25.
- Brandon, David in Althea Brandon (1994): *Jing in Jang načrtovanje psihosocialne skrbi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Brandon, Toby in David Brandon (2001): *Stand by me*. Community Care. Dostopno na <http://www.communitycare.co.uk/Articles/2001/09/13/33160/Stand-by-me.htm> (13. junij 2010).
- Bruce, J. Ennis (1972): *Prisoners of Psychiatry*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Copeland, Mary Ellen (2004): *Being an Effective Self-Advocate*. Samsha. Dostopno na http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=4784&cn=74 (16. avgust 2010).
- Čuk, Vesna (2006): *Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveno negi. Pravice bolnikov in zaposlenih*. Zbornica zdravstvene in babiške nege.
- Drnovšek, Mojca Zvezdana (2006): *Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Emerick, Robert (1990): *Self-Help Groups for Former Patients: Relations With Mental Health Professionals*. Hosp Community Psychiatry (41): 401–407.
- Emmet, William (1998): *A family advocate's reply: why consumers and family advocates must work together*. Psychiatric Services, 49, 764–765. Dostopno na

<http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/49/6/764?ijkey=9b23db296c43e04611eba25a1b309fea09082553> (13. junij 2010).

- Erikson, K.T. (1957): *Patient Role and Social Uncertainty - A Dilemma of the Mentally Ill*. Psychiatry 20(3): 263–274 .
- Feldman, David (1999): *Human dignity as a legal value*. Public Law (2000) 682–702.
- Flaker, Vito (1993a): *Advocatus diaboli?* Socialno delo, Duševno zdravje v skupnosti – zagovorništvo 32(3-4): 5–11.
- Flaker, Vito (1993b): *Zagovorništvo v akciji - proces emancipacije*. Socialno delo, Duševno zdravje v skupnosti – zagovorništvo 32(3-4): 39–51.
- Flaker, Vito (1994): *Analiza tveganja*. Socialno delo, 33(3): 189–196
- Flaker, Vito (1996): *Podmene obveznih ukrepov na področju duševnih stisk in njihove transformacije*. Socialno delo 35(5) 433–444.
- Flaker, Vito (1998): *Odpiranje norosti – vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana. Založba /*cf.
- Flaker, Vito et al. (1999): *Oblike bivanja za odrasle ljudi, ki potrebujejo organizirano skrb in podporo: analiza in predlog ukrepov. raziskovalno poročilo*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Flaker, Vito (2001): *Kaj je duševno zdravje v skupnosti? What is community mental health?* Zdrav. vars. 40(1-2): 69–73.
- Flaker, Vito et al. (2008): *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, Vito et al. (2009): *Formalni in strokovni okvirji za uvajanje in izvajane Zakona o duševnem zdravju*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Frese, Frederick J. (1998): *Advocacy, recovery and the challenges of consumerism for schizophrenia*. The Psychiatric Clinics of North America 1998(21): 233–249.
- Foucault, Michael (1984): *Nadzorovanje in kaznovanje*. Ljubljana: Delavska enotnost.
- Foucault, Michael (1998): *Zgodovina norosti v dobi klasicizma*. Ljubljana: Založba /*cf.
- Frančiček Kobač, Miloš (2007): *Psihopatologija za varnostno in pravno področje*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede.
- Funk, Michelle (2003): *Advocacy for Mental Health*. World Health Organization.
- Goffman, Erving (1961): *Asylums*. London: Penguin.
- Gösth, Fran (1924): *Misterij duše*. Ljubljana : Zvezna tiskarna in knjigarna.
- Harrison, Glynn et al. (2001): *Recovery from Psychotic Illness*. The British Journal of Psychiatry 2001 (178): 506–517.

- Inclusion Europe (2009): *Partnerji za boljšo zakonodajo, priročnik za vsesplošno vključenost*. Dostopno na www.inclusion-europe.org/mainstreaming (10. september 2009).
- Jacobson, Nora (2009): Dostojanstvo in zdravje – pregled. V Andraž Teršek (ur.) *Človekovo dostojanstvo in duševno zdravje*. *Revus* 10 (2009) 35–52.
- Katz, Alfred in Eugene I. Bender (1976): *Self-Help Groups in Western Society: History and Prospects*. *Journal of Applied Behavioral Science* 12(3): 265–282.
- Klanšček, Helena et al. (2009): *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Kostnapfel, Janko (1996): *Slovenski psihiatri*. Radovljica: Didaktika
- Lamovec, Tanja in Vito Flaker (1993): *Ali v Sloveniji potrebujemo zagovorništvo?* *Socialno delo*, Duševno zdravje v skupnosti – zagovorništvo 32(3-4): 27 – 31.
- Lamovec, Tanja in Barbara Čufer (1993): *Oblike in razvoj zagovorništva v svetu*. *Socialno delo*, Duševno zdravje v skupnosti – zagovorništvo 32(3-4): 27–31.
- Lamovec, Tanja (1997): *Razvoj zagovorništva za uporabnike psihiatrije v Sloveniji*. *Socialno delo* 36(1) 53–60.
- Lamovec, Tanja (2001): *Uporabniška iniciativa in država*. *Socialno delo* 40(1): 29–37.
- Lamovec, Tanja (2006): *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Lehman, Peter (2002): *Coming off Psychiatric Drugs*. Berlin: Peter Lehman publishing.
- Lešer, Iztok (1999): *Blodnjava motnja*. *Viceversa* 1999(23) 6–38.
- Linhorst, Donald (2005): *Empowering People With Severe Mental Illness: A Practical Guide*. New York: Oxford University Press.
- MacDonald, Michael (1991): *Mystical Bedlam: Madness, Anxiety, and Healing in Seventeenth-Century England*. Cambridge: University Press.
- Macklin, Ruth (2003): *Dignity is a useless concept*. *British Medical Journal* (327) 419–420.
- MDAC (2008): *Advocacy Services for People with Mental Health Problems and Intellectual Disabilities: Guidance and Model Policies*, Budimpešta: MDAC.
- Mental Health America (2010): *History of the Organization and the Movement*. Dostopno na <http://www.mentalhealthamerica.net/> (16. marec 2010).
- Merkel, Larry (2003): *History of Psychiatry*. PGY Second Lecture. Dostopno na <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/psych-training/seminars/history-of-psychiatry-8-04.pdf> (10. september 2009).
- MIND (2010): *The Mind Guide to Advocacy*. Dostopno na: http://www.mind.org.uk/help/information_and_advice/copyright (21. maj 2010).

- Mrevlje, Gorazd (2009): Znaki in simptomi duševnih motenj. V Peter Pregelj in Radojka Kobentar (ur.) *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Založba Rokus Klett.
- Morselli, Paolo Luciano (2000): *Present and future role of Mental Illness Advocacy Associations in the management of the mentally ill: realities, needs and hopes at the edge of the third millennium*. *Bipolar Disorders* 3(2): 294–300.
- National Mental Health Development Unit (2009): *Independent Mental Health Advocacy - Effective practice Guide*. Dostopno na: <http://www.nmhd.org.uk/silo/files/independent-mental-health-advocacy-effective-practice-guide.pdf> (20. april 2010).
- Nirje, Bengt (1969): The Normalization Principle and its Human Management Implications. V Wolf Wolfensberger in R. Kugel (ur.) *Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded*. Washington: President Committee on Mental Retardation.
- O'Brien, John (1999): The Genius of the Principle of Normalization. V Robert Flynn (ur.): *A Quarter-Century of Normalization and Social Role Valorization: Evolution and Impact*. Ottawa: University of Ottawa Press.
- Dostopno na <http://thechp.syr.edu/Genius.pdf> (15. marec 2010).
- Oreški, Suzana (2008): *Družbeno pojmovanje duševnega zdravja : primer dveh slovenskih medijev*. Doktorska disertacija.
- Orford, Jim (1992): *Community Psychology: Theory and Practice*. San Francisco: Willey
- Podvoll, M. Edvard (1990): *Seduction of Madnes: Revolutionary Insights into the World of Psychosis and a Compassionate Approach to Recovery at Home*. HarperCollins Canada.
- Porter, Roy (2002): *Madness: A Brief History*. Oxford: Oxford University Press.
- Pravilnik o opravljanju izpita ter izbiri in vlogi zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja*. Uradni list RS, št. 49/2009 (29. junij 2009).
- Pravilnik o merilih za določitev višine nagrade in za povrnitev stroškov za delo zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja*. Uradni list RS, št. 67/2010 (29. avgust 2010).
- Predlog Nacionalnega programa za duševno zdravje*. Dostopno na <http://www.mz.gov.si/si/splosno/article/670/5927/da8e65c7> (5. september 2009).
- Pregelj, Peter in Radojka Kobentar (2009): *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Založba Rokus Klett.

- Repper Julie in Rachel Perkins (2003): *Social Inclusion and Recovery*. London: Bailliere Tindall.
- Riecher-Rössler, Anita in Wulf Rössler (1993): *Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison*. Acta Psychiatrica Scandinavica 87: 231–236. Dostopno na <http://www.scribd.com/doc/40031554/invuntary> (17. avgust 2010).
- Rose, Stephan in Bruce Black (1985): *Advocacy and empowerment: Mental health care in the community*. Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Salter, Mark in Trevor Turner (2008): *Community Mental Health Care*. Livingstone: Elsevier.
- Smith, Laura (2009): *Depresija za telebane*. Ljubljana: Pasadena.
- Szasz, Thomas (1972): *The Myth of Mental Illness*. London: Paladin.
- Schaffer, David (2004): *History of Mental Illness and Early Treatment in a Nutshell*. Dostopno na <http://www.bipolarworld.net/history.html> (23. april 2010).
- Salize, Hans Joachim, Harald Dreßing, Monika Peitz (2002): *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member State*. Mannheim: Central Institute of Mental Health.
- Solomon Bryan, Barbara (1976): *Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities*. Columbia: Columbia University Press.
- Solomon, Phyllis (2004): *Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients*. Psychiatric rehabilitation journal 27(4): 392–401.
- Sullivan, William Patrick (1997): *A Long and Winding Road: The Process of Recovery from Severe Mental Illness*. American Journal of Psychiatry (144), 718–726. Dostopno na <http://www.bu.edu/cpr/repository/articles/pdf/sullivan1994.pdf> (16. junij 2010).
- Škerbinek, Ana Ladi (2000): *Opis zgodovine in razvojne perspektive psihiatrične zdravstvene nege*. V Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Škerjanec, Jelka (2006): *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev. Pomen uporabniškega vpliva pri zagotavljanju socialno-varstvene storitve*. Ljubljana: CPI.
- Švab, Vesna (1996): *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta.
- Švab, Vesna (ur.) (2004): *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: ŠENT.
- Teed, Elizabeth in John Scillepi (2007): *The Community Mental Health System: A Navigational Guide for Providers*. Pearson Education.
- Teršek, Andraž (2009): *Ustavno pravna odgovornost države in družbe za kakovost duševnega zdravja*. V Andraž Teršek (ur.) *Človekovo dostojanstvo in duševno zdravje*. Revus 10 (2009) 15–24.

- Thornicroft, Graham in Elizabeth Corker (2010): Cross-cutting Theme: Stigma and Discrimination. V *Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being*. Background document for the thematic conference of European Commission and Portugese Ministry of Health. Dostopno na http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_201bgdocs_en.pdf (16. julij 2010).
- Unzicker, Rae (2002): *Mental Health Advocacy, from Then to Now*. Dostopno na <http://www.narpa.org/webdoc6.htm> (5. marec 2010).
- Wahl, Otto (1999): *Mental health consumers' experience of stigma*. Schizophrenia Bulletin, 25(3) 467–478.
- Watkins, Peter (2008): *Recovery a Guide For Mental Health Practitioners*. Livingstone: Elsevier.
- Wolfensberger, Wolf (1972a): *The principle of Normalization in human services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.
- Wolfensberger, Wolf (1972b): *Citizen Advocacy for the Handicapped, Impaired, and Disadvantaged: An Overview*. Washington: President's Committee on Mental Retardation.
- World Health Organization (2003): *Advocacy for Mental Health*. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*. Uradni list RS, št. 77/2008 (28. julij 2008).
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*. Uradni list RS, št. 15/2008 (11. februar 2008).

16. Priloge

A) Intervju s Timom Smoldonom in Davidom Penningtonom

Maybe firstly something about the history of advocacy in general in your experience?

Tim: Advocacy is quite a young discipline. The discipline of advocacy is young, advocacy obviously is as old as people, but the discipline of advocacy really didn't start until the late 70's, early 80's in England. Initially it was used with people with a learning disability, but in the 80's it moved across into mental health as well. Since then it's been growing and working with a whole range of different people and different models of advocacy have been developed and probably will be continued to be developed as we get more experience and find better ways of actually doing it.

David: Advocacy for me is the development of a service that started on its own and more recently the governments recognized the importance of advocacy, because a lot of people that had had advocates and advocates themselves have been telling them how important it's been, how beautiful it's been. It's been recognized at that level that certain pieces of our legislation would be well supported by insuring that the people had the right to have advocacy, because we have lots of advocates, but often you could be confident that if you needed an advocate you would get one. The state had stepped in and insured that in particular groups, if they need an advocate, they must have one and it must be provided to them. But the state doesn't provide an advocate, the state provides the resources for our local services to provide it. We continue to have independent advocacy. They might be paid by the department of health, but the money goes directly to them and they are accountable to no one other than the patient themselves. They write the report, they might give information to the other professionals, but everyone is very, very clear that their clients, the person they work for, is the patient. They have no other agenda. It doesn't matter what the rest of the services have to say "We haven't got enough money for this and that," all they're focused on is "This is what your patient wants to happen and the things they want to communicate to you. And that's what I'm here to do, to communicate and help them to get information across to you." It's very important that they're statutory services in terms of "The law says these must be provided, they are still independent." Local authorities and the health organizations do not provide advocacy and other service as they're completely independent. It only relates to the client. It doesn't have to worry about budget, it doesn't have to worry about "There's no more room at the hospital, or the doctor's really busy and doesn't have time to do that." It doesn't matter to them because it's not their business. Their business is to make sure their client get the voice across.

You've already said something, but what is independent mental health advocacy? What is it, the role and who provides the services?

Tim: The independent advocacy is provided by organizations that don't belong to the state. They are free-standing organizations that manage themselves, some of them are charities, some aren't. They may take money from the state, but they're not governed by the state. They are independent of everything other than the people that they work with. Usually the management of those organizations is quite often taken from people the organization is working with. Many of them have had mental health difficulties in the past so they understand what the needs are. These organizations grow up, a number of people decide they were actually set up on these organizations, they find some money or not and that's it, they grow...

David: You asked about the mental health law. We call it the INPES which is independent mental health advocacy and these are basically mental health acts, just recently changed and now include within it a provision that says if you are in hospital, subject to the mental health act, so if you are detained under the Mental Health Act or you are subject to certain elements of control under the MHA, so you are living in the community, but you have a mental health order on you, that might restrict certain things you might wish to do. The act says if that is the case, you must have access to an advocate. Local services have to insure that there is advocacy service available. But the important thing is, if they fall in the department of local health service, I can't use any of my staff to be the advocates, I couldn't take them, because we need to have them. The law says I have to approach an independent organization, so as Tim said, we have voluntary organizations, some are charity, some aren't. Some are quite big organizations and they have lots of branches around the country, but they're all independent. You approach one of those and they will provide an advocate to the client. People themselves can declare that they want to speak to an advocate and a doctor or a social worker who worked with them might say "I can get an advocate for you, you'll find that useful." And an advocate would come, but in the end of the day, it's the client themselves who says, "I don't want an advocate, it's not for me," and that's OK. It's not imposed on them that they've got to have one whether they like it or not. Often people don't want an advocate, the advocate meets with them and says, "let me see what can I do, or what the service is about, so if you change your mind in the future, you've got some more information." And along the course of the conversation, people say "You know what, can you stay? I think you can help me." People change their mind, which is great. When people understand what an advocate might do, it feels like a powerful thing to have. You've actually got someone who's only focused on you. That could be very useful for someone who's struggling, they're anxious about medication, they feel that

everything about them is controlled. Lots of people report is that no one is listening to them. I'm trying to tell someone what's going on and no one is listening. Here's a person to help me get my message across. It's quite powerful.

Tim: Another great thing about advocacy is that it's free. You don't make any charge for a service and obviously that helps people to have access even if they don't have to pay for it.

Another question for you, Tim. Who can be an independent mental health advocate?

Tim: Anybody, really. Anybody, who wishes to be an advocate and is willing to accept the principles and work within the boundaries and limitations of the discipline. They need to undergo some training before they take on the role. In fact it can be people from all walks of life, all ages and abilities. We have people with learning disabilities who act as advocates for other people with learning disabilities. We have people who have retired from work and want to put something back into society, so they become advocates. People who had mental health problems before become advocates. It's quite open to a whole range of people. That's one of its strengths, that they don't all come from a particular background, so they don't all come from being a social worker or being a nurse. The idea of advocacy is that people aren't particularly trained in those disciplines, all that we have to train them is how to provide, operate as an advocate.

And a question for you, David. This is a dilemma that we have in Slovenia. You are a social worker. Was it difficult to step into the shoes of an advocate? What personal dilemma did you have, not to give advice, to give information, to be an advocate?

David: When I worked as a professional, as a social worker, I worked with advocates. And whilst I might consider some of the things I did to be focused on the clients and the communication, at no point when I was a social worker did I ever think I was a proper advocate to the patient. I always had something else that was another agenda. As a social worker at the time I might use some of the bits as I was focused on the client, but I was not an independent advocate. I was always a social worker. I was a human first, but my job was as a social worker. If I wished to have been an independent advocate, the only sensible way for me to have done that is to have done it completely out of my area as a part-time thing in my own time, on weekends or in the evenings. I've done some voluntary work, I've done roles similar to advocacy but not at the point I was a social worker. It's always been before or after, and usually in completely different fields. I've worked as a social worker in mental health and the voluntary work I've done previously with learning disability. This was in drugs in alcohol, not the same

thing I would be doing through the day. This is an important thing. Lots of professionals have a focus on their clients and they are trying to get their message across and understand what they want. That's the important thing, that I don't think they can lift their hands up and say they are acting as an independent advocate unless they have stepped out completely of the role of social worker and they're doing this. The only way you can do it is that your social work stops at 5 o'clock and you have to go off to do something completely different somewhere else. That's how people do it if they've got the time. You have to find time for something like that. Advocacy is not a 5 minute job. Social work is not a 5 minute job. It's a job you have to put a lot of energy into. That's one of the challenges, to find the energy and the time to be an advocate.

Can you tell some general things on delivering advocacy and the main principles?

Tim: Advocacy does have main principles. It needs to be independent, it needs to provide as much confidentiality as possible, it needs to make sure that it's free, it needs to make sure that there is only one loyalty and you need to make that the advocate is only doing what the person they're working with wants them to do. Sometimes that's difficult, because what the client wants to do, the advocate may not think it's a good idea. But the advocate has to apply by whatever the client wants them to do, unless of course it's illegal. So it's very straightforward in that respect; as long as you can focus on what the client wants, to provide a service that engages with other services. It's trying to improve communication. It doesn't set hat to social work, it doesn't set hat to any other different things.

David, do you want to add something?

David: I think Tim's covered the main principles of it. It comes out of the fact that the patient comes first and independent. That's why the advocates have such titles, as the first word in their title is independent. They're independent mental health advocates, not mental health advocates, independent is the very first word. This shows how important it is that they are independent of social work, health, of psychiatry, of psychology, they stand outside of those.

Tim: It's really about one citizen helping another citizen. That's why it doesn't need any specific training as such for that to happen. It's very straightforward.

What can you remember from your dilemma between the law and practice?

Tim: We didn't have too much of a trouble, because there was already independent advocacy working in similar situations to what the law wanted us to do. I think what we look at is may-

be not the letter of the law, but what was behind the law, what they wanted to happen. And you can interpret that maybe in a more flexible way. The advantage we had because the advocates were already working in the field they're now the professionals. It didn't come as a surprise to them that there was suddenly an advocate on the law. Most people already knew what an advocate was. We had it quite straightforward.

David: Early on in advocacy services there was this dilemma, because advocacy has always been self-funding, it had never been given formally money from the state. It had received money from the department of health, but never in arrangements, that this must be provided. It was always "Here's the money, off you go, do what you need to do." And that provided the dilemma for some organizations that by being part of the statutory advocacy that was different to how is the thing set up. Some services struggled, some services chose not to provide mental health advocacy, because they were doing something already they felt was better and they didn't want to do this other thing. That's not what we set out to do, it's slightly different. One of the things that the legislation asked was for the organizations to step forward, not all of them chose to. Many did, there was a lot of interest. There was a few areas where they struggled to find people, but every area found someone that would provide the service. That struggle between what the law says and what happens in practice happens all of the time. I'm not a solicitor, most people I know aren't solicitors. Solicitors are experts in interpreting a particular word, we had to understand what the legislation says and put this into practice. So every day we had advocates who started working under the mental health act and several weeks later their role had slightly changed. Their starting point was under the legislation and now they perhaps moved out of it a bit, but they work within the spirits of the law. At the moment no one is chasing them down "You shouldn't be working with these people." They came in at the correct time and they met the legal requirements.

Tim: One of the difficulties, of how the service operated was before it was operated as well as an organization. That didn't necessarily mean that there was going to be an advocate every day. With the statutory service there is a requirement on the organizations to actually make sure that there is an advocate available in reasonable time. So it did put more discipline, more strain onto the organizations to provide that service.

What about the minors? Is there any difference in the advocacy of minors and other clients?

David: There's a difference in the law, because the Mental Capacity Act deals prominently with people over 16, it doesn't provide requirements for advocates for people under 16. The

Mental Health Act is again different, because it says that if you are subject to MHA, you should have an advocate. If you're under 18 and you are subject to MHA or you're just in hospital on voluntary basis, you should have access to an advocate. And there are certain procedures where you should always have access to an advocate. The law recognizes for younger people, more of them should have access to an advocate. For people over 18, if they are only subject to a certain part, they get an advocate, for others they may get an advocate, it's not a guarantee, but if you're under 18, whatever your situation, you should have access to an advocate.

Tim: The other thing that makes it more complicated with young people is that there are specific laws and ways that you have to abide by when working with someone who's under 16, which requires the advocate to actually know more around the legislation. For instance, we have a Children's Act, which is specifically designed to look at what has to happen if anybody is working with a young person. There's also different ways of engaging. Young people don't tend to come forward as an adult would, so the advocate has to spend more time on the ward, developing that relationship with young people. It's a different approach to starting that advocacy engagement. The advocate would probably spend time with them, doing activities. We regularly attend art classes in the young people's unit so that we can just talk to young people, just to let them know that there's someone there, who isn't part of the hospital. That's necessary, because young people are often very confused when they are in hospital, they don't really know why they're there. Most of them are there because their parents have wanted them to be there. And that forms another element within advocacy, how parents perceive advocacy. They see what the advocates are doing and quite often they say, "Why are you doing it, I'm that person's parent so I should be doing it." Another point of view is that the problem could actually lie with the parents sometimes. They're not totally independent, they already have their agenda. That's why it's important for advocates to work with young people, because more pressure's on them. But it's also more rewarding.

In your lectures you said that advocacy makes differences. What differences does it make?

Tim: It makes a difference, because the person you're working with has someone who is totally loyal to them. The only reason they're there is because the person wants them to be there. That can be very confidence-building, reassuring, that when you're in a situation which you don't have control of, there's someone there who will actually sit beside you and help you to find out things, to make your voice heard. A lot of advocacy activities are very

straightforward, but sometimes people have major problems and an advocate can help them work their way through.

David: There are a number of reasons. We have people in health services. Some of them have been in that service for years, they are known by everybody. Everyone knows that person and at some point everyone's worked with them. Some of these people get labeled as troublemakers, they don't want to get back there, they keep stopping taking their medications, they are in and out of the hospital, they could do something about it, but they choose not to, they don't understand the real things. There's lots of things that gets said about these people. One of the strengths about advocacy is sometimes, not intentionally, but people start to not listen to the clients, because they've worked with them for years, they hear the same thing again and again, so they think they've heard it once. They say they want to be released, they say that every time. And they don't get the message. What advocacy does is focus back on the client and present that message back. I think one of the areas of strength is with the people that are lost in the system sometimes, it gives them the voice and it makes the professional to sit up and listen again and look at this again through fresh eyes. When someone stops taking medication for the 30th time and you ask them why, they say "Because of you. I had enough of what you're doing." That's not what they want to say. Talking to an advocate they say "I've had enough, because the medication makes me sick. I've put on lots of weight, I don't feel the same person and it troubles me. 5 years ago, when they gave me that other tablet, I took it and felt a lot better than this. And every time I ask them for that other tablet, they won't do it." An advocate can put that message across. I think that way we can make a difference. It makes people listen again to their clients. And that can make a difference. Whatever the problem is, we're so busy sometimes trying to make it right. We don't stop and ask what's going on. We're so busy trying to sort everything out. No one takes a moment and say, "Why don't you want to be in the hospital? Why is it that that didn't happen for you? Why didn't you want to do that?" You don't get that from the other services.

On your lectures you said that mental health advocacy in England is not a crisis service. As we set up, mental health advocacy in Slovenia can be a crisis service. Do you see any dilemma in this?

Tim: To be a crisis service means that an advocate would have to be available at any time, day or night. And the resources that that requires just aren't available within the English system. Crises happen at anytime and any place. Particularly, say, someone has been assessed to be detained under the act, that would probably be in their home, which could be anywhere in

the county. It could be any time, day or night and the advocacy service had to have the resources to provide advocates at all those hours. It's like someone was arrested by the police for crime and you would be given a solicitor or a lawyer to be there when you're arrested, when what you get is a solicitor or a lawyer that gets to see you when you're back on the police station. It's the same with advocacy. You don't need to be there when somebody is detained under the act, but you need to be in the hospital, where that person has been taken. At the end of the day it actually comes down to funding and resources.

David: But it's also about the different views of when to include the person in the crisis. I'm not sure, I think they're both compelling arguments. One argument that has been made is at the point when someone has been detained, the exact point when they would have got an advocate, they should be there. The counter-argument is also, that at that point in the English system there's usually lots of people there, there's normally two doctors, social workers, probably a family member, there could be also other people there. The point of advocacy is to make that process simpler and better for the patient and more focused on them, which could mean less people and more planning.

Tim: A lot of people still don't understand what an advocate is and what an advocate does. For an advocate to just turn up when they're going through the process probably wouldn't be much help, because they wouldn't understand why an advocate was there. So they'd just be seen as part of the system, part of the hospital, and they wouldn't want to go there.

David: Patients are sometimes violent, hitting other patients. To put an advocate in such a situation puts the advocate at risk as well. It's much better for that crisis to wear down and then put the advocate to ask, "What is it that you wanted to say, the people aren't here now, tell me now." In a crisis you don't want a lot of people around the place. In a crisis situation you want people to leave. I think where we are at the moment is workable, I don't think it's wrong. I think having a non-crisis service is working ok.

Tim: I think it's possible for the advocates to be aligned when that initial assessment is happening, but it's not a requirement. If someone is already known to the advocates and being assessed at the moment, if there's an advocate available, they have all the rights to do that, but there's no requirement under the legislation for them to do it. The law actually says that the person can ask for people to be there. The people who are going through that assessment have the duty to try to get somebody who knows the patient to be there.

Last question. In a few months we'll begin with advocacy. Do you have any final instructions, suggestions for our people, how to begin?

Tim: You're actually starting on a journey. The advice I can give you is don't try to do too much, to work with what you've got, to find your feet. Find out how the other professionals are going to see you as it's a new service. Be able to use the setting-up problems and get them out of the way. And hopefully other strands, other models of advocacy will flow from that early beginning. You can kill an advocacy service quickly by actually taking on too much. When patients will get to know you're not there because you're so busy, they'll lose confidence in the service. It has to be a very slow development, slow and steady.

David: On the first day the phone might not ring. What we did with the advocacy services in England, and most of them still do, is from their first day of coming into effect they were looking how they got their message out about they did. Their first work wasn't advocating for clients. Most of them were looking at the watch and at nine o'clock they said, "Let's go outside and do some work." They went out and talked to the nurses, social workers and patients, actually meeting them, meeting people on the wards and telling them about their work. You can't assume people will know what they do. Most people don't fully understand their role.

Tim: So you think people won't understand advocacy. To a degree that's no different than in England. Many people, patients, doctors, staff, don't really understand advocacy. So it is about getting that message out. And the more you can get out and sell the service, the more people will understand and you'll be more able to get people to use the service. And one of the things that helped here in England was that there was a very strong word of mouth how the people actually found out about the thing. If someone has used an advocate and found it useful, then particularly on the ward they'd be talking to other patients: I hear you've got problems, you need to speak to my advocate, he can really help you a lot. So steady, go out there, get people to understand advocacy. It's not a very easy thing to understand, it's quite a difficult concept to get across to people and it just takes time.