FSD UNIVERZA V LJUBLJANI
Fakulteta za socialno delo

PREOBRAZBA VAROVANIH ODDELKOV V SKUPNOSTNE OBLIKE OSKRBE ODRASLIH IN OTROK Z OVIRANOSTMI

Poročilo o raziskavi

Uredila Vera Grebenc in Juš Škraban

Preobrazba varovanih oddelkov v skupnostne oblike oskrbe odraslih in otrok z oviranostmi: poročilo o raziskavi

Uredila: Vera Grebenc in Juš Škraban

Avtorice in avtorji po abecednem redu: Jasmina Arnež, Alina Bezlaj, Vito Flaker, Sara Fras, Vera Grebenc, Lucija Jelenc, Andraž Kapus, Mojca Plesničar, Luka Gal Prestor, Katja Prevodnik, Andreja Rafaelič, Juš Škraban, Darja Tadič, Maruša Tomc Arko
Jezikovni pregled: Mojca Blažej Cirej
Oblikovanje in prelom: Tjaša Krančan
Založila: Založba Univerze v Ljubljani
Za založbo: Gregor Majdič, rektor Univerze v Ljubljani
Izdala: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, 2025
Za izdajatelja: Mojca Urek, dekanja Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani

Publikacija je izšla v okviru raziskave z naslovom »Preobrazba varovanih oddelkov v skupnostne oblike oskrbe odraslih in otrok z oviranostmi (V5-2335)«

Finančna podpora za raziskavo: Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije, Ministrstvo za solidarno prihodnost Republike Slovenije
Naročnik raziskave: Ministrstvo za solidarno prihodnost Republike Slovenije
Partnerske organizacije pri raziskavi: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani
Nosilka raziskave: Vera Grebenc
Sodelavke in sodelavci pri raziskavi:

Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani: Monika Bohinec, Vito Flaker, Vera Grebenc, Juš Škraban, Mojca Urek
Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo: Katarina Ficko, Andraž Kapus
Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani: Jasmina Arnež, Alina Bezlaj, Mojca Plesničar, Luka Gal Prestor, Darja Tadič

Cena: publikacija je brezplačna
Ljubljana, 2025

To delo je ponujeno pod licenco Creative Commons Priznanje avtorstva-Deljenje pod enakimi pogoji 4.0 Mednarodna licenca (izjema so fotografije). / This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (except photographs).

Prva e-izdaja. Publikacija je v digitalni obliki prosto dostopna na
https://ebooks.uni-lj.si/ZalozbaUL
https://www.fsd.uni-lj.si/fakulteta/delovne-enote/zalozba/
DOI:

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

364-54(497.4)(047)(0.034.2)

PREOBRAZBA varovanih oddelkov v skupnostne oblike oskrbe odraslih in otrok z oviranostmi [Elektronski vir] : poročilo o raziskavi / uredila Vera Grebenc in Juš Škraban ; [avtorice in avtorji Jasmina Arnež ... et al.]. - E-knjiga. - Ljubljana : Založba Univerze v Ljubljani, 2025

ISBN 978-961-297-573-9 (PDF)
COBISS.SI-ID 231146755

POVZETEK

V povzetku predstavljamo sinopsis zaključnega poročila projekta v ciljnem raziskovalnem programu z naslovom »Preobrazba varovanih oddelkov v skupnostne oblike oskrbe odraslih in otrok z oviranostmi«. Glavni namen projekta je bil pridobiti celostni vpogled v stanje na varovanih oddelkih v posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodih v Sloveniji in s primerjalno analizo s praksami v tujini ponuditi predloge preobrazbe varovanih oddelkov v skupnostne službe. Projekt je trajal od 1. 10. 2023 do 31. 3. 2025. Uporabili smo kombinacijo kvalitativnega in kvantitativnega raziskovanja, pri čemer smo pridobili podatke o vseh varovanih oddelkih v Sloveniji v posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodih v Sloveniji. Kvantitativne podatke smo zbrali od zavodov v ciljni skupini, ki imajo varovane oddelke, obsegali pa so podatke o oddelkih, uporabnikih in zaposlenih v letu 2023. Kvalitativne podatke smo zbrali s polstrukturiranimi individualnimi in skupinskimi intervjuji ter fokusnimi skupinami od deležnikov v sodnih postopkih, pri vodstvih zavodov z varovanimi oddelki, zaposlenih in uporabnikih na varovanih oddelkih in v skupnostnih službah. Zbrali smo tudi sekundarne podatke (npr. o uporabi posebnih varovalnih ukrepov na varovanih oddelkih) in opravili nekaj študij primerov. Raziskavo je na podlagi podrobnega raziskovalnega načrta in protokola ravnanja s podatki dne 15. 2. 2024 odobrila Komisija za etiko Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani.

Varovani oddelki in uporabniki: V Sloveniji je 13 varovanih oddelkov v šestih posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodih, ki imajo skupno kapaciteto 187 postelj in se, geografsko gledano, zgoščajo na vzhodu države. Povprečno število postelj na enem oddelku je 14,4 (najmanj: 5, največ: 24). V letu 2023 je bilo prezasedenih 69 % oddelkov (n = 9). V povprečju so bili oddelki prezasedeni 129,2-odstotno, največ pa so bili prezasedeni v povprečju 137,5-odstotno. Marca 2024 je na sprejem čakalo 39 ljudi, čakalno vrsto pa so imeli varovani oddelki v vseh zavodih. Povprečno število ljudi v čakalni vrsti na posamezni zavod je bilo 6,5 (najmanj: 2, največ: 10). Število čakajočih v posameznem zavodu je predstavljalo v povprečju 40,3 % (najmanj 0,6, največ 80 %) vseh posteljnih kapacitet na varovanem oddelku/oddelkih zavoda. Največ uporabnikov (n = 18) je na sprejem čakalo v psihiatrični bolnišnici. V povprečju so v času poizvedbe uporabniki na sprejem na varovani oddelek čakali 12,2 meseca (najmanj 1, največ 46 mesecev).

Večina varovanih oddelkov je v tako imenovani »glavni stavbi« zavoda. Po številu prevladujejo varovani oddelki, ki so locirani v prvem ali drugem nadstropju, sledijo pa tisti v pritličju in kleti. Večina varovanih oddelkov je prostorsko utesnjenih (majhne sobe, majhna kvadratura skupnih prostorov). Enoposteljne sobe so redke, sobe so praviloma dvo- ali triposteljne. Stanovalci in stanovalke nimajo prostora za svojo intimo in zasebnost. Oddelki prezasedenost pogosto rešujejo z nameščanjem dodatnih postelj v sobe, redkeje z nameščanjem v skupne prostore. Sobe so večinoma neosebne, institucionalne. Trije varovani oddelki niso prilagojeni osebam s fizičnimi oviranostmi (ni dvigal, klančin, težja dostopnost za reševalce). Na oddelkih je videonadzor skupnih prostorov, osebje lahko dogajanje v živo spremlja iz sob za osebje.

Potrebe in želje stanovalcev smo identificirali iz perspektive osebja ter v manjši meri od uporabnikov, in jih lahko razdelimo v štiri skupine. V prvi so potrebe po negi, pomoči pri hranjenju, vodenju, spodbujanju, »strukturi«. V drugo skupino smo uvrstili intenzivnejše potrebe ljudi, ki imajo specifične zdravstvene težave (večje poškodbe, nihanje sladkorja), zato naj bi potrebovali nenehno varstvo in nadzor. V tretji skupini so običajne potrebe in želje ljudi, kot npr. potreba po varnosti, človeški bližini, pozornosti, pogovoru, druženju (vzpostavljanje in

ohranjanje stikov), menjavi okolja, po aktivnostih in splošnem raznovrstnem dogajanju ter ohranjanju znanega okolja. V zadnjo, četrto kategorijo smo uvrstili izražene potrebe in želje stanovalcev v povezavi z odhodom z varovanega oddelka. V vseh zavodih so uporabniki jasno govorili o tem, da se želijo vrniti domov in ob tem opisovali svoje cilje (nadaljevati šolanje, si ustvariti družino, se družiti s svojimi bližnjimi in se ukvarjati s hobiji, ki so jih ob sprejemu na oddelek opustili).

Prisilna namestitev v socialnovarstvene zavode: izzivi normiranja in odločanja Konvencija Združenih narodov o pravicah ljudi z ovirami (MKPI) jasno sporoča, da je prepovedano prisilno nameščanje v ustanove in vsakršni prisilni ukrepi ter da imajo ljudje z ovirami kot vsi drugi ljudje pravico do življenja v skupnosti. Drugi mednarodnopravni vir, Evropska konvencija o človekovih pravicah, ni tako progresivna kot prej omenjena konvencija, saj pod določenimi pogoji dovoljuje prisilno nameščanje in druge prisilne ukrepe, dosedanje pritožbe na Evropsko sodišče za človekove pravice pa so bile uspešne, če so v njih izkazali nesorazmerno uporabo prisile ali nedostojne razmere v ustanovah. V zadnjih letih je opaziti pobude Sveta Evrope – ki se odražajo v njegovih resolucijah in priporočilih – ki pomenijo opazno približevanje načelom MKPI. Po Ustavi Republike Slovenije pomeni prisilna namestitev na varovane oddelke poseg v ustavne pravice, zato naj bi bil vsak tak ukrep zakonit, z natančno določenimi postopki in varovali, podvržen pa naj bi bil tudi strogemu testu sorazmernosti. Varovane oddelke ureja Zakon o duševnem zdravju. Ustavno sodišče in Vrhovno sodišče sta v svoji praksi opozorila na pomanjkljivosti veljavne ureditve ter postavila ključne smernice za njeno razlago in uporabo. Leta 2019 je Ustavno sodišče odločilo, da mora imeti namestitev na varovani oddelek tako varovalni kot terapevtski namen. Vrhovno sodišče je leta 2020 odločilo, da je za utemeljitev prisilne namestitve potreben visok dokazni standard, potrdilo je načeli sorazmernosti in najmanj omejevalnega posega ter da ima država dolžnost sprejemati ukrepe zdravstvenega in socialnega varstva, ki podpirajo dostojno življenje in hkrati upoštevajo posebne potrebe posameznikov. Čeprav se na prvi pogled zdi, da odločitev vrhovnega sodišča graja nižja sodišča, predstavlja ta odločitev širšo kritiko protiustavnosti zakonskega ogrodja. Takšna odločitev zakonodajalcu nakazuje, da je nujno potrebna reforma.

V trenutni ureditvi smo zaznali naslednje ključne težave: široka interpretacija kriterija ogroženosti, ki omogoča, da so osebe nameščene na varovane oddelke brez zadostne individualizacije njihovega položaja; prevelik vpliv izvedencev, katerih ocene so pogosto nekritično sprejete, ne da bi jih odvetniki ali sodniki temeljiteje preizpraševali; pasivna vloga odvetnikov, ki bi morali igrati ključno vlogo pri varstvu pravic posameznikov, a pogosto ne delujejo aktivno v postopkih, tudi zaradi sistemskih razlogov, ki uokvirjajo njihov položaj; pomanjkanje kadra na sodiščih in sistemske omejitve, ki otežujejo temeljito presojo primerov in vodijo k rutinskemu odločanju; netransparentnost pri nameščanju oseb, saj pogosto ni jasnih informacij o tem, kje so prosta mesta in kakšna je kakovost oskrbe v različnih zavodih; prezasedenost socialnovarstvenih zavodov, ki vodi do spornih praks, kot je odlaganje namestitve, dokler se ne sprostijo kapacitete, zaradi česar so posamezniki začasno nastanjeni v psihiatričnih bolnišnicah, ki so zato prav tako prezasedene, ali na domu, kar pa vzbuja pomisleke, ali je kasnejša namestitev v socialnovarstveni zavod res nujna; pomanjkanje ustreznih alternativ. Iz teh ugotovitev izhaja, da zakonodajni okvir sam po sebi ne zagotavlja učinkovitega varstva pravic, če ni ustreznih sistemskih pogojev za njegovo izvajanje.

Razlogi za in vzorci nameščanja na varovane oddelke: Prevladujoči vzorci namestitev na varovane oddelke so naslednji: iz psihiatričnih bolnišnic (44 %), z odprtih oddelkov istega zavoda (34 %) in iz neinstitucionalnih oblik bivanja (10 %), kar pomeni, da varovani oddelki

odgovarjajo na težave, ki vzniknejo tako v skupnostnih službah kot v ustanovah. Ostalih sprejemov je občutno manj, vendar so nekateri tipi sprejema (npr. z enote za forenzično psihiatrijo) predmet neproporcionalno več strokovnih razprav kot npr. sprejemi z odprtih oddelkov, ki so veliko pogostejši. Pri teh podatkih so med posameznimi zavodi razlike, ki pa jih nismo uspeli razložiti z uporabo kvalitativnih metod.

Dejavnike, ki vplivajo na namestitev na varovani oddelek, smo razdelili na več vrst. Prvo kategorijo predstavlja ožji življenjski kontekst in položaj osebe. Sem prištevamo deprivilegiran družbeni položaj, ki se kaže v izključenosti na področju dela, slabem socialnoekonomskem položaju (brezposelnost, prekarnost), finančnih težavah, negotovih stanovanjskih pogojih in tveganih oblikah stanovanjskih rešitev, tudi predhodne institucionalizacije (v različnih vrstah institucij, ki se umeščajo v različne družbene sisteme). Naslednja podkategorija je šibka socialna mreža, ko je oseba izključena iz družinskih, partnerskih in drugih socialnih struktur; njena socialna mreža je šibka oziroma majhna, ali omejena na manjše število ožjih družinskih članov; oseba ima majhno ali sploh nima podpore družine; v družinah so nakopičene različne težave; oseba nima oziroma ima malo socialnih vlog; v skupnosti ni oziroma je malo interesa po vključenosti osebe. Poleg tega lahko namestitev na varovani oddelek spodbudi izključevalna socialna mreža, kar pomeni, da v ožji socialni mreži prihaja do konfliktov (pogosto v družinskem kontekstu); socialna mreža si prizadeva za hospitalizacijo, ker poskuša prekiniti sebi neprijetne konfliktne situacije; ali pa je socialna mreža podporna do svojega družinskega člana, ki ga usmerja v institucijo, ker izhaja iz ideje, da je hospitalizacija dobra oblika pomoči. Namestitev v nadaljevanju spodbujajo prestopki osebe, ko ta počne ali je storila kaj, s čimer je pri drugih vzbujala strah ali pa je opuščala skrb, ki naj bi jo zagotavljala drugim; pa tudi, če je opuščala skrb zase (sem sodi tudi zavračanje/opuščanje psihofarmakov in drugih oblik podpore, ki jo drugi ocenjujejo kot primerno; ali pa ocena drugih, da oseba ni zmožna dohajati vsakodnevnega življenja (skrb za lastno higieno, gospodinjstvo, prehrano in podobno). Ta vedenja se pri osebi ponavljajo ali so vztrajna. Zanje je značilno tudi, da so vidna – da so v okolju osebe prisotne »priče«, ki jih vedenje moti.

Druga kategorija dejavnikov spada v širši družbeni kontekst in smo jo razdelili na dve podkategoriji. Prvo predstavljajo negotove, ogrožajoče družbene razmere, s čimer pokažemo na socialno izključevanje oseb iz osrednjih družbenih struktur (kot so družina, delo, stanovanjska stabilnost itd.); slabe družbenoekonomske razmere (slaba ekonomija, revščina, neenakost in podobno); poudarjeno osrednjo vlogo družine kot tiste organizacije, ki naj bi skrbela za dobrobit posameznikov; šibka/odsotna socialna država; šibkost splošnih zdravstvenih, stanovanjskih, ekonomskih in drugih oblik sistemov podpore; in šibkost bolj specifičnih, socialnovarstvenih in drugih oblik pomoči in podpore v primeru stisk (tudi ali predvsem v skupnosti). Drugi vidik širšega konteksta, ki spodbuja namestitve, pa je institucionalizirana družba, s čimer merimo na razvit in razvejan sistem institucionalne oskrbe, s tem pa širša prisotnost mehanizmov, ki so inherentni totalnim institucijam in spodbujajo rabo zaprtih oddelkov; razvitost drugih storitev (in predpisov), ki delujejo kot »napotovalni sistem« za usmerjanje ljudi v psihiatrična institucionalna okolja; neaktivne alternative psihiatričnim institucionalnim okoljem (laično in strokovno zavračanje ali nezaupanje ali nepoznavanje alternativ, kadar te obstajajo); odsotnost/pomanjkanje alternativ psihiatrični institucionalni obravnavi; in pozitiven družbeni status institucionalne psihiatrične obravnave.

Zadnji večji dejavnik, ki spodbuja namestitve na varovane oddelke, smo poimenovali »psihiatrična družba«. S tem merimo na uveljavljenost psihiatričnega diskurza (v strokovni in tudi splošni javnosti); uveljavljenost specifičnih (institucionalnih in izključevalnih) diskurzov

znotraj psihiatričnega; osrednjo vlogo institucionalne psihiatrije (poudarjena medicinska doktrina, ki bolnišnično psihiatrično zdravljenje razume kot učinkovit in smiseln način zdravljenja) in specifične izključevalne ideje znotraj psihiatrične doktrine (ideja, da so nekatera človeška stanja »neozdravljiva«). Prisotna sta tudi izključujoč družben odnos do drugačnosti in izključujoč strokovni diskurz do oseb s psihiatričnimi diagnozami, ki vključuje diskurz primanjkljajev (osredotočanje na motnje, težave, napake, pomanjkljivosti posameznikov); prevajanje kontekstualnih dejavnikov v probleme posameznika; prevajanje nadzorovalnih in prisilnih ukrepov v jezik podpore in pomoči (skrb kot nasilje); in strokovna vdanost ali obup (ideja, da se v nekaterih situacijah ne da narediti ničesar, razen uporabnika zapreti).

Značilnosti varovanih oddelkov, obravnave stanovalcev in odpust: Velika večina uporabnikov je bila na varovani oddelek nameščena proti svoji volji s sklepom sodišča (98 %). Ko osebje na oddelku uporabnika pred sprejemom ne pozna, je to ovira za njihovo delo. Pred sprejemom dobijo v vpogled le sklep sodišča, kar ocenjujejo kot nezadosten vir informacij, ki včasih tudi preveč poudari uporabnikove slabe strani. Šele nekaj časa po sprejemu in obravnavi navadno dobijo drugo, pozitivnejšo sliko uporabnika.

Na varovanih oddelkih veljajo splošni varnostni ukrepi, kot npr. prepoved pasov, vezalk, vžigalnikov, ostrih predmetov in podobnega. Ti ukrepi so splošni, veljajo za celoten oddelek in niso prilagojeni na specifike posameznikov. Varovani oddelki kot oblika dela povečujejo varnostna tveganja. To se dogaja že zaradi kopičenja stanovalcev na enem zaprtem mestu, kar je okoliščina, ki lahko le spodbuja spore, včasih pa prihaja do resnega ogrožanja, na primer zaradi kombinacij stanovalcev, ki imajo več moči, in drugih, ki se težko zaščitijo. Zaposleni delajo v okvirjih, ki jih daje varovani oddelek, zato spodbujajo uporabnike k čim večjem sodelovanju pri aktivnostih, ki jih ponujajo na oddelku. Stanovalci se lahko vključijo v družabne igre, sprehode z oddelka, delovne terapije, likovno ustvarjanje in podobno. Izhodi z oddelka so ponekod možni v spremstvu zaposlenih ali svojcev, ponekod pa tudi samostojno. Pri odločanju o izhodih je vselej prisotno vprašanje odgovornosti, če bi šlo med izhodom kaj narobe. Redki uporabniki imajo izhode odobrene že v sklepu sodišča. Iz zadnjih odločitev sodišč izhaja, da je odločanje o izhodih stvar strokovne presoje v zavodih, vendar nekateri zavodi teh odločitev ne želijo sprejemati in jih prepuščajo sodiščem.

Osebje na varovanih oddelkih uporablja pristope, s katerimi želijo pritegniti stanovalce k sodelovanju v vsakdanjem življenju na oddelku. Nekateri skušajo krepiti moč uporabnikov s tem, da jim – v okvirih, ki jih določata varovani oddelek in sklep o namestitvi – večajo možnost izbire oz. odločanja. Čeprav obstajajo mehanizmi, kot so skupščine, skupinski pogovori in zastopniki, pa imajo stanovalci pogosto občutek, da so njihovi glasovi preslišani in da na ključne odločitve nimajo bistvenega vpliva. Od metod dela prevladujeta individualno načrtovanje in analiza tveganja. Pomemben del dela na varovanih oddelkih je delo v kriznih situacijah. Osebje uporablja preventivne pristope, kot so diskretno opazovanje in trud, da do posameznih sprožilcev krize pri uporabnikih ne bi prišlo. Iz podatkov lahko naredimo sklep, da je to delo nemetodično in odvisno od posameznih zaposlenih in tima kot celote. Ko se pri uporabniku pojavi kriza, povečajo nadzor in spremljanje ter varnostne ukrepe, če gre za samomorilno krizo ali če se uporabnik samopoškoduje. Uporabljajo tudi hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici, vendar je bilo v letu 2023 te le pri 14 % vseh stanovalcev na varovanih oddelkih, največ jih je bilo krajših od enega meseca.

Včasih zavodi uporabijo tudi posebne varovalne ukrepe (PVU, tj. vezanje s pasovi ali izolacija v sobo). Podatki o tem, ki jih zbira Ministrstvo za solidarno prihodnost, so pomanjkljivi, hkrati pa

pri samem načinu zbiranja podatkov nastanejo nekatere metodološke težave. Kljub temu je opaziti, da nekateri zavodi PVU sploh ne uporabljajo, nekaj zavodov uporablja PVU zelo redko, dva zavoda pa izstopata po uporabi PVU, ki bi jo tam lahko označili za precej pogosto. Za uporabnike, ki jih navadno doleti PVU, bi bilo treba izdelati krizni načrt na zalogo. Prav tako bi bilo treba tudi izboljšati način beleženja uporabe PVU.

Povprečno trajanje namestitve na varovanem oddelku je 64 mesecev (5 let in 4 mesece). Kar 40 % stanovalcev je na varovane oddelke nameščenih več kot 5 let. Leta 2023 je bilo odpuščenih 18 % stanovalcev varovanih oddelkov, od teh pa 76 % predstavljajo odpusti po izteku sklepa sodišča, 24 % pa predčasni odpust (v dveh zavodih). Po lokaciji odpusta so prevladovali odpusti na odprti oddelek istega zavoda (63 %), odpust v skupnost pa predstavlja 15 % vseh odpustov. Odpust v skupnost je veliko težji z varovanega kot z odprtega oddelka. Razlogi za tako maloštevilne odpuste v skupnost so najverjetneje v pomanjkanju nastanitev in podpore v skupnosti, včasih pa odprti oddelki delujejo kot vmesna postaja pred selitvijo v skupnost. Pred odpustom nekateri zavodi dopustijo več samostojnih izhodov z oddelka, poskusijo aktivirati skupnostne službe za načrtovanje odpusta in začnejo pripravljati stanovalce za bolj samostojno življenje v skupnosti. Odpuste otežuje pomanjkanje nastanitev in podpore v skupnosti. V praksi pa je vprašanje, kdo je odgovoren, če gre po odpustu kaj narobe.

Specializirani enoti Centrov za usposabljanje, delo in varstvo: Leta 2021 in 2022 sta se vzpostavili dve specializirani enoti za otroke z vedenjskimi in čustvenimi motnjami, vsaka v enem centru za usposabljanje, delo in varstvo, s kapaciteto 16 postelj. Enoti sta namenjeni otrokom in mladostnikom, ki so že pred vzpostavitvijo teh dveh enot bivali v obeh ustanovah, in novim uporabnikom, ki so bili tja nameščeni po sklepu sodišča po vzpostavitvi enot. Osebje pri svojem delu uporablja metodo pozitivne vedenjske podpore, omenjali so tudi deeskalacijske tehnike. Oskrba je osnovana na individualnem in vedenjskem načrtu. Ena izmed lastnosti obravnave, ki je najbolj prišla do izraza, je vzpostavljanje reda in strukture na enoti, kar je pogojeno z institucionalnimi dispozitivi. Naslednji ključni vidik obravnave je zagotavljanje varnosti, pri čemer pomagajo protokoli za delo in ukrepanje ter intervencijska skupina, ki lahko pomaga, ko zaposleni na enoti ne zmorejo sami. Na enotah tako skušajo preprečevati »eskalacije«, torej situacije, v katerih imajo uporabniki izbruhe agresivnega ali drugega vedenja, kar lahko ogrozi varnost njih samih, drugih uporabnikov, zaposlenih ali inventarja. Kljub trudu zaposlenih se omenjene situacije vseeno zgodijo, kar se po opažanju zaposlenih zaradi skupinske obravnave hitro prenese tudi na druge stanovalce. Pri obvladovanju eskalacije v enem zavodu pogosto uporabljajo posebne varovalne ukrepe. Tam je to vsakdanja praksa, še posebej, če kot PVU razumemo tudi to, čemur v zavodu pravijo »terapevtski varovalni ukrep« (vezanje nog in pasu, ne pa tudi rok), ki ga imajo nekateri mladostniki predpisanega že v vzgojnih načrtih, trije pa so v času našega obiska vsako noč spali zvezani. Vodstvi obeh zavodov sta mnenja, da je specializirana enota korak k izboljšanju oskrbe za to ciljno skupino. Enotni sta tudi v stališču, da je treba razlikovati med specializirano enoto in varovanim oddelkom, čeprav je iz rezultatov razvidno, da imata njihovi enoti vse ključne elemente varovanega oddelka. V intervjujih sta vodstvi obeh zavodov sporočili, da si želita normiranja specializirane enote v okviru Zakona o socialnem varstvu, čeprav se je vodstvo enega zavoda aktivno vključevalo v poskuse normiranja znotraj ZDZdr, kar bi normiralo tudi uporabo PVU. Treba je preseči uporabo PVU, razvoj specializiranih oddelkov pa je treba usmeriti tako, da bodo zagotavljali intenzivno podporo v skupnosti.

Rezultati raziskave kažejo, da varovani oddelki in specializirane enote niso primeren prostor oskrbe, saj poleg tega, da kršijo pravice tam nameščenih stanovalcev, tudi poglabljajo njihovo

kariero »težavnih uporabnikov«, ožijo njihove socialne mreže, krčijo njihovo družbeno vlogo in podobno. Obe obliki dela hkrati srečujeta tudi s težavami pri zagotavljanju odpustov, kar kaže na to, da v sistemu manjkajo skupnostne in manj omejujoče možnosti podpore. So torej prostori odlaganja domnevno nevarnih ljudi in so kot taki bolj kot potrebam uporabnikov namenjeni potrebam sistema, ki mora ljudi, s katerimi ne zmore delati drugače, nekam odstraniti.

Izhodišča za preobrazbo: Varovane oddelke je treba preobraziti, ta proces pa mora biti integralni del dezinstitucionalizacije posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodov. Podobno velja za specializirani enoti za otroke in mladostnike. Podpora se mora odvijati v skupnosti in tako, da spoštuje pravice uporabnikov (brez zapiranja, vezanja in vsakih oblik izolacije). Treba je razviti raznovrstne oblike dela, saj bo le tako mogoče odgovoriti na različne potrebe uporabnikov. Potrebujemo vse: od podpore, ki zagotavlja začasno namestitev, do terenske intenzivne podpore in celovitega osebnega paketa storitev. Take oblike morajo biti povezane z drugimi skupnostnimi službami, organizacija dela pa mora omogočati dobro sodelovanje in skupno delo. Vloga politike in zakonodaje je, da proces preobrazbe varovanih oddelkov dosledno podpre in hkrati zavrne vsako podporo krepitvi institucionalnih oblik dela. Načrtovati je treba tako načine preobrazbe oddelkov kot načine njihovega izpraznjenja (z ustavitvijo sprejemov in spodbujanjem odpustov).

Ključne besede: varovani oddelek, dezinstitucionalizacija, prisila, socialno delo, socialnovarstveni zavod

SUMMARY

This summary provides an overview of the final report of the project within the targeted research programme "Transforming secure units into community-based care for adults and children with disabilities". The main objective of the project was to gain a comprehensive insight into the situation of secure units in specialised and combined social care institutions in Slovenia and to make suggestions for the transformation of secure units into community-based services through a comparative analysis with practises abroad. The project lasted from 1 October 2023 to 31 March 2025 and used a combination of qualitative and quantitative research to collect data on all secure units in specialised and combined social care institutions in Slovenia. Quantitative data was collected in the target group institutions that have secure units and included data on units, users and staff in 2023. Qualitative data was collected through semi-structured individual and group interviews and focus groups with stakeholders in court proceedings, management of institutions with secure units, staff and users in secure units and community services. We also collected secondary data (e.g. on the use of isolation and mechanical restraint in secure units) and conducted several case studies with users. The research was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Social Work of the University of Ljubljana on 15 February 2024 on the basis of a detailed research plan and data processing protocol.

Secure units and their residents: In Slovenia, there are 13 secure units in six specialised and combined social care institutions in Slovenia, with a total capacity of 187 beds, geographically concentrated in the east of the country. The average number of beds per unit is 14.4 (minimum: 5, maximum: 24). In 2023, 69% of units were overcrowded (n = 9). On average, 129.2% of units were overcrowded and the highest overcrowding rate was 137.5%. In March 2024, 39 people were waiting to be admitted and there was a waiting list for secure units in all institutions. The average number of people in the queue per facility was 6.5 (minimum: 2, maximum: 10). The number of people waiting in each facility corresponded on average to 40.3% (minimum 0.6, maximum 80%) of the total bed capacity in the secure unit(s) of the institution. The largest number of users (n = 18) was waiting for admission in the psychiatric hospital. On average, users had been waiting for admission to a secure unit for 12.2 months at the time of the survey (minimum 1, maximum 46 months).

Most secure units are located in the so-called "main building" of institutions. Most secure units are located on the first or second floor, followed by those on the ground floor and in the basement. Most secure units are very cramped (small rooms, few square metres of communal space). Single rooms are rare, most are double or triple rooms. Residents lack space for intimacy and privacy. Overcrowding is often solved by the institutions by placing additional beds in the rooms, more rarely in communal areas. Most rooms are impersonal and institutionalised. Three secure units are not suitable for people with physical disabilities (no lifts, no ramps, difficult access for paramedics). The units have video surveillance of the communal areas and staff can follow what is happening live from the staff rooms.

The needs and preferences of the residents were identified from the perspective of the staff and, to a lesser extent, from the perspective of the users and can be divided into four groups. The first group consists of the needs for care, assistance with food intake, guidance, encouragement and "structure". In the second group, we have categorised the more intensive needs of people who have special health problems (serious injuries, blood sugar fluctuations) and are therefore likely to require constant care and monitoring. The third group includes

people's normal needs and preferences, such as the need for security, human closeness, attention, conversation, sociability (to establish and maintain social contact with other people), changing environments, activities and a general variety of events, as well as maintaining a familiar environment. The fourth and final category was the needs and wishes expressed by residents in relation to leaving the secure unit. In all institutions, residents clearly expressed their desire to return home and described their goals (to continue their education, start a family, socialise with their family and pursue hobbies that they had given up on admission to the unit).

Compulsory placement in social care institutions: Challenges in normative regulation and decision-making: The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) makes it clear that compulsory institutionalisation and all forms of coercive measures are prohibited and that persons with disabilities, like all other persons, have the right to live in the community. The other international source of law, the European Convention on Human Rights, is not as progressive as the above-mentioned convention, as it allows involuntary admissions and other coercive measures under certain conditions. Complaints to the European Court of Human Rights have been successful in proving the disproportionate use of coercion or undignified conditions in institutions. In recent years, the Council of Europe has taken initiatives that are reflected in its resolutions and recommendations, which are more in line with the principles of the CRPD. According to the Constitution of the Republic of Slovenia, forced placement in secure units constitutes an interference with constitutional rights. Any such measure should therefore be lawful, with clearly defined procedures and safeguards, and subject to a strict proportionality test. Secure units are defined by the Mental Health Act.

In their case law, the Constitutional Court and the Supreme Court have pointed out the inadequacies of the current legislation and established important guidelines for its interpretation and application. In 2019, the Constitutional Court ruled that placement in a secure unit must serve both protective and therapeutic purposes. In 2020, the Supreme Court ruled that a high standard of evidence is required to justify compulsory placement, reaffirmed the principles of proportionality and least restrictive intervention and stated that the state has a duty to provide health and social care measures that support a life of dignity while considering the special needs of the individual. Although at first glance the Supreme Court's decision appears to be a rebuke to the lower courts, it represents a broader critique of the unconstitutionality of the statutory framework. Such a decision signals to legislators that reform is urgently needed.

We have identified the following main problems with the current regulation: a broad interpretation of the risk criterion, which allows persons to be placed in secure units without sufficient individualisation of their situation; the excessive influence of psychiatric experts, whose assessments are often uncritically accepted without being more thoroughly scrutinised by lawyers or judges; the passive role of lawyers, who should play a key role in protecting the rights of individuals but often do not actively participate in proceedings, not least for systemic reasons that determine their position; staff shortages in the courts and systemic constraints that make it difficult to assess cases thoroughly and lead to routine decisions; the lack of transparency in the placement of individuals, as there is often no clear information about the availability and quality of care in the different institutions; the overcrowding of social care institutions, which leads to controversial practises such as deferring placement until capacity becomes available, resulting in individuals being temporarily placed in psychiatric hospitals, which are also overcrowded, or in their own homes, which in turn raises concerns about the

need for subsequent placement in a social care institution; the lack of suitable alternatives. These findings suggest that the legal framework itself does not provide effective protection of rights if there are no adequate systemic conditions for its implementation.

Reasons and patterns for admission to secure units: The vast majority of admissions to secure units come from psychiatric hospitals (44%), followed by open units in the same institution (34%) and community-based residential settings (10%), meaning that secure units respond to problems that occur in both community-based services and institutions. Other admissions are significantly less common, but some types of admissions (e.g. from a forensic psychiatric unit) are the subject of disproportionately greater professional discussion than, for example, admissions from open units, which are much more frequent. There are differences in this data between institutions that we were unable to explain using qualitative methods.

The factors that influence placement in a secure unit have been divided into several categories. The first category is the person's immediate life context and situation. This includes a disadvantaged social situation, which manifests itself in exclusion from the labour market, a poor socio-economic situation (unemployment, precarious work), financial difficulties, precarious housing conditions and risky forms of accommodation, including previous institutionalisation (in different types of institutions located in different social systems). The next sub-category is weak social networks, where the person is excluded from family, partnership and other social structures; their social network is weak or small or limited to a few immediate family members; the person has little or no family support; various problems accumulate in families; the person has no or few social roles; there is little or no interest in the community to include the person. In addition, placement in a secure unit may be prompted by an exclusionary social network, which means that there is conflict in the immediate social network (often in the family context); the social network seeks hospitalisation because it is trying to break through unpleasant conflict situations for itself; or the social network supports its family member and commits him or her to an institution because it believes that hospitalisation is a good form of support. Placement is fostered by the person's transgressions when they do or have done something that causes fear in others, or when they have abandoned the care they should be providing for others, or when they have abandoned self-care (this includes refusing/discontinuing psychotropic medication and other forms of support deemed appropriate by others, or the judgement of others that the person is unable to cope with daily living – taking care of their own personal hygiene, housekeeping, diet, etc.). These behaviours are recurrent or persistent. They are also characterised by their visibility – the presence of "witnesses" around the person who feel disturbed by the behaviour.

The second category of factors belongs to a broader social context and has been divided into two subcategories. The first is the precarious, threatening social situation, i.e. the social exclusion of people from the central social structures (such as family, work, housing stability, etc.); poor socio-economic conditions (poor economic status, poverty, inequality, etc.); the emphasis on the central role of the social structure (such as family, work, housing stability, etc.); the emphasis on the central role of the social structure (such as family, work, housing stability, etc.); and the emphasis on the central role of the social structure (such as family, work, housing stability, etc.).); the emphasis on the central role of the family as the organisation that is supposed to provide for the well-being of the individual; a weak welfare state; the weakness of general health, housing, economic and other forms of support systems; and the weakness of more specific, social welfare and other forms of help and support in times of crisis (including or especially in the community). The second aspect of the wider context

that favours admissions is the institutionalised society, by which we mean a developed and diversified system of institutional care and thus the broader presence of mechanisms inherent to total institutions that favour the use of closed units; the development of other services (and regulations) that act as a 'referral system' to direct people to psychiatric institutional settings; inactive alternatives to psychiatric institutional settings (lay and professional people or mistrust or lack of alternatives to psychiatric institutional treatment; and the positive social status of psychiatric institutional treatment.

The final important factor for placement in a secure unit is what we call the "psychiatric society". By this we mean the entrenchment of psychiatric discourse (both in the professional community and in the general public), the entrenchment of specific (institutional and exclusionary) discourses within psychiatric discourse, the centrality of institutional psychiatry (the emphasis on medical doctrine that sees inpatient psychiatric treatment as an effective and meaningful way of healing) and the specific exclusionary ideas within psychiatric doctrine (the idea that some human illnesses are "incurable"). There is also an exclusionary societal attitude towards otherness and an exclusionary professional discourse towards people with psychiatric diagnoses that includes a deficit discourse (focusing on the individual's disorders, problems, faults, deficits), the translation of contextual factors into the individual's problems, the translation of control and coercion into the language of support and help (violence as care) and professional resignation or despair (the idea that in some situations there is nothing to do but lock the user up).

Treatment in secure units and discharge: The vast majority of service users were placed in a secure unit against their will by court order (98%). If unit staff do not know the service user prior to their admission, this is a barrier to their work. Prior to admission, they only receive the court order, which they consider to be an inadequate source of information that usually overemphasises the user's vulnerabilities. Only sometime after the admission do they usually receive a second, more positive picture of the user.

General security measures apply in secure units, such as the prohibition of belts, shoelaces, lighters, sharp objects, etc. These measures are general, apply to the entire unit and are not tailored to the specifics of individual persons. Secure units increase the security risk. This is already due to the accumulation of residents in a closed place, a situation that can only encourage conflict, but sometimes serious risks also arise, for example through combinations of residents who have more power and others who find it difficult to protect themselves. Staff work within the constraints of the secure unit and encourage service users to participate as much as possible in the activities offered in the unit. Residents can take part in board games, walks around the unit, occupational therapy, artwork etc. Sometimes residents can leave the unit accompanied by staff or relatives, but sometimes they can leave alone. When deciding about the leave, there is always the question of responsibility if something goes wrong. Few users have already had their leave authorised by a court order. Recent court decisions have shown that decisions about leaving institutions are a matter of professional judgement, but some institutions are reluctant to take these decisions and leave them to the courts.

Secure unit staff use approaches to involve residents in the daily life of the unit. Some try to empower residents by giving them more choices or decision-making powers - within the limits set by the secure unit and the court order. Although there are mechanisms such as assemblies, group discussions and advocates, residents often feel that their voices are not heard and that they do not have a significant influence on important decisions. Individual planning and risk

assessment predominate in the working methods. Crisis work is an important part of the work in secure units. Staff use preventative approaches such as discrete observation and working to prevent individual triggers of crisis occurring to service users. This work is not methodical and depends on individual staff and the team. If a service user is in crisis, supervision and monitoring is increased and precautions are taken if it is a suicidal crisis or if the service user self-harms. Admission to a psychiatric hospital is also utilised, but only 14% of all residents in secure units were admitted in 2023, most of them for less than a month.

Sometimes the institutions also apply special protective measures (mechanical restraint and seclusion). The data collected by the competent ministry is scarce and there are some methodological problems with the way the data is collected. Nevertheless, it can be stated that some institutions do not use coercive measures at all, a few institutions use them very rarely and two institutions are characterised by the use of restraints that could be described as quite frequent. An individualised crisis plan should be drawn up for those users who are usually affected by coercive measures. The way in which the use of coercive measures is recorded should also be improved.

The average length of placement in a secure unit is 64 months (5 years and 4 months). No less than 40% of residents have been placed in a secure unit for more than 5 years. In 2023, 18% of residents in secure units were discharged, of which 76% after expiry of a court order and 24% before expiry (in two institutions). By place of discharge, discharges to an open unit in the same institution predominated (63%), while discharges to the community accounted for 15% of all discharges. Discharge to the community is much more difficult from a secure unit than from an open unit. The reasons for the low number of discharges to the community are most likely due to a lack of accommodation and support in the community, and sometimes open units serve as a stopgap before moving to the community. Some institutions allow more independent exits prior to discharge and attempt to activate community services to plan for discharge and prepare residents for more independent living in the community. Discharge is complicated by a lack of accommodation and support in the community. In practise, the question arises as to who is responsible if something goes wrong after discharge.

Specialised units in Centres for Training, Work and Care: In 2021 and 2022, two specialised units for children with intellectual disabilities and behavioural and emotional disorders were set up, each housed in a single Specialised Centre for Training, Work and Care with a capacity of 16 beds. The units are intended for children and adolescents who were already accommodated in both centres prior to the establishment of the two units, as well as for new users who were placed there following a court order after the units were established. Staff use positive behavioural support and de-escalation techniques.

The care is based on an individual and behavioural plan. One of the features of treatment that has emerged most clearly is the creation of order and structure in the unit, conditioned by institutional rules. Another important aspect of treatment is ensuring safety, which is supported by work and action protocols as well as an intervention team that can help when unit staff are unable to do so themselves. In this way, units try to prevent "escalations", i.e. situations in which users display outbursts of aggressive or other behaviour that could endanger their own safety, that of other users, staff or inventory. Despite all the efforts of the staff, such situations occur time and again, and as the staff observe, spread to other residents due to the group accomodation. In one centre, special protective measures are often taken to counter escalation. This is a common practise, especially if one also understands the

'therapeutic protection measures' mentioned by the centre (restraint with belts on the legs and waist, but not on the hands), which were already prescribed to some adolescents in their behaviour plans, and three of the adolescents were sleeping restrained with belts every night at the time of our visit. The management of both centres believe that the special unit is a step towards improving care for this target group. They also agree that a distinction should be made between a specialised unit and a secure unit, although the findings show that their units have all the key elements of a secure unit. In the interviews, the managers of both institutions reported that they would like to see the special unit defined under the Social Welfare Act, although the management of one institution was actively involved in attempts to define it under the Mental Health Act, which would also normalise the use of mechanical restraint and seclusion. The use of these coercive practises must be abolished, and the development of the specialised unit should be geared towards intensive care in the community.

The results of the research show that secure units and specialised units are not an appropriate place for care, as they not only violate residents' rights, but also deepen their careers as "difficult users", narrow their social networks, diminish their social roles, etc. At the same time, both types of units also have difficulties in promoting discharge, suggesting that the system lacks community-based and less restrictive support options. These units are therefore places where perceived high-risk people are marginalised and thus serve the needs of the system, which must exclude those perceived to be difficult to work with, rather than the needs of the users.

Starting points for transformation: secure units must be transformed, and this process must be an integral part of the deinstitutionalisation of special and combined social care institutions. The same applies to specialised units for children and adolescents. Support must be provided in the community and in a way that respects the rights of users (without segregation, mechanical restraint and any form of isolation). A variety of working methods must be developed, as this is the only way to meet the different needs of users. Temporary accommodation, intensive outreach work, a comprehensive personalised service package and more are required. These forms of work must be integrated with other community services and the organisation of work must allow for good collaboration and joint working. It is the task of policy and legislation to consistently support the process of transforming secure units while rejecting any support for the strengthening of institutions. Both the transformation and the process of emptying the units (through a freeze on admissions and fostering discharges) must be planned.

Key words: secure unit, deinstitutionalisation, coercion, social work, social care home

Kazalo vsebine

1. UVOD IN METODOLOGIJA (Vera Grebenc) 1
1.1 Opredelitev problema in cilji raziskovanja 1
1.2 Metodologija 4
1.2.1 Zemljevid ključnih konceptov na tem področju 4
1.2.2 Raziskovanje pravnih vidikov 4
1.2.3 Izdelava zbirnika podatkov in nabor osnovnih statističnih podatkov 5
1.2.4 Podatki o potrebah stanovalcev na varovanih oddelkih in oblikah ter metodah dela 7
1.2.5 Drugi načini pridobivanja podatkov 11
1.2.6. Analiza izvajanja posebnih varovalnih ukrepov (PVU) 12
1.3 Ravnanje s podatki 12
1.4 Literatura 15
2. KONCEPTI (Juš Škraban) 16
2.1 Prisila 16
2.1.1 Problemi s prisilo v duševnem zdravju in možnosti njenega zmanjševanja ter opuščanja .. 18
2.2 Nevarnost, ogrožanje, tveganje 19
2.3 Totalne ustanove 21
2.4 Dezinstitucionalizacija in neodvisno življenje 22
2.5 Literatura 23
3. VAROVANI ODDELKI IN LJUDJE, NAMEŠČENI VANJE (Juš Škraban, Sara Fras, Katja Prevodnik in Andraž Kapus) 26
3.1 Profil varovanih oddelkov 26
3.1.1 Zgodovina varovanih oddelkov in trenutna pravna podlaga 26
3.1.2 Osnovni podatki o varovanih oddelkih 28
3.1.3 Čakalna vrsta 30
3.1.4 Opis oddelkov 32
3.2 Uporabniki 35
3.2.1 Osnovni demografski podatki 36
3.2.2 Kdo so stanovalci varovanih oddelkov: perspektiva osebja in samih stanovalcev 38
3.2.3 Značilnosti posameznih skupin stanovalcev 39
3.2.4 Potrebe in želje uporabnikov na varovanih oddelkih 41
3.3 Viri 44
4. PRISILNA NAMESTITEV V SOCIALNOVARSTVENE ZAVODE: IZZIVI NORMIRANJA IN ODLOČANJA (Luka Gal Prestor, Jasmina Arnež, Maruša Tomc Arko, Mojca Plesničar) 45
4.1 Uvod 45
4.2 Prisilna namestitev med skrbjo in nadzorom 45

4.3 Pravna ureditev prisilne namestitve 48
4.3.1 Mednarodna konvencija o pravicah invalidov: Uresničevanje enakosti, svobode in vključenosti 49
4.3.2 Evropska konvencija o človekovih pravicah: institucionalizacija in pravice invalidov 52
4.3.3. Slovenska ureditev prisilne namestitve 53
4.4 Izvajanje zakonodaje v praksi: vpogled v stališča deležnikov 66
4.3.1 Pogledi na normativne okvire 67
4.3.2 Nujnost in časovne omejitve 68
4.3.3 Nezadostna transparentnost 72
4.3.4 Kriterij hujšega ogrožanja 73
4.3.5 (pre)zasedenost socialnovarstvenih zavodov 75
4.5 Vloge deležnikov 78
4.5.1 Sodniki 79
4.5.2 Izvedenci psihiatrične stroke 82
4.5.3 Odvetniki 84
4.3.4 Drugi udeleženci 86
4.6 Razmišljanje o alternativah 88
4.7 Sklep 93
4.8 Med pravom in prakso: ključna spoznanja in priporočila 94
4.8.1 Razhajanja med mednarodnimi in nacionalnimi pravnimi standardi 95
4.8.2 Ključne težave v praksi in potreba po reformi 95
4.9 Viri 96
5 RAZLOGI ZA IN VZORCI NAMEŠČANJA NA VAROVANE ODDELKE (Darja Tadič in Alina Bezlaj) 100
5.1 Uvod 100
5.2 Pregled literature o namestitvah na varovane oddelke 100
5.2.1 Dejavniki, ki so povezani z nastankom psihosocialnih stisk in pridobitvijo psihiatrične diagnoze 102
5.2.2 Dejavniki, ki spodbujajo oziroma zavirajo namestitve v psihiatrične institucije 103
5.2.3 Dogodki (prestopki), ki spodbujajo nastanitve v psihiatričnih institucijah 105
5.2.4 Dejavniki, ki spodbujajo ali zavirajo neprostovoljno namestitev 106
5.2.5 Dejavniki, povezani z dolgotrajnejšimi institucionalnimi nastanitvami zaradi socialne oskrbe in varstva 111
5.2.6 Pregled dejavnikov, ki spodbujajo namestitve na podlagi študija literature 111
5.3 Empirično raziskovanje dejavnikov, ki usmerjajo namestitve na varovane oddelke 116
5.3.1 Kvantitativni podatki o namestitvah na varovane oddelke 116
5.3.2 Perspektiva zaposlenih na varovanih oddelkih 122
5.3.3 Perspektiva uporabnikov 129

5.3.4 Študije primerov: izkušnje bivanja na varovanih oddelkih 132
5.3.5 Perspektiva zaposlenih v skupnostnih službah 144
5.3.6 Zemljevid dejavnikov nameščanja na varovane oddelke – drugi intervjuji in posvetovanja s strokovnjaki_njami 151
5.3.7 Vloga strokovnjakov_njakinj, ki sodelujejo pri odločanju o sklepih za namestitve 156
5.4 Povzetek dejavnikov, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke 159
5.5 Literatura 164
6 ZNAČILNOSTI VAROVANIH ODDELKOV, OBRAVNAVE STANOVALCEV IN ODPUST (Juš Škraban, Andraž Kapus, Katja Prevodnik in Lucia Jelenc) 166
6.1 Podatki o (ne)prostovoljnosti namestitev v kontekstu socialnega in zdravstvenega varstva 166
6.2 (Ne)poznavanje uporabnika pred prihodom 167
6.3 Značilnosti varovanih oddelkov in obravnave stanovalcev 168
6.3.1 Splošni varnostni ukrepi 169
6.3.2 Kopičenja uporabnikov na enem mestu 170
6.3.3 Odnosi na varovanih oddelkih 172
6.3.4 Vsakdan in dnevne aktivnosti 173
6.3.5 Izhodi 175
6.3.6 Sodelovanje uporabnikov pri odločitvah 177
6.3.7 Druge metode dela na varovanih oddelkih 178
6.3.8 Omejitve individualizacije podpore 181
6.3.9 Delo v kriznih situacijah 182
6.3.10 Trajanje namestitve 191
6.3.11 Razprava 193
6.4 Odpust 195
6.4.1 Zakonski okvirji odpusta 195
6.4.2 Podatki o odpustih za leto 2023 196
6.4.3 Priprave na odpust 197
6.4.4 Lokacija odpusta 199
6.4.5 Po odpustu 202
6.4.6 Razprava 202
6.5 Literatura 203
7 SPECIALIZIRANI ENOTI ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE Z VEDENJSKIMI IN ČUSTVENIMI MOTNJAMI (Juš Škraban in Andreja Rafaelič) 206
7.1 Profil specializiranih enot 207
7.2 Uporabniki 210
7.3 Sprejem 212
7.4 Obravnava 214

7.4.1 Metode dela ... 214
7.4.2 Red in struktura ... 216
7.4.3 Zagotavljanje varnosti ... 217
7.4.4 »Eskalacije« ... 218
7.4.5 Uporaba PVU ... 219
7.5 Vizija ... 222
7.6 Razprava ... 224
7.7 Literatura ... 228
8 POVZETEK KLJUČNIH UGOTOVITEV (Juš Škraban in Vera Grebenc) ... 232
9 IZHODIŠČA ZA PREOBRAZBO VAROVANIH ODDELKOV (Vito Flaker) ... 235
9.1 Preobrazba varovanega oddelka ... 235
9.1.1 Širitev življenjskega prostora ... 235
9.1.2 Okrepitvene metode ... 235
9.1.3 Množenje oblik ... 236
9.1.4 Demokratična organizacija ... 237
9.1.5 Prispevek k prožnejšemu sistemu ... 238
9.1.6 Premagovanje regulativnih ovir ... 238
9.1.7 Politični vpliv ... 239
9.1.8 Spreminjanje vrednot ... 239
9.2 Izpraznitev varovanih oddelkov ... 239
9.2.1 Zapleti življenjskega sveta ... 239
9.2.2 Kako ostati ali priti na svoj teren ... 240
9.2.3 Oblike, ki nadomeščajo varovane oddelke ... 241
9.2.4 Pluralnost izvajalcev ... 242
9.2.5 Pilotiranje sistema ... 243
9.2.6 Poskusna pravila ... 247
9.2.7 Politika ... 247
PRILOGA 1: SLOJI ALTERNATIV VAROVANIM ODDELKOM (ESEJ) (Vito Flaker) ... 252
Življenjski svet ... 253
Razpletanje ... 253
Širitev možnosti ... 254
Gotovost (ob odpustu) ... 255
Metoda ... 256
Pristop ... 256
Spoštljivo poseganje ... 256
Biti doma ... 256

Direktno delo ... 257
Oblika dela ... 257
Razpršitev ... 257
Storitveni model ... 258
Afirmativni ukrepi ... 258
Ničelna toleranca zapiranja in prisile ... 259
Organizacijska oblika ... 259
Skupnostne službe ... 259
Demokratičnost ... 259
Dispozitiv enakopravnosti ... 260
Akumulirana rezerva ... 260
Povezovanje (ukinitev odlagališča) ... 260
Sistem ... 260
Dekoncentracija ... 261
Zagovorništvo in integracija ... 261
Prevlada socialnega modela in transformativna vloga sodišč ... 261
Ukinitev varovalnih oddelkov in okrepitev skupnostnih služb ... 262
Zakonodaja ... 263
Prepoved zapiranja ... 263
Zagotavljanje intenzivne oskrbe ... 263
Skupnostno zagotavljanje varnosti ... 264
Krepitev proaktivnosti ... 264
Varno prevzemanje tveganja ... 264
Afirmirati hierarhijo aktov ... 264
Promovirati sporazumevanje in dogovarjanje ... 265
Politika ... 265
Pravice in krepitev moči ... 265
Samoupravno polje socialnega varstva ... 266
Zapiranje – javna zadeva? ... 267
Doslednost ... 267
Vzpostaviti načelo brez zapiranja in prisile ... 267
Krepitev civilne sfere ... 267
Politična ekonomija in kultura ... 268
Odpravljati paradigmo zapiranja (ničelna toleranca zapiranja) ... 268
Produktivnost odklona ... 268
Heterogeni prostori ... 269

Debirokratizacija 269
Humanizacija norosti – prevrednotenje vrednot 269
Triptih delovanja 269
Sklici 276
PRILOGA 2: ALTERNATIVNE OBLIKE ZAPRTIM ODDELKOM – PRIMERI IZ TUJINE (Juš Škraban) 278
Modeli oddelkov s ciljem zmanjšati uporabo prisile 280
Onkraj oddelkov: intenzivna podpora v skupnosti 281
Stanovanjska skupina za ljudi z intelektualnimi ovirami (Stod, Češka) 281
Small Supports v Veliki Britaniji 285
Sinteza 291
Viri 292

SEZNAM KRATIC

CSD – Center za socialno delo

CUDV – Center za usposabljanje, delo in varstvo

EKČP – Evropska konvencija o človekovih pravicah

ESČP – Evropsko sodišče za človekove pravice

FSD – Fakulteta za socialno delo

IRSSV – Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo

MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti

MKPI - Mednarodna Konvencija o pravicah invalidov

MSP – Ministrstvo za solidarno prihodnost

PVU – posebni varovalni ukrepi

SVZ – socialnovarstveni zavod

ZDZdr – Zakon o duševnem zdravju

1. UVOD IN METODOLOGIJA (Vera Grebenc)

To je zaključno poročilo o projektu, katerega glavni namen je pridobiti celostni vpogled v stanje na varovanih oddelkih v Sloveniji in s primerjalno analizo s praksami v tujini ponuditi realistične ter na rezultatih osnovane predloge preobrazbe varovanih oddelkov v skupnostne oblike podpore. Projekt je trajal od 1. 10. 2023 do 31. 3. 2025. Sofinancirali sta ga Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost RS in Ministrstvo za solidarno prihodnost, ki je to raziskavo tudi naročilo. Projekt je vodila Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, sodelujoči organizaciji sta bili Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo in Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani.

1.1 Opredelitev problema in cilji raziskovanja

V Sloveniji je v javnosti precej govora o prezasedenosti varovanih oddelkov vsaj od leta 2017, ko je varuh človekovih pravic situacijo na varovanih oddelkih predstavil v svojem posebnem poročilu (Šelih in Kalčina, 2017). Od tedaj so se vrstili pozivi zavodov samih, Vrhovnega sodišča in drugih k ureditvi tega področja. Problematiko pa moramo zato, da bi jo lahko razumeli v vsej njeni kompleksnosti in razsežnosti, gledati v širši luči. Predvsem v luči spoštovanja Konvencije o pravicah ljudi z ovirami[1] (Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov (MKPI), 2008) in skladno z marca 2024 na Ministrstvu za solidarno prihodnost sprejeto *Strategijo Republike Slovenije za deinstitucionalizacijo v socialnem varstvu za obdobje 2024–2034*.

Čeprav so se procesi preobrazbe nekaterih socialnovarstvenih zavodov v skupnostne oblike v Sloveniji začeli že pred leti, pa o uporabi prisile na področju duševnega zdravja trenutno ni zaznati močne kritične diskusije. Kot izjemo lahko izpostavimo nekatere akcije in družbena gibanja v preteklosti, na primer delovanje Društva za zaščito norosti v osemdesetih letih prejšnjega stoletja (Flaker in Urek, 1988) ter skupnostne akcije v zadnjih dveh desetletjih kot sta pohod Iz-hod[2] in več mesečna oblika gibanja Bojza (Flaker, 2012). Na ravni delovanja državnih organov pa lahko izpostavimo opozarjanje na prezasedenost varovanih oddelkov

[1] Uradni naziv je »Konvencija o pravicah invalidov«. Ker je termin »invalidi« zastarel, uporabljamo večinoma besedno zvezo »ljudje z ovirami«.
[2] Glej Časopis za kritiko znanosti, letnik 40, številka 250.

varuha človekovih pravic (Šelih in Kalčina, 2017) in odločitev o neustavnosti Zakona o duševnem zdravju (Ustavno sodišče, 2019); njuna skupna značilnost je, da so konceptualno, pravno in kot etično še vedno premalo inovativni in v okvirih v »več istega«, kar pomeni tudi več prisile. Predlogi varuha namreč vsebujejo ideje o širjenju kapacitet, odločitev Ustavnega sodišča pa je bila usmerjena v dodajanje »terapevtskih« dejavnosti na varovanih oddelkih. Varovanih oddelkov kot oblike dela torej v Sloveniji še nismo temeljito prevprašali.

Raziskava je nastala v duhu programa deinstitucionalizacije, z iskanjem uresničljivih poti zmanjševanja oziroma opuščanja uporabe prisile pri obravnavi ljudi s težavami v duševnem zdravju, skladno z etičnim imperativom, da je varovane oddelke možno in nujno preobraziti v oblike dela v skupnosti. Tak premik lahko dosežemo le z vpeljevanjem novosti na ravni zakonodaje, v praksi pa z vpeljevanjem novih oblik in metod dela.

Cilji raziskovanja so bili:

- opraviti primerjalno analizo zakonodajnih vidikov na področju varovanih oddelkov;
- narediti analizo potreb uporabnikov;
- izvesti primerjalno analizo oblik in metod dela z ljudmi z najkompleksnejšimi in najintenzivnejšimi dolgotrajnimi stiskami v Sloveniji in tujini;
- ponuditi predloge preobrazbe varovanih oddelkov v skupnost s tem, da bodo predlogi utemeljeni na potrebah uporabnikov, človekovih pravicah in na raziskovalnih rezultatih, ter ponuditi strateške korake za tako preobrazbo.

Da bi lahko dosegli namen in cilje raziskovanja, smo raziskovanje organizirali v različne vsebinske sklope (delovne svežnje), ki so si smiselno sledili v zaporedju faz (sekvenc), oziroma ko je bilo to vsebinsko in organizacijsko smotrno, kot vzporedna raziskovalna dejanja. Vsak delovni sveženj je bil zasnovan tako, da smo dosegli predvideni vsebinski cilj. Zaradi kompleksnosti raziskovalnega problema smo pri raziskovanju uporabili kombinacijo kvalitativnega in kvantitativnega raziskovanja in raziskovanje z mešanimi metodami, ki so omogočale triangulacijo rezultatov.

Prvi delovni sveženj smo namenili izdelavi zemljevida ključnih konceptov na področju raziskave in njihovih medsebojnih relacij. Ta korak je bil pomemben zato, ker pri razumevanju nameščanja na varovane oddelke sovpada veliko različnih konceptov, kot na primer: prisila, ogrožanje, nevarnost in tveganje. Podstat za uporabo prisilnih ukrepov dajejo totalne

ustanove, programsko usmeritev za vpeljevanje sprememb, ki so osnovane na človekovih pravicah, pa pojma deinstitucionalizacija in neodvisno življenje. Etična presoja omenjenih konceptov pokaže svojstvene relacije med temi pojmi in odpira možnosti kritične refleksije, npr. o možnih (ne)terapevtskih vidikih prisile. Na tak način smo se v raziskovalni skupini posvetili raziskovanju in razumevanju ključnih pojmov z različnih vidikov, saj smo ocenili, da se lahko na tako kompleksno področje podamo le s kritičnim premislekom o konceptualnih vprašanjih.

Prvi raziskovalni cilj smo obravnavali v delovnem svežnju o pravnih vidikih urejanja področja varovanih oddelkov. Raziskovanje v tem svežnju smo osnovali na predpostavki, da lahko zakonodaja poleg normiranja prisile postane tudi vzvod njenega zmanjševanja. V tej fazi raziskave smo primerjalno analizirali skladnost mednarodno zavezujočih pravnih aktov, slovenske zakonodaje ter kako v Sloveniji delujejo normativni in praktični vidiki nameščanja na varovane oddelke socialnovarstvenih zavodov.

V fazi raziskovanja, ki je bila namenjena analizi potreb uporabnikov varovanih oddelkov in analizi oblik in metod dela z ljudmi z najkompleksnejšimi in najintenzivnejšimi dolgotrajnimi stiskami v Sloveniji, smo sočasno izvajali več raziskovalnih aktivnosti (na več terenih hkrati in z uporabo različnih raziskovalnih metod). Razumevanje potreb uporabnikov (kot skupino uporabnikov smo definirali tiste, ki so v času raziskave nameščeni na varovane oddelke[3]) je bilo za raziskavo ključno zato, ker smo želeli izvedeti, ali in če sploh lahko obstoječe oblike nameščanja ustrezajo njihovim potrebam.

V sklopu analize oblik dela smo raziskovali varovani oddelek kot obliko in ocenili, do kakšne mere lahko ta oblika dela z uporabniki uspešno odgovarja na njihove potrebe in kako bi se morala oblika spremeniti, da bi bolje odgovarjala potrebam uporabnikov. Dodatno smo opravili primerjalno analizo dobrih praks iz tujine – predvsem takšnih, ki se izvajajo v skupnosti, brez prisile in zapiranja ter na podlagi spoštovanja človekovih pravic – iz teh praks smo izluščili glavne atribute drugačnih oblik dela. Sklop analize metod dela je bil v veliki meri dopolnitev sklopa o oblika dela, a s poudarkom na raziskovanju vprašanja, katere metode dela uporabljajo strokovnjaki v varovanih oddelkih v Sloveniji in katere v že prej omenjenih alternativah v tujini.

[3] Uporabnikov, ki so bili v čakalni vrsti za sprejem na varovani oddelek, zaradi težje dostopnosti in večjih etičnih dilem nismo vključili v raziskavo.

Sklepni korak raziskave je bil namenjen sintezi, v kateri smo premislili vse dele hkrati, torej tudi njihove medsebojne odnose (npr. odnos med oblikami in metodami dela in kako odgovarjajo na potrebe uporabnikov ter kakšnim zakonskim določilom morajo slediti). Šlo je za integracijo spoznanj teorije, tujih izkušenj in lastne empirije iz vseh svežnjev raziskave. Na tak način smo rezultate in ugotovitve vseh predhodnih svežnjev triangulirali, torej medsebojno dopolnjevati podatke, ki se nanašajo na iste teme, in so bili pridobljeni z različnimi metodami. Poleg sinteze aktualnega stanja so rezultat sklepnega koraka celostna programska izhodišča za preobrazbo varovanih oddelkov (glej 9. poglavje).

1.2 Metodologija

Pri raziskovanju smo uporabljali v različnih fazah raziskave različne raziskovalne pristope in metode, skladno s predvidenimi posameznimi cilji raziskave in upoštevajoč dostopnost in razpoložljivost virov in informacij.

1.2.1 Zemljevid ključnih konceptov na tem področju

Zemljevid ključnih konceptov je nastal v skladu s ciljem reflektiranega razumevanja različnih konceptov na področju uporabe varovalnih ukrepov.

Metode: Primerjalna analiza primarnih virov iz literature.

Časovni potek: Oktober 2023–januar 2024.

1.2.2 Raziskovanje pravnih vidikov

Raziskovanje pravnih vidikov je bilo vezano na širše raziskovalno vprašanje, kako v Sloveniji delujejo normativni in praktični vidiki nameščanja na varovane oddelke socialnovarstvenih zavodov. Pri raziskovanju smo uporabili mešani metodološki pristop, ki združuje analizo pravnih dokumentov s kvalitativnimi spoznanji, pridobljenimi iz intervjujev in razprav v fokusnih skupinah z različnimi deležniki.

Metode:

a) Analiza mednarodnopravnih dokumentov in sodne prakse v Sloveniji. V ta namen smo izvedli poglobljeno normativno analizo mednarodnih in nacionalnih pravnih instrumentov, ki so pomembni za področje nameščanja na varovane oddelke socialnovarstvenih zavodov in empirično analizo prakse Evropskega sodišča za človekove pravice (ESČP). Preučili smo

pogodbe, kot sta Evropska konvencija o človekovih pravicah (EKČP) in Mednarodna konvencija o pravicah invalidov (MKPI), skupaj z nacionalno zakonodajo, zlasti slovenskim Zakonom o duševnem zdravju (ZDZdr). Poleg tega smo v analizo vključili smernice in priporočila Odbora za pravice invalidov glede razlage ključnih členov MKPI. Potem smo v analizo vključili prosto dostopno sodno prakso različnih ravni, fokusirali smo se na odločbe Evropskega sodišča za človekove pravice (ESČP), slovenskega Ustavnega sodišča in Vrhovnega sodišča. Analizo ureditev varovanih oddelkov v Sloveniji iz materialno- in procesnopravnega vidika smo izvedli z normativno in empirično analizo sodne prakse (odločitev višjih in vrhovnega sodišča); analizo prakse Ustavnega sodišča in fokusne skupine (zagovorniki, izvedenci, sodniki).

b) Pridobivanje podatkov na terenu z metodo fokusne skupine in intervjuja.

Vzorec: Oblikovali smo priročni vzorec ključnih deležnikov, ki so ga sestavljali: dva sodnika vrhovnega sodišča, sodnik višjega sodišča, dva sodnika prve stopnje, odvetnik, psihiatrični strokovnjak in predstavniki varuha človekovih pravic.

Merski instrumenti: Opomnik za vodenje fokusnih skupin in delno strukturiran intervju.

Metoda analize podatkov: tematska analiza, ki omogoča sistematično kodiranje za prepoznavanje in razlago ključnih tem, ki se pojavljajo v podatkih.

Časovni potek: januar–oktober 2024.

1.2.3 Izdelava zbirnika podatkov in nabor osnovnih statističnih podatkov

Zbirnik podatkov smo izdelali z namenom, da pridobimo čim bolj popolno sliko o vseh trenutno delujočih varovanih oddelkih, ki bi jo lahko izdelali na podlagi statističnih podatkov. Zbirnik je nastal tudi s ciljem, da postane sistematično orodje za nadaljnje statistično spremljanje pojava.

Vzorec: Celotna ciljna skupina raziskave.

Metoda: Zbiranje kvantitativnih podatkov z zbirnikom podatkov.

Merski instrument: Posebej za to raziskavo smo izdelali merski instrument. To je bil dokument v Excelu, ki je vključeval 97 polj za vpis podatkov, ta pa so bila razdeljena v naslednje sekcije: osnovni podatki o zavodu, lokacije varovanih oddelkov, uporabniki v letu 2023, zaposleni v letu 2023.

Tabelo smo razvili z zgledovanjem po zbirnikih, ki so jih ustvarili na Inštitutu RS za socialno varstvo (IRSSV) za spremljanje stopnje institucionalizacije, vendar smo to orodje izdelali posebej za potrebe tega raziskovalnega projekta. Med definiranjem nabora podatkov, ki smo jih vključili v tabelo, smo pogledali v informacijski sistem enega izmed zavodov, da bi vključili večinoma le tiste podatke o uporabnikih, do katerih zaposleni razmeroma lahko dostopajo v programih, ki jih uporabljajo pri vsakdanjem delu.

Zavihek z osnovnimi podatki o zavodu zajema predvsem informacije o vrsti zavoda, njegovi pravni obliki in odgovornih osebah. Te podatke smo izpolnili sami na podlagi javno dostopnih podatkov, zavode pa smo prosili, da podatke le pregledajo in popravijo morebitne napake. Zavihek o lokacijah varovanih oddelkov sprašuje po vrsti podatkov o varovanem oddelku: o lokaciji oddelka v zavodu, o statusu (ne)verifikacije, o vrsti oddelka, njegovi velikosti, številu sob, največji zasedenosti kapacitet leta 2023 in podobnem. Če je imel posamezen zavod več oddelkov, je bilo treba izpolniti podatke za vsak oddelek posebej. Sledil je zavihek o uporabnikih varovanega oddelka v letu 2023. Vnašati je bilo treba podatke za vsakega uporabnika posebej, in sicer ključne demografske podatke, podatke o razvrstitvi uporabnika v kategorijo oskrbe, podatke o namestitvi, odpustu in diagnozah. Zadnji je bil zavihek o zaposlenih na varovanih oddelkih. Zbrali smo podatke o zaposlenih glede na osnovno, zdravstveno in socialno oskrbo, v teh kategorijah pa glede na spol in izobrazbo.

Večino polj v vseh zavihkih je bilo možno izpolniti z izbiro ustrezne možnosti na spustnem seznamu, nekatera so omogočala prost vpis, vsaka sekcija pa je vključevala tudi polje, kamor je bilo mogoče vpisati druge bistvene informacije ali komentar.

Ker je bil zbirnik obsežen in kompleksen, je vključeval tudi navodila za izpolnjevanje, zato smo določili kontaktno osebo v raziskovalnem timu, na katero so se lahko obrnili tisti, ki so pri izpolnjevanju tabele potrebovali podporo in nasvete.

Zbirnik smo aprila 2024 poslali vsem šestim posebnim in kombiniranim socialnovarstvenim zavodom, ki imajo varovane oddelke, na splošni e-poštni naslov zavoda z enomesečnim rokom za oddajo. Tabelo so izpolnjevale večinoma strokovne delavke na varovanih oddelkih.

Vseh šest ustanov se je odzvalo in poslalo podatke. V raziskovalnem timu smo pregledali kakovost vpisanih podatkov in devetkrat stopili v stik z zavodi, da smo razčistili nejasnosti. S

tremi zavodi smo bili v stiku več kot enkrat. Junija 2024 se je proces zbiranja in pregledovanja podatkov končal. Od junija do septembra smo urejali bazo, decembra pa naredili analizo.

Metoda analize podatkov: V okviru analize podatkov smo izvedli deskriptivno analizo (univariatno in multivariatno), kjer smo za ključne spremenljivke opravili:

- frekvenčno analizo: prikazali smo porazdelitev kategorijskih spremenljivk v obliki frekvenc in odstotkov, da smo identificirali prevladujoče kategorije in vzorce v podatkih;
- analizo povprečij: za numerične spremenljivke smo izračunali aritmetično sredino (povprečje) kot osrednjo vrednost, standardni odklon za prikaz razpršenosti, mediano kot srednjo vrednost porazdelitve, in minimum ter maksimum za prikaz razpona vrednosti;
- križne tabele: s pomočjo križnih tabel smo preverjali povezave med nominalnimi spremenljivkami. Vpisali smo število in odstotke v posameznih kategorijah, kar nam je omogočilo boljši vpogled v povezanost med različnimi spremenljivkami.

Časovni potek: Zbirnik smo izdelali do konca februarja 2024, zbiranje podatkov je potekalo od marca do maja 2024, obdelava podatkov do konca septembra 2024.

1.2.4 Podatki o potrebah stanovalcev na varovanih oddelkih in oblikah ter metodah dela

Raziskovanje potreb stanovalcev, nameščenih na varovanih oddelkih, in analiza oblik in metod dela so se odvijali sočasno, saj so vsebinsko in tematsko medsebojno prepleteni. Pri tem pa nas je vodila tudi želja po organizacijski učinkovitosti (z enodnevnimi obiski na terenu, ki smo jih ponovili, če je bilo potrebno).

Metode: Metode raziskovanja v tej fazi so bile: etnografsko raziskovanje (opazovanje z udeležbo na varovanem oddelku); fokusne skupine in polstrukturirani (individualni ali skupinski) intervjuji; študije primera, primerjalna analiza sekundarnih virov.

Metoda analize kvalitativnih podatkov: Vse podatke, zbrane z različnimi metodami in pristopi raziskovanja, smo analizirali s tematsko analizo. Vse intervjuje in fokusne skupine smo posneli, nato naredili transkripcije, besedilo uredili, šifrirali in nato tematsko kodirali.

Časovni potek: Ta del raziskave je potekal od decembra 2023 do konca septembra 2024. V prvih dveh mesecih smo razvili vsa vodila (opomnike) za fokusne skupine in opomnik za pol-

strukturiran intervju; zbiranje podatkov na terenu je potekalo od začetka februarja do konca septembra 2024.

V nadaljevanju podrobneje predstavljamo, kako je potekalo raziskovanje s posamezno metodo oziroma pristopom.

1.2.4.1 Terensko delo na varovanih oddelkih

Med raziskavo smo šli na enodnevni terenski obisk v vsak zavod iz ciljne skupine. Tam smo opravili skupinski intervju ali več neformalnih pogovorov s stanovalci varovanih oddelkov, ločeno pa skupinski intervju z zaposlenimi na varovanem oddelku, individualni intervju s vodjo varovanega oddelka in skupinski intervju z vodstvom zavoda (večinoma z direktorji, strokovnimi vodjami in namestnicami direktorja za področje zdravstvene nege).

Vodilo za intervju z uporabniki je bilo razdeljeno na naslednje teme: vsakdanje življenje in potrebe uporabnikov pred namestitvijo; vsakdanje življenje na varovanem oddelku; želje in cilji za prihodnost. Ti pogovori so potekali praviloma brez navzočnosti zaposlenih in pretežno nestrukturirano, saj smo raziskovalci večinoma le sledili pripovednim nitim sogovornikov v temah, ki so jih sami razumeli kot pomembne. Izbor sogovornikov se je zgodil spontano – največkrat smo se ob prihodu na oddelek predstavili in uporabnike povabili k pogovoru, nato pa smo začeli intervjuje le s tistimi, ki so izrecno privolili v to. Glede na željo stanovalcev smo pogovore snemali ali ne – v drugem primeru smo zapisali gost povzetek po pogovoru. Ti pogovori so potekali bodisi v posebni sobi ali pa skupnih prostorih ali sobah uporabnikov – tudi kraj pogovora so si izbrali sami. Imeli smo pet skupinskih pogovorov in osem individualnih. Skupno število vključenih je bilo 30.

Intervju z zaposlenimi na varovanem oddelku je vključeval vprašanja o potrebah uporabnikov pred in med namestitvijo na varovanem oddelku, metodah dela na oddelku in postopkih od sprejema do odpusta ter uporabi posebnih varovalnih ukrepov. Vse intervjuje smo glasovno posneli. Večinoma so bili na intervjuju prisotni varuhi, bolničarji, strokovne delavke na varovanem oddelku, medicinske sestre ali zdravstveni tehniki (med njimi pogosto vodje tima). Skupno število vključenih je bilo 31.

Intervju z vodjo varovanega oddelka je vključeval vprašanja o prostorih na varovanem oddelku, o organizaciji dela, o zaposlenih in njihovem izobraževanju ter o povezanosti varovanega oddelka z ostalimi enotami zavoda. Vse intervjuje smo glasovno posneli. Skupno število

vključenih je bilo 10 (saj so v zavodih, ki imajo več varovanih oddelkov in imajo ti različne vodje, sodelovale vse). Ta intervju je bil večinoma nadaljevanje intervjuja z zaposlenimi na varovanem oddelku, zato so bili včasih prisotni tudi drugi zaposleni.

Opomnik za intervju z vodstvom zavoda je bil razdeljen na naslednje teme: zgodovina varovanega oddelka, vloga varovanih oddelkov v zavodu in v sistemu socialnega varstva, ključni vidiki upravljanja z varovanim oddelkom, izkušnje glede sodelovanja z drugimi deležniki in vizija razvoja varovanega oddelka v danem zavodu. Vse intervjuje smo glasovno posneli. Večinoma so bili na intervjuju prisotni direktorji/direktorice, strokovne vodje ali vodje socialne službe in namestnice direktorja/direktorice za področje zdravstvene nege, v dveh primerih pa tudi vodje posameznih organizacijskih enot zavoda. Skupno število vključenih je bilo 30.

Ob vsakem obisku zavoda smo opravili tudi krajše opazovanje prostorov na varovanem oddelku in opažanja takoj po terenskem obisku zapisali s pomočjo opomnika, ki je vseboval naslednje kategorije: prostorska umeščenost in povezanost varovanega oddelka v zavod, opis prostorov na oddelku, stanje prostorov in dostopnost, oprema, varnostni ukrepi in posebni prostori, prostori stanovalcev, skupni prostori, zunanji prostor.

Terensko delo je potekalo od marca do septembra 2024. Vsi zavodi so se odzvali našemu vabilu k sodelovanju. V tabeli 1 je predstavljena dinamika terenskih obiskov, pri čemer smo v vsak zavod prišli enkrat.

Tabela 1 Prikaz terenskih obiskov v zavodih

Mesec v letu 2024	**Število terenskih obiskov**
marec	2
april	3
maj	2
september	1
Skupaj	**8**

1.2.4.2 Fokusne skupine s skupnostnimi službami

Opravili smo tri fokusne skupine s skupnostnimi službami, vsako v enem izmed slovenskih mest (dve na vzhodu, eno pa na zahodu države).

Vodilo za fokusne skupine s skupnostnimi službami je vključevalo vprašanja na naslednje teme: tipične situacije, v katerih je podan predlog za namestitev na varovani oddelek; potrebe uporabnikov pred podanim predlogom; storitve skupnostnih služb za zagotavljanje intenzivne podpore v teh situacijah; učinek premestitve na uporabnika in skupnost; sodelovanje

skupnostnih služb z uporabnikom po premestitvi in vloga skupnostnih služb pri spodbujanju/načrtovanju odpusta.

Na fokusnih skupinah je sodelovalo skupno 21 ljudi, zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah (izvajalci skupnostne in/ali nadzorovane obravnave), na CSD (koordinatorji obravnave v skupnosti in koordinatorji invalidskega varstva), centrih za duševno zdravje odraslih in v lokalnih nevladnih organizacijah.

Organizacija fokusnih skupin je zahtevala precej vnaprejšnje priprave, predvsem pri pridobivanju prostora za fokusno skupino, iskanju terminov in pridobivanju udeležencev (po e-pošti in telefonu). Večina organizacij, ki smo jih povabili na fokusno skupino, se je vabilu odzvala, na fokusnih skupinah pa je prevladoval občutek, da je dobro, da izvajalce s terena kdo sliši in da nekdo pride v njihovo regijo poslušat o njihovih izkušnjah.

Terensko delo je potekalo od oktobra do decembra 2024 (vsak mesec ena fokusna skupina). Posnetke smo prepisali in jih tematsko kodirali.

1.2.4.3 Zemljevid najpogostejših dejavnikov, ki pospešujejo in zavirajo namestitve na varovane oddelke

V sklopu raziskave smo si za cilj zadali izdelati zemljevid dejavnikov, ki usmerjajo namestitve na varovane oddelke. Zanimalo nas je torej, zakaj ljudje odhajajo, oziroma zakaj se ljudi pošilja na varovane oddelke. Pri tem smo se želeli oddaljiti od predpisov in formalnih pogojev za prihod osebe na varovani oddelek, pač pa s sociološko naravnano prizmo opazovanja ugotoviti, katere družbene silnice potiskajo ljudi na varovane oddelke, oziroma drugače ubesedeno – zanimalo nas je, katere značilnosti družbenega življenja zagotavljajo, da se varovani oddelki v nekaterih okoliščinah in nekaterim ljudem prikazujejo kot potrebni, koristni in smiselni kraji v družbeni pokrajini. Orisano temo smo raziskali z naborom različnih metodoloških korakov in pristopov, ki jih orisujemo v nadaljevanju.

Metoda: intervjuji in študije primerov z uporabniki.

Za izdelavo zemljevida najpogostejših dejavnikov, ki pospešujejo ali zavirajo namestitve na varovane oddelke, smo vzpostavili stik s sedmimi osebami, ki so prvoosebno izkusile bivanje na varovanem oddelku in eno osebo, ki se ji je takšna namestitev obetala, a se ji je uspelo temu izogniti. V tem smislu smo v našo raziskavo uspeli vključiti t. i. »uporabniško perspektivo«, ki se vse bolj kaže kot pomemben pristop na področju raziskovanja tem, povezanih s področjem

duševnega zdravja. Sogovornike in sogovornice smo iskali po več poteh – prek nevladnih organizacij, centrov za socialno delo, pa tudi neposredno prek socialnovarstvenih zavodov, ki imajo svoje varovane oddelke. Z vsako od oseb smo se večkrat srečali in v teh srečanjih poglabljali pogovore, ki so potekali na podlagi opomnika za delno strukturiran intervju, ki smo jih v pogovorih s petimi osebami razširili še na zbiranje podatkov prek drugih metod. Pri tem smo najpogosteje zbirali podatki iz različne dokumentacije in uradnih, formalnih pisanj, ki se nanašajo na obdobje oziroma postopek nameščanja osebe na varovani oddelek. V nekaj primerih smo opravili še nestrukturirane pogovore z osebami, ki so bile kakor koli povezane z namestitvijo osebe na varovani oddelek, ali pa so bile pomemben del življenja te osebe v času, ko se je približevala njena namestitev na varovani oddelek, oziroma v času bivanja na varovanem oddelku. V tem smislu smo v petih primerih prvotne delno strukturirane intervjuje razširili v študije primerov.

Pri svojem delu smo uporabljali zabeležko o cilju in namenu študije primera, ki nam je bila inštrument, ki je vsebinsko usmerjal naše delo v zvezi z zbiranjem podatkov. Podatke smo uredili v kronološko urejene zapise oziroma zgodbe o vsakemu od sodelujočih osmih oseb, pri čemer smo različno zbrane podatke vzporedno že kombinirali, dopolnjevali in integrirali tako, da so nam omogočili nastanek celostne zgodbe o trajektorijah oseb, napotenih na varovane oddelke. Tako urejene podatke smo v nadaljevanju tematsko analizirali.

1.2.5 Drugi načini pridobivanja podatkov

Podatke, zbrane z raziskavo, smo preverjali in dodatno dopolnjevali z metodama »poizvedovalne konference« in »svetovne kavarne«, ki smo ju izvedli kot dva posveta v času trajanja raziskave.

Prvi javni dogodek je bil dne 13. 2. 2024 na FSD. Na dogodek so bili vabljeni predstavniki vseh sodelujočih socialnovarstvenih zavodov in nekateri drugi ključni deležniki (s področja prava in socialnega varstva). Dogodek je bil organiziran po metodi »poizvedovalne konference«, na kateri smo najprej predstavili preliminarne rezultate, pridobljene v prvih dveh fazah raziskovanja, in nato v drugem delu z udeleženci (32 aktivnih udeležencev) v treh skupinah razpravljali o naslednjih vprašanjih: Kako vidite preobrazbo varovanih oddelkov v skupnost?; Katere prvine praks iz tujine bi pri tem lahko uporabili?; Kje so priložnosti in ovire pri tem?. Razpravo smo zapisovali, zbrana stališča pa so nam pomagala pri dopolnjevanju opomnikov za

intervjuje in nas dodatno usmerila pri oblikovanju zbirnika, vzorčenju in nam omogočila, da smo se začeli dogovarjati za obiske na terenu.

Drugi javni dogodek je bil dne 21. 10. 2024 na FSD, nanj smo povabili predstavnike vseh zavodov in predstavnike skupnostnih služb, ki so do tedaj sodelovali v raziskavi. Na dogodku smo poleg predstavitve preliminarnih rezultatov priredili fokusne skupine po metodi »svetovne kavarne«, in sicer na naslednje teme: kako preprečevati premestitve na varovane oddelke; kako spodbujati odpuste z varovanih oddelkov; kako preobraziti varovane oddelke v skupnostne službe. Šlo je za moderirano debato v več skupinah, med katero so si študentke socialnega dela zapisovale vsebino razprave za vsako mizo. Prisotnih je bilo 44 različnih sodelujočih, večinoma iz zavodov, manj iz skupnostnih služb. Vsebino bogatih besednih zapisov smo tematsko analizirali.

1.2.6. Analiza izvajanja posebnih varovalnih ukrepov (PVU)

Socialnovarstveni zavodi morajo za namen spremljanja uporabe PVU voditi evidenco in jo v anonimizirani obliki poslati najpozneje do 15. marca tekočega leta za preteklo koledarsko leto ministrstvu za socialno varstvo (ZDZdr, 99. člen). Namen tega delovnega svežnja je bil zbrati obstoječe podatke in analizirati obseg uporabe PVU v socialnovarstvenih zavodih iz ciljne skupine.

Februarja 2024 smo zaprosili MSP za podatke o PVU za zadnja tri leta. Ker takrat podatkov za leto 2023 še ni bilo, smo poizvedovanje ponovili po 15. marcu.

V obeh poizvedovanjih skupaj smo pridobili naslednje podatke:

- Za leto 2021: podatke iz štirih SVZ in sumarno poročilo MDDSZ o uporabi PVU v letu 2021.
- Za leto 2022: podatke iz enega SVZ.
- Za leto 2023: podatke iz petih SVZ.

Analiza, ki je sledila, je bila zaradi manjkajočih in nestandardiziranih podatkov bolj kot v obseg uporabe PVU usmerjena v podajanje predlogov za boljše spremljanje PVU.

1.3 Ravnanje s podatki

Pri opravljanju intervjujev in fokusnih skupin smo od vseh sogovornikov, ne glede na njihov status in vlogo, pridobili informirano soglasje. To soglasje smo večinoma pridobili pisno, v nekaterih primerih pa ustno (kar smo tudi posneli).

Večino intervjujev in fokusnih skupin smo snemali. Po prepisu posnetega gradiva smo vse posnetke uničili, prepise pa anonimizirali. Prepisi intervjujev se varno hranijo na strežnikih vseh treh sodelujočih raziskovalnih organizacij. Člani projektne skupine niso imeli dostopa do neanonimiziranih podatkov iz delovnih sklopov raziskave, v katere niso bili neposredno vključeni.

Raziskavo je na podlagi podrobnega raziskovalnega načrta in protokola ravnanja s podatki dne 15. 2. 2024 odobrila Komisija za etiko Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani.

***

Struktura poročila odraža korake raziskovanja in sintezo dognanj. V poglavju z naslovom »Koncepti«, ki ga je napisal Juš Škraban, predstavimo ključne pojme, kot so prisila, nevarnost, ogrožanje, tveganje, dezinstitucionalizacija in neodvisno življenje, ki so pomembni za kritično oceno obstoječih konceptov. Sledijo poglavja, ki smiselno izrišejo podobo varovanih oddelkov in jih umestijo v realnost prostora in časa. V poglavju »Varovani oddelki in ljudje, nameščeni vanje« avtorji Juš Škraban, Sara Fras, Katja Prevodnik in Andraž Kapus na podlagi zbranih kvalitativnih in kvantitativnih podatkov izdelajo profil varovanih oddelkov v Sloveniji. Pravni okvir varovanim oddelkom in kritična analiza trenutnega stanja z vidika sodne prakse sta izdelani v poglavju z naslovom »Prisilna namestitev v socialnovarstvene zavode: izzivi normiranja in odločanja«, ki so ga napisali Luka Gal Prestor, Jasmina Arnež, Maruša Tomc Arko in Mojca Plesničar. Podrobnejši vpogled v poti, ki pripeljejo ljudi na varovane oddelke, predstavita na podlagi zbranih podatkov Darja Tadič in Alina Bezlaj v poglavju »Razlogi za in vzorci nameščanja na varovane oddelke«. Poglavje z naslovom »Značilnosti varovanih oddelkov, obravnave stanovalcev in odpust«, avtorjev Juša Škrabana, Andraža Kapusa, Katje Prevodnik in Lucije Jelenc pa prikazuje dogajanje po tem, ko uporabnik prestopi prag varovanega oddelka. Avtorji na podlagi zbranih podatkov pojasnjujejo situacijo pri sprejemu, prikažejo obravnavo in načine dela zaposlenih na varovanih oddelkih in analizirajo značilnosti odpustov. Osnovni fokus preučevanja varovanih oddelkov, ki so v skladu z zakonom o duševnem zdravju namenjeni odraslim osebam, smo dopolnili z raziskavo v dveh Centrih za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV). V teh dveh centrih poteka pilotni projekt vzpostavitve specializirane enote za otroke in mladostnike. Ker gre za področje s svojimi posebnostmi, smo

celotne raziskovalne rezultate strnili v ločenem poglavju. Avtorja Juš Škraban in Andreja Rafaelič jih predstavita v poglavju z naslovom »Specializirani enoti za otroke in mladostnike z vedenjskimi in čustvenimi motnjami«. V sklepnem delu celotnega poročila sledi krajše poglavje, v katerem povzemamo ključne ugotovitve raziskave in poglavje, v katerem avtor Vito Flaker poda izhodišča za preobrazbo varovanih oddelkov. Ta so smiselno utemeljena v eseju v prilogi »Sloji alternativ varovanim oddelkom« in operacionalizirana v pregledni tabeli z naslovom »Triptih kritike, alternativ in preobrazbe varovanih oddelkov«. V prilogi dodajamo tudi konkretizacijo možnih odgovorov in ilustriramo možne odgovore za opuščanje prisilile v poglavju »Alternativne oblike zaprtim oddelkom – primeri iz tujine«, ki ga je pripravil Juš Škraban.

Bralcem in bralkam v pojasnilo dodajmo še, da smo avtorji in avtorice posameznih poglavij različni, saj smo bili skladno z raziskovalnim načrtom in glede na naše specifično raziskovalno področje različno vključeni v posamezne faze in vsebine raziskovanja. Naša disciplinarna različnost se odraža v slogu pisanja posameznih poglavij. S tem smo želeli posebej poudariti pomen interdisciplinarnega pogleda na raziskovano področje.

Raziskava ima tudi nekaj omejitev. V raziskavo nismo vključili tistih ljudi, ki čakajo na namestitev na varovani oddelek po sklepu sodišča. Tako ne moremo pojasniti, kaj se dogaja z ljudmi v tem času, kako uspejo preživeti v skupnosti in tudi ne vemo, ali se je njihova situacija spremenila in ali bi se, če bi ponovno presojali njihovo situacijo, sklep sodišča lahko preklical. Z raziskavo tudi nismo uspeli narediti natančnega pregleda potreb ljudi, ki so nameščeni na varovane oddelke. Če bi želeli bolje spoznati potrebe in perspektive stanovalcev na varovanih oddelkih, bi morali prilagoditi metodologijo in časovni načrt. Na varovanih oddelkih bi morali preživeti več časa, v tej raziskavi pa smo lahko izvedli le enodnevne obiske. V raziskavo tudi nismo uspeli vključiti akcijskega raziskovanja, čeprav smo upali na takšno priložnost. Zagotovo pa z raziskavo prispevamo k celovitejšemu vpogledu v stanje na varovanih oddelkih v posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodih in podrobnejšemu razumevanju okoliščin, ki so ključne za proces preobrazbe.

1.4 Literatura

Flaker, V. (2012). *Direktno socialno delo*. Ljubljana: Založba /*cf.

Flaker, V. & Urek, M. (1988). *Hrastovški anali za leto 1987*. Ljubljana: RK ZSMS.

Šelih, I., & Kalčina, L. (2017). *Posebno poročilo Varuha človekovih pravic Republike Slovenije o kršitvah človekovih pravic oseb z duševno motnjo pri njihovem neprostovoljnem nastanjevanju in obravnavi v varovanih oddelkih socialnovarstvenih zavodov*. Pridobljeno 26. 3. 2025 s https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/posebna_porocila/VCP_PP_DUSEVNA_MOTNJA_www.pdf

Ustavno sodišče (2019). Odločba o ugotovitvi protiustavnosti Zakona o duševnem zdravju ter o ugotovitvi kršitve pritožnikovih pravic iz prvega in drugega odstavka 19. člena ter prvega odstavka 21. člena Ustave, stran 5474 (2019). Pridobljeno 26. 3. 2025 s https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina?urlurid=20192012

Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov (MKPI). Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 37/08.

2. KONCEPTI (Juš Škraban)

Varovani oddelki so področje, na katerem se srečuje veliko različnih konceptov, katerih pomene je treba raziskati in razgrniti ter tako postaviti temelje raziskavi na tem področju.

2.1 Prisila

Najprej naj povzamemo koncepte prisile, ki jih druži to, da so definirani v odnosu do »volje« uporabnika. V literaturi se pojavljajo različni izrazi, kot so »nesoglasna« (angl. *non-consensual*), »neprostovoljna« (angl. *involuntary*) in »prisilna« (angl. *coercive, forced*) obravnava. Če jih večina razume kot sopomenke, pa obstajajo med temi izrazi pomenski odtenki (Martin & Gurbai, 2019, str. 119). Nekonsenzualna obravnava je vsaka, ki steče »*v odsotnosti veljavne privolitve [in the absence of valid consent]*«, oziroma z drugimi besedami, nekonsenzualna je tista obravnava, kjer ni moč pridobiti privolitve. Primer za to je situacija, v kateri služba nujne medicinske pomoči oživlja nezavestnega človeka – ta oživljanju ne nasprotuje, temveč ni v stanju, da bi dal soglasje. Definicija nekonsenzualne obravnave je torej veliko širša od prisilne.

Prisilna (angl. *coercive* ali *forced*) obravnava pa je vsaka, ki »je v nasprotju z razumno ugotovljivo voljo ali željo bolnika [is contrary to the reasonably ascertainable will or preference of the patient]« (Martin & Gurbai, 2019, str. 119). Eden od načinov, s katerim lahko človek izrazi nasprotovanje obravnavi, je »dejansko nasprotovanje [actual objection]«, ko torej nekdo z besedami ali dejanji sporoči, da obravnavi nasprotuje. Po tej definiciji lahko kot prisilno obravnavo štejemo tudi tako, ki bi ji človek nasprotoval, če bi to zmogel. Avtorja citiranega članka v nadaljevanju dopuščata možnost (a ne data primerov zanjo), da je obravnava prisilna, če je v nasprotju z razumno ugotovljivo voljo ali željo človeka, tudi v drugih okoliščinah (če ji ne nasprotuje ali ne bi nasprotoval, tudi če bi bil v stanju, da to stori). Martin in Gurbai se zavestno izogibata izrazu »neprostovoljno« (angl. *involuntary*), saj zagovarjata, da je njuna distinkcija med nekonsenzualno in prisilno obravnavo dovolj, da je izraz »neprostovoljno« etimološko gledano sopomenka besedi »prisilno«, in da tega izraza torej nima smisla uporabljati.[4]

[4] Poleg vseh do zdaj omenjenih izrazov se uporablja tudi izraz omejujoče prakse (angl. *restrictive practices*) (McSherry & Maker, 2021), kar bi v slovenščini morda najbolje prevedli kot »omejevalni ukrepi«.

Druga možna razgrnitev različnih definicij prisile jo deli glede različne načine, ki jih strokovnjaki uporabljajo pri tem. Najbolj uporabljena je delitev prisile (angl. *coercion*) na zapiranje (angl. *seclusion*) in oviranje ali omejevanje (angl. *restraint*) (Sashidharan idr., 2019, str. 1–2; World Health Organization, 2019, str. 5–6). Delitev in poimenovanje teh dveh pojavnosti prisile sta vzeti iz angleške literature in nato prevedeni v slovenščino. Ravno pri slovenjenju teh izrazov pa se je do neke mere uveljavil tudi izraz »brez zapiranja in prisile« (Rafaelič idr., 2017, str. 189–190), kar je bil verjetno prevod angleškega izraza »no restraint« (Conolly, 1856), ki se je – paradoksalno – uveljavil v času dezinstitucionalizacije v Italiji (Egidi, 2010), kjer so posvojili ta izraz iz angleščine.

Zapiranje najpogosteje definiramo kot izolacijo posameznika od drugih s fizičnim omejevanjem gibanja, tj. zapiranje v prostor pod ključem ali drugačno preprečevanje izhoda iz nekega prostora oziroma grožnje s posledicami v primeru, da ga posameznik zapusti (World Health Organization, 2019, str. 5). Takemu ukrepu nekateri rečejo tudi »okoljsko omejevanje« (angl. *environmental restraint*, glej Negroni, 2017, str. 102). S temi izrazi imajo avtorji največkrat v mislih obravnavo na zaprtem oddelku in zapiranje v izolacijsko sobo.

Omejevanje ima veliko pojavnih oblik. Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2019, str. 5–6) razčleni uporabo prisile v tri oblike:

- Neposredno telesno oviranje z rokami (angl. *manual restraint*) je tista oblika prisile, ki za omejevanje ne uporablja posebnih pripomočkov, temveč samo roke. Najbolj znana pojavnost takšnega omejevanja sta držanje celotnega telesa ali posameznih delov in pa »prone« oziroma »face-down«, pri čemer osebje uporabnika spravi na tla tako, da na koncu postopka leži na trebuhu in z glavo obrnjeno proti tlom (prav zaradi tega ta način velja za še posebej nevarnega).
- Druga oblika je mehansko omejevanje (angl. *mechanical restraint*) in vključuje uporabo različnih pripomočkov za oviranje (pasovi, jopiči, mrežnice in podobno).
- Tretja oblika oviranja pa je kemična, saj uporablja medikamente, a ne zaradi zdravljenja – čemur naj bi bila namenjena – temveč za omejevanje uporabnikov.[5] Te oblike prisile

[5] Pri tem je pomembno ločiti med kemičnim oviranjem in prisilnim zdravljenjem z zdravili – pri prvem je uporaba zdravil namenjena obvladovanju uporabnika, pri drugem pa naj bi šlo za zdravljenje določene psihiatrične bolezni (Negroni, 2017, str. 101). To je pomembna razlika iz konceptualnega zornega kota, ki pa se v praksi dejansko mnogokrat zabriše.

pogosto nastopajo skupaj, na primer ko osebje telesno ovira uporabnika, da ga lahko potem tudi kemično ovira (sedacija), vezanje pa izvedejo v izolacijski sobi in podobno.

Prisilo je torej najbolje razumeti kot spekter dejanj in razmerij. V najbolj očitnem delu spektra deluje neposredno – fizično – na uporabnikovo telo tako, da ga drži, veže, vanj vnese zdravila ali mu omejuje gibanje. V drugem delu spektra pa deluje »posredno«, saj začetni agens omejevanja deluje posredno na uporabnikovo doživljanje ali razumevanje, končni agens pa je uporabnik sam (s tem, ko nečesa ne naredi, ker ga je strah posledic). Večinoma je prvotni agens nek strokovnjak s svojim »ukrepom« ali pa uporabnik zanj vsaj misli, da obstaja veliko možnosti, da bo uporabil nek ukrep. Poleg fizične prisile, ki se zgodi na telesni ravni, obstaja tudi ekonomska prisila. Pri ekonomski prisili je prvotni agens nepravična ali neenaka razporeditev družbenih virov, podobno pa je pri prisili, ki je inherentna ustroju totalne ustanove, prvotni agens prav ta ustroj z institucionalnimi urniki, pravili, neenako razporeditvijo moči in podobnim. Naslednja pomembna delitev prisile je tista, ki vzpostavlja razliko med formalnimi in neformalnimi oblikami prisile, saj so prve zakonsko regulirane, druge pa ne. Ne glede na vse omenjene pojavnosti prisile pa se lahko te uveljavljajo v spektru od tistih, ki so proti uporabnikovi volji, prek tistih, ki želijo vplivati na spremembo njegove volje, pa vse do tistih, ki jih uveljavljajo mimo nje.

Soočeni smo torej z dvema načinoma poimenovanja prisile. V prvem primeru se prisila izrazi v delovanju na osebo oz. na njeno voljo, zato ukrepe označujejo kot take, ki so skladni z voljo uporabnika, so proti njegovi volji ali pa jih izvedejo mimo nje. V drugem primeru se prisila izrazi v tem, kaj z osebo delajo (zapirajo, vežejo, ji kaj prepovedujejo in podobno). V nadaljevanju bomo pogledali, na čem je uporaba prisile najpogosteje utemeljena, čemur bomo dodali tudi najpogostejše utemeljitve opuščanja prisile.

2.1.1 Problemi s prisilo v duševnem zdravju in možnosti njenega zmanjševanja ter opuščanja

Dve najpogostejši kritiki uporabe prisile sta, da je neučinkovita in škodljiva (Sashidharan idr., 2019, str. 2). Številne raziskave so namreč ugotovile, da vezanje, zapiranje ali prisilno zdravljenje ne izboljšajo klinične slike tistih, ki so podvrženi tem ukrepom (Luciano idr., 2014) in podaljšajo čas hospitalizacije (McLaughlin idr., 2016). Nekatere študije kažejo tudi na močen negativen vpliv prisilnih ukrepov na terapevtski odnos; po prisilnih ukrepih uporabniki negativno vrednotijo prejeto oskrbo (Luciano idr., 2014). Raziskave kažejo, da imajo prisilni ukrepi škodljive psihološke posledice, predvsem pri uporabnikih z zgodovino travmatičnih

izkušenj (Chieze idr., 2019, str. 13). Vezanje ima lahko tudi močne telesne posledice na uporabnikih, kot so kardiovaskularni zapleti, asfiksija (huda motnja ali zastoj dihanja), v končni fazi tudi smrt (Aragonés-Calleja & Sánchez-Martínez, 2023; Del Giudice, 2020, str. 302–305).

Zgledi iz tujine vlivajo upanje (glej Prilogo 2). V Italiji 24 akutnih psihiatričnih oddelkov deluje brez zaklenjenih vrat in brez vezanja. Psihiatrična bolnišnica na Dunaju ima politiko odprtih vrat že 40 let, enako marsikje v Nemčiji. V Veliki Britaniji in ZDA so poskusno vpeljevali program »No force first«. Programe zmanjševanja zapiranja in vezanja lahko najdemo v različnih državah po svetu (za Avstralijo glej Commonwealth Government Department of Social Services, 2014; za Irsko glej Mental Health Commission, 2014). Obstajajo tudi različna združenja organizacij, ki si prizadevajo za zmanjšanje prisile. V Italiji je bil leta 2006 ustanovljen »klub psihiatričnih oddelkov v splošnih bolnišnicah brez zapiranja in prisile« (it. *Club SPDC no restraint*), ki združuje oddelke, ki se odrekajo uporabi vezanja in zaprtih vrat. V Veliki Britaniji deluje *Restraint Reduction Network*, ki ima zavidljivo produkcijo pisnih vsebin, posvetov in tudi vpliva na odločevalce na tem področju. Obstaja pa tudi kar nekaj mednarodnih raziskovalnih projektov na tem področju (npr. REsTRAIN YOURSELF, EUNOMIA, FOSTREN).

Ključni izsledki uspešnih praks zmanjševanja prisile so naslednji: aktivno vključevanje vodstva ustanov v zmanjševanje prisile; delo z zaposlenimi (usposabljanje); beleženje in raziskovanje vsake epizode zapiranja ali drugega omejevanja; aktivno vključevanje uporabnikov; preventivni ukrepi; spremembe v »terapevtskem« okolju (Goulet idr., 2017, str. 6). Kot poudarja Svetovna zdravstvena organizacija, je treba uporabo prisile vselej razumeti kot neuspeh tako konkretne obravnave kot celotnega sistema pomoči (World Health Organization, 2019, str. 21). To pa pomeni, da so najuspešnejši taki poskusi zmanjševanja prisile (npr. Trst), ki spreminjajo sistem tako, da izdatno okrepijo skupnostno podporo (v Trstu v centrih za duševno zdravje), vzpostavijo majhne enote za intenzivno obravnavo (v Trstu je to psihiatrični oddelek v splošni bolnišnici z le sedmimi posteljami), ki pa so močno povezani s skupnostnimi službami, s čimer drastično skrajšajo čas hospitalizacij (Mezzina, 2014).

2.2 Nevarnost, ogrožanje, tveganje

Nevarnost je na področju duševnega zdravja večinoma opredeljena s sintagmo, da nekdo »ogroža sebe ali druge« (Flaker, 1996, str. 436). Ljudem, ki nimajo nalepke duševne bolezni, družba načeloma priznava pravico, da lahko ogrožajo sebe ali druge, kot na primer pri ekstremnih športih. Tega pa ni, če človek »ni pri sebi«. Takrat postane pomembna ideja, da

človek v nekaterih stanjih nima stika z realnostjo, oziroma kot pravi slovenski pravni red, da je pri posamezniku »hudo motena presoja realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje« (ZDZdr, 2008, 39. člen). Takrat ni jasno, ali človek res škoduje samemu sebi, saj se vzpostavi razlika med dejanskim agensom, nosilcem človeške identitete, in drugim, virtualnim – tistim, za katerega se predpostavlja, da je glede svojih biografskih značilnosti (spol, starost, izobrazba, družbene vloge ipd.) tak in tak (Flaker, 1996, str. 436). Gre torej za isto telo, a drugačen um. S tem se obravnava ljudi v takih stanjih usmeri na ustanove na področju duševnega zdravja.

Norost je, kot smo pokazali, že od začetka psihiatrije povezana z idejami o nevarnosti. Kljub temu pa se je od 70. let prejšnjega stoletja dalje zgodil precej hiter preobrat, saj se je v mednarodni literaturi na področju duševnega zdravja vedno bolj poudarjalo tveganje in ne nevarnost. Razlika je predvsem v tem, da so nevarnost včasih iskali v možganskih disfunkcijah posameznika, tveganje pa je postalo stvar dejavnikov, situacij in statističnih verjetnosti (Rose, 1998, str. 177–178).

Razmislek o tveganjih pomeni, da skušamo spraviti prihodnost v sedanjost, kar pomeni, da lahko v sedanjosti že z njo upravljamo. Negotovost o prihodnosti naredimo kvantifikabilno, izračunljivo, ko vpeljemo probabilistične (verjetnostne) kalkulacije tveganja. Ker je prihodnost postalo možno preračunati, na nek način tudi predvideti, je to postalo *nujno* opravilo za vse strokovnjake na področju duševnega zdravja (Rose, 1998, str. 180–181). Ker strokovnjaki nikoli ne vedo, kaj se lahko zgodi, se je vzpostavila ideja, da je bolje ukrepati kot ne, ker bo odsotnost njihovega ukrepanja, če se uporabniku ali drugim kaj zgodi, smatrana kot strokovna napaka (Castel, 1991, str. 283). Zapiranje na področju duševnega zdravja je za razliko od zapiranja v kazenskem sistemu – v katerem je to ukrep glede na dokazano krivdo, torej že izvedeno dejanje – vselej »preventivno«.

Razlag, zakaj je zanimanje za tveganja povečano in sorazmerno s tem pisanje o nevarnosti usiha, je več (Green, 2007). Ustalile so se razlage, da je to spodbudila globalizacija; spremembe v načinih vladanja (saj države vedno več odgovornosti prelagajo na posameznika samega s tem, ko mu podeljujejo več svobode in izbire); ker se države in vse druge strukture (podjetja, javni zavodi ipd.) srečujejo z vedno večjimi zahtevami po izogibanju tveganjem in podobno.

V tujini je ključno vlogo pri vzponu tveganj igrala tudi dezinstitucionalizacija (Kemshall, 2002, str. 93; Sawyer, 2008, str. 327, 2009, str. 457). Ta se je na različnih koncih sveta odvijala različno

hitro, vendar so 90. leta očitno pomenila zgostitev razprav o tveganju. To se je delno zgodilo že preprosto zato, ker so uporabniki, ko so se iz velikih ustanov preselili v skupnost, prišli pred oči javnosti (Ryan, 1996, str. 100), hkrati pa so strokovnjaki skladno s teorijo normalizacije zagovarjali pravico vseh (tudi ali pa še posebej tistih, ki so se preselili iz ustanov v skupnost), da delajo napake in se iz njih učijo (Dixon & Robb, 2016). Oskrba v skupnosti je na eni strani prinašala več svobode uporabnikom, to pa je impliciralo več tveganj pri uživanju te svobode, na drugi strani pa večjo kompleksnost dela in potencialno več tveganj za zaposlene, saj so začeli delati na domovih ljudi in na terenu (Sawyer, 2008, str. 327–328).

Poudarjanje tveganja vselej potencirajo neljubi dogodki, ki medijsko odmevajo in s tem na račun maloštevilnih posameznikov, ki se jim zgodi ali naredijo nek incident (Dixon, 2016, str. 127), vprašanje tveganja razširijo na celotno populacijo ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Ti incidenti ponovno vzpostavljajo močno vzročno povezavo med težavami v duševnem zdravju in nasiljem, čeprav raziskave kažejo, da te povezave ni ali pa je izjemno šibka, vsekakor pa je neproporcionalno majhna v primerjavi z medijskim pokrivanjem te teme in količino denarja, namenjene za raziskave na tem področju (Langan, 2010).

Zdi se, da so tveganja poudarjali predvsem v državah, ki so dezinstitucionalizacijo pospremile z neoliberalnim kleščenjem javnih izdatkov za zdravstveno in socialno varstvo, ter tam, kjer niso vzpostavili močnih skupnostnih služb. To ne drži za Italijo, kjer lahko opazimo bistveno manj prispevkov na temo tveganja. Še več, na omembe tveganja so ključni akterji dezinstitucionalizacije v Trstu izjemno skeptični in se jim rajši izogibajo. A razlika ni le kulturna. V Trstu gre 94 odstotkov denarja za skupnostne službe (centre za duševno zdravje) in le šest odstotkov denarja za edini institucionalni prostor – psihiatrični oddelek v splošni bolnišnici (Mezzina, 2014, str. 443). Centri za duševno zdravje so zgled zmogljivih in robustnih skupnostnih služb za celotni svet. Nosilne skupnostne službe lahko torej spremenijo percepcijo tveganja.

2.3 Totalne ustanove

Zgodovina razvoja totalnih ustanov je bila povzeta že velikokrat, zato tega ne bomo ponavljali. Naj navedemo poudarke, ki so ključni za to razpravo. Čas velikega zapiranja v Evropi 17. stoletja je bil čas, ko so v ustanove zapirali vse deviantne člane takratne družbe, saj je imelo zapiranje vlogo moralne korekcije. Nameščanje v ustanove se je s francosko revolucijo končalo za večino drugih deviantov, ne pa za »blazneže«. Medicini je uspel osupljiv preobrat – uspela je

rehabilitirati špitale, ki so veljali za nerentabilne in »imeli vonj« po absolutizmu – rešili so totalno ustanovo in ji dali drug videz (Castel, 2021, str. 61–107). Splošno zapiranje je medicina (natančneje Pinel, začetnik sodobne psihiatrije) nadomestila z zapiranjem le določene skupine prebivalstva (»blaznežev«), pri tem pa je naredila več hkratnih operacij. Razširila je svojo vednost na polje duševnega (duševna medicina, torej začetki psihiatrije), z deskriptivnim in klasifikacijskim sistemom. V nadaljevanju je v ustanove vpeljala strog red (z dejavnostmi, urniki ipd.), ki je pomenil osnovo za »moralno obravnavo«, torej terapevtsko prakso takratnega časa. Ta obravnava pa je slonela na oblastnem razmerju med zdravnikom in bolnikom, saj naj blaznež ne bi mogel pridobiti razuma drugače kot s podreditvijo suvereni moči zdravnika. Radikalna kritika špitalov torej ni bila več potrebna: zapiranje ni bilo več nediferencirano in zavržno, temveč terapevtsko; policijski ukrep zapiranja pa je postal medicinski. Psihiatrija se torej ni vzpostavila na vednosti, temveč na dispozitivu oblasti. Imela družbeni mandat vzdrževanja javnega reda (Castel, 2021, str. 133–134). Tako je postalo jasno, da je »odtujenega« človeka treba zapreti, in narobe, bolnik, ki ni zaprt, ni duševni bolnik: »*Intervenirati pomeni zapreti*« (Castel, 2021, str. 265). Sodobne psihiatrične bolnišnice in socialnovarstveni zavodi so dediči te zgodovinske transformacije špitalov iz nediferenciranega v »terapevtsko« zapiranje.

2.4 Dezinstitucionalizacija in neodvisno življenje

Tudi definicije dezinstitucionalizacije so bile povzete na več mestih, zato naj tu sporočimo le bistveno. Dezinstitucionalizacija je proces ukinjanja institucij *in hkratnega* razvijanja skupnostnih služb, pri čemer se ob tem razvijajo različne preventive, ki preprečujejo nadaljnjo institucionalizacijo (Rafaelič & Flaker, 2021; *Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo: smernice za uveljavitev in podporo trajnostnemu prehodu iz institucionalne v družinsko in skupnostno oskrbo otrok, ljudi z oviranostjo, ljudi s težavami z duševnim zdravjem in starih ljudi v Evropi*, 2021). Dezinstitucionalizacija med drugim zajema tudi spremembo odnosov med strokovnjaki in uporabniki in se zavzema za prevzemanje novih družbenih vlog in vključevanje uporabnikov, za premik moči od strokovnjakov in institucij k uporabniku, pa tudi za spremembo epistemologije razumevanja dolgotrajnih stisk – gre za proces spremembe shem, premik od standardnih odgovorov k odgovorom po meri človeka (Rafaelič idr., 2017).

Izraz »neodvisno življenje« v povezavi z ljudmi z oviranostjo in starejšimi ljudmi pogosto uporabljamo izmenjaje z izrazom »življenje v skupnosti«. Neodvisno življenje ne pomeni, da

ljudje »delajo stvari sami« ali da so »samozadostni«, temveč da lahko izbirajo in odločajo o tem, kje živijo, s kom živijo, kako si organizirajo svoj vsakdan in sprejemajo odločitve o svojem življenju. Ljudem z oviranostjo omogočimo možnost neodvisnega življenja z ustrezno podporo. V primeru otrok izraz neodvisno življenje uporabljamo za »neodvisno življenje s podporo«. V takih okoljih otroci in mladi živijo v skupnosti, sami ali v majhni stanovanjski skupini, kjer jih spodbujajo in jim omogočajo, da pridobijo potrebne spretnosti za neodvisno življenje.

Ta dva koncepta sta pomembna, saj sta se do zdaj pojavljala v večini primerov zmanjševanja prisile na področju duševnega zdravja, hkrati pa sta ključna pojma in usmeritvi aktualne »Strategije Republike Slovenije za deinstitucionalizacijo v socialnem varstvu za obdobje 2024–2034«, ki je okvir tudi za to raziskavo.

2.5 Literatura

Aragonés-Calleja, M. & Sánchez-Martínez, V. (2023). Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 1–22. https://doi.org/10.1111/inm.13248

Castel, R. (1991). From Dangerousness to Risk. V G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (ur.), *The Foucault effect: Studies in governmentality.* (str. 281–298). The University of Chicago Press.

Castel, R. (2021). *Psihiatrični red: Zlata doba alienizma*. Založba /*cf.

Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 491. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491

Commonwealth Government Department of Social Services. (2014). *National Framework for Reducing and Eliminating the Use of Restrictive Practices in the Disability Service Sector*. https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/04_2014/national_fraemwork_restricitive_practices_0.pdf

Conolly, J. (1856). *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*. Smith, Elder & Co.

Del Giudice, G. (2020). *… e tu slegalo subito: Sulla contenzione in psichiatria*. Edizioni Alphabeta Verlag.

Dixon, J. (2016). Balancing Risk and Recovery in Mental Health: An Analysis of the Way in Which Policy Objectives Around Risk and Recovery Affect Professional Practice in England. V J. M. Chamberlain (Ur.), *Medicine, Risk, Discourse and Power* (str. 120–140). Routledge.

Dixon, J. & Robb, M. (2016). Working with Women with a Learning Disability Experiencing Domestic Abuse: How Social Workers Can Negotiate Competing Definitions of Risk. *British Journal of Social Work*, *46*(3), 773–788. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu149

Egidi, S. (2010). The No-Restraint method/No Restraint come metodo. V L. Toresini & R. Mezzina (ur.), *Beyond the walls: Deinstitutionalisation in European best practices in mental health./Oltre i muri: La deistitutionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute mentale* (str. 365–381). Edizioni Alpha beta Verlag.

Flaker, V. (1996). Podmene obveznih ukrepov na področju duševnih stisk in njihove transformacije. *Socialno delo*, *35*(5), 433–444.

Goulet, M.-H., Larue, C. & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, *34*, 139–146. https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019

Green, D. (2007). Risk and Social Work Practice. *Australian Social Work*, *60*(4), 395–409. https://doi.org/10.1080/03124070701671131

Kemshall, H. (2002). *Risk, social policy and welfare* (1. publ). Open University Press.

Langan, J. (2010). Challenging assumptions about risk factors and the role of screening for violence risk in the field of mental health. *Health, Risk & Society*, *12*(2), 85–100. https://doi.org/10.1080/13698571003632429

Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Pingani, L., Palumbo, C., De Rosa, C., Catapano, F. & Fiorillo, A. (2014). Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: A critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *14*(2), 131–141. https://doi.org/10.1586/14737175.2014.874286

Martin, W. & Gurbai, S. (2019). Surveying the Geneva impasse: Coercive care and human rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, *64*, 117–128. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.03.001

McLaughlin, P., Giacco, D. & Priebe, S. (2016). Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLOS ONE*, *11*(12), e0168720. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168720

McSherry, B. & Maker, Y. (Ur.). (2021). *Restrictive practices in health care and disability settings: Legal, policy and practical responses.* Routledge.

Mental Health Commission. (2014). *Seclusion and restraint reduction strategy*. http://hdl.handle.net/10147/627078

Mezzina, R. (2014). Community Mental Health Care in Trieste and Beyond: An "Open Door–No Restraint" System of Care for Recovery and Citizenship. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *202*(6), 440–445. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000142

Negroni, A. A. (2017). On the concept of restraint in psychiatry. *The European Journal of Psychiatry*, *31*(3), 99–104. https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.05.001

Rafaelič, A., Ficko, K. & Flaker, V. (2017). Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe v Sloveniji. *Socialna pedagogika*, *21*(3–4), 183–210.

Rafaelič, A. & Flaker, V. (2021). *Dezinstitucionalizacija: Neskončna*. Založba Univerze v Ljubljani.

Rose, N. (1998). Governing risky individuals: The role of psychiatry in new regimes of control. *Psychiatry, Psychology and Law*, *5*(2), 177–195. https://doi.org/10.1080/13218719809524933

Ryan, T. (1996). Risk management and people with mental health problems. V H. Kemshall & J. Pritchard (ur.), *Good practice in risk assessment and risk management* (str. 93–108). Jessica Kingsley Publishers.

Sashidharan, S. P., Mezzina, R. & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *28*(6), 605–612. https://doi.org/10.1017/S2045796019000350

Sawyer, A.-M. (2008). Risk and new exclusions in community mental health practice. *Australian Social Work*, *61*(4), 327–341. https://doi.org/10.1080/03124070802428183

Sawyer, A.-M. (2009). Mental Health Workers Negotiating Risk on the Frontline. *Australian Social Work*, *62*(4), 441–459. https://doi.org/10.1080/03124070903265724

Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo: Smernice za uveljavitev in podporo trajnostnemu prehodu iz institucionalne v družinsko in

skupnostno oskrbo otrok, ljudi z oviranostjo, ljudi s težavami z duševnim zdravjem in starih ljudi v Evropi (M. Petan & P. Mesec, prev.; elektronska izd). (2021). Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

World Health Organization. (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training: course guide*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605

Zakon o duševnem zdravju, Pub. L. No. Uradni list RS, št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – US (2008). http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157

3. VAROVANI ODDELKI IN LJUDJE, NAMEŠČENI VANJE (Juš Škraban, Sara Fras, Katja Prevodnik in Andraž Kapus)

V tem poglavju se bomo v prvem delu osredotočili na varovane oddelke kot na prostore. Pogledali bomo varovane oddelke v luči zgodovinskega razvoja, trenutno pravno ureditev in ključne podatke, ki jih definirajo. Predstavili bomo zemljevid varovanih oddelkov, njihove kapacitete in njihove prostore. V drugem delu pa bomo pogledali, kdo so ljudje, ki so na varovane oddelke nameščeni. Predstavili bomo osnovne demografske podatke o njih, nato pa osvetlili, kako so stanovalci predstavili sebe in kako jih je osebje na varovanih oddelkih. V nadaljevanju se bomo posvetili še potrebam in željam uporabnikov na varovanih oddelkih ter posameznim skupinam uporabnikov, ki so jih zaposleni še posebej izpostavili.

3.1 Profil varovanih oddelkov

3.1.1 Zgodovina varovanih oddelkov in trenutna pravna podlaga

Varovani oddelki niso novodobni pojav znotraj zavodov v Sloveniji, rekli bi lahko celo, da so imeli zavodi v preteklosti različne značilnosti današnjih varovanih oddelkov oziroma različne oblike varovanih prostorov. Posebni socialnovarstveni zavodi, kjer so danes varovani oddelki, so bili tradicionalno v celoti zaprti, oziroma so imeli stanovalci v njih omejeno gibanje in jih niso mogli zapuščati brez dovoljenja osebja.[6] Ne glede na to, ali so bili na odprtem ali zaprtem oddelku, so bili vsi stanovalci v zavode nameščeni na podlagi sodne odločbe (Flaker & Rafaelič, 2023, str. 306–307). Podobno so povedali nekateri sogovorniki na terenu:

> *Cel zavod sicer ni bil varovani oddelek, je pa res, da so bili vsi tu nameščeni s sklepom sodišča. Mi smo vsako leto imeli za vse stanovalce sodno-zdravniške obravnave in potem so avtomatsko vsem podaljševali bivanje v zavodu za eno leto. Tako je bilo približno do leta 2000* (strokovna vodja, POM_1_1).

Izkušnje iz drugega zavoda kažejo podobno sliko, vendar sogovorniki eksplicitno omenjajo, da uporabniki niso imeli nobene sodne odločbe, zaprte oddelke pa so uporabljali kot sprejemne oddelke, ki jih je lahko uporabnik zapustil, če je bil »priden«:

> *Zavod je bil hermetično zaprt do leta 2003. Ljudje niso imeli nobenih posebnih odločb za tu, o tem sta se odločali komisija in psihiatrinja. Takrat smo imeli dva oddelka zaklenjena* (strokovna vodja, POM_8_1).

[6] V 90. letih prejšnjega stoletja se je to začelo spreminjati, saj je začelo več zavodov postopno odpirati večino oddelkov (za primer odpiranja enega zavoda glej Flego, Sorta & Orel, 2012).

Zavodi so imeli nekakšne prototipe varovanih oddelkov že pred sprejetjem ZDZdr. Sogovornik iz enega zavoda nam je denimo povedal, da zaprtega oddelka niso uporabljali kot sprejemni oddelek, temveč za krajše namestitve stanovalcev zavoda, ki »*se jim je poslabšalo zdravstveno stanje, če je šlo za dezorientiranost v prostoru ali pa za čezmerno uživanje alkohola*«[7] (direktor, POM_2_1).

Obstoječe, od zavoda do zavoda različne ureditve, je leta 2008 spremenil Zakon o duševnem zdravju, ki je vpeljal »varovani oddelek« kot edini oddelek v socialnovarstvenem zavodu, kjer je dopustna prisilna namestitev. ZDZdr je zaščitil pravice ljudi s tem, da je določil, kam in pod katerimi pogoji se lahko opravi neprostovoljno namestitev ter uredil nekatere pravice na varovanih oddelkih. Kljub temu pa so imele te spremembe tudi učinke, ki so v praksi dejansko zmanjšali pravice stanovalcev. Kot pravi sogovornica, so imeli stanovalci varovanih oddelkov pred uveljavitvijo ZDZdr več svobode, predvsem v smislu več možnosti izhodov z oddelka:

> *Prej je bilo precej bolj ohlapno, tudi stanovalci, ki so tam bivali (na zaprtem oddelku), so odhajali ven. Strokovni delavci in psihiater so se prej odločali za odprte strukture. Stanovalec je imel recimo 2 uri, 4 ure, 8 ur svobode tudi brez odločitve strokovnega sveta. V bistvu je bilo pred zakonom bolj ohlapno in kljub težkim pogojem niso bili tako zaprti kot so zdaj.* (namestnica direktorja za področje zdravstvene nege, POM_1_1)

Zakon o duševnem zdravju trenutno definira varovani oddelek kot »oddelek v socialnovarstvenem zavodu, kjer so osebe zaradi svojih potreb nepretrgoma deležne posebne zaščite in varstva ter zavoda ne morejo zapustiti po lastni volji« (ZDZdr, 2. člen, 17. odstavek). Poznamo tri vrste varovanih oddelkov, in sicer glede na skupine uporabnikov, katerim naj bi bili namenjeni: varovani oddelek za osebe s težavami v duševnem zdravju, varovani oddelek za osebe z več motnjami (težave v duševnem razvoju in dolgotrajne težave v duševnem zdravju) in varovani oddelek za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkcij potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor (demenca) (ZDZdr, 5.a člen, 6. odstavek). V posebnih in kombiniranih SVZ, ki tvorijo ciljno skupino te raziskave, so oddelki prvega in drugega tipa.

V 5.c členu ZDZdr je zapisano, da za varovane oddelke veljajo vsi minimalni tehnični pogoji za izvajalce socialnovarstvenih storitev, dodatno pa še naslednji prostorski pogoji:

- »sobe za bivanje z največ dvema posteljama,

[7] Glede podobne rabe varovanih oddelkov v trenutni ureditvi glej 5. poglavje.

- dovolj velik in ustrezno opremljen prostor za izvajanje družabnih, psihosocialnih in terapevtskih dnevnih aktivnosti,
- možnost dostopa do gibanja na prostem najmanj dve uri dnevno,
- prostor za izvajanje posebnih varovalnih ukrepov in
- prostor za kajenje v skladu z zakonom, ki ureja omejevanje uporabe tobačnih izdelkov.«

Varovane oddelke podrobneje definira še pravilnik,[8] ki definira tehnične, prostorske in kadrovske pogoje.

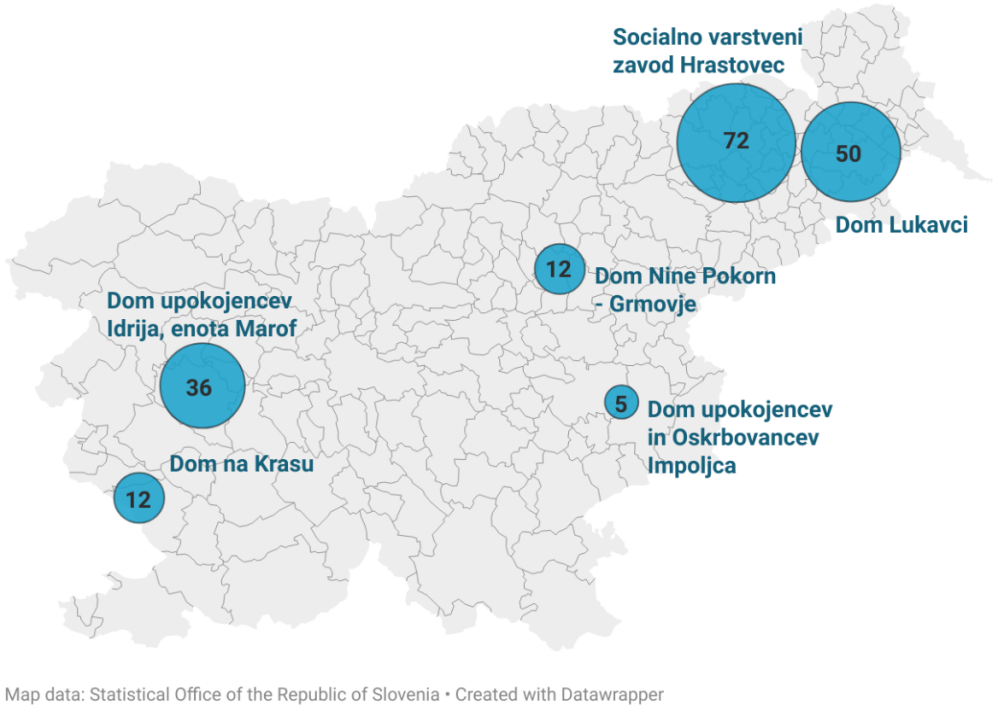
Vsi varovani oddelki v posebnih varstvenih zavodih v Sloveniji zaklepajo vhodna vrata na oddelek, čeprav tega ZDZdr ne predpisuje, lahko pa to razumemo kot način, kako zavodi v praksi zagotavljajo, da nihče ne zapusti zavoda po lastni volji. Čeprav je ZDZdr neskladen z MKPI (glej 4. poglavje), vseeno dopušča vsaj odprta vrata, pri uvedbi katerih bi lahko zavodi na druge, inovativne načine zagotavljali spoštovanje 2. člena ZDZdr.

3.1.2 Osnovni podatki o varovanih oddelkih

V posebnih in kombiniranih SVZ obstaja v Sloveniji po podatkih iz leta 2023 trinajst varovanih oddelkov. Ti varovani oddelki imajo skupno 187 postelj. Varovani oddelki se geografsko zgoščajo na vzhodu države, saj je tam 139 postelj oz. 74,3 % vseh postelj v državi. Geografsko razporeditev oddelkov in število postelj ponazarja slika 1.

[8] Pravilnik o tehničnih, prostorskih in kadrovskih pogojih za verifikacijo varovanih oddelkov pri izvajalcih institucionalnega varstva in postopku njihove verifikacije.

Slika 1: Zemljevid lokacij varovanih oddelkov in število postelj



Malo več kot polovica oddelkov (n = 7) je verificiranih, malo manj kot polovica (n = 6) pa ne. Verificirani oddelki so verifikacijo dosegli (oziroma začeli s postopkom) v letih 2013 (4 zavodi) ter 2015, 2016 in 2020 (po en zavod). Med neverificiranimi oddelki je le en oddelek z začetkom postopka verifikacije začel v letu 2023, ostali pa postopka niso sprožili.

Največ varovanih oddelkov je razvrščenih v kategorijo oddelka za osebe s težavami v duševnem zdravju (n = 5), sledijo oddelki za osebe z več motnjami (težave v duševnem razvoju in dolgotrajne težave v duševnem zdravju) (n = 3) in tisti, za katere so v zavodih odgovorili, da sodijo tako v prvo kot v drugo kategorijo (n = 4). En zavod je poročal tudi o oddelku, ki ga v praksi uporabljajo le za osebe, ki zaradi posledic upada kognitivnih funkcij potrebujejo delno ali popolno pomoč in nadzor (demenca).

Najmanjše število postelj na enem oddelku je 5, največje 24, povprečno pa 14,4. Oddelki imajo zelo različno število posteljnih kapacitet. Največ oddelkov ima 12 mest (n = 5), sledijo oddelki s 24 mesti (n = 3), obstajajo pa še posamezni oddelki s petimi, šestimi, osmimi, 14 in 22 mesti.

Večina varovanih oddelkov je poročala o prezasedenosti. To smo merili na dva načina – zbirali smo podatke o številu zasedenih mest na zadnji dan leta 2023 in o največjem številu uporabnikov na posameznem oddelku v letu 2023. Prezasedenost oddelkov na ta dan prikazuje

tabela 2. Pri zavodih, ki imajo več varovanih oddelkov, smo podatke prikazali tako, da je za vsak oddelek posebna vrstica.

Tabela 2: Podatki o zasedenosti mest na varovanih oddelkih dne 31. 12. 2023 in največje prezasedenosti v posameznem zavodu v letu 2023

naziv izvajalca	**Odstotek zasedenosti 31. 12. 2023**	**Odstotek zasedenosti glede na največje število uporabnikov v letu 2023**
Zavod 1	**132,6**	**136,6**
Zavod 2	**133**	**158**
Zavod 3	**108**	**117**
Zavod 4	**116,67**	**123,67**
Zavod 5	**104,5**	**104,5**
Zavod 6	100	100

V letu 2023 je bilo prezasedenih 69 % oddelkov (n = 9). Izmed vseh prezasedenih oddelkov je bil najbolj prezaseden manjši oddelek, ki je imel dvakrat prekoračene kapacitete, najmanj prezaseden pa je bil oddelek s 109-odstotno prezasedenostjo. V povprečju so bili oddelki prezasedeni 129,2 %, največ pa so bili prezasedeni v povprečju 137,5 %.

3.1.3 Čakalna vrsta

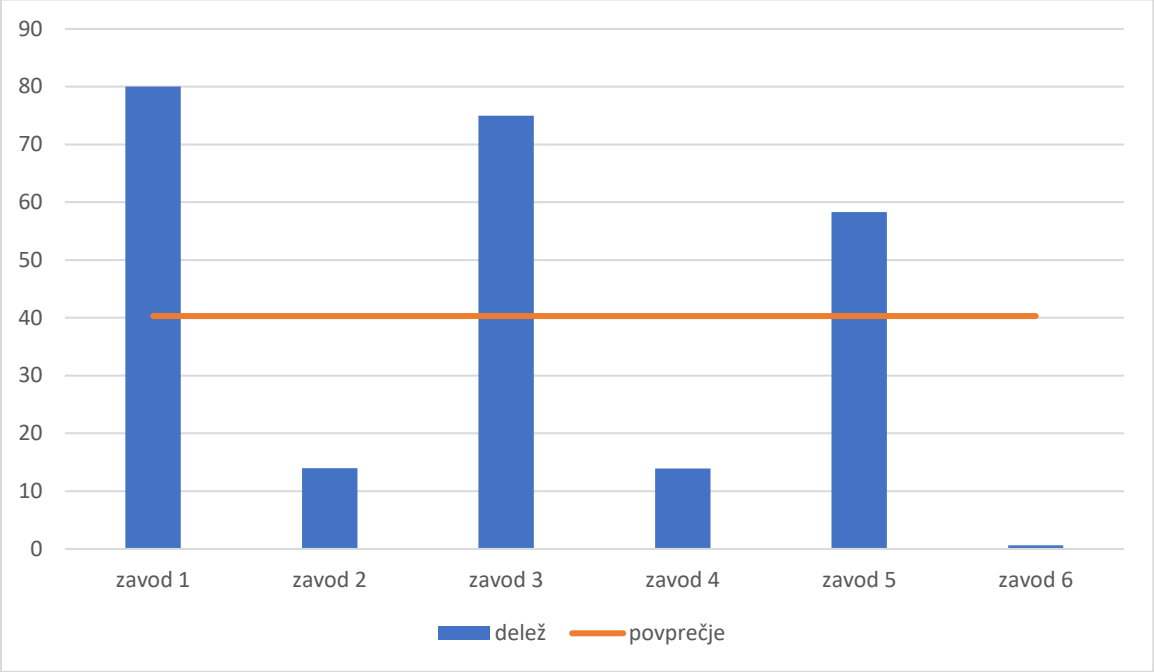
Čakalna vrsta za sprejem na varovane oddelke je povezana z njihovo prezasedenostjo. Statistične podatke o ljudeh v čakalni vrsti je MSP pridobilo marca 2024. Ugotovili smo, da MSP v tistem času ni imelo vpogleda v seznam, temveč ga je moralo pridobiti od Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, uradnice z MSP pa so povedale, da je morala Skupnost te podatke verjetno pridobiti od zavodov po poizvedovanju. To je pomenilo, da je imelo MSP težek dostop do podatkov, ki bi bili lahko pomembni, če bi MSP želelo bolj aktivno upravljati z zavodi in sistemom varovanih oddelkov. To se je delo spremenilo do konca raziskave, saj se je vmes vzpostavila spletna stran[9] s pregledom kapacitet, zasedenosti in čakalne vrste v vseh *verificiranih* varovanih oddelkih (podatke o neverificiranih oddelkih pa spletna stran ne vključuje, čeprav gre za polovico varovanih oddelkov v posebnim in kombiniranih SVZ).

Marca 2024 je na sprejem čakalo 39 ljudi, čakalno vrsto pa je imel vsak od šestih zavodov. Povprečno število ljudi v čakalni vrsti na posamezni zavod je bilo 6,5 (min. 2, maks. 10). Niso pa imeli vsi zavodi enako dolge čakalne vrste glede na kapaciteto svojih varovanih oddelkov.

[9] https://podatki.gov.si/dataset/evidenca-socialnovarstvenih-zavodov-pri-katerih-so-organizirani-varovani-oddelki

Število čakajočih je predstavljalo v povprečju 40,3 % vseh posteljnih kapacitet na oddelku (najmanj 0,6, največ 80 %), kot kaže graf 1.

Graf 1 Delež čakajočih na sprejem glede na kapaciteto varovanih oddelkov za posamezni zavod (%)



Te razlike je mogoče razložiti z dejstvom, da sodišča v sklepu določijo zavod, v katerega varovani oddelek mora biti uporabnik nameščen. V raziskavi nismo uspeli pridobiti podatka, kako se sodišča odločajo o lokaciji namestitve. Preseneča namreč velika variacija deleža, ki ga predstavlja število čakajočih glede na kapaciteto varovanih oddelkov v posameznem zavodu. Ker velja, da mora biti uporabnik nameščen v zavod, ki je določen v sklepu, tudi če se mesto sprosti prej kje drugje, je moč sklepati, da so uporabniki, ki so čakali za zavode z nadpovprečnim deležem (zavodi 1, 3 in 5), v slabšem položaju kot tisti, ki so čakali za sprejem v zavodih 2, 4 in 6.

Največ uporabnikov (n = 18) je na sprejem čakalo v psihiatrični bolnišnici,[10] sledili pa so čakajoči v drugem SVZ (n = 9), na enoti za forenzično psihiatrijo (n = 4), neznano kje (n = 3), v zaporu (n = 2), na odprtem oddelku zavoda (n = 1), doma (n = 1) in drugje (n = 1). Z uporabniki v čakalni

[10] Glede na skupno število postelj na akutnih psihiatričnih oddelkih (n = 232) (Čelofiga idr., 2023) je število čakajočih za sprejem na varovane oddelke predstavljalo 7,8 % kapacitet vseh akutnih oddelkov. Glede na skupno število postelj na enoti za forenzično psihiatrijo (n = 48) (Klipšteter, 2025) pa je število čakajočih za sprejem na varovane oddelke predstavljalo 8,3 % kapacitet na enoti.

vrsti so bile torej najbolj obremenjene psihiatrične bolnišnice. Preseneča razmeroma visoko število uporabnikov, ki so čakali v drugem SVZ.

V povprečju so v času poizvedbe uporabniki na sprejem na varovani oddelek čakali kar 12,2 meseca (najmanj 1, največ 46 mesecev).[11] Največ ljudi je čakalo manj kot eno leto (n = 26), od eno do dve leti jih je čakalo devet, štirje pa več kot dve leti.

Predstavnica MSP, ki je zbrala podatke, je omenila metodološko težavo pri zbiranju teh podatkov:

> Datumi sklepov (od kdaj čakajo) so nekateri napačno zapisani, saj je napisan zadnji datum. Nekateri zavodi štejejo začetek sklepa glede na to, kdaj je bil podaljšan za dodatno leto, nekateri so pa pisali datum sklepa za prvo namestitev.

Iz tega lahko sklepamo, da so lahko podatki, ki jih predstavljamo tu, v resnici kvečjemu višji.

3.1.4 Opis oddelkov

3.1.4.1 SVZ Hrastovec

V zavodu Hrastovec sta dva verificirana varovana oddelka, ki sta locirana v gradu. Oddelek v prvem nadstropju je namenjen ženskam in moškim, tisti v drugem nadstropju pa le moškim. Oba oddelka imata možnost nastanitve za 24 oseb. V času obiska raziskovalnega tima je bil moški oddelek prezaseden, saj je bilo na oddelku 27 oseb, trije stanovalci so zato spali v skupnih prostorih in uporabljali sanitarije drugih sob.

Vhod v oba oddelka je v pritličju, kjer so vhodna vrata zaklenjena, prav tako sta zaklenjena vhoda v posamezen oddelek. Oddelka nista prilagojena osebam s fizičnimi oviranostmi – ob stopnicah ni klančin ali dvigala. Uporabniki ne morejo samostojno (brez spremstva zaposlenih) dostopati do zunanjih površin, svežega zraka. Oddelka sta bila v času obiska precej glasna, prenatrpana, težko je bilo najti miren kotiček z možnostjo občutka zasebnosti. Kadilnice so majhne. Okna imajo rešetke. Oba oddelka imata podobno organizirane prostore. Nasproti vhoda v osrednjem delu oddelka je (zaklenjena) soba za osebje, na levi in desni strani se razprostirata glavna kraka oddelka, prostori ne omogočajo enostavne orientacije. Jedilnica je prostorna, vseeno pa primanjkuje skupnih prostorov. Sobe uporabnikov so zaklenjene, pri sebi imajo ključe. Na oddelkih je soba za fiksacijo (vezanje) in soba za omejitev gibanja (izolacijo).

[11] To smo izračunali tako, da smo za vsak sklep vzeli mesec izdaje sklepa in prešteli število mesecev do marca 2024.

Zdravila so shranjena v posebnih prostorih oddelkov, ki so jih pridobili tako, da so opustili uporabo senzorne sobe (Snoezelen) in jo začeli uporabljati za zdravila.[12] Na oddelkih ni organizirane kuhinje, hrano razdeljujejo v jedilnici iz skupnega zavodskega kuhinjskega obrata. Na obeh oddelkih sta prostora za fiksacijo (vezanje), ki vključujeta toaletni prostor in prostor za omejitev gibanja (izolacijo).

V sosednji, novejši zgradbi, sta v okviru zavoda Hrastovec še dva neverificirana oddelka. V drugem nadstropju je oddelek za 24 stanovalk in stanovalcev z demenco, v tretjem nadstropju pa oddelek s 24 posteljami, namenjen osebam s težavami v duševnem razvoju. Na teh oddelkih je v primerjavi z verificiranima oddelkoma vzdušje mirnejše, v prostorih se je lažje orientirati, na vsaki strani daljšega in širokega hodnika so razporejene sobe, ki so odklenjene. Zaposleni imajo pisarno sredi dnevnega prostora, delno je dostopna uporabnikom in uporabnicam (vmes so manjša zaprta vrata). Zgradba ima dvigalo. V teh dveh oddelkih ni sobe za fiksacijo in omejitev gibanja.

3.1.4.2 Dom Nine Pokorn Grmovje

V Domu Nine Pokorn Grmovje je en varovani oddelek, ki ima kapaciteto 12 postelj. Oddelek je umeščen v klet glavne stavbe zavoda. Do njega se dostopa z negovalnega oddelka, s ceste pa v park varovanega oddelka. Na oddelku se ni težko orientirati, saj gre za majhen prostor. Ob vhodu na oddelek je ena soba z drsnimi vrati, ki naj bi bila namenjena za obiske. Poleg nje je vhod v sobo za izolacijo (sobe za fiksacijo ni). Ob vhodu v glavni prostor se razprostira jedilnica, ki se nadaljuje v obliki črke L v dnevni prostor, kjer je nekaj kavčev, miza za namizni tenis, pikado in televizija. Na začetku jedilnice sta soba za osebje in kuhinja, ki jo lahko stanovalke in stanovalci uporabljajo v spremstvu osebja. Vse sobe so razporejene ob hodniku, ki se vije vzdolž jedilnice. Obstaja šest sob, ki so večinoma dvoposteljne, ena je troposteljna. Stanovalci dveh sob skupaj uporabljajo eno kopalnico. Izhod na vrt je na koncu jedilnice in dnevnega prostora. Prvi del dvorišča je kadilnica (pod streho) z vžigalniki, priklenjenimi na ograjo, nato pa se po ozkem prehodu pride do širšega dvorišča/vrta, na katerem je nekaj ležalnikov. Oddelek je prilagojen osebam s fizičnimi oviranostmi, v času našega obiska pa je bil čist in videti je bil prenovljen.

[12] Stanovalci in stanovalke po poročanju zaposlenih namreč Snoezelna niso dosti uporabljali.

3.1.4.3 DUO Impoljca

Glavna stavba zavoda DUO Impoljca je v obliki črke U. Zavod je v celoti ograjen z ograjo, pred zapornico pa je recepcija. Varovani oddelek, ki ima kapaciteto 5 postelj, je v 1. nadstropju enega izmed krakov zavoda in je povezan z ostalimi oddelki. Na oddelek se pride skozi glavni vhod čez steklena vrata, ki se odpirajo elektronsko. Desno od vhoda je manjša jedilnica, nasproti pa soba za medicinsko osebje, ki ima čez stekleno steno pogled na jedilnico. Levo od vhoda sta soba za vezanje in soba za izolacijo. Vzdolž hodnika so sobe, toaletni prostori za zaposlene, čajna kuhinja, kopalnica za uporabnike in ena večja soba za dva uporabnika (s toaletnimi prostori). Na koncu hodnika je soba za zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja, tam pa je tudi zadnji vhod na oddelek. Prostori oddelka so bili pred kratkim prenovljeni. V zavodu je dvigalo, zato je varovani oddelek dostopen tudi ljudem s fizičnimi oviranostmi.

3.1.4.4 Dom Lukavci

Dom Lukavci ima tri varovane oddelke, ki so umeščeni v pritličje glavne stavbe zavoda in imajo kapaciteto po osem, 12 in 12 postelj. Oddelki so precej podobno organizirani kot ostali do zdaj predstavljeni oddelki, izpostaviti pa gre arhitekturno posebnost, ki je drugod nismo opazili. En oddelek ima glavni vhod, ob katerem je takoj soba za osebje, ta pa ima vrata tudi na hodnik izven varovanega oddelka. To omogoča osebju, da vstopi v to sobo tudi mimo glavnega vhoda na oddelek. Na oddelkih so sobe za umirjanje, fiksacijskih sob (za vezanje) ni. Vsi trije oddelki imajo izhod na vrt, kar je veliko ugodneje kot na drugih oddelkih, ki so locirani v nadstropjih. Izven glavne stavbe zavoda sta še dva varovana oddelka (bivalna enota Veržej), vsak ima kapaciteto 12 postelj.

3.1.4.5 DU Idrija

V DU Idrija, enoti Marof, sta dva varovana oddelka s kapaciteto 14 in 24 postelj, ki sta oba umeščena v 2. nadstropje zavoda. Prostori obeh oddelkov kot tudi celotna enota so stari. Do prvega oddelka je možen dostop z dvigalom, do drugega oddelka pa ne, saj je od drugega nadstropja ločen z nekaj dodatnimi stopnicami.[13] Prvi oddelek ima manjši balkon, drugi pa malo prostornejšo teraso. Oddelka sta v primerjavi z drugimi oddelki bolj utesnjena. Toaletni prostori so skupinski, dve kopalnici in tri ločena stranišča so za 12 oseb. V sobah je prostora za

[13] To ni težava le za zaposlene v zavodu pri omogočanju izhodov za stanovalce z gibalnimi težavami, temveč tudi za reševalce, saj morajo stanovalce odnesti na vozičku ročno (bolniške postelje tudi ni možno peljati čez stopnice).

(do) 3 osebe (v času našega obiska je bilo nastanjenih od ene do treh oseb na sobo). V večjem oddelku je 5 toaletnih (in kopalniških) skupinskih prostorov.

3.1.4.6 Dom na Krasu

V Domu na Krasu leži varovani oddelek s kapaciteto 12 postelj v kleti glavne stavbe. Ob vhodu na oddelek je manjši dnevni prostor s televizijo, ki se nadaljuje v jedilnico. Ob jedilnici je distribucijska kuhinja in vrata na razmeroma veliko dvorišče. Na začetku dvorišča je kadilnica (pod streho) z vžigalniki, pritrjenimi na ograjo. Ta kadilni prostor je ograjen, zato lahko ponoči pustijo odklenjena vrata na dvorišče, zaprejo pa ograjo kadilnice. Dvorišče se konča z dovozom za reševalna vozila, ki se dviguje na raven pritličja. Za ograjo se začne park, ki je na zadnji strani glavne stavbe. Od vhoda se mimo jedilnice razprostira hodnik, vzdolž katerega so sobe za stanovalce (znotraj katerih je kopalnica), glavna kopalnica (prilagojena ljudem na vozičkih), soba za osebje (znotraj katere je tudi soba za zdravila), čisto na koncu hodnika pa še soba za izolacijo.

*

Na oddelkih vseh zavodov so nameščene videokamere, s katerimi lahko zaposleni v sobi za osebje spremljajo dogajanje. Povsod so tudi zaklenjeni prostori za osebje in, kjer obstaja ločeno, prostor za zdravila. Večina oddelkov ima prenosne »panik tipke«, ki jih imajo zaposleni v žepu, v manjši meri pa so nameščene na stenah ali pa jih zavodi ne uporabljajo in v primeru kriznih situacij uporabljajo običajne telefone.

Oddelki prezasedenost rešujejo pogosto z nameščanjem dodatnih postelj v sobe, redkeje pa z nameščanjem v skupne prostore. Stanovalci na nobenem oddelku nimajo kaj dosti zasebnosti, v največji meri to omogoča dvorišče (kjer je) ali pa kadilnica, a tudi ta je navadno polna ljudi. Večina sob, ki smo si jih lahko ogledali, ni personaliziranih (če že, je najpogosteje s televizijo).

3.2 Uporabniki

Ta del poglavja je namenjen predstavitvi stanovalcev[14] na varovanih oddelkih in oblikovanju njihovega portreta. V prvem delu poglavja so zbrani osnovni demografski podatki o njih, nato

[14] Naj se sprva ustavimo pri terminologiji. Kot bomo videli, so skoraj vsi uporabniki na varovane oddelke nameščeni proti svoji volji. Jim lahko rečemo uporabniki, če podpore ne uporabljajo, temveč jim je vsiljena (Beresford, 2016)? Je bolje uporabiti termin stanovalci, ali pa moramo uporabiti kak drug izraz? V tem poročilu smo to terminološko zagato rešili s tem, da izmenjaje uporabljamo besedi stanovalci in uporabniki in s tem mislimo na ljudi, ki so nameščeni na varovane oddelke.

pa osvetlimo, kako so stanovalci predstavili sebe in kako so jih predstavili zaposleni na varovanih oddelkih. V sklepnem delu se posvetimo potrebam in željam uporabnikov na varovanih oddelkih ter posameznim skupinam uporabnikov, ki so jih zaposleni še posebej izpostavili.

Še uvodno pojasnilo o kvantitativnih podatkih. V besedilu predstavljamo podatke, ki smo jih pridobili z izvirnim raziskovanjem. Da bi te podatke umestili v kontekst, smo jih ponekod primerjali s podatki, ki so omogočali primerljivost. V ta namen smo uporabili zbirnik IRSSV o vseh posebnih in kombiniranih zavodih v Sloveniji iz leta 2020 (Inštitut RS za socialno varstvo, b. d.). Zbirnik iz leta 2020 se po številu zajetih zavodov ne ujema s številom zavodov, ki smo jih vključili v našo raziskavo. Izmed 10 zavodov iz zbirnika IRSSV jih je 6 poročalo v zbirnik o varovanih oddelkih iz te raziskave (od tega v enem zavodu leta 2020 še ni bilo varovanega oddelka), štirje zavodi pa nimajo varovanega oddelka (od tega en posebni in trije kombinirani). V nadaljevanju zbirnik IRSSV obsega podatke o vseh uporabnikih zavoda (tudi tistih na varovanih oddelkih), podatki pa se nanašajo na drugo leto kot podatki iz naše raziskave. Zaradi vsega tega je primerjava demografskih podatkov le orientacijske narave, je pa to za zdaj pač edina možna primerjava.

3.2.1 Osnovni demografski podatki

S pomočjo tabele, ki smo jo razvili za potrebe te raziskave, smo zbrali osnovne podatke za vse uporabnike, ki so bili leta 2023 vsaj en dan nameščeni v varovane oddelke posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodov v Sloveniji. Takih uporabnikov je bilo skupno 250.

Na varovanih oddelkih je bilo leta 2023 več moških kot žensk.

Tabela 3 Podatki o številu uporabnikov na varovanih oddelkih v letu 2023

Spol		
	Število	Delež
ženski	89	36 %
moški	161	64 %
Skupaj	250	100 %

Povprečna starost stanovalcev na varovanih oddelkih je bila 54,3 leta, pri čemer je bila najmanjša 20 let, največja pa 93 let. Uporabniki varovanih oddelkov so torej večinoma ljudje srednjih let. Manj kot 30 let jih je bilo starih 5,6 % (n = 14), preseneča pa podatek o najnižji starosti uporabnika na varovanih oddelkih (20 let). Ne glede na to, da je manj kot 30 let starih

razmeroma majhen delež uporabnikov, bi bilo vseeno treba dodatno raziskati, v kakšnih stiskah se znajdejo ti mladi in zakaj niso dovolj vse druge, manj omejujoče oblike oskrbe, da sploh pride do namestitev na varovani oddelek že pred dopolnjenim 30. letom starosti.

V primerjavi z varovanimi oddelki (64 % moških in 36 % žensk) je v vseh posebnih in kombiniranih SVZ 53,9 % moških in 46,1 % žensk.[15] Podatki kažejo, da je tako v zavodih nasploh kot na varovanih oddelkih več moških kot žensk, vendar je na varovanih oddelkih delež moških večji kot v zavodih nasploh. V primerjavi s povprečno starostjo vseh uporabnikov v posebnih in kombiniranih SVZ (61,2 leta) je na varovanih oddelkih nekoliko mlajša populacija (povprečno 54,3 leta).

Zbrali smo tudi podatek o občini zadnjega stalnega prebivališča pred namestitvijo na varovani oddelek. Za vsakega uporabnika smo nato preračunali število kilometrov (najhitrejšo pot, z uporabo avtocest) od prijavljenega stalnega prebivališča do naslova zavoda, v katerem je bil nameščen na varovani oddelek. Povprečno je ta razdalja znašala 93,2 km (najkrajša 2 km, najdaljša pa 296 km). Podatek o povprečni oddaljenosti zadnjega prijavljenega stalnega prebivališča od varovanega oddelka je glede na prostorsko neenakomerno porazdelitev varovanih oddelkov po državi razumljiv. Kljub temu pa lahko sklepamo, da ima ta precej velika povprečna razdalja do stalnega prebivališča, za katero se porabi eno uro vožnje ali več z osebnim avtom, kar nekaj posledic v vsakodnevnem življenju uporabnikov, njihovih morebitnih svojcev in zaposlenih. Za svojce to pomeni precejšno pot (in stroške) za obiske v zavodu. Poleg tega pa je pot lahko ovira tudi v primeru načrtovanja odpusta – če na obiske pridejo skupnostne službe, s katerimi zaposleni v zavodu načrtujejo odpust, ali pa če zaposleni v zavodu skupaj z uporabniki hodijo v uporabnikovo lokalno okolje načrtovat odpust s skupnostnimi službami.

Večina uporabnikov na varovanih oddelkih (67 %) je imela leta 2023 na nek način odvzeto poslovno sposobnost. Delež uporabnikov na varovanih oddelkih z odvzeto poslovno sposobnostjo je visok in občutno višji kot isti delež v vseh posebnih in kombiniranih SVZ (39,6 %). Podatek je težko interpretirati, saj ne vemo, ali je do postavitve pod skrbništvo prišlo pred, hkrati ali po namestitvi na varovani oddelek. Videti je, da so ti ljudje pod dvema mehanizmoma

[15] Podatki o spolu so povezani z absolutnimi številkami uporabnikov posameznega zavoda, ne glede na to, v katero obliko oskrbe so vključeni (institucionalno varstvo v zavodu, v stanovanjski skupini, oskrbovana stanovanja idr.).

nadomestnega odločanja: za namestitev proti svoji volji in pod skrbništvom. Zdi se, da se je torej preobrazbe varovanih oddelkov smiselno lotiti hkrati s prenovo sistema skrbništva.

Tretjina vseh uporabnikov je imela status invalida, 68 % jih tega statusa ni imelo, za 2 % uporabnikov pa tega podatka nismo dobili. Največji delež uporabnikov (39 %) je prejemal pokojnino, sledili so prejemniki denarne socialne pomoči (24 %), z drugimi prihodki (23 %) in s kombinacijo denarne socialne pomoči in pokojnine (8 %). Podatka o vrsti prihodkov nismo dobili za 6 % uporabnikov.

3.2.2 Kdo so stanovalci varovanih oddelkov: perspektiva osebja in samih stanovalcev

Poleg podatkov, zbranih s pomočjo zbirnikov, smo pridobili podatke tudi s fokusnimi skupinami (z vodstvom zavoda, z zaposlenimi na varovanih oddelkih in z uporabniki) na varovanih oddelkih. Načrtno smo med drugim zbrali podatke o potrebah in željah uporabnikov, v fokusnih skupinah pa so se izpostavile tudi druge teme, ki opisuje nekatere značilnosti uporabnikov varovanih oddelkov (npr. njihove osebnostne značilnosti, spretnosti in njihove prevladujoče težave v duševnem zdravju).

Največkrat je osebje stanovalce opisalo s pomočjo diagnoz in težav, da so nam lažje naslikali predstavo o izzivih, ki se pojavljajo, ko je na enem (razmeroma majhnem) mestu veliko ljudi z različnimi potrebami. Omenili so, da so na varovane oddelke nameščeni uporabniki s težavami v duševnem zdravju, s težavami v duševnem razvoju, tisti, ki so odvisni od različnih substanc, uporabniki z motnjami avtističnega spektra, ljudje, ki imajo samo fizične zdravstvene težave ter nekateri, ki so bili sicer v življenju uspešni, a se jim je nekaj zalomilo. O svojih težavah so govorili tudi stanovalci, a bolj z namenom razložiti razlog za sprejem na varovani oddelek.

Zaposleni stanovalcev niso omenjali samo ob govoru o njihovih diagnozah – v dveh zavodih so poudarili, da so uporabniki empatični in pozorni:

> *Tudi rečejo, če te ni en teden: »O, ste prišli, vas pa dolgo ni bilo!«. Vse vedo. In koliko te opazujejo* (bolničar, POM_6_2).
>
> *Joj! Pa družinske člane poznajo in včasih, ko se kaj pogovarjaš: »Kako so pa oni, kako je pa vaš maček doma?«* (varuh, POM_6_2).

Stanovalci so veliko povedali o svojih življenjih pred sprejemom, predvsem o šolanju in delu. En od uporabnikov je denimo 24 let delal v tujini, drugi je delal že ob šolanju in nato zamenjal več delovnih mest, ena stanovalka se je izobrazila za trgovko in pred prihodom na varovani oddelek ves čas delala. Govorili so o svojih znanjih, spretnostih in sposobnostih. To je bilo

pomembno tudi za stanovalko, ki je izpostavila, da je pred namestitvijo na varovani oddelek doma opravljala gospodinjska opravila ter skrbela za okolico.

3.2.3 Značilnosti posameznih skupin stanovalcev

Osebje na varovanih oddelkih je v intervjujih omenjalo »posebej problematične« stanovalce, vendar vselej v kontekstu varovanega oddelka kot prostora, kjer se stanovalci en pred drugim ne morejo odmakniti (glej 6. poglavje).

a) Nekateri zaposleni so dvomili v to, da lahko varovani oddelki zagotovijo dobro podporo za ljudi z intelektualnimi ovirami.

> *So tudi primeri, ko želijo k nam nameščati varstveno-delovni centri. Ampak njihova struktura zaposlenih je dosti bolj obširna glede na različne poklice kot pa pri nas. Kako bomo mi zagotovili vse te storitve? Nemogoče* (socialna delavka, POM_2_2).

b) Zaposleni na varovanih oddelkih opažajo vse več namestitev uporabnikov nedovoljenih drog. Z njimi imajo včasih prav posebne izzive:

> *Je pa res, da je vseeno drugače zdaj, kjer gre za odvisnost od prepovedanih substanc, je popolnoma druga zgodba. Tu gre za manipulacije, tu je problem zavoda v prihodnje, kot ga jaz vidim* (namestnica direktorja za področje zdravstvene nege, POM_1_1).

> *Precej je bilo tega, da so otipavali naše zaposlene delavke, da so izsiljevali, da so zaigrali ta pobeg in odšli, pa smo jih iskali. V bistvu za moje pojme je bilo meni najbolj težko, ko so mi sodelavke rekle, da ne bodo prišle v službo zaradi tega, ker jih otipava. Ne čutijo se varne* (direktor, POM_1).

Izzivi pri delu zaposlenih s to skupino uporabnikov so navadno povezane s tem, da želijo ti dobiti nedovoljene droge tudi med namestitvijo na oddelku, uporabiti več zdravil, kot jih imajo predpisanih (svoja ali od drugih uporabnikov) in tudi na druge načine »upravljati« s sostanovalci, ki so bolj vodljivi in imajo manj moči (npr. uporabnike z intelektualnimi ovirami uporabiti za kakšno stvar). Pogosto gre za ljudi z izkušnjami brezdomstva, ki so z namestitvijo v zavod dobili streho nad glavo in se zato na različne načine trudijo, da tega ne izgubijo. Najpogostejše prihaja do težav (npr. konflikti, nasilje, zlorabe), ko nagovarjajo druge stanovalce, da jim dajejo svoja psihiatrična zdravila, želijo od njih spolne usluge ali pa usluge tihotapljenja prepovedanih substanc in predmetov na varovani oddelek.

Podobne tehnike »manipulacije« drugih stanovalcev naj bi po izkušnjah ene strokovne delavke na varovanem oddelku uporabljali tudi ljudje z osebnostnimi motnjami. Po njenem mnenju

želijo ti v odnosu do zaposlenih premikati meje in če jim ni ugodeno, lahko postanejo nasilni, še posebej pa, kot pojasni sogovornica, ker »jim ne leži biti v skupini«, v kar pa so na varovanem oddelku večinoma primorani. Sogovorniki opozorijo, da se v nekaterih primerih zaradi fizičnih lastnosti uporabnikov, npr. tistih, ki so veliki in močni (moški), vzpostavi neravnovesje moči in takšnih stanovalcev se nekateri zaposleni bojijo.

c) Kaže se splošni trend, da so kot najbolj nezaželeni dojeti stanovalci, ki so bili v varovane oddelke nameščeni po koncu ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja (forenzična psihiatrija). Opozoriti velja, da gre za skoraj neznaten delež vseh uporabnikov na varovanih oddelkih (v letu 2023 so bili nameščeni štirje, kar predstavlja 2 %), a deluje, kot da imajo pri delu z njimi zaposleni na varovanih oddelkih še posebne izzive. Nekateri zaposleni pravijo, da posebni in kombinirani SVZ niso dovolj »usposobljeni glede na to, da gre za visoko tveganje«. Prav potencialna varnostna tveganja zaposlene najbolj skrbijo:

> *Pripeljani so že bili sem v spremstvu policije, v spremstvu paznikov. Tukaj jim dajo lisice dol in rečejo tukaj ga imate, ukvarjajte se z njim. Mi nimamo varnostnika, nimamo nič. To je tako …* (vodja varovanega oddelka[16], POM_2_2).

Na terenu smo pogosto zaznali idejo, da so kljub vsej različnosti uporabnikov predvsem »forenzični« uporabniki tisti, ki naj ne bi sodili na varovane oddelke. To dobro ponazori naslednji citat:

> *Težava je tudi v tem, da so naši varovani oddelki preveč mešani. Tu so zaradi demence, pa odvisniki, starejše osebe, mlajše osebe in vsak potrebuje specifično podporo in tudi ljudje, ki so bili na forenzičnem zdravljenju in nikakor ne sodijo na naše varovane oddelke. Tu bi morali za njih poiskati nekaj drugega* (strokovna vodja, POM_1_1).

Sodbe strokovnih delavcev glede tega, kdo »sodi« in kdo »ne sodi« na varovane oddelke, je verjetno najbolje razumeti kot njihovo sporočilo o tem, s kom imajo težave pri delu. Po drugi strani pa iz enega zavoda poročajo, da so uporabniki, ki pridejo s forenzične psihiatrije, najbolj mirni in navajeni institucionalnega reda in da z njimi nimajo težav. Prej navedene strahove zaposlenih je torej treba vzeti resno, vendar na eni strani težave obravnavati od primera do primera, predvsem pa v nadaljevanju raziskati, kako bi bilo smiselno ukrepati.

[16] V nadaljevanju pri označevanju citatov vodij varovanih oddelkov uporabljamo tudi skrajšano obliko, vodja.

č) Izzivi pri delu so tudi v primerih nudenja oskrbe uporabnikom, ki poleg težav v duševnem zdravju nimajo nobenih dodatnih težav in diagnoz, a imajo kljub temu zelo intenzivne potrebe po podpori, kot izhaja iz primera, ki ga povzemamo v nadaljevanju:

> *Uporabnik je star okoli 30 let. Nameščen je bil že v dva različna zavoda, trenutno pa je nameščen proti svoji volji na varovani oddelek, enega izmed obeh. Vsak dan intenzivno sliši glasove, ki so zelo vztrajni in obremenjujoči (pravijo, naj se ubije). Nerad govori o teh izkušnjah, hkrati pa z leti tudi ni razvil učinkovitih načinov spoprijemanja z njimi. Med redkimi izjemami, ki ublažijo stisko, je to, da ima na glavi stalno slušalke z glasbo, da glasove sliši manj intenzivno. Ko se ukloni moči glasov, naredi tisto, kar od njega želijo, to pa je povezano predvsem s samopoškodovanjem. Iz teh razlogov na varovanem oddelku in na psihiatriji večkrat prosi, naj ga zvežejo* (strokovna delavka na varovanem oddelku, POM_8_2).

Varovani oddelki torej združujejo uporabnike z izjemno različnimi potrebami in značilnostmi, kar zaposlenim predstavlja težave pri vsakdanjem delu. To je treba upoštevati pri načrtovanju preobrazbe varovanih oddelkov.

3.2.4 Potrebe in želje uporabnikov na varovanih oddelkih

Terenski obiski varovanih oddelkov in opravljeni intervjuji ter fokusne skupine z uporabniki in zaposlenimi kažejo na to, da ni jasne ločnice med potrebami ljudi na varovanih oddelkih in drugih oddelkih zavoda, je pa razlika v intenzivnosti teh potreb. Vodstvo enega zavoda je omenilo, da »*pogosto dobimo občutek, da potrebe uporabnikov na varovani enoti niso nič posebno drugačne kot na ostalih enotah*« (direktor, POM_3_1), vodstvo drugega zavoda pa je poudarilo, da imajo ljudje na varovanih oddelkih intenzivnejše in kompleksnejše potrebe kot ostali stanovalci zavoda.

Glede na podatke, ki smo jih zbrali s fokusnimi skupinami med zaposlenimi, lahko potrebe in želje stanovalcev v grobem razdelimo na štiri skupine.

V prvo skupino sodijo potrebe stanovalcev, ki so v večini povezane z vrsto in načinom izvajanja oskrbe, ki jo stanovalci po mnenju zaposlenih potrebujejo. Med temi so omenjali potrebo po negi (skrb za higieno, prehrano in mobilnost stanovalcev), pri nekaterih uporabnikih še potrebo po pomoči pri hranjenju. Povedali so tudi, da stanovalci potrebujejo vodenje in spodbujanje, kar so v enem od zavodov povezali s spodbujanjem in pomočjo pri komuniciranju s sostanovalci. Veliko zaposlenih je omenjalo potrebo stanovalcev po »strukturi«, a razen združevanja te besede s strukturiranim urnikom niso natančneje opisali te potrebe ali razloga zanjo. Natančneje so opisali potrebo po individualiziranem pristopu, saj ugotavljajo, da

določeni stanovalci v veliki skupini »ne pridejo do izraza« in potrebujejo sodelovanje »ena na ena« – kot uspeh pri svojem delu so nekje omenili, da je zaradi individualnega dela en stanovalec začel ponovno govoriti. V dveh zavodih so zaposleni opisali različne želje stanovalcev v povezavi z osebnim načrtovanjem – nekateri uporabniki si po opažanjih zaposlenih ne želijo sodelovanja s ključnimi delavci, nekateri pa se osebnega načrtovanja veselijo:

> So pa stanovalci, ko vidijo, da se želje in cilji izpolnjujejo, ki si želijo podobnega: »Kdaj bom jaz na vrsti?« (socialna delavka, POM_2_2).

V drugo skupino potreb smo razvrstili take, ki izhajajo iz specifičnih zdravstvenih težav. Zaposleni so v tem kontekstu govorili o nenehnem neposrednem varstvu (recimo za uporabnika, ki po poškodbi ne zmore samostojno funkcionirati) in nadzoru oziroma opazovanju, da lahko osebje hitro reagira, če pride do poslabšanja fizičnega stanja. Tako je nekdo od zaposlenih opisal intenzivnejše potrebe stanovalke, ki ima težave z nihanjem sladkorja:

> /…/ ona je prišla tudi zaradi tega, ker ima ta nihanja sladkorja, ima pa tudi druge zdravstvene težave.[17] Ona je bila tudi na drugih oddelkih. Ni zmožna poklicati na pomoč, če recimo pade v hipo[glikemijo], na primer. To je okolje za ljudi, ki ne bi znali hitro klicati na pomoč, tudi ona je na primer v takšnem stanju. Tudi ona je zaradi tega tukaj, ker je na varovanem več osebja, govorim zdravstvenega, in redno pokrivanje, zaradi tega je ona tukaj (srednja medicinska sestra, POM_8_2).

V tretjo skupino spadajo potrebe in želje stanovalcev, ki smo jih prepoznali kot vsakodnevne, torej običajne, takšne, kot jih ima večina ljudi. Gre za potrebe, ki jih ima vsak posameznik, ne glede na okolje, v katerem živi, in ne glede na njegovo zdravstveno stanje. Zaposleni so znotraj tega omenjali potrebo stanovalcev po varnosti, človeški bližini, pozornosti in času, ki jim ga nameni druga oseba. Večina zaposlenih je povedala, da potrebujejo uporabniki nekoga, ki bi se z njimi pogovarjal:

> *Predvsem rabijo nas. Da si vzameš čas, ampak to je najtežje* (vodja oddelka, POM_1_2).

> *Enim mogoče ogromno pomeni pet minut pogovora, da jih samo poslušaš* (bolničar, POM_1_2).

S tem je povezana tudi potreba, ki so jo večkrat izpostavili uporabniki in zaposleni: potreba po socializaciji – po menjavanju okolja (odhodi v trgovino, udeleževanje raznih dogodkov) in

[17] Intenzivnejše zdravstvene potrebe sicer formalno niso razlog za namestitev na varovani oddelek – med pogoji za namestitev je le ogrožanje, ki je posledica *duševne* motnje.

navezovanju ter ohranjanju stikov tako s svojci kot z drugimi, stanovalcem pomembnimi ljudmi izven zavoda. Stanovalci so izrazili še željo po raznovrstnem dogajanju in aktivnostih, kar je opazilo tudi osebje, ki poskuša na te želje odgovoriti z raznimi krožki (šiviljstvo, družabništvo) in opremo (ročni nogomet, pikado, miza za namizni tenis). Ena od bolj specifičnih potreb stanovalcev, ki so jo omenili zaposleni iz nekaterih zavodov, je potreba po znanem okolju:

> *To so tudi ljudje, ki so v stiski, če se znajdejo v neznanem okolju. Zato rabijo znano okolje, tudi človeško bližino, podoben glas, vonjave* (strokovna vodja, POM_6_1).

Zanimivo pri opisu zadnje potrebe je, da so zaposleni o njej govorili v kontekstu zagotavljanja »znanega« za stanovalce znotraj varovanega oddelka, medtem ko je bilo zanje najbolj znano okolje domače in najbolj znani ljudje njihovi bližnji:

> *Jaz sem bolj navajen doma, jaz sem imel svoje življenje in iz svojega življenja so me porinili v bolnico in zdaj sem tu še zaprt dodatno. Tako da se mi ne zdi to nikakor prav* (uporabnik).

V četrto skupino pa lahko uvrstimo izražene potrebe in želje stanovalcev, ki so povezane z odhodom iz varovanega oddelka. Čeprav so zaposleni velikokrat omenili, da nekateri stanovalci ne želijo zapustiti oddelka (pri čemer je ena od zaposlenih to razložila kot posledico razvoja »hospitalizma oziroma institucionalizma«), so v prav vseh zavodih uporabniki večkrat jasno povedali, da se želijo vrniti domov (kjer so bivali pred sprejemom na varovani oddelek) ali se preseliti na svoje kam drugam. Ob teh željah so stanovalci govorili o različnih ciljih – nekateri bi radi dokončali šolanje, drugi želijo po odhodu z oddelka delati, nekateri pa bi si želeli ustvariti svojo družino. Govorili so tudi o splošnejših željah v povezavi s tem, kaj bi počeli, ko bi se vrnili domov – želeli bi se družiti s svojci, urejati okolico, brati, pogledati kakšen film in podobno. V tej skupini potreb in želja so se znova nabrale takšne, ki spadajo med potrebe in želje večine ljudi (želja po lastnem domu, družbi, družini, delu, hobijih), a so v teh primerih še izrazitejše, saj stanovalcem zaradi življenja na varovanem oddelku niso dosegljive.

Potrebe stanovalcev smo raziskovali predvsem prek intervjujev z njimi in zaposlenimi, s katerimi smo se srečali enkrat v vsakem zavodu. Če bi želeli dobiti boljši vpogled v njihove potrebe, bi najbrž morali spremeniti metodologijo, opraviti posamezne študije primerov ali pa zapisati in nato analizirati vzorec osebnih načrtov uporabnikov. To bi bil korak, ki ga ocenjujemo kot potrebnega in pomembnega, hkrati pa preobsežnega, da bi ga vključili v to raziskavo. Zastavlja se namreč vprašanje, kako na varovanih oddelkih shajajo z uporabniki z različnimi

potrebami in tveganji. Rezultati raziskave namreč kažejo, da je pomembno govoriti o posameznih situacijah ljudi, ki imajo specifične (zdravstvene) težave in zato intenzivnejše potrebe, kar pa ni isto kot vprašanje, ali potrebujejo vsi stanovalci štiriindvajseturno varstvo in nadzor. Iz pridobljenih podatkov ne kaže, da bi lahko zavodi z obstoječimi viri in organizacijo varovanih oddelkov obenem zagotavljali »individualiziran pristop« in »strukturo«, ki naj bi ju potrebovali stanovalci. V nadaljevanju bi bilo pomembno ugotoviti, kako so uporabniki pred sprejemom vsaj do neke mere skrbeli zase in v kolikšni meri lahko to ohranjajo med namestitvijo na varovanem oddelku oziroma ali te spretnosti sčasoma izginjajo, saj jih stanovalci ne uporabljajo, s tem pa se povečuje potreba po oskrbi.

3.3 Viri

Beresford, P. (2016). The role of survivor knowledge in creating alternatives to psychiatry. V J. Russo & A. Sweeney (ur.), *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies*. PCCS Books.

Čelofiga, A., Koprivšek, J., Gregorič Kumperščak, H. & Kores Plesničar, B. (2023). Incidence, Severity and Characteristics of Patients' Aggression in Acute Psychiatric Wards: Data from a Slovenian National Survey. *Slovenian Journal of Public Health*, *62*(4), 190–197. https://doi.org/10.2478/sjph-2023-0027

Flaker, V. & Rafaelič, A. (2023). *Dezinstitucionalizacija II: nedokončana.* Založba Univerze v Ljubljani.

Inštitut RS za socialno varstvo. (b. d.). *Zbirnik podatkov o posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodih za leto 2020.* [Dataset].

Klipšteter, T. (2025, februar 24). Forenzična psihiatrija: Zakonodaja ne sledi razvoju stroke. *Dnevnik*. https://www.dnevnik.si/novice/slovenija/zakonodaja-ne-sledi-razvoju-psihiatricne-stroke-2718453/?fbclid=IwY2xjawIprJdleHRuA2FlbQIxMQABHannMmLmpl_1n_AhQDDFGgKG4-0f4v6fLfZ7oy8GxluFj9be2EHeNu1aFA_aem_1O-MwCbPlv7_QLSzeNv33w

4. PRISILNA NAMESTITEV V SOCIALNOVARSTVENE ZAVODE: IZZIVI NORMIRANJA IN ODLOČANJA (Luka Gal Prestor, Jasmina Arnež, Maruša Tomc Arko, Mojca Plesničar)

4.1 Uvod

V tem poglavju obravnavamo pravne vidike prisilne namestitve na varovane oddelke ali enote socialnovarstvenih zavodov v slovenskem prostoru. Kratek uvodni del ponuja teoretske in konceptualne okvire, ki osvetljujejo razmerje med skrbjo in nadzorom ter vprašanja pravne (ne)vidnosti takšne oblike namestitve. Dotaknemo se tudi vloge pravnih in socialnih strokovnjakov pri odločanju o teh ukrepih ter širših razprav o institucionalizaciji in dezinstitucionalizaciji.

Osrednji del poglavja je namenjen analizi slovenske pravne ureditve prisilne namestitve in vpogledu v stališča deležnikov o njenem izvajanju v praksi. Predstavljamo zakonodajne podlage in postopkovne vidike, ki določajo pravice in omejitve posameznikov, ki so nameščeni na varovane oddelke, pri čemer posebno pozornost namenjamo interpretacijam in izvajanju teh pravil v praksi. Raziskujemo ključne pomanjkljivosti obstoječega sistema in njegove dejanske učinke na osebe, na katere se ti ukrepi nanašajo. Hkrati prinašamo vpogled v stališča deležnikov – sodnikov, socialnih delavcev in drugih vpletenih akterjev – o veljavni ureditvi, njenih izzivih in možnih alternativah. Posebno se osredotočamo na praktične izzive izvajanja zakonodaje ter na dileme, s katerimi se srečujejo tisti, ki odločajo o prisilni namestitvi, in tisti, ki jo izvajajo.

Na koncu sledi sklep, v katerem povzemamo ključne ugotovitve poglavja ter osvetljujemo možnosti za nadaljnje raziskave in izboljšave v sistemu prisilne namestitve.

4.2 Prisilna namestitev med skrbjo in nadzorom

Prisilna namestitev na varovane oddelke ali enote socialnovarstvenih zavodov je umeščena v vmesni prostor med skrbjo in nadzorom. Tradicionalno je odvzem prostosti povezan s kaznivimi dejanji, vendar posamezniki, o katerih govorimo tukaj, niso storilci kaznivih dejanj, temveč so nameščeni na varovane oddelke na podlagi strokovne ocene tveganja. Gre za oceno, da je potencialna škoda, ki bi jo lahko povzročili sebi ali drugim, tako velika, da upravičuje eno najstrožjih oblik državnega posega v svobodo posameznika – odvzem prostosti (Richardson, 2003).

To področje ni bilo deležno obsežne pravne ali teoretične obravnave, kar je morda posledica zgodovinsko nizkega statusa socialnovarstvene oskrbe ali prevladujočega prepričanja, da socialnovarstveni sistemi delujejo »izven prava« (Series, 2022). Pravna ureditev sicer vključuje varovalke za zaščito osebne svobode, a je ta plast zaščite pogosto prekrita z institucionalnimi omejitvami, nadzorom in v nekaterih primerih prisilnimi ukrepi v postinstitucionalnih okoljih. Za razliko od prisilne hospitalizacije v psihiatriji, ki je organizirana znotraj bolnišničnih ustanov pod vodstvom psihiatrične stroke, je prisilna namestitev na varovane oddelke bolj povezana z metodologijo in kadrovskimi strukturami socialnega varstva (Kadile, 2023; Twigg, 2000). Medtem ko psihiatrično pridržanje temelji na medicinski diagnozi in oceni nevarnosti, je nameščanje na varovane oddelke primarno namenjeno starejšim osebam, osebam z intelektualnimi ovirami in tistim z nevrološkimi ali drugimi kognitivnimi okvarami (Johnson & Tait, 2003; Series, 2022). Ta oblika nadzora je manj usmerjena v obvladovanje akutnih kriz in bolj v zagotavljanje dolgoročne oskrbe in nadzora v institucijah, ki so prilagojene specifičnim potrebam teh skupin.

Večina pravnih sistemov odvzem prostosti utemeljuje kot odziv na kazniva dejanja, medtem ko prisilna namestitev na varovane oddelke temelji na preventivnih ocenah tveganja (Alfandari idr., 2022). Take ocene pripravljajo strokovnjaki, ki presojajo potrebo po omejitvi osebne svobode, kar odpira vprašanja zlorabe nadzora in morebitnih kršitev človekovih pravic. V tem kontekstu postane posebej pomembna kritika koncepta „skrb kot nasilje“, ki opozarja, da lahko zaščitni ukrepi nevede vodijo do kršenja dostojanstva in avtonomije posameznika (Series, 2022; Szmukler, 2015; Zaviršek, 2018).

Že Goffman (1961) v svoji analizi totalnih institucij poudarja, kako institucionalni režimi oblikujejo življenja posameznikov. V tem delu poročila nas zanimajo predvsem postopki, ki vodijo v namestitev – odločanje o pridržanju vključuje birokratske postopke, medicinske, pravne in administrativne ocene, ki posameznike ločujejo od zunanjega sveta. Goffman poudarja, da so tovrstni postopki namenjeni predvsem ciljem institucije in posameznike vpeljujejo v sistem nadzora, s čimer jim jemljejo samostojnost in avtonomijo. Poleg tega institucije, v katere so nameščeni, odražajo in utrjujejo družbene predstave o tistih, ki se ne morejo samostojno vključiti v družbo. Takšni sistemi vplivajo na individualne izkušnje oseb, ki so podvržene institucionalnemu nadzoru, obenem pa imajo širše posledice za to, kako družba

organizira in obravnava posameznike, ki so ocenjeni kot nezmožni samostojnega življenja (Goffman, 1961).

Raziskave, ki so sledile Goffmanovemu delu, so dodatno osvetlile institucionalizacijo, pri čemer so jo analizirale z vidika razmerja med močjo in nadzorom (Foucault, 1991), institucionalizacije revščine (Wacquant, 2009) ter socialnega nadzora, ki ga izvajajo psihiatrične ustanove in ki dodatno utrjuje družbene izključevalne mehanizme (Scull, 2016). Kljub obsežni literaturi na temo institucionalizacije pa je nepenalna in nemedicinska institucionalizacija bistveno manj raziskana (Series, 2022).

V zadnjih letih se v akademskih krogih vedno bolj uveljavlja razprava o njenem nasprotju – deinstitucionalizaciji oziroma o alternativnih oblikah oskrbe. Premik k deinstitucionalizaciji in modelom oskrbe v skupnosti odraža vse večjo podporo oblikam oskrbe, ki temeljijo na spoštovanju človekovih pravic in spodbujanju vključenosti posameznikov (Szmukler, 2020). Raziskovalci, pravni strokovnjaki in mednarodni pravni dokumenti (Legemaate, 2003) zagovarjajo razvoj podprtega bivanja in individualiziranih načrtov oskrbe kot ustreznejših alternativ tradicionalnim institucijam (Gooding, 2021; Gooding idr., 2018).

Poleg pravnega vidika je pomembno razumeti tudi proces odločanja o tem, ali posameznika namestiti v varovani oddelek. To vključuje širok nabor profesionalnih presoj, pri čemer pravni strokovnjaki pogosto nimajo specializiranega znanja za navigacijo teh kompleksnih primerov. Vloga odvetnikov je v teh postopkih pogosto nejasna, saj se soočajo z dilemo med zagovarjanjem interesov svojih strank in zapletenimi pravnimi ter etičnimi vprašanji, ki jih ti primeri odpirajo (Dawson, 2003; Freckelton, 2003). Tudi psihiatrična stroka je bila deležna kritik, saj so zgodovinske prakse pogosto postavljale institucionalne potrebe pred dobrobit posameznika, kar je vodilo v pozive k premisleku o vlogi psihiatrije v teh procesih (Laureano idr., 2024; Sashidharan idr., 2019). Podobno kot na področju kazenskega pravosodja tudi psihiatrično odločanje vse bolj temelji na kriznem modelu, ki poudarja nevarnost in tveganje (Vine, 2003).

Končno pa je treba večjo pozornost nameniti vlogi in zmožnostim samih oseb, ki so nameščene na varovane oddelke, ter njihovih družin ali drugih bližnjih (Akther idr., 2019; Lynch, 2019; Talukdar, 2021).

4.3 Pravna ureditev prisilne namestitve

Prehod iz teoretičnega pregleda k analizi pravne ureditve je ključnega pomena, saj omogoča razumevanje, kako se konceptualne usmeritve odražajo v zakonodaji in praksi. V nadaljevanju se osredotočamo na normativno ureditev prisilne namestitve na varovane oddelke ali v enote socialnovarstvenih zavodov, pri čemer analiziramo zakonodajne podlage, ki določajo pogoje za namestitev, postopke odločanja ter pravna sredstva, ki so posameznikom na voljo. Posebno pozornost namenjamo skladnosti slovenske zakonodaje z mednarodnimi pravnimi standardi in njenemu izvajanju v praksi.

Najprej obravnavamo mednarodne pravne dokumente, ki določajo temeljne standarde varstva človekovih pravic in postavljajo pravne omejitve pri uporabi prisilnih ukrepov, vključno z določbami Konvencije o pravicah invalidov ter Evropske konvencije o človekovih pravicah. Nato analiziramo nacionalno zakonodajo, pri čemer se osredotočamo na ključne pravne akte, ki urejajo prisilno namestitev, vključno z Ustavo Republike Slovenije (URS, 1991), Zakonom o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) in drugimi veljavnimi predpisi.

V nadaljevanju podrobneje preučujemo določbe, ki urejajo pogoje za prisilno namestitev, vključno z merili, ki morajo biti izpolnjena, da je ukrep zakonit. Obravnavamo tudi postopke odločanja in pravna sredstva, ki so posameznikom na voljo v primeru nesoglasja z odločitvami. Pri tem izpostavljamo pomen sodnega nadzora ter možnosti pritožbe, ki jih imajo osebe, nameščene na varovane oddelke. Posebno pozornost namenjamo vprašanju skladnosti slovenske zakonodaje z mednarodnimi standardi ter izzivom, ki se pojavljajo pri njenem izvajanju v praksi.

Poglavje nadaljujemo z obravnavo tristranskega konflikta, ki se pojavlja v pravni ureditvi prisilne namestitve. Razkorak med mednarodnimi in nacionalnimi pravnimi standardi odpira številna vprašanja glede skladnosti slovenske zakonodaje s sodobnimi pristopi k varstvu človekovih pravic. Kot prikazujemo v tem delu, so mednarodni pravni dokumenti neenotni pri obravnavi prisilnih ukrepov, kar ustvarja napetosti med različnimi pravnimi režimi in povzroča neskladja pri izvajanju v praksi. Ta razkorak je ključen za razumevanje sodobnih izzivov na tem področju.

4.3.1 Mednarodna konvencija o pravicah invalidov: Uresničevanje enakosti, svobode in vključenosti

Mednarodna konvencija o pravicah invalidov (MKPI, 2006), ki jo je Slovenija ratificirala leta 2008 skupaj z njenim izbirnim protokolom, je prelomna mednarodna pogodba, ki na nov in transformativen način opredeljuje pravice invalidov. Z vzpostavitvijo načel samostojnosti, vključenosti in enakosti se MKPI upre sistemski diskriminaciji in spodbuja družbeno preobrazbo. V tej analizi obravnavamo njene vodilne določbe – 12., 14. in 19. člen – in poudarjamo njihovo razlago Odbora za pravice invalidov (Odbor MKPI), pri čemer se osredotočamo na varovane oddelke socialnovarstvenih zavodov.

4.3.1.1 Temeljna načela MKPI

MKPI v svojem bistvu uteleša paradigmatski premik v razumevanju invalidnosti, saj prehaja od medicinskega in karitativnega modela k pristopu, ki temelji na človekovih pravicah. V 3. členu so opisana vodilna načela, vključno s spoštovanjem prirojenega dostojanstva, avtonomijo, nediskriminacijo in polno vključenostjo v družbo. Takšna vizija se uresničuje z obveznostmi iz 4. člena, ki od držav pogodbenic zahteva, da sprejmejo proaktivne politične strategije in reforme, s katerimi bi odpravile diskriminatorne prakse in zagotovile polno uresničevanje pravic invalidov na vseh področjih življenja. Preoblikovalni etos MKPI se torej spopada s sistemskimi neenakostmi in poudarja nedeljivost državljanskih, političnih, ekonomskih in socialnih pravic.

Enakost pred zakonom: člen 12

12. člen MKPI določa, da so invalidi upravičeni do enake obravnave pred zakonom in jim je zagotovljena polna pravna/poslovna sposobnost enako kot drugim. Zlasti ta določba poziva k prehodu od restriktivnih sistemov skrbništva in nadomestnega odločanja k podprtemu oblikovanju odločitev, ki spoštujejo posameznikovo voljo in želje.

Odbor MKPI je v Splošnem komentarju št. 1 – 12. člen: Enakost pred zakonom (2014) poudaril nezdružljivost sistemov zanikanja poslovne nesposobnosti z načeli MKPI. Pozval je k zaščitnim ukrepom za preprečevanje neprimernega vpliva ob hkratnem ohranjanju svobode posameznikov pri sprejemanju odločitev o svojem življenju, vključno s finančnimi in zdravstvenimi odločitvami. Odbor je zavrnil tudi standard »največje koristi«, ki se tradicionalno uporablja za utemeljitev nadomestnega odločanja, in se namesto tega zavzel za odločitve, ki odražajo posameznikovo voljo in želje, tudi v težjih primerih. Pri tem je pravica do

samoodločanja sestavni del uresničevanja drugih pravic iz MKPI, kot sta samostojno življenje in vključenost v skupnost (19. člen). Pokroviteljske prakse, ki odrekajo poslovno sposobnost ali vsiljujejo odločanje tretjih oseb, zlasti v primerih prisilne institucionalizacije, pa veljajo za kršitve 12. in 14. člena.

Svoboda in varnost osebe: člen 14

14. člen MKPI nedvoumno prepoveduje odvzem svobode na podlagi invalidnosti in obravnava razširjeno prakso institucionalizacije invalidov pod krinko zdravstvene oskrbe ali zaznanega tveganja. Smernice Odbora MKPI o pravici invalidov do svobode in varnosti (2015) ponovno potrjujejo to prepoved in poudarjajo, da prisilna institucionalizacija pomeni obliko diskriminacije in kršitev človekovih pravic ter je nezdružljiva z MKPI.

Institucionalna oskrba ne ogroža le osebne svobode, temveč tudi spodkopava avtonomijo in sposobnost življenja v skupnosti. Odbor se zavzema za sistemske reforme v smislu deinstitucionalizacije kot ključnemu koraku k izpolnjevanju 14. in 19. člena. To vključuje oblikovanje trdnih alternativnih možnosti v skupnosti, vlaganje v sisteme socialne podpore in odpravljanje družbenih stigem v zvezi z invalidnostjo, da se invalidom omogoči življenje v njihovih lokalnih in ne izoliranih okoljih.

Načelo je jasno: invalidi imajo tako kot vsi posamezniki pravico do svobode pred samovoljnim zadržanjem in ne smejo biti diskriminatorno obravnavani pod krinko zaščite ali oskrbe.

Neodvisno življenje in vključenost v skupnost: člen 19

19. člen MKPI invalidom zagotavlja pravico do neodvisnega življenja in polne vključenosti v družbo. To vključuje zagotavljanje dostopnih stanovanj, osebne pomoči in storitev v skupnosti, ki posameznikom omogočajo, da se odločajo o svojih življenjskih razmerah.

Odbor MKPI v Splošnem komentarju št. 5 o neodvisnem življenju in vključenosti v skupnost (2017) poudarja, da institucionalno varstvo, tudi če je dobronamerno, pogosto povzroči segregacijo in izključenost. Učinkovito izvajanje 19. člena zahteva strukturne reforme, strategije deinstitucionalizacije, kampanje za ozaveščanje javnosti in trdne mehanizme financiranja za podporo neodvisnemu življenju. Medsebojna odvisnost členov 12 in 19 je ključnega pomena: sposobnost samostojnega življenja je tako predpogoj za uresničevanje poslovne sposobnosti kot tudi njena posledica.

4.3.1.2 Pripombe Odbora MKPI o Sloveniji

V sklopu svojih pristojnosti Odbor MKPI prav tako kritično preuči poročila, ki jih predložijo države pogodbenice, da bi ocenil skladnost z MKPI. Slovenija je prvo (in edino) poročilo predložila leta 2014. Odbor MKPI je v Sklepnih ugotovitvah o uvodnem poročilu Slovenije (2018) priznal pozitivne ukrepe, kot sta sprejetje Zakona o osebni asistenci (ZOA, 2017) in izvajanje Akcijskega programa za invalide 2014–2021 (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2014). Vendar je bilo izpostavljenih več področij, ki vzbujajo zaskrbljenost.

Prepoved diskriminacije: člen 5

Odbor MKPI je kritiziral pomanjkanje celovitih javnih politik, ki bi dajale prednost enakosti in varstvu pred diskriminacijo. Ugotovil je, da zavrnitev zagotavljanja primerne prilagoditve ni priznana kot oblika diskriminacije, in ugotovil neustrezno usklajevanje med imenovanimi kontaktnimi točkami.

Enakost pred zakonom: člen 12

Slovenija je dosegla napredek z nadomestitvijo diskriminatornih mehanizmov, kot sta odvzem poslovne sposobnosti in imenovanje skrbnika, s sistemom podprtega odločanja.

Svoboda in varnost: člen 14

Odbor MKPI je izrazil zaskrbljenost zaradi določb, ki omogočajo neprostovoljno zadržanje in obravnavo posameznikov s psihosocialnimi motnjami (vključujoč s situacijami, ki so povezane z zaznanim tveganjem in nevarnostjo na podlagi njihove invalidnosti). Priporočil je odpravo takšnih praks in zagotovitev zaščitnih ukrepov za ohranitev dostojanstva in pridobitev privolitve invalidov, ki prebivajo v institucijah.

Neodvisno življenje: člen 19

Odbor MKPI je kritiziral razširjenost institucionalizacije in neustrezne ukrepe za deinstitucionalizacijo. Slovenijo je pozval, naj sprejme celovito strategijo z zadostnimi sredstvi za podporo neodvisnemu življenju in vključevanju v skupnost.

Čeprav so priporočila Odbora MKPI jasen načrt, Slovenija še vedno ni v celoti obravnavala teh kritičnih vprašanj, zlasti na področjih, kot sta deinstitucionalizacija in varovanje osebne svobode.

4.3.1.3 Izzivi in vrzeli pri implementaciji MKPI

Kljub takšnemu progresivnemu okviru se implementacija MKPI (2006) sooča s precejšnjimi izzivi. Številne države, vključno s Slovenijo, se še vedno zanašajo na modele institucionalnega varstva, ki jih pogosto upravičujejo finančne omejitve ali predpostavke o potrebah in sposobnostih posameznikov. Takšne prakse so potemtakem v očitnem nasprotju s poudarkom MKPI (2006) na avtonomiji in vključevanju.

Poleg tega je Odbor MKPI sprožil razpravo o svojem absolutnem stališču glede odprave nadomestnega odločanja in neprostovoljnega zadržanja. Kritiki trdijo, da takšna stališča lahko spregledajo praktično realnost, kot je odsotnost/pomanjkanje ustreznih podpornih sistemov ali neposredni varnostni pomisleki, zaradi česar se zavzemajo za diferenciran pristop. Ravnovesje med avtonomijo posameznika in potrebnimi zaščitnimi ukrepi torej ostaja ključno in nerešeno vprašanje.

4.3.2 Evropska konvencija o človekovih pravicah: institucionalizacija in pravice invalidov

Evropska konvencija o človekovih pravicah (EKČP) zagotavlja pravni okvir za obravnavo prisilne institucionalizacije posameznikov z duševnimi motnjami oz. motnjami v duševnem razvoju. Pri tem vprašanju je osrednjega pomena 5. člen, ki zagotavlja pravico do svobode in varnosti ter dovoljuje odvzem prostosti le pod posebnimi pogoji, vključno z odvzemom prostosti duševno bolnim osebam ((e) točka prvega odstavka 5. člena).

Evropsko sodišče za človekove pravice (ESČP) je izpopolnilo EKČP in pojasnilo, kdaj je odvzem prostosti zaradi duševne motnje upravičen. Takšen odvzem prostosti je dovoljen, če posameznik predstavlja resno nevarnost nasilja ali če je namenjen zdravljenju. Sodišče predpisuje, da se morajo zdravstvene ocene opirati na trenutno duševno stanje osebe in ne le na pretekle dogodke. Poleg tega morajo biti izpolnjeni pragovi in postopkovna jamstva za odvzem prostosti, ki so skladni z EKČP.

4.3.2.1 Ključna sodna praksa ESČP

Pravica do življenja (2. člen)

Države imajo pozitivno obveznost varovati življenje posameznikov v institucionalnem okolju. Postopanja, kot sta zanemarjanje ali zloraba sile, kršijo 2. člen. Na primer v zadevi V. proti Češki republiki (sodba, 2023) je nesorazmerna sila, ki je povzročila smrt osebe z oviranostjo, in pomeni kršitev tega člena. Organi morajo preprečevati predvidljive grožnje za življenje in izvajati neodvisne preiskave sumljivih smrti.

Prepoved mučenja in mučenju sorodnega ravnanja (3. člen)

Ponižujoči pogoji ali zloraba sile pogosto pomenijo kršitev 3. člena. V zadevi Stankov proti Bolgariji (sodba, 2015) je ESČP obsodilo dolgotrajne nedostojne življenjske razmere. Podobno je bilo v zadevi Aggerholm proti Danski (sodba, 2020) 23-urno privezovanje osebe na posteljo ocenjeno kot ravnanje, podobno mučenju.

Pravica do svobode (5. člen)

ESČP je v zadevi Winterwerp proti Nizozemski (sodba, 1979) določilo tri merila za zakonito zadržanje: duševna motnja mora biti ugotovljena z objektivnim medicinskim mnenjem, narava ali stopnja motnje mora upravičevati prisilno zadržanje in zadržanje je upravičeno le toliko časa, kolikor traja duševna motnja. V zadevi Rooman proti Belgiji (sodba, 2019) je ESČP poudarilo, da zadržanje brez ustrezne, individualizirane oskrbe v razumljivem jeziku krši 5. člen. Prav tako je izpostavilo, da je treba, če oseba sprva zavrne sodelovanje, večkrat poskusiti vzpostaviti dialog in jo vključiti v terapevtski proces.

Pravica do poštenega sojenja (6. člen)

ESČP je ugotovilo tudi kršitve 6. člena EKČP, ko so bili invalidi izključeni iz postopkov, ki so vplivali na njihove pravice, kot so postopki v zvezi z odvzemom poslovne sposobnosti ali neprostovoljnim odvzemom prostosti. V zadevi M. S. proti Hrvaški (sodba, 2015) je bil zaradi pomanjkanja ustrezne pravne pomoči med neprostovoljno hospitalizacijo kršen 6. člen. Podobno je v zadevi Shtukaturov proti Rusiji (sodba, 2008) pritožnikova izključitev iz postopkov o odvzemu poslovne sposobnosti, v katerih so odločitve temeljile samo na zdravstveni dokumentaciji, kršila standarde poštenega sojenja.

Sodna praksa ESČP in ESČP torej poudarjata potrebo po uravnoteženju interesov javne varnosti s pravicami teh ranljivih posameznikov. Trdna postopkovna jamstva, individualizirana obravnava in zaščita pred nečloveškim ravnanjem ostajajo ključnega pomena za ohranjanje dostojanstva in pravic posameznikov z duševnimi motnjami v institucionalnem okolju.

4.3.3. Slovenska ureditev prisilne namestitve

Prisilna namestitev na varovane oddelke socialnovarstvenih zavodov je v slovenski zakonodaji urejena s pravili, ki določajo pogoje, postopke in pravna jamstva za osebe, ki so podvržene temu ukrepu. Ta pravni okvir temelji na načelih zaščite človekovih pravic, sorazmernosti in

zakonitosti ter določa, v katerih primerih in pod katerimi pogoji je mogoče posameznika proti njegovi volji namestiti na varovani oddelek.

V tem delu bomo orisali postopke, ki se uporabljajo pri odločanju o prisilni namestitvi, in temeljna načela, ki jih mora sistem pri tem upoštevati. Vključili smo tudi krajšo analizo pomembnejših sodnih odločb s tega področja, ki so sicer v naši ureditvi razmeroma redke.

4.3.3.1 Ustavna podlaga

Pojem in delovanje varovanih oddelkov v socialnovarstvenih zavodih sta tesno povezana s 14. členom URS, ki zagotavlja enakost pred zakonom in prepoveduje diskriminacijo. V primerih prisilne namestitve, ko so posamezniki nameščeni zaradi zaznane nevarnosti zase ali za druge, morajo biti takšni ukrepi pravno utemeljeni, saj neposredno posegajo v ustavne pravice iz 14. člena.

Obenem se ti mehanizmi križajo z 18. členom URS, ki prepoveduje mučenje, vključno z medicinskimi ali znanstvenimi poskusi brez svobodne privolitve, kar je v okviru varovanih oddelkov pomembno. Poleg tega prisilni ukrepi vplivajo na pravice iz 24. člena URS, ki potrjuje osebno dostojanstvo in varnost. Okvir za socialnovarstvene zavode mora biti usklajen tudi z 19. členom URS, ki varuje osebno svobodo, in 32. členom, ki zagotavlja svobodo gibanja.

Ker prisilna namestitev na varovane oddelke posega v te pravice, mora biti vsak tak poseg zakonit, z natančno določenimi postopki in varovali. Poleg tega takšni ukrepi zaradi inherentnega posega v ustavne pravice veljajo za *ultima ratio* in so podvrženi strogemu testu sorazmernosti.

4.3.3.2 Zakonska ureditev

Sprejem na varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda v Sloveniji je mogoč s privolitvijo ali brez nje ob doslednem upoštevanju pogojev iz ZDZdr. Analiza se osredotoča na sprejem brez soglasja, ki je še posebej pomemben za razumevanje širših posledic namestitev na varovane oddelke.

Pogoji za sprejem na varovani oddelek so določeni v 74. členu ZDZdr. Oseba je lahko sprejeta na podlagi soglasja ali sklepa sodišča (izhajajoč iz 75. člena ZDZdr) pod naslednjimi kumulativnimi pogoji:

1. če je akutno bolnišnično zdravljenje končano oziroma ni potrebno,
2. če potrebuje stalno oskrbo in varstvo, ki ju ni mogoče zagotoviti v domačem okolju ali na drug način,

3. če ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,
4. če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovanja svojega ravnanja,
5. če navedenih vzrokov in ogrožanja iz tretje in četrte alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (izven socialnovarstvenega zavoda, v nadzorovani obravnavi),
6. če izpolnjuje druge pogoje za sprejem v socialnovarstveni zavod, ki jih določajo predpisi s področja socialnega varstva.

Bistvena razlika med soglasnim in nesoglasnim sprejemom je v pravnem postopku. Kadar oseba kljub izpolnjevanju meril ne privoli v sprejem, mora ukrep odrediti sodišče po zakonsko predpisanih postopkih, če se tak ukrep vendarle šteje za potrebnega. To zagotavlja, da se sprejem brez soglasja izvaja kot »nujni poseg«, pri čemer se varujejo zakonske in ustavne pravice posameznika.

Glede postopka sprejema v varovani oddelek na podlagi sklepa sodišča se v skladu z drugim odstavkom 75. člena smiselno uporabljajo členi od 40. do 52. člena ZDZdr, ki urejajo sprejem na zdravljenje na oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve. Krajevna sodna pristojnost se določi na podlagi posameznikovega stalnega ali začasnega prebivališča oz. dejanskega kraja bivanja. Postopek se vodi kot nepravdni postopek v skladu z ZDZdr in Zakonom o nepravdnem postopku (2019).

Kot je določeno v 40. členu ZDZdr, lahko točno določeni predlagatelji začnejo postopek z vložitvijo predloga pri okrajnem sodišču. Upravičeni predlagatelji so izvajalec zdravljenja duševnih motenj, socialnovarstveni zavod, center za socialno delo, koordinator nadzorovane obravnave, najbližje osebe, državno tožilstvo in zakoniti zastopnik. Predlog za sprejem na varovani oddelek mora vsebovati mnenje socialnovarstvenega zavoda, ki ocenjuje upravičenost do sprejema, razen če socialnovarstveni zavod sam sproži postopek kot predlagatelj. Prav tako je treba k predlogu priložiti mnenje izbranega osebnega zdravnika ali psihiatra, ki je osebo pregledal. Mnenje 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.

Ko sodišče prejme popoln predlog, ga mora takoj oz. v enem dnevu poslati zadevnemu posamezniku in ga obvestiti o njegovi pravici, da v dveh dneh nanj odgovori. Posameznik je obveščen tudi o pravici, da si v enem dnevu izbere odvetnika, sicer ga sodišče imenuje po

uradni dolžnosti. Vse pripadajoče gradivo se posreduje odvetniku, ki lahko tudi odgovori na predlog. Sodišče nato odredi izvedencu psihiatrične stroke, da pregleda posameznika in da mnenje o tem, ali ima posameznik duševno motnjo, zaradi katere ima hudo moteno presojo realnosti in ni sposoben obvladovati svojega ravnanja. Izvedenec mora oceniti tudi primernost drugih oblik ukrepov (npr. nadzorovana obravnava). Po potrebi lahko sodnik izvedencu odredi, naj pojasni, ali je oseba sposobna razumeti obravnavani predlog in nanj odgovoriti ter ali je sposobna izbrati odvetnika.

Če posameznik zavrne prostovoljni pregled ali če je to potrebno zaradi narave njegove duševne motnje, lahko izvedenec predlaga izdajo sklepa za začasno zadržanje v psihiatrični bolnišnici za največ dva dni. Zoper ta sklep je mogoča pritožba.

Po prejemu izvedenskega mnenja sodnik skliče obravnavo, ki je, čeprav zakon ne določa roka, v skladu z namenom zakona in naravo tega postopka razpisana v najkrajšem možnem času. Na obravnavi sodelujejo predlagatelj, posameznik, njegov odvetnik, vlagatelj, najbližja oseba, zastopnik in drugi, ki lahko zagotovijo ustrezne informacije, na primer socialni delavci ali zdravstveno osebje. Če posamezniku zdravstveno stanje onemogoča udeležbo, sodnik opravi obravnavo v njegovem kraju.

Sodnik sprejme končno odločitev na podlagi neposrednega stika z osebo, tako da jo pred sprejetjem odločitve vidi in se z njo pogovori, če to dopušča njeno zdravstveno stanje. Ta interakcija sodniku omogoča, da preveri ugotovitve izvedenca, si ustvari neodvisno oceno njegovega stanja in presodi, ali so izpolnjeni zakonski pogoji za ukrep. Po poceni vseh dokazov sodnik v treh dneh po koncu obravnave izda sklep, s katerim ugodi ali zavrne predlog. V postopku odločanja o sprejemu in premestitvi na varovani oddelek sodišče pri določitvi socialnovarstvenega zavoda upošteva želje in osebne okoliščine osebe ter morebitni predlog najbližje osebe. Pred odločitvijo sodišče pridobi tudi mnenje socialnovarstvenega zavoda, v katerega naj bi bila oseba sprejeta oziroma premeščena. Sklep se vroči vsem udeležencem, vključno s predlagateljem, posameznikom, njegovim odvetnikom, socialnovarstvenim zavodom, njegovim zakonitim zastopnikom, najbližjo osebo in CSD, ki je osebo obravnaval. Pritožbo je mogoče vložiti v treh dneh po prejemu sklepa. Pri tem sodišče v sklepu določi tudi trajanje namestitve na varovani oddelek, ki je omejeno na eno leto, in določi socialnovarstveni zavod, pristojen za sprejem (48. člen ZDZdr).

Če direktor socialnovarstvenega zavoda ugotovi, da je za odvrnitev ogrožanja zaradi vzrokov iz prvega odstavka 74. člena tega zakona nujno potrebno nadaljnje zadržanje na varovanem oddelku, najmanj 14 dni pred potekom roka iz sklepa sodišča predlaga sodišču, da se zadržanje na varovanem oddelku podaljša. V postopku za podaljšanje zadržanja se smiselno uporabljajo določbe tega zakona o sprejemu na zdravljenje brez privolitve na podlagi sklepa sodišča.

Kadrovske, tehnične in prostorske vidike socialnovarstvenega zavoda ureja Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (2009). Ti vidiki pa v samo odločanje o namestitvi niso zajeti.

ZDZdr posameznikom, ki so podvrženi prisilnim ukrepom, kot je na primer namestitev na varovane oddelke brez privolitve, zagotavlja pravico do zastopnika, ki med postopkom varuje njihove interese. Kot je določeno v 23. in 24. členu ZDZdr, vloga zastopnika vključuje obveščanje posameznikov o njihovih pravicah, svetovanje, kako jih uveljavljati, predlaganje rešitev ter zagotavljanje spoštovanja posameznikovih pravic in zasebnosti. Zastopniki so odgovorni za spremljanje skladnosti z zakonskimi zahtevami glede zaščitnih ukrepov in posebne obravnave ter preverjanje ustreznega vodenja evidenc v skladu s členoma 99 in 100 ZDZdr. Zastopniki morajo upoštevati posameznikove želje, razen če so škodljive, in lahko sodelujejo z zastopnikom pacientovih pravic ali prevzamejo njegovo vlogo v skladu z ustreznimi zakoni. Zaupnost je obvezna v zvezi z vsemi osebnimi in zdravstvenimi informacijami, pridobljenimi med opravljanjem njihovih nalog. Zastopnik se imenuje s pisnim pooblastilom z določenega seznama. Če ga posameznik zavrne, ga lahko pooblasti najbližja oseba. To pooblastilo se lahko kadar koli prekliče. Izvajalci programov in storitev na področju duševnega zdravja morajo zastopnikom omogočiti dostop do posameznika in njegovih osebnih evidenc iz 99. in 100. člena ZDZdr povsod, kjer se izvaja zdravljenje, in zagotoviti, da se posameznikove pravice spoštujejo ves čas postopka.

4.3.3.2 Odločitve najvišjih sodišč

Čeprav zakonodajni okvir na prvi pogled vzpostavlja jasna pravila za prisilno namestitev na varovane oddelke, se v praksi pogosto pojavljajo pravna in ustavnopravna vprašanja, ki zahtevajo sodno presojo. Najvišja sodišča v Sloveniji – Ustavno sodišče in Vrhovno sodišče –

so v svoji praksi opozorila na pomanjkljivosti veljavne ureditve ter postavila ključne smernice za njeno razlago in uporabo.

V odločbi št. U-I-477/18-19 (2019) je Ustavno sodišče Republike Slovenije (USRS) presojalo, ali je namestitev posameznikov z duševnimi motnjami na varovane oddelke v skladu z drugim odstavkom 19. člena URS, ki zagotavlja osebno svobodo. Sodišče je poudarilo, da morajo imeti takšni ukrepi tako varovalni kot terapevtski namen in morajo trajati le toliko časa, kolikor je potrebno za izboljšanje zdravstvenega stanja zadržane osebe. Vendar pa obstoječi zakon (ZDZdr) zasleduje le varstveni cilj in nima določb, ki bi nakazovale terapevtski namen. Sodišče je ocenilo tudi skladnost s prvim odstavkom 19. člena, ki zahteva zakonitost pri odvzemu prostosti. ZDZdr je očitalo, da sodiščem ne omogoča presoje, ali so ustanove primerne za zdravljenje in varnost osebe, ter tako ne zagotavlja sorazmernosti in nujnosti. Poleg tega je bilo ugotovljeno, da ZDZdr krši pravico do osebnega dostojanstva iz prvega odstavka 21. člena URS, saj ne zagotavlja jasnih pogojev ali ustreznih prostorov za zadržanje, zaradi česar so posamezniki lahko izpostavljeni prevelikim obremenitvam.

USRS je izpostavilo sistemske pomanjkljivosti ZDZdr in poudarilo potrebo po natančnih merilih za zadržanje in ustreznih institucionalnih pogojih. V tem smislu je USRS dejansko posredno še dodatno odprlo vprašanje, ali je zasnova institucionalnega varstva sploh združljiva z načeli človekovega dostojanstva, in to predvsem v luči MKPI, katere cilj je deinstitucionalizacija in prehod na skupnostne oblike pomoči, ki omogočajo večjo neodvisnost in boljšo kakovost življenja.

Ključna odločitev za razlago domače zakonodaje je Sklep vrhovnega sodišča št. II Ips 45/2020 (2020), v katerem je sodišče pojasnilo pomembne vidike zakonske ureditve ter zagotovilo smernice za njihovo pravilno opredelitev. Hkrati je, kot bo obravnavano v nadaljevanju, sodišče tudi posredno kritiziralo nekatere elemente veljavne ureditve.

Prvič, vrhovno sodišče je poudarilo temeljno vlogo 19. člena URS (pravica do osebne svobode) v zadevah, ki se nanašajo na prisilno namestitev posameznikov v socialnovarstvene zavode. Glede na ustavni pomen osebne svobode sta v tem postopku posebej pomembni tako njena materialna kot procesna razsežnost. Materialni vidik se nanaša na dokazni standard, ki je potreben za ugotavljanje obstoja (ali neobstoja) pogojev iz 74. člena ZDZdr. Procesni vidik pa

zadeva globino in natančnost sodne argumentacije pri ugotavljanju, ali ti pogoji upravičujejo prisilno pridržanje oz. njegovo podaljšanje. Sodišče je poudarilo, da je za utemeljitev prisilne namestitve potreben visok dokazni standard. Namreč, izključiti je treba vsak razumen dvom o tem, ali so izpolnjeni zakonski pogoji iz prvega odstavka 74. člena ZDZdr. Vrhovno sodišče je še posebej izpostavilo tehtnost tega merila pri presoji, ali sta duševna motnja in posameznikova sposobnost obvladovanja lastnega ravnanja vzročno povezani. Takšna razlaga predpostavlja neobičajno strog dokazni prag za postopke, ki so sicer opredeljeni kot civilni, zlasti glede na to, da je bil zakonodajni namen te postopke razlikovati od kazenskega pravnega okvira. Pri tem je vrhovno sodišče poudarilo, da morajo sodišča zaradi pomena varovanih pravic, ki so v igri, in posledic odločitve o prisilni namestitvi zagotoviti natančno ter izčrpno obrazložitev. Ta zahteva se razteza na temeljito razlago vseh pomembnih vidikov vsakega posameznega primera.

Poleg tega je vrhovno sodišče ponovno potrdilo načeli sorazmernosti in najmanj omejevalnega posega. Vsaka omejitev osebne svobode mora biti sorazmerna z ustavnimi vrednotami, ki naj bi jih varovala – in sicer premoženje, zdravje in življenje pridržane osebe in drugih oseb. Med razpoložljivimi medicinskimi posegi je treba izbrati tistega, ki najmanj posega v posameznikovo osebno integriteto, najmanj omejuje njegovo svobodo in ima najmanj škodljivih učinkov.

V zvezi s pozitivnimi in negativnimi obveznostmi države pri nameščanju teh posameznikov na varovane oddelke socialnovarstvenih zavodov je vrhovno sodišče pojasnilo, da varovanje telesne in duševne celovitosti ranljivih posameznikov zahteva več kot le preprečevanje nesorazmernega poseganja v njihovo svobodo. V skladu z drugim odstavkom 52. člena URS mora država zagotavljati, da imajo posamezniki z duševnimi motnjami enake pravice in možnosti. To vključuje izvajanje ukrepov zdravstvenega in socialnega varstva, ki podpirajo dostojno življenje in hkrati upoštevajo posebne potrebe posameznikov. Sodišče je poudarilo, da morajo biti ti ukrepi individualizirani – prilagojeni okoliščinam vsake osebe –, kar odraža načelo individualizacije, zapisano v ZDZdr, ki na zakonski ravni podrobneje ureja pravice oseb z duševnimi motnjami.

Na podlagi teh ugotovitev je vrhovno sodišče v nadaljevanju odločilo, da je zadržanje osebe na varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda nesorazmerno in v nasprotju z varstvenim namenom takih ukrepov, če niso kumulativno izpolnjeni vsi zakonski pogoji. Poleg tega ti

pogoji niso izpolnjeni, če ukrep ni prilagojen zdravstvenim potrebam posameznika in če bi bila glede na spoznanja stroke primernejša manj omejevalna alternativa – ne glede na to, ali je takšna alternativa izrecno določena z zakonom. Vrhovno sodišče je poudarilo, da bi bila vsaka drugačna razlaga z vidika posameznikove ustavne pravice do osebne svobode nesprejemljiva. Poleg tega je menilo, da bi bilo nedopustno sprejeti cinično utemeljitev, da mora oseba ostati na varovanem oddelku samo zato, ker v sistemu ne obstajajo najprimernejše oblike terapije. Sodišče je poudarilo, da drugi odstavek 52. člena Ustave državi nalaga pozitivno obveznost, da v okviru razpoložljivih finančnih sredstev sprejme celovite ukrepe – tako na zakonodajni kot na izvedbeni ravni – za uresničevanje človekovega dostojanstva oseb z duševnimi motnjami.

Odločitev vrhovnega sodišča se zdi dokaj neprizanesljiva do nižjih sodišč, saj jim pravzaprav nalaga vlogo zakonodajalcev in od njih zahteva, da iščejo druge rešitve, ki presegajo zakonske opredelitve. Hkrati pa jim implicitno odredi nalogo strokovnjakov pri iskanju ustreznih ukrepov. Na tem mestu je ključno poudariti temeljno merilo iz 74. člena ZDZdr – načelo *ultima ratio*, ki ureja obvezno namestitev posameznikov v socialnovarstvene zavode. Kljub temu vodilnemu načelu se zdi, da zakonodaja kot edino manj omejevalno alternativo ponuja le nadzorovano obravnavo, kar kaže na določeno stopnjo nezadostnosti pri varovanju ustavnih pravic osebe. Čeprav se torej na prvi pogled zdi, da odločitev vrhovnega sodišča graja nižja sodišča, je na koncu vendarle širša kritika protiustavnosti zakonskega ogrodja. Takšna odločitev zakonodajalcu nakazuje, da je nujno potrebna reforma.

4.3.4 Tristranski konflikt: razhajanja med mednarodnimi in nacionalnimi standardi

Pregled stanja pravne ureditve pokaže na dvotirni razkorak med mednarodnimi in nacionalnimi pravnimi dokumenti glede ureditve varovanih oddelkov v socialnovarstvenih zavodih v Sloveniji. Razhajanje je razvidno tako med MKPI in EKČP kot tudi med tema mednarodnima konvencijama in slovensko nacionalno zakonodajo. To v bistvu ustvarja trismerno trenje med temi nosilci urejanja. Med njimi MKPI izstopa kot osrednja protisila, zlasti z razlagalnim delom Odbora MKPI, ki neposredno izpodbija *status quo*, ki ga ohranjata Svet Evrope in slovenska zakonodaja.

Med MKPI in EKČP obstajajo očitne razlike glede pravic invalidov. MKPI brezkompromisno nasprotuje zadržanju posameznikov samo na podlagi njihove invalidnosti in kategorično zavrača takšne ukrepe – ne glede na to, ali invalidnost predstavlja tveganje za posameznika ali

druge. Nasprotno pa EKČP izrecno dovoljuje odvzem prostosti zaradi duševne motnje, kot je opisano v 5. členu. To torej ustvarja jasno nasprotje med obema konvencijama. Čeprav je ESČP s svojo sodno prakso poskušalo niansirati razlago te določbe, je temeljno pravilo, ki dovoljuje odvzem prostosti posameznikom z duševnimi motnjami, ostalo nedotaknjeno. Pri tem (e) točka prvega odstavka 5. člena še vedno dovoljuje celo zadržanje posameznikov, ki so kategorizirani kot alkoholiki, narkomani ali potepuhi, samo na podlagi njihovih značilnosti, kar je določba, ki se glede razvijajočih se standardov človekovih pravic zdi vse bolj zastarela.

Kljub temu da je sodna praksa ESČP uvedla nekatera varovala in merila za zadržanje, v osnovi ne izpodbija dopustnosti stališča EKČP glede tega vprašanja. Nasprotno, z določitvijo meril za zakonit odvzem prostosti ESČP v bistvu dejansko (nehote) krepi in legitimira to podlago za odvzem prostosti. Kljub takšnemu mnenju je treba poudariti, da je iz razvijajoče se sodne prakse ESČP razvidno subtilno zavedanje, da je treba reformirati togo in v nekaterih pogledih preživeto besedilo EKČP, oz. ga preseči. Ključnega pomena pa je opozoriti, da ESČP deluje kot sodni organ, katerega naloga je razlaga in pojasnjevanje EKČP, in ne kot zakonodajni organ, pooblaščen za spreminjanje njenih določb. Zato odločitve ESČP sicer lahko kažejo na postopen premik in željo po reformi, vendar kot take ne morejo povzročiti sprememb temeljnega besedila EKČP.

Po drugi strani pa je razlagalna vnema in absolutistično stališče Odbora MKPI, ki se je razvilo v številnih mnenjih in smernicah, odločno in odporno do vseh izjem v zvezi z odvzemom prostosti invalidov na podlagi njihove invalidnosti. Dodatni sloj tega stališča, ki še bolj razpira ločnico med obema konvencijama, se nanaša na soodvisnost ključnih določb MKPI: pravice do odločanja o lastnih zadevah, pravice do svobode, pravice neodvisnega življenja ter pravice do življenja v skupnosti. Odbor MKPI poudarja ključno točko, da je pravica do svobode – zlasti prepoved prisilne institucionalizacije invalidov – bistven predpogoj za uresničevanje pravice do neodvisnega in neoviranega življenja, kot je zapisana v 19. členu MKPI. V zvezi s tem Odbor MKPI jasno poudarja, da ima vsako krčenje pravic iz 12., 14. in 19. člena kaskadni in soodvisni učinek na druge pravice ter torej ogroža totaliteto vseh treh členov.

Tako EKČP s svojo obstoječo pravno strukturo posega v te ključne vidike življenja in pravic invalidov – čeprav morda pod strogimi pogoji, ki jih je določilo ESČP. Preprosto povedano, MKPI v zvezi s tem ne dopušča nobene dvoumnosti ali prožnosti. To se pravi, čeprav lahko ESČP ugotovi ključne in legitimne kršitve ter zlorabe v zvezi z institucionalizacijo invalidov, sodba

ESČP, ki temelji na oceni določb EKČP, nikoli ne bo mogla v celoti zajeti sklopa medsebojno povezanih pravic invalidov iz MKPI in jih ustrezno obravnavati, dokler se zadeve obravnavajo znotraj sedanje ureditve EKČP.

Nadaljnje očitno nasprotje nazorov predstavlja opredelitev institucionalizacije, ki jo je Odbor MKPI podal v nedavnih Smernicah o deinstitucionalizaciji (2022). V njih je institucionalizacija opredeljena z elementi, kot so obvezni skupni pomočniki, izolacija od skupnosti, pomanjkanje nadzora nad vsakodnevnimi odločitvami, omejena izbira bivalnih tovarišev, toga rutina ne glede na osebne preference, enake dejavnosti za skupino pod posebnim nadzorom, paternalistični pristop k zagotavljanju pomoči, nadzorovana bivalna ureditev in nesorazmerna koncentracija invalidnih oseb v istem okolju. Uporablja se za zadržanje na podlagi invalidnosti ali sorodnih razlogov, do katerega pride v okoljih, kot so zavodi socialnega varstva, psihiatrične ustanove, domovi za ostarele, varovane enote za demenco ipd. Institucionalizacija vključuje tudi ustanove za duševno zdravje za opazovanje, oskrbo ali preventivno zadržanje. Odsotnost nekaterih institucionalnih elementov še ne pomeni življenja v skupnosti, zlasti v okoljih z nadomestnim odločanjem, obveznim zdravljenjem ali omejeno avtonomijo. Neodvisno življenje in vključevanje v skupnost v skladu z 19. členom zahtevata okolja zunaj vseh nastanitvenih ustanov. Ne glede na velikost, namen, značilnosti ali trajanje namestitve ali zadržanja se nobena institucija ne more šteti za skladno z MKPI.

Čeprav torej razmerje med MKPI in EKČP odraža nasprotne poglede na institucionalizacijo oseb z duševnimi motnjami oz. motnjami v duševnem razvoju, nedavni trendi kažejo na določeno zbliževanje, saj se je pristop Sveta Evrope nekoliko razvil in preobrazil. Pomemben premik v pristopu Sveta Evrope se je začel že s Priporočilom št. REC(2004)10 Odbora ministrov državam pogodbenicam iz leta 2004, ki je ponovno potrdilo ključna izhodišča glede prisilne institucionalizacije oseb z duševnimi motnjami, in poudarilo, da je za neprostovoljno namestitev potrebna diagnosticirana duševna motnja, ki predstavlja znatno tveganje resne škode za zdravje osebe ali zdravje drugih, in mora imeti terapevtski namen. Poudarja tudi, da je treba upoštevati mnenje osebe in se prepričati, da niso na voljo manj omejevalne alternative. Dokument je zlasti priporočil implementacijo dodatnih zaščitnih ukrepov za zagotovitev, da odločitve o zdravljenju temeljijo na dokazih in so čim manj omejevalne, kar odraža premik k individualiziranim in na pravicah temelječim pristopom. Priporočilo se torej spogleduje z načeli MKPI, saj zagovarja spoštovanje avtonomije, vključevanje v odločanje,

nediskriminacijo, oskrbo v skupnosti, redno spremljanje prisilnih ukrepov in celovita pravna jamstva za posameznike v institucionalnem okolju.

V letih po začetku veljavnosti MKPI leta 2008 in sprejetju smernic Odbora MKPI o 14. členu MKPI leta 2015 so se zgodile pomembne spremembe v pravnem in normativnem okolju, ki ureja prisilno institucionalizacijo oseb z duševnimi motnjami. Ta sprememba pomeni odmik od »tradicionalnega« stališča, ki je dovoljevalo prisilno institucionalizacijo pod posebnimi pogoji – kar je prej potrdilo ESČP – k splošni prepovedi teh praks. K temu razvoju sta pripomogla dva prelomna dokumenta Sveta Evrope: Priporočilo 2158 (2019) in Resolucija 2291 (2019), ki ju je sprejela Parlamentarna skupščina Sveta Evrope.

Zlasti Resolucija 2291 ima izjemen politični in pravni pomen. Opredeljuje sedem ključnih točk in vodilnih načel za države ter jih poziva, naj odpravijo prisilo na področju duševnega zdravja in spoštujejo človekove pravice, kot so zapisane v MKPI. Čeprav ti dokumenti niso pravno zavezujoči, pomenijo spremembo paradigme v Svetu Evrope, saj se zavzemajo za postopno opustitev razmeroma rigidne ureditve, vzpostavljene z EKČP, v korist pristopa, ki temelji na človekovih pravicah in ima korenine v MKPI. Razvoj tako odraža širši svetovni trend. Tako na svetovni ravni prek organizacij, kot so Združeni narodi (ZN), kot na regionalni ravni s subjekti, kot sta Evropska unija in Svet Evrope, obstaja vse večje soglasje o nujni deinstitucionalizaciji zavodov za posameznike z duševnimi motnjami in odpravi prisilnih zadržanj na podlagi zaznane nevarnosti.

Razvijajoče se stališče Sveta Evrope torej kaže na vse večjo usklajenost z načeli MKPI. In čeprav je to prilagajanje trenutno izraženo s političnimi in nezavezujočimi pravnimi instrumenti, poudarja prizadevanje za uskladitev EKČP z MKPI in odraža priznanje, da imajo načela MKPI prednost pred tradicionalnimi razlagami določb EKČP o prisilni institucionalizaciji.

Čeprav ESČP še naprej razlaga EKČP tako, da dopušča omejene izjeme pri odvzemu prostosti za osebe z duševnimi motnjami, pa vse bolj uveljavlja stroga postopkovna jamstva in visoke standarde za take ukrepe. V zadevah, kot je Rooman proti Belgiji (sodba, 2019), je na primer poudarilo potrebo po prizadevanju doseči soglasje in vzpostaviti dialog kot predhodni korak pred morebitno prisilno institucionalizacijo, kar vsekakor pomeni razlago, s katero se želi ESČP

približati določbam in idejam MKPI v smislu njene zavezanosti prepovedi prisilnega odvzema svobode zaradi invalidnosti in deinstitucionalizacije.

Zaključimo lahko, da nedavne pobude Sveta Evrope – ki se odražajo v njegovih resolucijah in priporočilih – pomenijo odločilen obrat k načelom MKPI. Čeprav zavezujoči pravni akti, ki bi bili v celoti usklajeni z MKPI, še niso bili sprejeti, te pobude kažejo na jasno namero, da se prednostno obravnava ustroj MKPI, ki temelji na človekovih pravicah, in napreduje k celoviti prepovedi prisilne institucionalizacije posameznikov z duševnimi motnjami.

Glede na zgornjo analizo in razhajanja med EKČP in MKPI je Slovenija v zahtevnem položaju glede obveznosti spoštovanja obeh konvencij. Kot podpisnica tako EKČP kot MKPI se Slovenija sooča s kočljivo nalogo usklajevanja svoje nacionalne zakonodaje, da bi lahko izpolnila te potencialno nasprotujoče si mednarodne obveznosti. Zaradi takšnih teženj je slovenski zakonodajalec pod pritiskom pri pripravi zakonodaje, ki upošteva stroge standarde človekovih pravic iz MKPI, ne da bi bila v nasprotju z določbami EKČP. Možnost konflikta je še posebej očitna v primerih, ki vključujejo prisilno institucionalizacijo. ESČP, ki je glavni sodni organ za nadzor EKČP, bi lahko teoretično ugotovilo neustreznost zakonodaje, ki upošteva MKPI, če bi presodilo, da takšna zakonodaja krši določbe EKČP. Po drugi strani pa si je težko predstavljati poseben primer, ki bi dosegel ESČP in hkrati prepričal sodišče, da upraviči znižanje ravni varstva individualnih pravic zaradi zaščite širših kolektivnih interesov, kot je javna varnost.

Slovenski ZDZdr sicer odraža zavezanost načelom, ki so zapisana v EKČP in razvita v sodni praksi ESČP, ter zagotavlja trdna postopkovna jamstva za zaščito posameznikov med celotnim postopkom. Na primer, posameznikom v postopku je zagotovljeno pravno zastopanje usposobljenega odvetnika, ocena duševnega stanja posameznika psihiatričnega izvedenca in pravica do neposredne obravnave pred sodnikom. Poleg tega ima posameznik pravico do rednega pravnega sredstva, kot je pritožba, namestitev brez privolitve pa je omejena na največ eno leto. Za podaljšanje veljajo enaka postopkovna jamstva kot za prvotno namestitev. Razen tega poseben institut zagotavlja dodatno zaščito posameznikov prek zagovornika pravic oseb z duševnimi motnjami, ki tudi nadzoruje delo organov. ZDZdr določa tudi stroga vsebinska merila, ki morajo biti kumulativno izpolnjena, preden se oseba lahko namesti v socialnovarstveni zavod. Posameznik mora predstavljati veliko tveganje zase ali za druge, ukrep pa je opredeljen kot skrajni ukrep (*ultima ratio*), kar pomeni, da ga je treba uporabiti le,

če ni na voljo nobene manj omejevalne alternative. Udeleženci, vključeni v postopek, so dolžni temeljito oceniti in prednostno razvrstiti alternativne ukrepe.

Namen vseh teh procesnih in materialnih jamstev je uravnotežiti varstvo posameznikovih pravic s potrebo po obravnavanju javne varnosti in kolektivnih interesov. Čeprav slovenska pravna ureditev izkazuje močno usklajenost z načeli EKČP, si bo treba še naprej prizadevati za zagotovitev, da bodo njene obveznosti iz MKPI v celoti vključene, ne da bi pri tem nastala nepremostljiva nasprotja. Kar zadeva usklajevanje slovenske zakonodaje z MKPI na področju ključnih členov, povezanih s prisilno institucionalizacijo invalidov, je Odbor MKPI namreč ugotovil bistvene pomanjkljivosti. Te se začnejo z dejstvom, da Slovenija še vedno ureja in predvideva možnost prisilne institucionalizacije, in nadaljujejo z neustreznim zagotavljanjem alternativ in načrtov za izvedbo deinstitucionalizacije. Glavni očitek Sloveniji je torej neizpolnjevanje zahtev iz 14. in 19. člena MKPI.

Kot smo torej pokazali, nedoslednosti in pomanjkljivosti trenutne zakonodaje niso bile kritizirane le od mednarodnih mehanizmov, temveč tudi od slovenskih sodišč. Ti pomisleki se nanašajo tako na skladnost zakonodaje s temeljnim pravnim virom Slovenije – ustavo – kot na širša vprašanja glede pravilnosti in učinkovitosti njenega izvajanja in uveljavljanja.

4.3.5 Začasni sklep

Zaradi navzkrižja med absolutističnim stališčem MKPI in bolj permisivnim okvirom EKČP je slovenska nacionalna zakonodaja v negotovem položaju, saj mora krmariti po teh nasprotujočih si paradigmah. Za rešitev tega konflikta je potrebna celovita ponovna presoja mednarodnih in nacionalnih pravnih standardov, da se zagotovi njihovo zbližanje v okviru, ki v celoti spoštuje pravice in dostojanstvo invalidov ter odraža sodobna načela človekovih pravic. A kljub temu, da ESČP trenutno sprejema prisilno institucionalizacijo kot legitimen in upravičen ukrep, če izpolnjuje stroge pogoje, določene v njegovi sodni praksi, pa nedavni razvoj dogodkov v Svetu Evrope kaže na postopen premik k popolni odpravi prisilne institucionalizacije. To je v skladu z načeli MKPI, ki kategorično prepoveduje ta prisilen ukrep in ga v vseh okoliščinah zavrača kot neupravičenega.

Čeprav je torej slovenska zakonodaja trenutno skladna s standardi, ki jih določata EKČP in ESČP, je vse več pobud za spremembe. Glede na razvijajoče se okolje bi morala Slovenija

proaktivno uskladiti svojo pravno strukturo z načeli MKPI. Ob tem naj poudarimo, da to ni le stvar politične preference, temveč pravna obveznost, ki jo mora Slovenija kot podpisnica MKPI izpolniti. Poleg tega bi morala Slovenija razmisliti tudi o uskladitvi svoje zakonodaje z MKPI že zato, ker ta zagotavlja višjo raven varstva posameznika in širše pravice kot EKČP. Uskladitev z MKPI bi tako odražala zavezanost Slovenije h krepitvi pravic in varstva posameznikov.

MKPI zagotavlja transformativno vizijo enakosti in vključevanja, pri čemer so 12., 14. in 19. člen temelj njenega okvira in vzpostavljajo jasno zahtevo po prehodu od paternalističnih praks k sistemom, ki spoštujejo avtonomijo, enakost in vključenost v skupnost. Čeprav razlage Odbora MKPI zagovarjajo napredne reforme, prehod z institucionalne na skupnostno oskrbo zahteva znatne naložbe, izobraževanje in sodelovanje. Z reševanjem teh izzivov se lahko države približajo uresničitvi obljube MKPI o dostojanstvu in enakosti za vse invalide.

Ne nazadnje ne gre spregledati tudi ustavnopravne presoje obstoječe slovenske pravne ureditve od njenih najvišjih sodišč. Zlasti kritike, ki sta jih izrekla Vrhovno sodišče in Ustavno sodišče Republike Slovenije, kot je prikazano v tej analizi, poudarjajo nujno potrebo po reformi. Medtem ko so pomanjkljivosti normativne ureditve v razmerju do mednarodnega prava očitne, so opozorila glede njene neskladnosti z domačim ustavnim redom morda še toliko bolj pereča.

4.4 Izvajanje zakonodaje v praksi: vpogled v stališča deležnikov

V tem razdelku so predstavljene ugotovitve naše kvalitativne raziskave, ki temelji na intervjujih z deležniki, vključenimi v postopke namestitve oseb na varovane oddelke socialnovarstvenih zavodov brez privolitve. Kot je pojasnjeno v metodološkem poglavju, nam poglobljeni pogovori z deležniki omogočajo vpogled v dejansko izvajanje pravne ureditve, izzive pri njenem tolmačenju in morebitna neskladja med zakonodajnimi določbami ter prakso. Njihova stališča ponujajo dragoceno perspektivo pri razumevanju, kako sistem deluje v vsakodnevnih odločitvah in kje se pojavljajo ključne napetosti. Pri analizi intervjujev se zavedamo, da stališča deležnikov niso nujno objektivna, temveč odražajo njihove institucionalne vloge in osebne izkušnje, kljub temu pa nudijo dragocen vpogled v razmišljanja in procese, ki sicer zunanjim opazovalcem niso dostopni.

Razdelek je strukturiran v več vsebinskih sklopov. Najprej se osredotočamo na percepcijo normativnega okvira, ki usmerja delo deležnikov, pri čemer analiziramo njihova stališča o

varovalkah človekovih pravic, jasnosti pravnih pravil in merilih, ki vplivajo na postopke odločanja. Nato preučujemo konkretne vloge deležnikov v postopkih prisilne namestitve, pri čemer izpostavljamo dinamiko interakcij med različnimi akterji, njihove pristojnosti ter napetosti, ki se pojavljajo pri usklajevanju različnih strokovnih in institucionalnih pogledov. V zadnjem delu se osredotočamo na njihove poglede na obstoječe in možne alternative trenutnemu sistemu. Raziskujemo, kako deležniki razumejo možnosti za izboljšave, kakšne oblike oskrbe bi po njihovem mnenju bolje zagotavljale pravice posameznikov in kje vidijo ovire za spremembe. Takšna struktura omogoča postopno prehajanje od širšega regulatornega okvira k praktičnim vprašanjem izvajanja postopkov v konkretnih primerih ter odpira prostor za razmislek o prihodnjih usmeritvah sistema.

4.3.1 Pogledi na normativne okvire

Čeprav zakonodaja določa jasne postopkovne standarde, intervjuvanci opozarjajo, da se ti v praksi pogosto ne uresničujejo v celoti. Njihove izkušnje kažejo na neskladje med pravnimi določbami in dejansko izvedbo postopkov, kar se v posameznih primerih kaže v pomanjkanju pravnega varstva.

Na splošno so se sodniki strinjali, da je ZDZdr dobra zakonska kodifikacija, ki ponuja trdno regulativno podlago, ki sčasoma omogoča potrebne prilagoditve in razvoj. Potrdili so razlagalno širino normativnega besedila, pri čemer je niso obravnavali kot težavo, temveč kot lastnost, ki v posameznih primerih omogoča prilagojeno uporabo.

> *Na zakonski ravni /.../, postopek je nekako širok in nima podrobnih določb. Ampak /.../ meni se zakon, tako kot so ga zastavili, v duševnem zdravju, vedno ga lahko dopolnite, ampak v osnovi se mi zdi to zelo kvalitetna kodifikacija, tako kot je bila začeta* (sodnik 1).

Prav tako so opozorili, da zakon ne more (in ne sme) zajeti vseh podrobnih podatkov, ki so pomembni za praktično uporabo:

> *Ampak ti ne moreš to na papir dati, ker potem ni nobenega manevra, konkreten primer, prilagajati, pol smo črko-bralci. To ni v redu. Tu moraš malo obzorja razširiti, težka so ta vprašanja* (sodnik 4).

Tudi drugi deležniki so se na splošno strinjali s stališčem sodnikov in menili, da zakon zagotavlja trdne temelje, hkrati pa v daljšem časovnem obdobju dopušča možnost za potrebne spremembe in razvoj.

> *Čeprav samo varstvo pravic teh oseb znotraj sodnega postopka je pa dobro urejeno – zagotavlja kar visoko raven* (predstavnik varuha človekovih pravic 3).

> *Ja, odločba, zagovornik oziroma odvetnik, čeprav kar se tiče kvalitete, je drugo vprašanje, ampak vsaj na tej normativni ravni je to dobro urejeno* (predstavnik varuha človekovih pravic 2).

Vendar pa so nekatera bolj specifična vprašanja v tem oziru izpostavila protislovja, ki jih predstavljamo v nadaljevanju. Ta vključujejo neskladja med normativnimi ideali in praktično stvarnostjo, kot so procesni roki, ki so teoretično koristni oz. potrebni, v praksi pa obremenjujoči. Druga vprašanja izhajajo iz postopkovnih napak, kot je neustrezno vodenje evidenc, nekatera pa iz potencialno nejasnih ali nenatančnih pravnih opredelitev, kot je kriterij hujšega ogrožanja. Ta protislovja ponazarjajo razkorak med nameni zakona in njegovo uporabo.

4.3.2 Nujnost in časovne omejitve

V zvezi z zakonsko ureditvijo so se v naših pogovorih pokazali ključni izzivi, povezani s časovnimi omejitvami, ki jih določa ZDZdr za sprejemanje odločitev in izvajanje procesnih dejanj. Postopek za sprejem posameznika v socialnovarstveni zavod brez njegove privolitve se v skladu z 2. točko drugega odstavka 83. člena Zakona o sodiščih (ZS, 1994) šteje za nujno oz. prednostno zadevo. Ta nujnost izhaja iz resne narave odločitve, ki vključuje ugotavljanje, ali oseba z duševno motnjo predstavlja veliko tveganje zase ali za druge, zaradi česar jo je treba namestiti na varovani oddelek. Zato so procesni roki za take zadeve izjemno kratki, sodišče pa je dolžno odločiti čim prej, da zagotovi varnost posameznika in oseb v njegovi okolici. Pri tem je treba opozoriti, da so roki še krajši v primerih, ko je oseba zadržana, preden sodišče sprejme odločitev.

4.3.2.1 Vpliv na delo sodnikov

Deležniki, zlasti sodniki, so se zavedali nujnosti in razumeli potrebo po strogih časovnih okvirih, še posebej, kadar je oseba zadržana že pred samo odločitvijo sodišča.

> *Saj je naporno, se strinjam, absolutno, pa ko moraš petnajst [odločb] napisati v treh dneh, a ne, pa imaš vmes že nove, je tudi to vse naporno, ampak nekako vidim smisel te hitrosti. Ta hitrost ima svoj namen, a ne* (sodnik 3).

> *To je nujni postopek, tu gre za to, da se čas pa odločitev tehta, in če hočeš v bistvu hitro odločitev sprejeti, moraš nekje reči, da imaš zadostno količino informacij, ki jih sprejmeš in se je treba tudi odločiti, kaj osebi bolj koristi – hitra odločitev z omejenimi informacijami ali pridobivati vse podatke materialne resnice, pa ta čas osebo v bistvu imeti zadržano. Oseba je zadržana, to je treba vedeti. Na psihiatriji, a ne, pri zavodu pa tudi, a ne, če je potreba nujna zdajle, da posameznik v domačem okolju več ne more živeti* (sodnik 3).

Kot je razvidno iz teh citatov, to kratko časovno obdobje kljub temu predstavlja velik zalogaj za strokovnjake, vključene v postopek odločanja, ki so poudarili pritisk, ki ga te časovne omejitve predstavljajo za sodstvo, kar lahko privede do prenagljenih odločitev.

> *Ti si, ko delaš katerekoli postopke, pod pritiskom časa, pod pritiskom količine in zavedanja, da pač odločaš o nečem, kar ni, recimo, motenje posesti /.../. To so obremenjujoče in to je skos v povišanem stanju nekega adrenalina a ne, zato je to tudi naporno, fizično naporno* (sodnik 3).

Poleg tega ima lahko zahtevana hitrost precejšnjo negativno stran:

> *Kako naj sodnik zares razume položaj osebe, če zaradi časa ne more pridobiti popolnih informacij?* (sodnik 1).

> */.../ Mislim, tu meni tudi pravijo sodniki na prvi stopnji, problem je, da ti ne dobiš podatkov o svojcih, ne dobiš kontakta /.../, tako da je zelo težko, sploh za svojce ne /.../. Imaš pa tridnevni rok, a ne? /…/ In tu je, tu se mi zdi, da je zelo pomembna ta informacija, ne? Se pravi, kako funkcionira ta človek doma, kaj se dogaja* (sodnik 2).

Vendar so nekateri sogovorniki relativizirali tudi ta vidik in ga racionalizirali s posebno naravo zadevnega postopka:

> *Te postopke se kar enači s klasičnimi sodnimi postopki. Ne, ne, to ni preiskava, to ni, ko je nek čas, ko so organizirani organi, ki zbirajo dokaze, ne, ta je drugačen, ampak prav je, da je drugačen, ker odločiti je treba hitro. Ti nekoga v nekaj siliš, ali je dosti ali ni dosti, ne, več sreče prihodnjič, bo pa nov poskus* (sodnik 3).
>
> *Mislim, jaz si to tako predstavljam kot prometno nesrečo. Un zdravnik ali reševalec, ki pride na prometno nesrečo, on nima časa googlat in diagnozo postavljat. Ali bo kdaj kaj mogoče narobe, mogoče, ne vem, ampak to so te adrenalinske hitre odločitve, ki morajo biti* zdaj (sodnik 4).

Pomembna točka, ki je bila prav tako izpostavljena, je bila zapoznelost pri sprejemanju odločitev, zaradi česar so v nekaterih primerih posamezniki ostali na varovanih oddelkih socialnovarstvenih zavodov tudi po izteku prvotnega sklepa v pričakovanju podaljšanja oz. novega sklepa.

> *Ja, mi smo imeli konkretne primere, ko se je izteklo, pač možnost zadržanja v varovanem oddelku, pa preden je prišlo potem do nove odločitve /.../* (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

Vendar so se nekateri sogovorniki spraševali, ali so težave z lovljenjem postopkovnih rokov sistemska težava ali samo posledica razlik v sodni praksi. Menili so, da težava morda izvira iz pristopa sodnikov na posameznih sodiščih in ne iz temeljnih pomanjkljivosti zakonskega okvira:

Za ene sodniki pravijo, da ni problema, drugi pa pravijo, da so problemi, pa se sprašujemo, kako eni to pravijo, drugi pa ne (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

Nekateri intervjuvanci so tudi menili, da je morebitna časovna stiska sodnikov posledica doslednejšega upoštevanja pravnih standardov in postopkovnih pravil v primerjavi s preteklimi praksami.

Jaz mislim, da je bolj posledica tega, da se zaveda, da je to potrebno početi, da ni toliko primerov več, kot je bilo nedoslednega dela v preteklosti. Mi smo na to opozarjali, ugotavljali in praktično ti postopki se niso vodili za nobeno pridržanje v socialnovarstvenih zavodih, čeprav že takrat po prejšnjih predpisih ni bilo osnove za to in je bilo tudi slabo razumevanje med sodniki za to (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

Tu je treba upoštevati še to, da čeprav so lahko dostikrat dosti formalni ti postopki, čeprav ne bi smeli biti, ampak so, je treba vedeti, da so pa zamudni zaradi tega, ker jih je večinoma treba izvajati pač izven stavbe sodišča in ravno Okrajno sodišče v Ljubljani nam je, ko smo pač spraševali glede na to vprašanje, ki je prej namestnik poudaril, teh videokonferenc, zakaj se je še zmeraj to izvaja, je bilo to kot eden izmed razlogov, da je seveda izjemno zamudno zdaj hoditi, ne vem, po vseh domovih starejših, ki so na območju Okrajnega sodišča v Ljubljani in te naroke opravljati. Da se odpelješ ne vem nekam dosti izven Ljubljane, da narok opraviš, ali pa več njih celo prideš nazaj, ti gre lahko cel dan in to je bil eden izmed takih razlogov, tako da ni samo /.../ (predstavnik varuha človekovih pravic 2).

4.3.2.2 Vpliv na delo izvedencev

Stroge časovne omejitve vplivajo tudi na druge akterje v postopku, zlasti na psihiatrične izvedence. Intervjuvanci so opozorili, da te omejitve bistveno omejujejo zmožnost izvedenca, da temeljito oceni posameznika. Običajno imajo izvedenci samo možnost pregledati spis osebe, opraviti kratek pregled in se po možnosti posvetovati z lečečim zdravnikom. Glede na te omejitve so bili izraženi pomisleki, ali se lahko izvedenci ustrezno seznanijo s posameznikom in v danem času dajo dobro informirano mnenje.

Večinoma je pa to en tak dolgocajten postopek na bolnici, ko prideš tega bogega človeka pogledati /.../ (izvedenec psihiatrične stroke).

/.../ ali lahko izvedenec v takem kratkem času res poda temeljito in kvalitetno mnenje? Ali lahko zbere poglobljene informacije? (sodnik 1).

In drugo, kar je, je pa seveda tudi kakovost izvedenskih mnenj. /.../. Tu je zlasti problem pri teh izvedenskih mnenjih, koliko ti izvedenci uspejo, ko je nujni postopek, pa potem ni tam seveda spremnega zdravnika, ki je osebo sprejel, ker je to pač povezano z organizacijo dela ali pa recimo lečečega zdravnika in potem,

> *koliko uspe v bistvu izvedenec v času, ne, ko je treba v enem dnevu, je treba v bistvu narok speljati in tako dobiti sploh v bistvu dokumentacijo, a ne?* (sodnik 2).

Poleg tega so nekateri intervjuvanci poudarili, da je hitro sprejemanje odločitev, ki je potrebno v tovrstnih primerih, specifična zvrst psihiatričnega dela, ki ga vsi psihiatri niso vajeni ali zanj primerni. Potreba po hitrem odločanju z omejenimi informacijami pomeni, da so za take vloge primerni le tisti, ki lahko učinkovito obvladujejo te omejitve. K temu izzivu prispeva tudi majhnost slovenske pravne in psihiatrične srenje. Naši sogovorniki so opozarjali na pomanjkanje usposobljenih izvedencev, ki bi bili na voljo za pravočasne ocene. To pomanjkanje izvedencev povzroča zamude v postopkih in zmanjšuje njihovo učinkovitost ter ustvarja ozka grla, ki upočasnjujejo celoten sodni postopek.

> *Mene osebno število izvedencev najbolj boli. To je noro, to ni v redu, res ni v redu in bi za nas bilo lažje, dalo bi se boljše organizirati /.../* (sodnik 4).

> *Mi bi si želeli, da bi vsak dan hodili tja z različnimi izvedenci in potem bi bilo to izvedljivo, ti pa vsak dan ne moreš hoditi k izvedencu, ker izvedencev ni in, ker izvedenec potem lahko vse svoje službe pusti. 5 dni na razpolago pa ni /.../, in tisti, ki so na voljo, si ne morejo privoščiti, da bi ves svoj čas posvetili samo enemu primeru /.../* (sodnik 4).

> *Tako, več izvedencev bi rešilo zelo, zelo veliko problemov* (sodnik 4).

4.3.2.3 Vpliv na delo odvetnikov

Strogi časovni okviri vplivajo tudi na druge udeležence: naši intervjuvanci so v nadaljevanju poudarili omejitve, ki jih to predstavlja za odvetnike v teh primerih. Izrazili so zaskrbljenost, ali imajo odvetniki, ki so običajno imenovani po uradni dolžnosti in zato predhodno niso seznanjeni s posameznikom in njegovim primerom, dovolj časa, da razumejo položaj osebe ter zagotovijo ustrezno in kakovostno celovito svetovanje.

> */.../ Ti roki so kratki [v zvezi s postopki, v katerih je oseba pridržana pred sprejemom odločitve], 24 ur ne smemo nikogar, več kot 48 ur ne sme biti, tako da mi to hitro opravimo, se opravi pogovor. Jaz se tudi lahko, če je možno, največkrat ni možno, pogovorim prej s tem mojim klientom /.../* (odvetnik).

Takšna razmišljanja kažejo na znatne preizkušnje, ki jih časovna stiska predstavlja za odvetnike v teh postopkih, in vzporedno se zastavljajo vprašanja o njihovi sposobnosti zagotavljanja celovitega in učinkovitega zastopanja v takšnih razmerah. Nekateri deležniki so izrazili zaskrbljenost, da so te omejitve sicer normativno potrebne in dobrodošle, vendar v praksi bistveno zmanjšujejo vlogo odvetnikov.

Vendar pa so predstavniki varuha človekovih pravic opozorili tudi, da je povečana delovna obremenitev sodišča v zadnjem času predvsem posledica premika k bolj formalističnemu in legalističnemu pristopu k postopkom v primerjavi s preteklostjo. Čeprav je to povzročilo večjo postopkovno zapletenost, je to pozitiven razvoj v smislu krepitve pravnih jamstev. Kot je pojasnil eden od predstavnikov varuha človekovih pravic:

> *Jaz mislim, da je bolj posledica tega, da se zaveda, da je to potrebno početi, da ni toliko primerov več, kot je bilo nedoslednega dela v preteklosti. Mi smo na to opozarjali, ugotavljali in praktično ti postopki se niso vodili za nobeno pridržanje v socialnovarstvenih zavodih, čeprav že takrat po prejšnjih predpisih ni bilo osnove za to in je bilo tudi slabo razumevanje med sodniki za to* (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

Poleg tega je še en predstavnik poudaril praktične izzive:

> *Tu je treba upoštevati še to, da čeprav so lahko dostikrat dosti formalni ti postopki, čeprav ne bi smeli biti, ampak so, je treba vedeti, da so pa zamudni zaradi tega, ker jih je večinoma treba izvajati pač izven stavbe sodišča in ravno sodišče [kraj] nam je, ko smo pač spraševali glede to vprašanje, ki je prej [predstavnik varuha človekovih pravic 1] poudaril, teh videokonferenc, zakaj se še zmeraj to izvaja, je bil to kot eden izmed razlogov, da je seveda izjemno zamudno zdaj hoditi, ne vem, po vseh domovih starejših, ki so na območju sodišča [kraj] in te naroke opravljati. Da se odpelješ ne vem nekam dosti izven [kraj], da narok opraviš ali pa celo več njih, da prideš nazaj, ti gre lahko cel dan in to je bil eden izmed takih razlogov, tako da ni samo /.../* (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

4.3.3 Nezadostna transparentnost

Intervjuvanci, zlasti sodniki, so izpostavili velike pomanjkljivosti pri pridobivanju informacij in vodenju evidenc o socialnovarstvenih zavodih. Potožili so, da je opazno pomanjkanje podrobnih informacij o pogojih in merilih za sprejem, vključno z razlogi za namestitev osebe, okoliščinami njenega sprejema, njenimi odnosi s sorodniki, njenim vedenjem v različnih okoljih in s posebnimi tveganji, ki jih predstavlja zase ali za druge.

> *Je pa res to, a ne? A veste, mi se zdaj /…/ [pogovarjamo] o takih banalnih stvareh, recimo ne, to obvestilo, ki ga pošlje psihiatrična klinika sodniku, a ne. Ne, za recimo nujne postopke, a veste, tam so /.../ neki, to je obrazec, ki ima rubrike, ki so v bistvu določene že v samem zakonu, a ne, ampak so, prvič, nečitljivo izpolnjene ali pa sploh niso izpolnjene, /.../, potem so pa ene stvari, a ne, ki bi jih sodniki rabili, pa tam niso, ne. Zdaj bomo skušali se nekako dogovoriti s psihiatričnimi klinikami, da bi mi dodali neke rubrike, pa da bi jih oni /…/ izpolnjevali, ne. Se pravi: sploh, pod kakšnimi pogoji je bila ta oseba sprejeta, /.../ zakaj je bila sprejeta, kaj se je zgodilo ali ne, ali je bila od doma pripeljana ali je bilo to nekaj v javnosti, kako je s svojci, teh podatkov praktično ni, se pravi, kdo jo je pripeljal, kdo je bil zraven, od recimo jezika,*

ali je to tujec ali ne /.../. Tako da to se mi zdi, /…/ da je en kup enih takih stvari, ki bi se jih dalo [izboljšati], se pravi, da se tukaj bolj svojce noter potegne, se pravi, da se tudi svojce izpraša (sodnik 2).

Že v štartu. A ne, da imaš ti neko sliko, kaj se dogaja. Ne pretekla zdravljenja, [temveč] kako se to /…/, kaj se dogaja doma, na kakšen način ogroža (sodnik 2).

Poleg tega se je kot frustrirajoča izkazala odsotnost centraliziranih ali dostopnih informacij o razpoložljivosti prostora, številu in lokacijah varovanih oddelkov ali njihovi trenutni zasedenosti. Ti primanjkljaji v vodenju evidenc močno ovirajo sposobnost sodišč, da bi sprejemala dobro informirane odločitve in učinkovito iskala primerne ustanove za namestitev. Sodniki so poudarili, da bi urejen in celovit sistem evidenc občutno izboljšal učinkovitost postopka odločanja.

/.../ Problem rata dosegljivost teh kapacitet, iskanje kapacitet in kar se je pokazalo v praksi, sodnik več časa porabi za iskanje zavoda kot za presojo potreb posameznika in potrebe po namestitvi (sodnik 3).

Naša država nima v bistvu enega jasnega pregleda, koliko imamo sploh teh varovanih oddelkov, v katerih ustanovah, koliko je teh mest, pa seveda pregleda nad tem, kdo je sploh nameščen v te varovane oddelke (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

Z lahko dostopnimi informacijami bi se lahko sodišče učinkoviteje osredotočilo na reševanje potreb posameznika, namesto da bi porabilo pretirano veliko časa za iskanje ustreznih institucij. Poleg tega bi podrobne evidence omogočile hitrejše odločanje, saj bi zagotovile jasnejši pregled vseh razpoložljivih možnosti, vključno z morebitnimi alternativami namestitvi na varovane oddelke.

Na vprašanje, kaj bi bilo treba, da bi lahko sodišče resnično preučilo alternative, eden od sodnikov odgovarja:

Glejte, najprej bi morali sploh biti mi, a veste, mi /…/ ta trenutek nobeno sodišče nima podatka, sploh ažurnih nimamo, še vedno nimamo ažurnih podatkov, kateri varovani oddelki so sploh na razpolago in kakšno je dejansko stanje na teh varovanih oddelkih. Mi bi morali imeti to enostavno en program, ki bi dnevno vnašali, dnevno, a veste, kako se spreminja, dnevno (sodnik 2).

4.3.4 Kriterij hujšega ogrožanja

Ključni pogoj za namestitev osebe v socialnovarstveni zavod je, da ogroža sebe ali druge. Med intervjuji se je odprlo vprašanje, ali je ta standard (lahko) izpolnjen v konkretnih postopkih.

Eden od sodnikov je skušal osmisliti pravni standard tako, da ga je povezal in primerjal s kazenskim sistemom:

Ja, /…/ v kazenskem pravu se je ta /…/ nevarnost že realizirala, medtem ko tukaj pa ne, ne, saj če bi se, bi imelo kazensko sodstvo s tem opraviti. Torej nekako je že imanentno civilnim primerom, da se ta nevarnost še ni v tako jasni, neposredni, konkretni obliki realizirala. /…/ Morala se je že nekako pokazati, ne, do nekih ekscesov je že moralo priti, ampak ti ekscesi še nimajo znakov kaznivega dejanja. /…/ Če bi [jih] imeli, bi se potem pač kazensko sodstvo s tem ukvarjalo, tako da vloga tega ukrepa je, jasno, preventivna /…/, tu pa se to predvideva, pač psihiatrična izvedenska mnenja so ključna, pa seveda tudi /…/ ravnanje, ampak psihiatrična izvedenska mnenja so tudi (sodnik 5).

Drug sodnik je to poskušal pojasniti s primeri opisa resne ogroženosti:

Nenadni izbruhi agresivnega vedenja zoper sebe ali zoper druge, nesposobnost kontroliranja impulzov, zdaj, ali so impulzi notranji ali zunanji, to je druga, kjer potem spet posledično agresija, zdaj večjo premoženjsko škodo. Jaz še nisem napisal sklepa, zaradi premoženjske škode nekoga, so pa bile zanemarjeno okolje, nezavedanje telesnih bolezni, nesposobnost, ne vem, že osnovnih odločitev o zdravljenju, a ne (sodnik 3).

Ko je bil sodnik 3 dodatno vprašan, kako lahko razlikuje med primeri resne ogroženosti in manj resnimi primeri, je pojasnil, da morajo biti dokazi jasno izkazani, da lahko o njih odloči. Posebej je poudaril svojo vlogo pri varstvu pravic posameznika in opozoril, da začetek postopka ni v njegovi pristojnosti, ampak je odvisen od informacij, ki jih predloži predlagatelj. Običajno se opira na poročila centra za socialno delo, izvedenska mnenja in vpogled v dokumentacijo.

Po drugi strani pa so bili drugi bolj kritični do uporabe standarda v praksi. Eden od sodnikov je posebej opozoril na trend usihanja jasnega pojasnjevanja in konkretizacije standarda v zadnjih letih.

Potem pa pride psihiater, ki postavi diagnozo in po pravilu je tako, da psihiater v enem stavku vam pove vse, kar vi rabite: /.../ je nasilen, heteroagresiven ali pa kaj takega. Ampak dogodka ne vidite? Ne, saj pravim, dokler je bil [sodnik] gor močen, je rekel, da mora biti dogodek, pa utemeljiti ga je treba. Zdaj ne rabite, zdaj izvedenec sam napiše, da je heteroagresiven ali pa nekaj podobnega /.../. Nič ni konkretizirano, ne, pa, da imate vzročno zvezo, a ne, zaradi tega, da je tako in tako potekajo postopki (sodnik 1).

/.../ Ničesar ni noter, sem rekel, ti [sodniški kolega] nimaš sploh nobenega [dokaza] za nevarnost, razen to, da ima ta človek diagnozo, pa da je bil dvakrat v bolnici, pa da je zdaj zmeden. Sem pa rekel, zdaj pa tako, zmeden, diagnoza pa dvakrat v bolnici, ali so to zakonski pogoji? Je rekel, saj ima odvetnika (sodnik 1).

Samo heteroagresiven je. Vi sploh ne veste, ali je s puško, hodi okrog z nožem (sodnik 1).

Drugi intervjuvanci so se sicer strinjali z zahtevo po konkretnem dogodku, vendar so bili manj zaskrbljeni glede tega, kako se ocena izvaja v praksi.

> *Mora biti en dogodek, mora biti konkretno, kaj je zdaj v zadnjem času naredil, da je ogrožal sebe ali druge, mora biti. Ker včasih se je kar tako nekaj abstraktno pisalo in so potem taki sklepi, odločbe vedno padli. Na višjem sodišču so točno rekli: točno, konkretno to pa to /.../, je treba tako dejansko stanje, da se uporabi ta najhujši institut pridržanja* (odvetnik).

Očitno pa je, da so znotraj opredelitve nerazrešene (in potencialno nerešljive) zagate, saj so prizivi na vrhovno sodišče in razveljavitve sodnih odločitev.

> *Mi smo par odločitev razveljavili takrat, ko je pravzaprav šlo res za neizkazano nevarnost, se pravi, da je šlo za neka čudaštva* (sodnik 2).

4.3.5 (pre)zasedenost socialnovarstvenih zavodov

Eno temeljnih sistemskih vprašanj – kljub obsežni sodni praksi višjih sodišč in vrhovnega sodišča ter kritičnim pripombam odbora MKPI – je prenatrpanost obstoječih socialnovarstvenih zavodov. Problem je tako pereč, da ga je ustavno sodišče označilo za protiustavnega in za kršitev človekovih pravic. Tudi vrhovno sodišče je večkrat obravnavalo to težavo, pri čemer je priznalo svojo omejeno zmožnost reševanja, hkrati pa poskušalo poiskati rešitve – nekatere od njih so bile pravi izziv. Poleg tega je Odbor MKPI v svojem odzivu na uvodno poročilo Slovenije kritiziral državo zaradi vse večje prezasedenosti institucij, v katerih so invalidi prisilno ali prostovoljno nastanjeni. Odbor MKPI je posebej poudaril posledice tega stanja za pravico do osebne svobode in varnosti iz 14. člena MKPI.

Trenutno velja, da je to stanje še vedno najbolj urgentno in splošno aktualno, saj zadeva skoraj vse ključne deležnike, ki sodelujejo pri namestitvi posameznikov v socialnovarstvene zavode, vključno z izvajalci storitev in psihiatričnimi bolnišnicami. Ponovno je treba poudariti tudi prepletenost problematik, s katerimi se akterji srečujejo v konkretnih postopkih. Kot je bilo že omenjeno, sodišča na primer pogosto namenjajo (pre)več časa iskanju ustreznih namestitev, namesto da bi se osredotočila na določene posameznike. To iskanje pa močno ovira nenehna prezasedenost obstoječih institucij.

> *Zdaj, seveda, največji in totalno velik problem je seveda ta /.../, da so prenatrpani vsi varovani oddelki socialnovarstvenih zavodov in da je ta problem v bistvu sigurno že petnajst let odprt, ne zdaj tukaj /.../. Mi smo dali že pred /.../, sigurno pred desetimi leti s strani [sodišča] prošnjo, ne da naj naredijo preko inšpekcijskih služb analizo, /.../ kdo so ljudje, ki so na teh oddelkih, koliko je takih ljudi, ki tja ne spadajo*

> */.../, da bi se v bistvu potem naredila ena /.../, da rečem prečiščenje /.../, zaradi tega, ker je, problem je ta, da se nam to dogaja. Da mi dobivamo recimo ljudi, ki so res hudo duševno bolni in res zelo hudo nevarni in za bližnje in seveda zase in jih nimamo kam dat* (sodnik 2).

Predstavniki varuha človekovih pravic so to področje – skupaj s pomanjkanjem ustreznih evidenc – opredelili kot eno od glavnih pomanjkljivosti sistema namestitve posameznikov v socialnovarstvene zavode.

> *Ko se pogovarjam s kolegi iz tujine, marsikdo nima tako dobrega zakona pa tako urejenega področja, kot je ta, kljub temu da je ta pomanjkljiv, saj mogoče največja pomanjkljivost je ravno ta sodni del odločanja, pa kaj naj sodnik naredi, pa kam osebo pošlje, če so vsi odgovori iz cele države, da nimajo prostora* (predstavnik varuha človekovih pravic 2).

> *Saj pravim, ravno ta sodni postopek, pa kaj naj naredi sodnik, ko nima kam poslati osebo, in preglednost sistema oziroma sploh vzpostavljenega sistema seznama varovanih oddelkov, kapacitet* (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

Kot pravnosistemsko problematična se je izkazala praksa, ki jo je Vrhovno sodišče Republike Slovenije vzpostavilo v sklepu II Ips 51/2019 kot odgovor na prezasedenost socialnovarstvenih zavodov. Kot je pojasnil eden od sodnikov:

> *Te varovani oddelki so prenapolnjeni, izkazano smo imeli v postopkih, da so to res hudo nevarne osebe z izvedenskimi mnenji /.../, ne da zdaj v tej stiski, da nimamo kaj narediti, ne, in da je treba zdaj nekako tehtati najmanjše možno zlo, in da najmanjše možno zlo je, da ostanejo tam, od koder naj bi bili premeščeni v varovane oddelke, se pravi na psihiatričnih klinikah ali na forenziki ali pa na navadnih psihiatričnih klinikah. In kar se je zgodilo, je bilo to, da se je začelo, seveda, zdaj so ti ljudje nekako tam in ni prostora* (sodnik 2).

Ta praksa je privedla do sistema, v katerem posamezniki čakajo na namestitev v socialnovarstveni zavod iz druge institucije – pogosto psihiatrične bolnišnice. To pa je dodatno obremenilo psihiatrične ustanove, ki so v prvi vrsti namenjene akutno bolnim pacientom in ne tistim, ki čakajo na namestitev v socialnovarstvene zavode.

Položaj postane še bolj problematičen, če so posamezniki prisiljeni čakati doma na prosto mesto v socialnovarstvenem zavodu. To pomeni veliko breme za družinske člane, ki pogosto ne zmorejo skrbeti zanje že pred odreditvijo namestitve. Poleg tega se zastavlja vprašanje, ali je treba posameznika, ki je na primer sedem mesecev čakal na namestitev, še vedno sprejeti v socialnovarstveni zavod – zlasti glede na to, da se sklep o namestitvi približuje enoletnemu

najdaljšemu trajanju takih ukrepov. Ali je namestitev v institucijo še vedno upravičena, če je oseba dalj časa uspela delovati doma?

Na vprašanje, kako sodniki obravnavajo vprašanje nezadostnih zmogljivosti in njihov pristop k prednostnemu razvrščanju namestitev, je sodnik 3 odgovoril:

> *Opravljena bi bila še dodatna presoja, ali ta oseba lahko doma čaka na ta sprejem, ker potem bo sklep, da se ga namesti, ko bo prosto, a ne? Čeprav ta je že malo tak, če sem ocenil, da lahko doma čaka, zdaj ali res nujno rabi institucionalno varstvo, a ne. Potem je pa druga situacija, ko rabi takojšnjo namestitev in bo, ko bo prostor res v zavodu, do takrat pa na psihiatriji. Ne, to je pa rešitev, ki jo je ustvarila vrhovnost. Jaz mislim /.../, pa tudi ni najboljša.*
>
> *Mislim, predvsem ni dorečena. En kup pasti odpira, ki še malo dodatno zakomplicirajo stvar, v bistvu zapolnjujejo bolniške postelje, ki bi jih rabili bolniki, pa tudi malo se ustvarja vtis, da saj je za osebo poskrbljeno, tako motivacija nadaljnjega sprejema se malo spremeni, kako jo rešiti, pa po moje samo z nekim predhodnim institutom, da obstaja pač nek, ne vem, predhodni oddelek, kjer bi bila možna, mislim, saj to res malo na to, da sodišče več časa izgublja s tem, da išče zavod, kakor s samo presojo. Jaz mislim, da bi bilo boljše po vzoru mogoče za izvrševanje kazenskih sankcij, da mi samo določimo v bistvu, da je potrebna namestitev v zavod, potem obstaja neka prehodna namestitev za to, da se zagotovi ta takojšnja varnost in potem pa iskanje zavodov glede na vse ostale.*

Tudi predstavniki varuha človekovih pravic so izrazili pomisleke glede učinkovitosti tega pristopa:

> *Ja, da je to problematično. To postavljamo zdaj v zadnjem letnem poročilu, da je to iznašla sodna praksa. Zastavlja pa to mnogo vprašanj, o katerih smo prej odločili. Kdo preverja, potem sploh potreba za to, kaj je v vmesnem času, kaj, kdo je sploh predlagatelj takrat, če se izteče to eno leto. Vrsta vprašanj je. Mi smo ugotavljali potem, da je to v breme psihiatrične bolnišnice, ker tam ostajajo in samo postelje zasedajo* (predstavnik varuha človekovih pravic 1).
>
> *Ali pa v domačem okolju recimo ravno tako, če so res tako nevarni, sebi ali drugim, mislim da potrebujejo varovani oddelek, kako lahko zdaj čaka, ne vem, leto ali več v domačem okolju. Drugače potem drugo vprašanje, ko po, ne vem, letu, letu pa pol pridejo na vrsto v sprejem, ali res sploh potrebujejo sprejem, glede na to da so leto in pol nekako funkcionirali v domačem okolju* (predstavnik varuha človekovih pravic 2).

Na vprašanje, ali bi bilo treba določiti minimalni rok, ki bi sprožil ponovno presojo, se je predstavnik varuha človekovih pravic 1 strinjal:

> *Gotovo, gotovo /.../. To je sploh nesmiselno, ker če bi bili potrebni takega varstva, bi ga potrebovali takoj, ne takrat ne, ne, ne vem, kdaj ne.*

Izvedenec psihiatrične stroke je te rešitve – in širše vprašanje prenatrpanosti – obravnaval kot dodaten dokaz, da je treba vzpostaviti trdno podporno mrežo zunaj institucionalnega okolja.

> *Zadeva je povsem enostavna, če gledate z očmi. Klinika, a ne, jaz delam ves čas z ljudmi, ves čas sem zraven. Mislim, v tem je povsem jasno, da seveda je treba vzpostaviti dovolj krepko mrežo zunajbolnišničnih oblik obravnave, zato da lahko ti ljudje, da lahko v največji možni meri preprečuješ sprejem v zavode in da seveda zato, ker to za nobenega ni dobro, a veš, zavod še nobenemu ni, nihče ni ozdravel v zavodu. Zavod je pač zadnja postaja, kakorkoli že obrnete in da, če hočete, mislim, skratka, to, kar vi pravite, pomeni pravzaprav to, da bi lahko ljudje bili doma, mislim, z zadostno mero kakovostne oskrbe.*

Veliko nejasnosti je tudi glede tega, kdo je odgovoren za nadzor nad posamezniki, ki čakajo na namestitev. Po navedbah sodnika 2 centri za socialno delo pogosto sploh niso obveščeni o tem, da je oseba na čakanju – zlasti kadar čaka doma in ne na psihiatričnem oddelku.

> *Ampak v bistvu bi pa to morali biti, a ne [v zvezi s tem, da bi CSD moral biti vključen v postopek]. Zlasti smo zdaj ugotovili, jaz sem zdaj ugotovila na Dnevih duševnega zdravja, a ne, so oni rekli, glejte, mi sploh nismo obveščeni, če recimo je neka oseba, ki čaka na sprejem v varovani oddelek v domačem okolju, pa ni na psihiatriji ali pa ne, tako pravi, mi sploh obveščeni nismo, si predstavljate?* (sodnik 2).

Sodnik 3 je opozoril tudi na bistveno praznino pri nadzoru in navedel, da v skladu s sedanjo prakso sodišča prejmejo informacije o osebi šele, ko je ta sprejeta v zavod. Pred tem ni nobene evidence o tem, kako dolgo so te osebe čakale in kakšne so bile njihove okoliščine v tem času.

> *In dogaja se celo v nekaterih primerih, da so jih spuščali brez naše odločbe, a ne? Seveda domov, a ne? Mi smo imeli pa zadnjič tudi eno novinarsko vprašanje, ne, če sledimo, a ne, če kdo sledi, kaj se s temi ljudmi pravzaprav dogaja, ne, kje čakajo, ne* (sodnik 2).

4.5 Vloge deležnikov

Poleg splošne ocene normativnega okvira, ki usmerja delo deležnikov, je ključno razumeti tudi njihove konkretne vloge v postopkih prisilne namestitve. Odločitve o namestitvi na varovane oddelke socialnovarstvenih zavodov niso le rezultat pravnih določb, temveč so v veliki meri oblikovane s prakso različnih strokovnih skupin, ki sodelujejo v postopku. Vsak deležnik – od sodnikov, odvetnikov, zdravnikov, socialnih delavcev do predstavnikov zavodov – ima specifično vlogo, hkrati pa se mora prilagajati institucionalnim in zakonskim omejitvam, ki usmerjajo njegovo delo.

V tem delu analiziramo, kako deležniki razumejo svojo odgovornost, s kakšnimi izzivi se soočajo pri izvajanju postopkov in kako medsebojno usklajujejo svoje pristojnosti. Posebno pozornost

namenjamo vprašanjem, kje se v praksi pojavljajo napetosti in kakšni so ključni dejavniki, ki vplivajo na končne odločitve v teh postopkih. Razumevanje teh dinamik je ključno za celovito oceno sistema prisilne namestitve, saj omogoča vpogled v praktične vidike odločanja, ki jih samo analiza pravnih določb ne more v celoti zajeti.

4.5.1 Sodniki

Ob razmišljanju o ključni vlogi sodnikov v postopkih zadržanja v socialnovarstvenih zavodih so razprave odkrile zapleten teren strokovnih in etičnih izzivov. Sodniki se znajdejo na poti med strogimi zahtevami zakonodaje in niansirano realnostjo posameznih primerov, pri čemer vsak od njih zahteva občutljivo ravnovesje med pravičnostjo in empatijo.

Vloga sodnikov v primerih odvzema prostosti združuje pravniško natančnost z odločnimi etičnimi premisleki. Sodniki morajo loviti občutljivo ravnovesje med izvrševanjem zakona in varovanjem pravic in blaginje posameznikov, ki so pogosto v ranljivem stanju.

Kot je bilo prej nakazano, so nekateri sodniki izrazili zaskrbljenost zaradi erozije procesnih standardov, pri čemer so opazili zmanjšanje upoštevanja teh varoval in podvomili v ustrezno zaščito človekovih pravic v tovrstnih postopkih.

> *Se je pet let po uveljavitvi zakona močno delalo na Vrhovnem sodišču na varstvu človekovih pravic /.../. Te odločbe so pol popolnoma izginile, jih ni več in zdaj prihaja popolnoma drugačna praksa in tisti naši, ki temu sledijo, je tako /.../, jaz sem bil zadnjič šokiran na obravnavi. A ne, spet, to je klasika: v predlogu ni popolnoma nič, ampak to vsi, je v redu. Sprejem na varovani oddelek ali pa na oddelek pod posebnim nadzorom /.../. In potem sodnica tega pač zasliši, ne, če ga lahko. Eni so že tolko zadozirani, pod vplivom ali pa tudi, /…/ če imajo težave v duševnem zdravju ali pa težko fazo. Mi imamo zelo jasne standarde, kdaj je prisilna hospitalizacija, a ne? In potem je on zmeden in zmeden je zapisnik in tukaj se zaključi. To vam lahko povem, ja, iz zapisnika se vidi, da je popolnoma zmeden* (sodnik 1).

> *Jaz si upam trditi, da je to čista zloraba prava in da če bi šli mi izven okvirov Evropske unije in mislim, da bi bilo prav, da bi pri nas začeli malo gledati, koliko odločb z Vrhovnega sodišča pade na Evropski uniji. /.../ Mogoče se je pa tudi treba vprašati, če je razmišljanje naših sodnikov [v redu], ampak [po moje je] malo prevečkrat zelo neevropsko* (sodnik 1).

Čeprav so nekateri sodniki ostro kritizirali postopke prisilne namestitve in opozarjali na njihovo neskladnost z evropskimi standardi varstva človekovih pravic, pa niso vsi delili enakega mnenja. Nekateri so poudarjali, da je pravna ureditev sicer lahko nepopolna, vendar v praksi še vedno omogoča ustrezno zaščito pravic posameznikov.

Kritike glede zmanjšanja procesnih standardov so se pri nekaterih sogovornikih navezovale tudi na sistemske omejitve, povezane s preobremenjenostjo sodnikov in organizacijskimi izzivi, ki v praksi vplivajo na izvajanje postopkov.

Eno od takih sistemskih bremen, s katerim se sodniki soočajo, so preobremenjenost z delom in organizacijski dejavniki, ki so se v izjavah sodnikov pogosto pojavljali, pri čemer je bila poudarjena potreba ne le po boljšem upravljanju zadev, ki so trenutno zelo neenakomerno razporejene po slovenskih sodiščih, temveč tudi po boljšem podpornem sistemu za učinkovito obvladovanje intenzivnih zahtev, ki jih prinaša njihova vloga.

> *Ko moraš v enem dnevu odločati o petnajstih zadevah, je jasno, da vsaki ne moreš nameniti toliko energije, časa in dela, kot če bi obravnaval samo tri* (sodnik 2).

> *Tu se srečaš z nekim delom populacije, s katerim v vsakdanjem življenju mogoče nimaš toliko stikov /.../, in to naenkrat, pa s količino. Tako da jaz mislim, da vsak od sodnikov, ki pride iz dneva obravnav, rabi nek ventil, ampak po koncu dneva ne samo, da rabiš ventil, se ti tudi prioritete malo spremenijo /.../. Rabiš neke vrste ventil in zdaj najbolj, vsaj jaz osebno ocenjujem, da mi pomaga pogovor z nekom, ki je bil v podobnem položaju. Žal so to samo sodniki tega oddelka, saj sreča je, da nas je [številka], tako da nekako sogovornika najdeš /.../. Jaz imam težko za sogovornika sodnika, ki ima dve zadevi na teden, če sem jih jaz tisti dan zaslišala petnajst. Vse, kar dobim kot povratno informacijo, je 'Res ste bogi, kako to zmorete'. Ja nisem to hotela slišati* (sodnik 3).

Poleg tega na učinkovitost postopkov vpliva tudi njihova logistična zahtevnost. Sodniki opozarjajo, da izvedba obravnav zunaj sodnih stavb, v socialnovarstvenih zavodih ali drugih institucijah zahteva dodatno organizacijo in časovne prilagoditve, kar dodatno obremenjuje sistem in upočasnjuje postopke.

> *Jaz mislim, da je [časovna obremenitev] bolj posledica tega, da se zaveda, da je to potrebno početi, da ni toliko primerov več, kot je bilo nedoslednega dela v preteklosti. Mi smo na to opozarjali, ugotavljali in praktično ti postopki se niso vodili za nobeno pridržanje v socialnovarstvenih zavodih, čeprav že takrat po prejšnjih predpisih ni bilo osnove za to in je bilo tudi slabo razumevanje med sodniki za to* (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

> *Tu je treba upoštevati še to, da čeprav so lahko dostikrat dosti formalni ti postopki, čeprav ne bi smeli biti, ampak so, je treba vedeti, da so pa zamudni zaradi tega, ker jih je večinoma treba izvajati pač izven stavbe sodišča in ravno Okrajno sodišče [kraj] nam je, ko smo pač spraševali glede tega vprašanja /.../, teh videokonferenc, zakaj se jih še zmeraj izvaja, je bilo to kot eden izmed razlogov, da je seveda izjemno zamudno zdaj hoditi /.../, po vseh domovih starejših, ki so na območju Okrajnega sodišča [kraj] in te naroke opravljati* (predstavnik varuha človekovih pravic 2).

Ob vsem tem se sodniki pri odločanju o prisilni namestitvi soočajo še z zahtevno nalogo usklajevanja pravnih, strokovnih in etičnih vidikov. Poleg tega se morajo zanašati na ocene izvedencev in predstavnikov drugih institucij, kar dodatno vpliva na njihovo odločanje.

Nekateri sodniki so na primer kritizirali, da odvetniki pogosto zavzamejo pasivno vlogo v postopkih in ne delujejo aktivno oziroma ne oporekajo (zadosti) predloženim podatkom, kar lahko bistveno vpliva na izide. Podobno je sporno tudi vprašanje sodelovanja psihiatričnih izvedencev. Sodniki so jih kritizirali zaradi površnega angažiranja in prenagljenih ocen, ki morda ne zagotavljajo temeljitega razumevanja posameznikovega stanja. Neaktivnost obeh udeležencev znatno povečuje težave, s katerimi se sodniki soočajo pri odločanju v teh zadevah.

Poleg tega so sodniki na splošno izrazili željo/potrebo po specializiranem usposabljanju za obravnavanje teh postopkov, saj se razlikujejo od njihovih običajnih zadev. Zaradi specifične in neznačilne narave teh zadev si želijo več strokovnega znanja na tem področju. Kot glavno težavo so izpostavili pomanjkanje preglednosti in razpoložljivosti informacij o institucijah socialnega varstva ter opozorili, da pogosto porabijo preveč časa za seznanjanje s temi informacijami v konkretnih zadevah. Poudarjena je bila tudi potreba po boljšem dostopu do ustreznih informacij in virov usposabljanja. Predstavniki varuha človekovih pravic so to potrebo potrdili, ko so bili vprašani, ali bi morali biti sodniki deležni bolj specializiranega usposabljanja, da bi bolje razumeli te postopke. Omenili so:

> *Tudi sodnice /.../ poudarjajo potrebo po tem. O tem govorimo na Dnevnih duševnega zdravja in tudi mislim, da med sodniki velja to zavedanje, ampak bomo kmalu prišli do tega, da bomo na vseh področjih rabili specializacijo, posebne oddelke in podobno, to so gotovo potrebna posebna znanja, posebni pristopi* (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

> *Ampak tu so že tudi neka usposabljanja, mislim, da kar, kako bi rekel, določeni sodniki temu namenjajo kar nekaj časa* (predstavnik varuha človekovih pravic 3).

> *Ne, jaz bom tako rekel, jaz vidim kot največji problem [tj. v zvezi z neustreznim vodenjem postopkov] izobraževanje. Ampak /.../ ne izobraževanje ABC o zakonu, tega vsi tukaj znajo, če ga hočejo znati /.../. Ampak širina manjka* (sodnik 1).

Med sodniki se torej pojavljajo razhajanja pri oceni obstoječih postopkov. Nekateri opozarjajo na postopkovne pomanjkljivosti in zmanjšanim sodnim nadzorom, medtem ko drugi menijo, da obstoječi mehanizmi, če se dosledno izvajajo, zagotavljajo zadostno zaščito pravic posameznikov. Ključni razkorak se torej kaže v vprašanju, ali težave izhajajo iz zakonodaje ali iz

načina njenega izvajanja. O lastni vlogi v postopkih v večji meri ne razmišljajo in nase prevzemajo odgovornost za odločitev, čeprav – kot bomo videli v nadaljevanju – prav to ni vedno povsem jasno.

4.5.2 Izvedenci psihiatrične stroke

Vloga psihiatričnih izvedencev je v teh postopkih nedvomno ključnega pomena, saj zagotavljajo potrebno strokovno podlago za odločitve. Vendar pa je dejanska praksa, tj. kako se ti prispevki izvršujejo, pogosto manj enoznačna, kot bi si želeli.

Zdi se, da je prva sporna točka že v samem postopku imenovanja izvedencev v posameznih primerih.

> *Ves čas se vidi, da eni izvedenci niso nikoli postavljeni, a ne, in da je ena izvedenka psihiatrične stroke. /.../ Skratka, mislim, jaz vam ne morem drugače povedati. To je tako kot mafijska združba, počutiš se kot totalni idiot. /…/ Postavljamo jih po vrsti. /.../ Ampak ena ima štiristo tisoč [prihodkov iz tega naslova], a ne, ena pa niti tisoč evrov ne dobi na leto, mislim, kako jih postavljate po vrsti?* (sodnik 1).

> *In bom tako rekla, ja, ti vse napišejo in oni jih povzamejo, zdravo, gotovo in oni delujejo tako kot ena lepa, srečna familija* (sodnik 1).

Omenjena navedba kaže na raven domačnosti med sodniki in nekaterimi izvedenci psihiatri, ki lahko vodi do pristranskih ali predvidljivih izidov, kar vzbuja skrb glede zagotavljanja transparentnosti in morebitnih zlorab. Temu mnenju se je pridružil tudi drugi sodnik, ki je opozoril na problematičnost teh »neformalnih navez«:

> *Sodniki praviloma postavljajo izvedence, ki naredijo hitro, ki naredijo po njihovi oceni dobra izvedenska mnenja, a ne, ki znajo potem na naroku, če so vprašanja, tudi kvalificirano zagovarjati svoja stališča in jih razložiti na tak način, da ta izvedenska mnenja zdržijo. Ne, ne postavljajo izvedencev, in to se pa seveda potem razve po sodišču, a ne? /.../ Kateri so tisti, ki delajo hitro, ki delajo dobro in potem se vzpostavijo, bi rekel neke neformalne naveze, ki so lahko problematične, rečeva tudi z vidika korupcije ali pa z vidika netransparentnosti in tako naprej* (sodnik 2).

Takšna spoznanja poudarjajo razkorak med potrebo po zanesljivih in učinkovitih izvedencih ter tveganjem prevelikega zanašanja na majhno in utečeno skupino, kar bi lahko ogrozilo pravičnost in transparentnost postopka. Primanjkljaj razpoložljivih izvedencev le še povečuje te težave, saj sodniki težko najdejo usposobljene strokovnjake, ki lahko izpolnijo zahteve takih časovno občutljivih in zapletenih zadev.

Ko pa ne najdemo izvedenca ali pa so to ves čas eni, mislim, skratka, da bi bil večji nabor teh izvedencev, ki bi bili to pač pripravljeni delati, je pa seveda v [kraj] to res, to je tako kot, se pravi, deset do petnajst oseb, ne, in je to v bistvu od zjutraj pa do šestih popoldne, tako da, to je kar, ne (sodnik 2).

Druga, morda še celo bolj skrb zbujajoča točka polemike pa je znaten vpliv, ki ga imajo izvedenci v postopkih prisilne institucionalizacije. Po navedbah naših intervjuvancev se sodišča pogosto odločilno zanašajo na mnenje izvedenca, tako da v svojih odločitvah v bistvu kopirajo njegovo mnenje in priporočila. Zdi se, da nekatere od njih to moti, zlasti glede na to, da sta diagnoza izvedenca ter opis stanja in potreb osebe pogosto postavljena, ne da bi bili priča zadevnemu dogodku. Nasprotno, strokovne ocene običajno temeljijo le na pregledu zdravstvene dokumentacije, pogovorih z lečečim zdravnikom osebe in razgovorih s posameznikom (to pa je mogoče le v približno četrtini primerov).

Drugo pa je, da mislim, da sodišča, vsaj tako, kot je tudi razvidno potem iz obrazložitev, zelo temeljijo svojo odločitev na mnenjih izvedencev. Izvedenci naj bi poznali te možnosti glede na potrebe konkretne osebe, ampak se bojim, da vsi izvedenci ne počnejo tega, ni tega poznavanja, tako da tu je žal problem tudi izvedencev, ne (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

/.../, izvedenec pač tako ali tako, kot je rekel že prej [predstavnik varuha človekovih pravic 1], dostikrat precej pavšalno odloča /.../ (predstavnik varuha človekovih pravic 2).

No, potem imate pa izvedenca takole, ki vam, ki vam v bistvu tako sodbo napiše in največkrat se potem to, kar izvedenec pove, čisto prepiše (sodnik 1).

Po drugi strani pa so nekateri intervjuvanci menili, da so izvedenci kot strokovnjaki na svojih področjih najbolje usposobljeni za določitev najprimernejšega načina obravnave posameznika. Zaupanje, ki ga pravni strokovnjaki izkazujejo izvedencem, je ponazorila opomba odvetnika, ki je dejal, da še ni doživel primera, ko se on ali sodnik ne bi strinjala z mnenjem izvedenca. Poleg tega je zaradi strokovnega znanja izvedencev njihovo mnenje praktično neizpodbojno:

Če izvedenec izrazi odločno mnenje /.../, mu je skoraj nemogoče ugovarjati (odvetnik).

Praviloma, a ne, sem se pa jaz že odločil za pravni del, pa mi je višje reklo, da nimam dosti, mislim, da nimam ustreznega znanja, da bi povozil izvedenca (sodnik 3).

Kljub temu pa so tudi izvedenci sami kritični do tega, kako se dojema njihova vloga.

Tudi to [postopki namestitev brez soglasja] veliko temelji na izvedenskem mnenju, čeprav zdaj, jaz sem tudi že srečal sodnice, ki so rekle, opa, ne, to pa mislim, /…/ ki so postavljale dodatna vprašanja, tudi odvetniki so se borili za svoje paciente, predvsem pa zastopniki teh. Zagovorniki, zastopniki, ki pridejo in

ki so res na njihovi strani. Jaz mislim, da bi se marsikaj dalo drugače narediti [v zvezi z vključenostjo drugih udeležencev]. Večinoma je pa to en tak dolgocajten postopek na bolnici, ko prideš tega bogega človeka pogledati in pač se, v bistvu, sodišče zelo zanaša na mnenja izvedencev (izvedenec psihiatrične stroke).

Predstavniki varuhovega urada so izrazili tudi zaskrbljenost zaradi težnje sodišč, da se pri odločanju zanašajo skoraj izključno na izvedenska mnenja, čeprav nekateri izvedenci morda ne izpolnjujejo svojih nalog v ustrezni meri. Ta čezmerna odvisnost od izvedencev in morebitne pristranskosti predstavljajo znaten problem.

Ali pa izvedenci niti ne uporabijo dokumentacije, ki je na voljo, tudi to imamo primere. Tako da, pa bi pač moral izvedenec na to opozoriti (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

Nekateri intervjuvanci so opozorili na morebitno sistemsko pristranskost v zvezi s tem, saj se zdi, da psihiatri pogosto dajejo prednost zdravljenju in s tem zadržanju posameznika pred vsem drugim.

Psihiatri praviloma vidijo veliko škode, potencialne, za posameznikovo zdravje, če se ne zdravi (sodnik 4).

Po drugi strani pa so nekateri drugi intervjuvanci menili, da je to, da se sodstvo tako zanaša na mnenja izvedencev, tudi posledica same ureditve, ki praktično ne ponuja nobenih alternativnih možnosti izvedencem, ki ocenijo potrebe osebe in možne ukrepe, ki jih je treba sprejeti glede na določbe zakona, z izjemo nadzorovane obravnave.

4.5.3 Odvetniki

Kot je bilo že pojasnjeno, so odvetniki v teh primerih varuhi pravic posameznikov. Običajno so imenovani po uradni dolžnosti. Eden od sodnikov je na primer opozoril, da v svoji 30-letni karieri ni nikoli naletel na primer, da bi odvetnika imenoval posameznik, ki je vpleten v tak postopek.

Poleg tega je položaj odvetnika po uradni dolžnosti povezan z znatnim zmanjšanjem pričakovanega plačila, ki ga odvetniki prejmejo. Nizko plačilo, povezano s tem delom, lahko dejansko vpliva na kakovost pravnega zastopanja, oziroma ga je mogoče šteti za takšnega:

Jaz mislim, da vam z napačnega konca [češ da se odvetniki ne potrudijo dovolj] predstavljajo situacijo odvetnikov, da je treba mogoče nekaj drugega pokazati, da je to zelo slabo plačana storitev. Torej je ne dela tisti, ki komaj čaka, da bo to delal, in jo ne dela prva liga, niti druga liga, niti tretja liga, ampak tisti, ki so eksistenčno odvisni (sodnik 1).

/.../ tukaj boste dobili ljudi [odvetnike], ki, kako bom rekel, ki zelo težko zaslužijo svoj vsakdanji kruh, res ga težko zaslužijo in delajo pač tole, pa brezplačno pravno pomoč delajo veliko, delajo, pa zelo težko se

prebijajo in logičen zaključek je, da bodo zelo prijazni do sodnikov, ki jim režejo kruh. Če ne bodo prijazni, sodnik že najde način, da ga naslednjič ne bo postavil /.../. Zakaj so eni kar naprej na sodišču, eni pa nikoli, a ne? (sodnik 1).

/.../, saj vsake toliko časa se zgodi, da en odvetnik reče, dobro, ampak povejte, zakaj. Kateri so razlogi, da ga hočete [namestiti na varovani oddelek]. *Ne mislim /.../, ampak najbrž ga naslednjič ne bo več* (sodnik 1).

To je lahko problem, jaz se strinjam, da je lahko problem, lahko pa tudi ni, kolikor je pač posameznik, mislim, da je zelo odvisno od posameznika. Eni so srčni, tudi odvetniki v teh primerih, tudi se spomnim na enih dnevnih duševnega zdravja je prav ena odvetnica nanizala, kaj vse odvetniki delajo narobe, kako bi moralo biti (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

Poleg tega zaradi narave imenovanj po uradni dolžnosti odvetniki pogosto niso predhodno seznanjeni z zadevo in osebnim ozadjem stranke, kar lahko ovira njihovo zmožnost učinkovitega zastopanja, če so hkrati postavljeni strogi in kratki roki. Poleg tega se zgodi, da posameznika, čigar zadeva večkrat pride na sodišče, zastopajo različni odvetniki, kar omejuje odvetnikove možnosti za zagotavljanje kontinuitete in poznavanje strankine zgodovine.

Kljub temu, da je vloga aktivnega pravnega zagovorništva ključnega pomena, se ta med odvetniki zelo razlikuje in se včasih zdi nič manj kot površna. Sodniki so poudarili pomen odvetnikovega zagotavljanja dodatnih, kakovostnih informacij za izpodbijanje ali dopolnjevanje izvedenskih mnenj in menili, da je to ključnega pomena za uravnotežen postopek odločanja:

Jaz mislim, a veste, kaj jaz mislim, da bi bil ta zagovornik dober. Zdaj jaz mislim, da na vsak način bi mogel imeti ena specialna znanja, ne pač o tem, pa zlasti tudi bi moral imeti znanje o teh alternativah, a ne? In jaz mislim, da bi dober zagovornik moral znati prepoznati in se boriti za alternativo, ki bi po njegovem mnenju [ustrezala] (sodnik 2).

Tule se mi zdi v teh zadevah /.../ je v bistvu pomembno izvedensko mnenje, se pravi, da tukaj bi bilo najbrž, jaz mislim, da so neki bistveni, mislim ne zdaj za to, da si ti lahko kritičen do izvedenskega mnenja, moraš imeti nekje neko drugo informacijo, se pravi, ali od zagovornika kvalitetno, a ne, ali pa seveda /…/ nek podatek o alternativnih možnostih, a ne? In tudi to, da se ne, se pravi, zdaj, kdo ti bo ponudil alternativo? (sodnik 2.)

Seveda pa je stopnja njihove vključenosti odvisna od posebnosti posameznega primera. Sodniki so mnenja, da v nekaterih primerih odvetniki že po naravi stvari razumejo potrebo po

namestitvi posameznika v socialnovarstveni zavod in zato morda niso tako dejavni. V drugih primerih pa so veliko bolj dejavni:

> */.../ mislim, odvetnik, kar se mene tiče, je enakovreden tako v postopku in tudi obravnavam vedno, če imajo pripombe, dodatna vprašanja, dovolim vprašanja, odgovarjamo ...* (sodnik 4).

Temu je pritrdil tudi odvetnik, ki je omenil, da se poskuša na kratko pogovoriti s stranko, vendar pogosto nima dovolj časa, da bi se z osebo, ki jo zastopa, pomenljivo pogovarjal. Kljub temu med postopkom poskrbi, da vse poteka, kot je treba, vključno z zaslišanjem izvedenca in dajanjem pripomb, če je to potrebno.

Glede na naravo njihovega dela po uradni dolžnosti, kratke roke in nizko plačilo ne preseneča niti zadnji motiv, ki se je pojavil. Po mnenju deležnikov pri odvetnikih zbuja skrb pomanjkanje specializiranih znanj, zlasti v zahtevnih primerih.

> *Mislim, da /.../ so to ljudje, ki nimajo specializiranih znanj, ker so to ljudje, ki so na seznamu [odvetnikov], ki se preprosto pojavijo* (sodnik 2).

4.3.4 Drugi udeleženci

Po besedah naših sogovornikov so drugi potencialni udeleženci v postopkih večinoma neaktivni. Dosledno so navajali, da je Center za socialno delo kadrovsko podhranjen in obremenjen s številnimi drugimi obveznostmi, enako tudi nadzorovana obravnava. Zaradi tega center pogosto ni aktivno vključen v te postopke, niti kot predlagatelj. Poleg tega so v postopke redko vključeni tudi drugi subjekti, kot so socialnovarstveni zavodi in tožilstvo.

> *Ne, težavo smo, enkrat smo se malo zapletli s tožilstvom, pred leti. Tožilci se niso čutili za poklicane, da bi dali ta predlog, takrat. Potem smo jasno povedali, da so oni [tožilstvo] sicer res na zadnjem mestu, ampak so našteti med predlagatelji, potem so nekako prikimali s tem /.../. Mogoče v preteklosti centri ali pa tudi domovi kdaj v povezavi s stroškom, ker je tudi ena sodna praksa šla, da so včasih morali stroške potem plačevati, če so dali predlog, pa da niso s tem predlogom uspeli centri za socialno delo, da so bili potem zavezani ...* (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

Razen tega so intervjuvanci na splošno poročali, da so zastopniki za pravice na področju duševnega zdravja v postopke vključeni le redko, če sploh kdaj. Odvetnik je na primer omenil, da v takih primerih še nikoli ni naletel na zastopnika pravic na področju duševnega zdravja. Varuh je menil, da je eden od razlogov za to dejstvo, da mora posameznik zastopnika posebej zahtevati oziroma imenovati, ne pa da se vključi samodejno. Redko udeležbo zastopnikov je mogoče deloma pripisati tudi hitremu tempu postopkov.

Oni morajo tudi zaprositi osebo konkretno, ali pa svojec. Zato mi apeliramo na to, da so številke, da so kontakti, da so plakati na teh varovanih oddelkih (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

[Sodnik 3 se je postavil v vlogo zastopnika] Ne, samo en del tega je tudi hitrost spet, a ne. Zdaj, če je oseba sprejeta en dan prej, jaz sem na naroku zjutraj ob devetih, da sploh še ni prišel do postopka, mislim, časovno še ni bilo možnosti, da bi me sploh izbral (sodnik 3).

Kljub temu so sogovorniki vseeno menili, da so v redkih primerih, ko so bili predstavniki vključeni, aktivno sodelovali s pojasnili, pogovorom s posameznikom in predstavitvijo svojih videnj. Njihova vloga pa se zdi manj pomembna, kot je bilo morda pričakovano. Na vprašanje, ali je zastopnik kdaj spremenil njegov pogled na zadevo, je sodnik odgovoril:

Ne, ne, saj tudi on ni nekdo, ki je bil z osebo zadnjih štirinajst dni neprestano, da bi mogoče to lahko, ampak je še nekdo, ki je pač se seznanil s tem, kar vem jaz (sodnik 3).

Dodatno vprašanje, ki ga izpostavljajo socialnovarstveni zavodi, je negotovost glede tega, ali lahko posameznika izpustijo pred iztekom obdobja namestitve, ki ga je določilo sodišče.

Med posveti so predstavniki teh institucij izrazili nejasnosti glede tega, ali so pooblaščeni, da sami prekinejo namestitev. Sodnik 3 je pojasnil:

/.../ pričakuje, da bo sodišče razsodilo še enkrat in da bo sodišče izdalo sklep, da ni več pogojev za zadržanje. Ja, to je zdaj malo tudi stvar prevzemanja odgovornosti, tudi v odnosu do svojcev in do osebe, a ne. Pač, če je nekdo prevzel odgovornost, potem karkoli se bo zgodilo, ne bremeni mene, to je eno, a ne, drugo pa je, da sploh zavodi postanejo dom za te osebe, ne glede na to, da je to zavodska obravnava, pa da je poseg v osebnostne pravice, pa vse to pravno. V vsakdanjem življenju pa je to njihov dom, za njih in za njihove svojce. In včasih bi čisto po črki zakona zavod seveda lahko sam, a ne, ampak ne vem pač iz odnosa do osebe ali pa do svojcev, ki si želijo ohraniti isto stopnjo obravnave, ne, ker to ni nujno negativno, da je oseba na varovanem oddelku. Lahko je pozitivno, več je podpore, več je osebna, več je nekih, predvsem, ko govorimo o starosti, govorimo ne zato, ker pač zagotavljajo drugačno oskrbo in so, čeprav, saj to tudi mi vidimo, da zavodi v bistvu preložijo na sodišče.

Kljub tej zadržanosti je sodnik 3 poudaril, da so sodišča dolžna odločati o takšnih predlogih in jih ne morejo preprosto zavrniti. V zvezi s prakso zavodov, ki posameznikom odobrijo vikend izhod ali pogoste odpuste, da bi jim pomagali pri postopni reintegraciji v družbo, je sodnik 3 povedal, da to ni v nasprotju z zakonskimi zahtevami, saj zakon tega izrecno ne prepoveduje.

/.../ zato ker saj v bistvu vedno omejitve obstajajo, še vedno so pač neka pravila, da se mora vrniti v to in gre tudi za stvar iskanja zaupanja in neke postopnosti /.../ (sodnik 3).

Na splošno je nejasno – zlasti med zavodi –, kdo je na koncu odgovoren za posameznikov odpust in za to, da ne bo šlo nič narobe. Sodnik 3 je pojasnil:

> *Mislim, če izhajamo iz nekega racionalnega posameznika, potem bi vsak zase moral prevzeti odgovornost, svojci so prosili za odpust, zavod je pač odpust dovolil, ampak v resnici se praviloma potem išče prelaganje odgovornosti, a ne in, ko se kaj zgodi, je vedno kriv nekdo drug. Tako da ali bi bilo kaj drugače urejeno, saj bi prišlo do iste situacije. Tudi, če bi v zakonu bilo napisano, ne vem, da lahko v zavod.*

Ko je izpraševalec opozoril, da predstavniki socialnovarstvenih zavodov niso bili prepričani o pravilih, ki urejajo redna obdobna preverjanja in premestitve, je predstavnik varuha človekovih pravic 1 odgovoril:

> *To jim mi večkrat pojasnjujemo, pa ne vem, a nočejo razumeti ali pa se bojijo razumeti. /.../ Pa kar je tudi v povezavi s posebnimi socialnovarstvenimi zavodi, ki jih je že sodelavec omenil, je to, da tudi v praksi velikokrat potem domovi oziroma zavodi kljub sodni odločbi pač premestijo osebo na bolj svobodnejši režim, da ta možnost obstaja v zakonu. /.../ Kar se tiče vprašanja izhodov, je bilo že, ali smejo v času bivanja na varovanem oddelku iti na izhod in podobno /.../ in spustiti v domače okolje. /.../ Seveda se s tem potem prenaša odgovornost na drugega oziroma na njih ne.*

Kljub pravni jasnosti glede tega vprašanja je predstavnik varuha človekovih pravic 1 potrdil, da je izziv v izvedbenem delu.

Razprava se je dotaknila tudi primerov, ko želi zavod premestiti stanovalca ven, vendar temu nasprotuje izvedenec.

> *Dom oziroma zavod ga lahko kadarkoli premesti. /.../ Kljub celo sodni odločbi* (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

> *Tako kot je recimo določeni zavodi, vsaj ti, ki imajo veliko postopka, tako kot recimo posebni zavodi, oni to kar, recimo Hrastovec jih stalno premešča pač na varovane oddelke, pa potem nazaj na odprte* (predstavnik varuha človekovih pravic 2).

> *Tako da tu lahko kadarkoli spremenijo, niti ne spremenijo odločitev, seveda, kot smo prej ugotavljali, je potem odgovornost na njih, a ne* (predstavnik varuha človekovih pravic 1).

4.6 Razmišljanje o alternativah

Zadnja tematika preusmerja pozornost z obstoječih predpisov in trenutnih praks na možnosti za alternative sedanjemu institucionalnemu modelu, zlasti s poudarkom na storitvah, ki temeljijo na skupnosti.

V praksi se zdi, da so alternativne ureditve v Sloveniji zelo redke in redko uporabljene. Intervjuvanci, zlasti sodniki, so s tega vidika izrazili pomisleke glede samega normativnega okvira. Menijo, da zakon zaradi svoje dvoumne in nepreskriptivne narave teoretično dopušča alternativne ukrepe, ki niso izrecno opredeljeni. Zakon poudarja načelo *ultima ratio*, namestitev v socialnovarstveni zavod mora biti skrajni ukrep, kar kaže na odprtost za alternativne možnosti. Vendar te alternative v pravnem besedilu niso jasno opredeljene.

Edini (milejši) alternativni ukrep sodišča, ki ga zakon izrecno ureja, je nadzorovana obravnava, mehanizem, ki naj bi odražal trend deinstitucionalizacije, saj ponuja manj prisilno možnost kot prisilna oziroma nekonsenzualna namestitev v socialnovarstveni zavod. Vendar so intervjuvanci kritizirali učinkovitost nadzorovane obravnave in navajali sistemske težave, kot so kratki roki in pomanjkanje preglednosti. Soglasno so se strinjali, da je nadzorovana obravnava, kot se trenutno izvaja, neučinkovita.

> *Nadzorovana obravnava je ta hibridni institut. V resnici je uspešna samo, če jo oseba vsaj približno sprejema. Sicer pa smo končali na prvem obisku* (sodnik 3).

> *Ja, v bistvu mi govorimo o milejših ukrepih, kjer gre malo tudi na sodelovanju osebe, sposobnost sodelovanja je avtomatično vezana na neko soglasje, saj mora oseba tudi to sprejemati, da je to izvedljivo, a ne, ko pa ga prisilim v neko dejavnost, tudi če jo jaz sama po sebi štejem za milejšo, sem pa uporabila prisilna sredstva, to pa je pol. Zato je tudi nadzorovana obravnava ostala kot sodni postopek, čeprav v resnici, če jo oseba ne sprejme, pa z njo ne soglaša, potem je brez veze, da jo sploh damo. To smo potem sam preložili* (sodnik 3).

Sodniki so torej nadzorovano obravnavo opisali kot neučinkovit hibridni ukrep, ki kljub svoji sporazumni osnovi še vedno vključuje element sodne prisile. Zakon predpostavlja, da so alternativni ukrepi, zlasti milejši, v veliki meri odvisni od posameznikove pripravljenosti za sodelovanje. Vendar pa to *de facto* zanašanje na privolitev pogosto zmanjšuje učinkovitost ukrepa, kar je poudaril tudi izvedenec psihiatrične stroke, ki je dejal, da je na koncu izvajanje še vedno odvisno od pripravljenosti posameznika na zdravljenje, ki v nobenem primeru ne sme biti prisilno.

Sodniki so tudi poudarili, da bi moralo izvajanje alternativ prisilni namestitvi v socialnovarstveni zavod – ob ohranitvi statusa ukrepa *ultima ratio* – potekati zunaj sodišč. Z drugimi besedami, vloga sodstva ne bi smela biti opredelitev ali preučitev možnih alternativ.

Pač pa bi bilo treba te alternative izčrpati pred začetkom sodnega postopka, kar bi v celoti odražalo naravo *ultima ratio* takega ukrepa.

> *Jaz mislim, da ja, sodišče naj bo skrajna možnost, ampak ne skrajna možnost, da sodišče potem išče milejše, ampak naj bodo milejše možnosti izčrpane, preden sploh pride do sodišča. Ker, ko v bistvu zdaj dobivamo mi predloge, tudi, ne vem, obupanih posameznikov, ki so do zdaj nekako še zmogli skrb doma, a ne, zdaj pa oni ne vidijo več, kaj bi še bila opcija in je naslednji korak takoj sodišče, ni bilo neke vmesne faze, ki bi mogoče zajela posameznike, preden smo v sodni obravnavi, ker v sodni obravnavi pa jaz več teh manevrskih prostorov nimam* (sodnik 3).

Poleg tega se tu vnovič pojavljajo vprašanja, obravnavana v prejšnjih razdelkih, kot so pomanjkanje izčrpnih evidenc in sistemski izzivi, s katerimi se soočajo sodniki. Intervjuvanci se strinjajo, da je pravna odprtost in ne »pretirana normativnost« dobra stvar, ki pušča prostor za možne alternative, vendar morajo biti te ustrezno opredeljene – ne nujno v zakonu.

Pomanjkanje ustreznih evidenc o razpoložljivih alternativah otežuje postopek odločanja, zlasti pod pritiskom kratkih rokov. Sodniki so poudarili potrebo po dobro vzdrževani, posodobljeni evidenci razpoložljivih alternativ in programov, ki bi jo bilo mogoče takoj uporabiti v nujnih primerih, ne pa da je dostopna šele po nekaj mesecih.

Hkrati so še izpostavili, da je treba vnaprej predvideti in implementirati alternative institucionalizaciji, da bi se izognili situaciji, ko je ukrep prisilne namestitve črtan iz zakona, ni pa predvidenih drugih ukrepov in je oseba preprosto poslana domov k svojcem.

Pri splošnejši razpravi o deinstitucionalizaciji kot idealu so vsi deležniki menili, da je sistem deinstitucionalizacije sicer mogoč, vendar morda ne bo primeren za vse, ki so trenutno zadržani v socialnovarstvenih zavodih. Večina je izrazila podporo alternativam institucionalizaciji, čeprav so jih nekateri obravnavali kot nekoliko utopične.

Večina je poudarila, da je popolna odprava zadržanja za socialno oskrbo in institucij na splošno nerealna, zlasti za najtežje primere – tiste, ki ne morejo izraziti soglasja ali odločati o svoji oskrbi. Menili so, da nekateri posamezniki resnično potrebujejo stalno in specializirano oskrbo, ki je ni mogoče zagotoviti v domačem okolju. Vendar pa bi lahko bila masa teh primerov potencialno veliko manjša, kot je trenutno. Anketiranci so menili, da bi lahko za veliko večino institucionaliziranih oseb poskrbeli drugje, nekateri so domnevali, da za 80 odstotkov njih.

Ja, jaz mislim, da je večina sprejemov proti volji nepotrebnih in da bi bilo veliko večino teh stanj mogoče obvladati z eno ustrezno obravnavo v skupnosti, če bi bila pravočasna. Ne dvomim v to (izvedenec psihiatrične stroke).

Po mnenju deležnikov je ena od večjih ovir finančna plat.

[opisujoč razlike med decentralizacijo in deinstitucionalizacijo] To je pa recimo potem verjetno res deinstitucionalizacija, ampak tukaj je spet vrsta težav. Prva in bistvena je seveda, da stvar verjetno ni poceni, ker je potem vsakemu posamezniku treba namesto, da ti, ne vem, z določenim številom zaposlenih vse urediš na nekem mestu, moraš zdaj zagotavljati te podporne storitve po celi Sloveniji, recimo v tistih okoljih, iz katerih konkretni posamezniki prihajajo (predstavnik varuha človekovih pravic 2).

Vse je stvar denarja. In razporejanje tega denarja, upravljanje s tem denarjem, kaj so prioritete? (sodnik 5).

Več sogovornikov je izrazilo zaskrbljenost glede zmožnosti države, da dodeli potrebne vire – tako finančne kot kadrovske – za podporo takšnim alternativam. Eden od sodnikov je pripomnil:

Ideal je vedno dosegljiv. Vprašanje je, kaj je tisto, ki ga dela realnega oziroma uresničljivega v vsakdanjem življenju. Vsak posameznik bi lahko živel v domačem okolju z ustrezno podporo, ampak nekje se potem potegne črta. Če je ta podpora nadaljnjih deset oseb, ki so v bistvu posvečene temu, da, ne vem, nadomeščajo odsotnosti, da zagotavljajo štiriindvajseturno oskrbo, da skrbijo za telesne potrebe, za usmerjanje, za spodbujanje in za pač najprej ugotavljanje želja in potem doseganje želja tega posameznika, a ne. Potem verjetno se nekje postavi omejitve, zdaj ali kadrovske ali finančne ali zakonske (sodnik 3).

Toda nekateri so nasprotovali mnenju, da je denar edina ovira:

Jaz mislim, da je naša zaveza k deinstitucionalizaciji izjemno neresna in mislim, da vse govori … da že samo pregled podatkov o tem, koliko finančnih sredstev gre v institucionalne oblike oskrbe in koliko v skupnostne oblike oskrbe, pove vse o tem. Kljub temu da smo začeli že z reformo 2018 z nacionalnim programom duševnega zdravja, da smo se zavezali k temu, da bomo pač okrepili te oblike obravnave na primarni ravni. Zdaj seveda, če pogledate financiranje, vidite, da gre seveda v to, te oblike obravnave vendarle bistveno manjši del sredstev kot v institucionalne oblike obravnave. Zdaj ta hec, ne, jaz bom tako rekel, ki se pa dogaja s temi projekti, s temi evropskimi sredstvi za deinstitucionalizacijo, ki se že tretje obdobje zapored vlaga v institucije, je pa zame na meji spodobnega. Ker je, ker gre vedno znova za financiranje institucij, ki naj bi same sebe razgradile, kar je seveda povsem brez haska, a ne (izvedenec psihiatrične stroke).

In seveda, če je prioriteta korupcija ne, potem se konča na, potem korupcijo občutijo najšibkejši člani /.../ družbe. In ta sloj, ta, hvala bogu, manjšina duševno prizadetih so gotovo najšibkejši člen te družbe. Ti ne bodo šli protestirat, nimajo te moči, ne finančne ne politične ne družbene, nikakršne, in na teh se da šparati, če tako rečem, tisto, kar se prišpara, pa vem, pa tako rekoč dnevno vidimo, kam gre, ane? In tudi tu se kaže, kako zelo, kako družba, ki je, kjer se s korupcijo ne spopada /.../, je nujno zelo nesocialna in groba do, ne samo do nas, bi rekel, povprečnih, ampak /.../ do teh najbolj. In to se ravno opaža pri teh (sodnik 5).

Ne glede na širšo načelno podporo deinstitucionalizaciji pa so sogovorniki bili mnenja, da deinstitucionalizacija določenega omejenega števila oseb ni izvedljiva. Pogosto so to ravno osebe, ki so bile nameščene v socialnovarstveni zavod.

/.../ ko govorimo s predstavniki nevladnih organizacij o deinstitucionalizaciji, oni ponavadi rečejo, dajmo začeti pri varovanih oddelkih, ker če bo tam šlo, potem bo tudi vse ostalo šlo /.../. Ampak jaz mislim, da recimo tudi to, kar se je prej omenjalo, kar je [oseba] omenjal, recimo to vprašanje prezasedenosti, če bi mi začeli recimo pri odprtih oddelkih, pri tistih stanovalcih, ki so res sposobni se vrniti skupnost, bi verjetno v obstoječih institucijah dobili zadosti prostora, da bi tudi, ne vem, mogoče tisti, ki potrebujejo pa malo več pozornosti, malo več varovanja, recimo [to dobili] (predstavnik varuha človekovih pravic 2).

In res mislim, pri več kot štiridesetih letih izkušenj lahko dam roko v ogenj, obstajajo nekatera stanja, pri katerih pa verjetno to ne bi bilo mogoče (izvedenec psihiatrične stroke).

Prav tako je bila večkrat poudarjena nuja, da se je treba vselej posvetovati s stroko, zlasti s psihiatri, sploh v zvezi z morebitnim uvajanjem alternativ sedanjim praksam. Sogovorniki so poudarili, da pravniki v primerih, ki vključujejo socialnovarstvene zavode, ne morejo delovati samoinicativno. Zaradi svojega omejenega strokovnega znanja na tem specializiranem področju se morajo zanašati na spoznanja drugih strokovnjakov, pa čeprav so vzpostavljene morebitne konvencije in smernice.

Na konkretnejše vprašanje o možnosti uvedbe alternativ, kot so stanovanjske skupnosti ali okrepljena podpora posameznikom, in o tem, ali bi jih izvedenci in sodniki sprejeli, so se pojavili zanimivi odgovori, ki so breme in odgovornost takšnega preskoka preložili popolnoma v roke izvedencev, s čimer smo se vrnili k eni od izhodiščnih tem diskusije: kdo pravzaprav odloča v sicer pravno zelo formalnih postopkih.

Sodniki bi sigurno, jaz sem prepričan, mislim, seveda! Zdaj, tule je ključno izvedensko mnenje. Saj veste, ne, mimo izvedenjskega mnenja mi ne moramo iti. Ne? Ker nismo ... Zdaj, če on reče ne, ne bo, ne, ni možno dovolj zavarovati, to ne zadošča, toliko je agresiven, toliko je pol. Seveda noben sodnik ne bo šel

proti takemu izvedenskemu mnenju, ker v bistvu na koncu je osebna in mislim, da je tako težko /.../. Ne bo, a veste, vsi se bojijo, da ne bo. Mislim, bojiš se /.../ (sodnik 2).

Treba je tudi vedeti, da mi seveda tukaj lahko gledamo, kaj določajo konvencije, mi lahko pogledamo, kaj govorijo tudi recimo mednarodni nadzorni organi /.../, na podlagi svojih obiskov, ampak mi smo pač pravniki. Z nami sicer ob naših obiskih, se pravi, državnega preventivnega mehanizma, sodelujejo tudi zunanji izvedenci. Od njih dobimo določene, recimo določena strokovna mnenja, ampak mi smo pač pravniki in mi težko sodimo, ali nekdo potrebuje varovanje in kako se bo obnesel recimo, oziroma ali je nevaren sebi ali pa komu drugemu, če ga preselimo na odprt oddelek ali pa celo v skupnost in tu kdaj bojo ta vprašanja oziroma na ta vprašanja bo morala dati odgovor stroka, tako da tukaj tudi mi lahko v precejšnji meri samo stroki sledimo oziroma na nek način ji moramo tudi zaupati, da dela v dobro teh posameznikov (predstavnik varuha človekovih pravic 2).

Čeprav torej intervjuvanci v splošnem podpirajo razvoj alternativ, so izrazili dvome o njihovi izvedljivosti v trenutnem sistemu. Ključne ovire, ki jih zaznavajo, so pomanjkanje institucionalne podpore, finančne omejitve in razkorak med pravnimi zahtevami ter dejanskimi možnostmi za implementacijo.

4.7 Sklep

Analiza intervjujev z deležniki, vključenimi v postopke prisilne namestitve, razkriva vrzel med normativno ureditvijo in njenim izvajanjem v praksi. Čeprav zakonodaja zagotavlja formalno strukturo za zaščito pravic posameznikov, se pri njeni implementaciji pojavljajo tako vsebinske kot postopkovne težave.

Ključno vprašanje ostaja interpretacija kriterija »hujšega ogrožanja«, ki naj bi upravičevalo prisilno namestitev. Sodniki ugotavljajo, da se ta standard pogosto uporablja (pre)široko in premalo natančno, pri čemer se odločitve naslanjajo na izvedenska mnenja brez zadostne konkretizacije dejanskih okoliščin.

Sistemske težave, kot sta pomanjkanje ustreznega kadra in omejeno število izvedencev, dodatno otežujejo zagotavljanje pravičnih postopkov. Zaradi sistemskih težav, kot sta pomanjkanje ustreznega kadra in omejeno število izvedencev, je še toliko težje zagotoviti poštene postopke. Izvedenci imajo v teh postopkih ključno vlogo, saj njihova ocena pogosto odloča o usodi posameznika. Nekateri intervjuvanci pa so izrazili skrb, da je vpliv izvedencev morda prevelik, saj njihova mnenja v praksi pogosto niso podvržena kritični analizi ali izpodbijanju. Hkrati je bila izpostavljena tudi pasivna vloga odvetnikov in drugih udeležencev v postopkih. Čeprav bi pravna zastopanost morala zagotavljati dodatno zaščito pravic

posameznikov, intervjuji nakazujejo, da v praksi odvetniki pogosto ne izpodbijajo izvedenskih poročil in ne prispevajo k zagotavljanju bolj poglobljene presoje posameznih primerov. To slabi postopkovno zaščito in prispeva k odločitvam, ki morda ne odražajo v celoti zapletenosti posameznikovega položaja.

Pomanjkanje ustreznih prostorov te težave še poslabšuje. Zaradi velike prezasedenosti socialnovarstvenih zavodov se sodišča zatekajo k določanju začasnih namestitev v psihiatrične bolnišnice, čeprav so te ustanove namenjene akutnemu zdravljenju in ne dolgoročni socialni oskrbi. Sodniki se torej soočajo z velikimi izzivi pri odločanju, kam namestiti posameznike, če ni prostih mest, zato se nekateri intervjuvanci zavzemajo za prehodne institucije, ki bi zapolnile to vrzel, vendar so konkretne rešitve še vedno omejene. Takšne čakalne dobe – zlasti za posameznike, ki med čakanjem na namestitev ostanejo doma, spodkopavajo razloge za namestitev v institucionalno varstvo ter sprožajo pravne in etične pomisleke.

Čeprav večina intervjuvancev priznava potrebo po iskanju alternativ prisilni namestitvi, se v razpravah pojavlja opazna zadržanost do konkretnih sprememb. Posebej izrazit je strah pred alternativami, če v njih ne bi sodelovala psihiatrična stroka. Ta zadržanost nakazuje, da je kakršna koli reforma sistema močno odvisna od soglasja med pravnimi in medicinskimi deležniki.

Iz teh ugotovitev izhaja, da zakonodajni okvir sam po sebi ne zagotavlja učinkovitega varstva pravic, če ni ustreznih sistemskih pogojev za njegovo izvajanje. Brez okrepljene vloge odvetnikov, večje transparentnosti izvedenskih ocen, boljšega nadzora nad razpoložljivostjo namestitvenih kapacitet in bolj sistematičnega pristopa k obravnavi alternativ bo težko zagotoviti postopke, ki bi v praksi resnično sledili temeljnim načelom pravičnosti in zaščite človekovih pravic.

4.8 Med pravom in prakso: ključna spoznanja in priporočila

V tem poglavju smo obravnavali pravne vidike prisilne namestitve na varovane oddelke socialnovarstvenih zavodov skozi tri ključne vidike: pregled obstoječe literature, analizo pravnega okvira in vpogled v stališča deležnikov. Pri tem smo osvetlili večplastne izzive, ki izhajajo iz normativne ureditve in njenega izvajanja v praksi.

4.8.1 Razhajanja med mednarodnimi in nacionalnimi pravnimi standardi

Ena osrednjih ugotovitev analize je neskladje med mednarodnimi pravnimi standardi in slovensko zakonodajo. Medtem ko Konvencija o pravicah invalidov (MKPI) zagovarja popolno odpravo prisilne institucionalizacije in njeno nadomestitev s skupnostnimi oblikami oskrbe, Evropska konvencija o človekovih pravicah (EKČP) še vedno dopušča odvzem prostosti zaradi duševne motnje pod določenimi pogoji. Ta konflikt se odraža tudi v slovenski zakonodaji, ki po eni strani sledi zahtevam EKČP in sodni praksi ESČP, hkrati pa se le deloma odziva na priporočila Odbora MKPI. Kljub tem razlikam pa tudi ESČP v zadnjih odločbah postopoma premika svojo prakso proti strožjim omejitvam prisilne namestitve.

V tem kontekstu si ne moremo zamisliti, da bi lahko kot pravniki zagovarjali stališča, da Slovenija lahko ignorira zahteve MKPI. Takšno stališče bi bilo v nasprotju s temeljnimi načeli pravne države, ki vključujejo spoštovanje mednarodnih obveznosti in razvoj človekovih pravic. Ne gre le za vprašanje skladnosti z mednarodnim pravom, temveč tudi za vprašanje temeljnih vrednot pravnega sistema, ki mora delovati v smeri večje zaščite posameznikov in ne samo v smeri administrativnega ohranjanja obstoječega stanja.

Čeprav se zdi, da popolna odprava prisilne namestitve trenutno morda ni politično ali sistemsko izvedljiva, bi Slovenija morala sprejeti odločnejše korake vsaj v smeri njenega postopnega zmanjševanja. Pri tem ne gre le za (mednarodno)pravno zahtevo, temveč za nujen razvoj sistema, ki bi bil bolj osredotočen na zaščito pravic posameznikov in iskanje alternativnih rešitev.

4.8.2 Ključne težave v praksi in potreba po reformi

Intervjuji z deležniki so pokazali, da se tudi tisti, ki trenutno izvajajo sistem prisilne namestitve, strinjajo, da večina oseb, ki so danes nameščene na varovane oddelke, tja ne bi sodila, če bi obstajale ustrezne alternative. Trenutno pa se pogosto dogaja, da prisilna namestitev ostaja edina možnost zaradi pomanjkanja drugih oblik oskrbe. S tem se ne le zmanjšuje možnost spoštovanja mednarodnih standardov, temveč se ustvarja tudi sistem, ki ni optimalen niti za osebe, ki so nameščene na varovane oddelke, niti za institucije, ki te ukrepe izvajajo.

Med ključnimi praktičnimi težavami so:

- Široka interpretacija kriterija ogroženosti, ki omogoča, da so osebe nameščene na varovane oddelke brez zadostne individualizacije njihovega položaja.

- Prevelik vpliv izvedencev, katerih ocene so pogosto nekritično sprejete, ne da bi jih odvetniki ali sodniki temeljiteje preizpraševali.
- Pasivna vloga odvetnikov, ki bi morali igrati ključno vlogo pri varstvu pravic posameznikov, a pogosto ne delujejo aktivno v postopkih, tudi zaradi sistemskih razlogov, ki uokvirjajo njihov položaj.
- Pomanjkanje kadra in sistemske omejitve, ki otežujejo temeljito presojo primerov in vodijo k rutinskemu odločanju.
- Netransparentnost pri nameščanju oseb, saj pogosto ni jasnih informacij o tem, kje so prosta mesta in kakšna je kakovost oskrbe v različnih zavodih.
- Prezasedenost socialnovarstvenih zavodov, ki vodi do spornih praks, kot je odlaganje namestitve, dokler se ne sprostijo kapacitete. Zaradi tega so posamezniki začasno nastanjeni v psihiatričnih bolnišnicah, ki so zato prav tako prezasedene, ali na domu, kar pa vzbuja pomisleke o nujnosti kasnejše namestitve v socialnovarstveni zavod.
- Pomanjkanje ustreznih alternativ.

V tem okviru je jasno, da samo ohranitev trenutnega stanja ni vzdržna rešitev. Če že ni mogoče takoj doseči popolne odprave prisilne namestitve, je nujno vsaj izboljšanje sistema v dveh ključnih vidikih.

Prvi mora biti razvoj alternativ, ki bodo imele kredibilnost med deležniki. Razprave so pokazale, da bi bili sodniki, zdravstveni strokovnjaki in drugi akterji bolj pripravljeni podpreti alternativne modele, če bi zanje obstajalo jasno zagotovilo, da bodo učinkoviti in varni. V ta namen bi morali biti oblikovani preizkusni programi, ki bi postopoma nadomestili obstoječo prakso in omogočili premik k bolj vključujočim oblikam oskrbe.

Drugi premik zajema izboljšanje postopkov v vseh vidikih, ki so bili izpostavljeni kot problematični, in vključuje okrepitev sodnega nadzora, bolj aktivno vlogo odvetnikov, omejevanje vpliva izvedencev in večjo preglednost celotnega sistema.

Zaključimo lahko, da Slovenija ne le, da bi morala, temveč bi tudi lahko naredila odločnejše korake k večji zaščiti pravic posameznikov, ki so podvrženi prisilni namestitvi. Z razvojem alternativ in izboljšanjem postopkov bi lahko ustvarila sistem, ki bi bil hkrati bolj skladen z mednarodnimi standardi in bolj učinkovit v praksi. Brez teh sprememb bo trenje med slovensko zakonodajo in mednarodnimi obveznostmi le še naraščalo, hkrati pa bo ostal odprt problem pravne in etične upravičenosti trenutnega sistema.

4.9 Viri

Aggerholm v. Danski, 45439/18 (15. 9. 2020).

Akther, S. F., Molyneaux, E., Stuart, R., Johnson, S., Simpson, A. & Oram, S. (2019). Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: Systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*, *5*(3), e37. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.19

Alfandari, R., Taylor, B. J., Baginsky, M., Campbell, J., Helm, D., Killick, C., Mccafferty, P., Mullineux, J., Shears, J., Sicora, A. & Whittaker, A. (2022). Making Sense of Risk: Social Work at the Boundary between Care and Control. *Health, Risk & Society*. https://doi.org/10.1080/13698575.2022.2147904

Dawson, J. (2003). Choosing Among Options for Compulsory Care. V *Involuntary Detention and Therapeutic Jurisprudence* (str. 133–153). Routledge.

Foucault, M. (1991). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Penguin Books.

Freckelton, I. (2003). Involuntary Detention Decision-Making, Criteria and Hearing Procedures: An Opportunity for Therapeutic Jurisprudence in Action. V *Involuntary Detention and Therapeutic Jurisprudence* (str. 293–337). Routledge.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essay on the social situation of mental patients and other inmates* (Reprinted). Penguin Books. https://plus.cobiss.net/cobiss/si/sl/bib/323202

Gooding, P. (2021). Mind the Gap: Researching 'Alternatives to Coercion' in Mental Health Care. V C. Sunkel, F. Mahomed, M. A. Stein & V. Patel (Ur.), *Mental Health, Legal Capacity, and Human Rights* (str. 273–287). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108979016.021

Gooding, P., McSherry, B., Roper, C. & Grey, F. (2018). *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*. Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.

Johnson, K. & Tait, S. (2003). Throwing Away the Key: People with Intellectual Disability and Involuntary Detention. V *Involuntary Detention and Therapeutic Jurisprudence* (str. 505–527). Routledge.

Kadile, L. (2023). Health Care Decisions in Social Care Settings: General Regulation and Interpretation in Cpt's Jurisprudence. *Medicine, Law & Society*, *16*(1), Article 1. https://doi.org/10.18690/mls.16.1.1-24.2023

Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnjih svoboščin – Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, podpisana 4. novembra 1950 v Rimu. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_ENG

Laureano, C. D., Laranjeira, C., Querido, A., Dixe, M. A. & Rego, F. (2024). Ethical Issues in Clinical Decision – Making about Involuntary Psychiatric Treatment: A Scoping Review. *Healthcare*, *12*(4), 445. https://doi.org/10.3390/healthcare12040445

Legemaate, J. (2003). The Rights of Involuntarily Admitted Psychiatric Patients: European Developments. V *Involuntary Detention and Therapeutic Jurisprudence* (str. 75–91). Routledge.

Lynch, M. (2019). Focally Concerned About Focal Concerns: A Conceptual and Methodological Critique of Sentencing Disparities Research. *Justice Quarterly*, *36*(7), 1148–1175. https://doi.org/10.1080/07418825.2019.1686163

M. S. v. Hrvaški, 75450/05 (19. 2. 2015).

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2014). Akcijski program za invalide 2014–2021. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/Invalidi/API-2014-2021/API_2014_2021.pdf

Odločba Ustavnega sodišča (2019). Št. U-I-477/18-19. Republika Slovenija, Ustavno sodišče, 2. julij 2019.

Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije (2009). Sprejet na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve, v veljavi od 15. decembra 2009.

Priporočilo 2158 (2019). Sprejeto od Parlamentarne skupščine Sveta Evrope 26. junija 2019 na 23. zasedanju.

Priporočilo št. REC(2004)10 Odbora ministrov državam članicam o varstvu človekovih pravic in dostojanstva oseb z duševnimi motnjami in njegov obrazložitveni memorandum. Sprejeto od Odbora ministrov 22. septembra 2004 na 896. zasedanju namestnikov ministrov. https://rm.coe.int/rec-2004-10-em-e/168066c7e1

Resolucija 2291 (2019). Sprejeta od Parlamentarne skupščine Sveta Evrope 26. junija 2019 na 23. zasedanju. https://pace.coe.int/en/files/28038/html

Richardson, G. (2003). Involuntary Treatment: Searching for Principles. V *Involuntary Detention and Therapeutic Jurisprudence*. Routledge.

Rooman v. Belgiji, 18052/11 (31. 1. 2019).

Sashidharan, S. P., Mezzina, R. & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *28*(6), 605–612. https://doi.org/10.1017/S2045796019000350

Scull, A. (2016). *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton University Press.

Series, L. (2022). *Deprivation of Liberty in the Shadows of the Institution* (1. izd.). Bristol University Press. https://doi.org/10.2307/j.ctv2fjwpsp

Shtukaturov v. Rusiji, 44009/05 (27. 3. 2008).

Sklep Vrhovnega sodišča (2020). Št. II Ips 45/2020. Republika Slovenija, Vrhovno sodišče, 21. avgust.

Sklepne ugotovitve o uvodnem poročilu Slovenije. (2018). Odbor za pravice invalidov, 16. april. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FSVN%2FCO%2F1&Lang=en

Smernice o deinstitucionalizaciji. (2022). Odbor za pravice invalidov, 9. september. https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpdc5-guidelines-deinstitutionalization-including

Smernice o pravici invalidov do svobode in varnosti – The Guidelines on the right to liberty and security of persons with disabilities. Sprejete od Odbora za pravice invalidov na 14. seji 17. avgusta–4. septembra 2015.

Splošen komentar št. 1.–12. člen: Enakost pred zakonom – General Comment No. 1 – Article 12: Equal recognition before the law. Obljavljen s strani Odbora za pravice invalidov 19. maja 2014.

Splošen komentar št. 5 o neodvisnem življenju in vključenosti v skupnost – General comment no. 5 on living independently and being included in the community. Objavljen od Odbora za pravice invalidov 27. oktobra 2017. https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no5-article-19-right-live

Stankov v. Bolgariji, 25820/07 (17. 3. 2015).

Szmukler, G. (2015). Compulsion and “coercion” in mental health care. *World Psychiatry*, *14*(3), 259–261. https://doi.org/10.1002/wps.20264

Szmukler, G. (2020). Involuntary Detention and Treatment: Are We Edging Toward a “Paradigm Shift”? *Schizophrenia Bulletin*, *46*(2), 231–235. https://doi.org/10.1093/schbul/sbz115

Talukdar, S. (2021). Undisclosed probing into decision-making capacity: A dilemma in secondary care. *BMC Medical Ethics*, *22*(1), 100. https://doi.org/10.1186/s12910-021-00669-5

Twigg, J. (2000). *Bathing—The Body and Community Care* (1st edition). Routledge.

Ustava Republike Slovenije (URS) (1991). Ur. l. RS 33/91.

V Češki republiki, 26074/18 (7. 12. 2023).

Vine, R. (2003). Decision-Making by Psychiatrists about Involuntary Detention. V *Involuntary Detention and Therapeutic Jurisprudence* (str. 113–132). Routledge.

Wacquant, L. (2009). *Punishing the poor: The neoliberal government of social insecurity*. Duke University Press.

Winterwerp v. Nizozemski, 6301/73 (24. 10. 1979).

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) (2008). Ur. l. RS 77/08.

Zakon o nepravdnem postopku (ZNP-1) (2019). Ur. l. RS 16/19.

Zakon o osebni asistenci (ZOA) (2017). Ur. l. RS 10/17.

Zakon o sodiščih (ZS) (1994). Ur. l. RS 94/07.

Zaviršek, D. (2018). *Skrb kot nasilje*. Založba /*cf. https://plus.cobiss.net/cobiss/si/sl/bib/294022144

5 RAZLOGI ZA IN VZORCI NAMEŠČANJA NA VAROVANE ODDELKE (Darja Tadič in Alina Bezlaj)[18]

5.1 Uvod

Namen tega poglavja je ugotoviti, kakšne so značilnosti skupnosti, ki ima, hoče in uporablja varovane oddelke. Spoznanja tega poglavja so lahko izhodišče za razmislek o tem, kako naj se skupnost preobrazi, da ne bo potrebovala, ne bo želela in niti ne bo uporabljala varovanih oddelkov. Cilj tega poglavja je zato izdelati zemljevid dejavnikov, ki usmerjajo skupnost k namestitvam oseb na varovane oddelke. Osrednje vprašanje**,** na katerega odgovarjamo v tem poglavju, je: »Kateri dejavniki spodbujajo nameščanje ljudi na varovane oddelke?«

Ena od naših predpostavk pri snovanju, kako raziskati to vprašanje, je bila, da na varovanih oddelkih ljudje bivajo (tudi) zato, ker jih skupnost tja »pošilja« – zato moramo za ukinjanje ali preobrazbo varovanih oddelkov razumeti, kako se ti oddelki sploh polnijo, da bi od tu lahko črpali tudi ideje, kako to polnjenje ustaviti. Enostavneje zapisano: če bi želeli, da so varovani oddelki prazni, potem moramo znati prekiniti dotok ljudi vanje. Želeli smo razumeti pogon, ki na različnih ravneh družbenega življenja prispevka k nameščanju ljudi v varovane oddelke. Zanimalo nas je, zakaj ljudje odhajajo na te oddelke. Pri tem se nismo osredotočali na predpise in formalne pogoje za prihod oseb na varovane oddelke, pač pa nas je bolj sociološko navdihnjeno zanimalo, katere značilnosti družbenega življenja spodbujajo (in katere zavirajo), da se varovani oddelki kažejo kot potrebni, koristni ali smiselni kraji v družbeni pokrajini.

Na ta vprašanja smo najprej odgovore iskali v obstoječi znanstveni in strokovni literaturi. V nadaljevanju predstavimo rezultate opravljenega empiričnega raziskovanja. V zaključku poglavja, ki sledi, predstavljamo pridobljena spoznanja.

5.2 Pregled literature o namestitvah na varovane oddelke

Izraz »varovani oddelek« je po svoji osnovi administrativen, pravnoformalen. Značilen je specifično za slovensko *pravnoformalno* ureditev področja duševnega zdravja, saj so ravno predpisi in administrativni zapisi tisti, ki ta izraz prvotno uvajajo v slovenski prostor, medtem

[18] K nastanku poglavja so z zbiranjem podatkov v okviru študij primerov prispevale tudi Živa Jakoš, Neja Ferbežar in Špela Razpotnik. Soavtorici in soavtor razdelka »Intervjuji s strokovnjaki_njami, ki sodelujejo pri odločanju o sklepih za namestitve« so Mojca Plesničar, Gal Prestor in Jasmina Arnež.

ko ga strokovna in znanstvena besedila začnejo uporabljati šele kasneje, da poimenujejo novonastale specifične prostore. V tem smislu je izraz »varovani oddelek« težje prevedljiv v strokovno ali znanstveno pojmovno polje, še posebej, kadar skušamo njegove sopomenke iskati v neslovenski literaturi. Iskanje obstoječe (domače in tuje) strokovne in znanstvene literature, ki lahko pomaga pri razumevanju pojma »varovani oddelek«, zato zahteva predhodno prevajanje izraza v strokovno-znanstvene pojmovne kategorije.

Osnova tega prevajanja je razumevanje ključnih vsebinskih postavk, na katere se izraz »varovani oddelek« sploh nanaša. Če izhajamo iz formalnopravnih opredelitev so varovani oddelki umeščeni v mrežo institucionalnih oblik storitev na področju duševnega zdravja in so po svojem načinu delovanja »zaprti« (prisilni), namenjeni pa so tistim ljudem s psihiatričnimi diagnozami, ki ogrožajo sebe, druge ali premoženje. V naštetih ozirih so varovani oddelki zelo sorodni zaprtim oddelkom psihiatričnih bolnic, vendar pa se od njih razlikujejo po tem, da niso namenjeni akutni obravnavi v obliki zdravljenja, pač pa naj bi omogočali »stalno oskrbo in varstvo«, nemalokrat kot dolgotrajnejša oblika nastanitve, zato so umeščeni v sistem socialnega (in ne zdravstvenega) varstva.

Če izhajamo iz tega, lahko izluščimo, da se iz splošne, celotne populacije ljudi v varovani oddelek lahko namesti samo določene ljudi, in sicer tiste, v zvezi s katerimi se izpolnijo naslednji pogoji:

a) osebe morajo najprej biti v kakšnem *stanju, ki ga je možno uvrstiti v kategorijo psihiatrične diagnoze*; nekdo pa v zvezi s to osebo nato *išče obravnavo v polju psihiatričnih storitev*, kjer *oseba dobi psihiatrično diagnozo*;
b) v zvezi s to osebo nekdo potem išče specifično obliko psihiatričnih storitev, in sicer *nastanitev v psihiatrično institucionalno okolje*;
c) v zvezi s to osebo mora priti do kakšnega *dogodka, v zvezi s katerim je možno trditi, da je bilo nekaj ali nekdo ogrožen* (življenje, zdravje ali premoženje);
d) na podlagi česar se nato (lahko) izvede postopek (*prisilne) nastanitve v zaprto* institucionalno okolje;
e) ob tem pa je za osebo podana še *ocena*, da v takšni nastanitvi potrebuje *stalno in dolgotrajnejšo* obliko obravnave v obliki *socialne oskrbe in varstva*.

Naštete pogoje si lahko predstavljamo tudi kot nekakšen »lijak«, katerega vrh predstavlja celotno populacijo ljudi v določeni družbi, dno lijaka pa predstavlja tisti ožji nabor oseb, ki se »iztekajo« v varovani oddelek. Našteti pogoji nameščanja oseb v varovane oddelke predstavljajo faze »odtekanja« v lijaku – predstavljajo točke, v katerih lahko iščemo dejavnike, ki spodbujajo ali pa zavirajo nameščanje ljudi v varovane oddelke. V nadaljevanju nas bodo podrobneje zanimale prav te točke in z njimi povezani dejavniki.

5.2.1 Dejavniki, ki so povezani z nastankom psihosocialnih stisk in pridobitvijo psihiatrične diagnoze

Prvi pogoj za namestitev osebe na varovani oddelek je, da mora biti ta oseba v stanju, ki ga je možno uvrstiti v kategorijo psihiatrične diagnoze – da doživlja nekakšno vrsto duševne, ali bolje, psihosocialne stiske. Raziskave kažejo, da so tveganja za nastanek (kompleksnejših) psihosocialnih stisk med ljudmi razpršena glede na to, s kakšnimi življenjskimi okoliščinami se ljudje srečujejo. Holmes in Rahe sta v 60-ih letih prejšnjega stoletja prva raziskovala (Muller idr., 2011) povezavo med življenjskimi dogodki in pojavnostjo stisk, ki jih danes imenujemo duševne stiske. S tem sta v znanstveno polje prva vnesla idejo, da nastanek psihosocialne stiske ni nekaj, kar pride v praznem prostoru, pač pa je vselej povezano tudi s tem, v kakšnih okoliščinah in razmerah oseba živi. Od tedaj se je področje raziskovanja življenjskih dogodkov in okoliščin, ki so bolj povezani z nastankom stisk in kriz na področju duševnosti, močno razvijalo in do danes so že številne študije pokazale, da k nastanku duševnih stisk pri ljudeh močno prispeva to, da se osebe soočajo z nenormativnimi življenjskimi dogodki in situacijami (Muller idr., 2011), z bolj spremenljivimi poklicnimi in družinskimi trajektorijami ter slabšimi tranzicijami med posameznimi življenjskimi fazami (npr. vračanje v faze, ki naj bi bile nepovratne, kot je vrnitev v stanje odvisnosti od staršev po delni in začasni samostojni življenjski poti). S tovrstnimi negotovimi življenjskimi poteki so močno povezane sodobne širše družbene razmere, ki jih označujejo individualizacija, pluralizacija in destandardizacija življenjskih potekov (Müller idr., 2011). Obenem pa je posebej pomembno, da nanizanim tveganim razmeram sodobne družbe niso vse družbene skupine izpostavljene na enak način. Osebe, ki so slabše integrirane v družine in skupnosti, so v splošnem slabšega duševnega zdravja (Pavalko, Harding in Pescosolido, 2007).

Predpogoj za to, da pa neka duševna/psihosocialna stiska postane psihiatrična težava, je to, da družbeno okolje razpolaga z diskurzom in idejo o obstoju bolezni takšnih vrst. Dejanja ljudi so namreč povezana s tem, kako ljudje vidijo naravo problema (Clausen in Yarrow, 1955). Človekovo zaznavanje izgubljanja pameti temelji na kulturno zasnovanih in družbeno vcepljenih stereotipih o pomenu simptomov (Goffman, 2019[1961]). Na kulturni ravni je posameznik »duševno bolan«, kadar njegovo vedenje preneha imeti takšno predvidljivost, ki je potrebna za njegovo umestitev v socialne enote, s katerimi je povezan – ko njegovo vedenje preseže običajna pričakovanja glede vedenja osebe v specifičnem socialnem položaju

(Hammer, 1963), in ko se njegovega vedenja obenem ne da uvrstiti v kakšne druge standardne kulturne kategorije deviantnega (npr. kriminal) (Gove, 2004). Vselej mora ob vedenju, ki je označeno kot deviantno, obstajati tudi nekakšna ocena oziroma opredelitev, da je vedenje deviantno na specifičen način – na način, ki ustreza kategoriji duševne bolezni (Denzint in Spitzer, 1966). Družbene institucije oblikujejo prav načine tovrstnih kategorizacij, s tem pa tudi karierne poti oseb, ki so etiketirane kot duševno bolne (Gove, 2004).

5.2.2 Dejavniki, ki spodbujajo oziroma zavirajo namestitve v psihiatrične institucije

Izmed vseh ljudi, ki v določeni družbi dobijo psihiatrično diagnozo, jih je le omejeno število kdaj v svojem življenju tudi hospitaliziranih. Področje psihiatrične obravnave in mesto bolnišnične obravnave se je v desetletjih spreminjalo. Nekdaj se je psihiatrična obravnava omejevala samo na institucionalno obravnavo, kamor so bile nameščene osebe s hudimi težavami, danes pa obstajajo razvejani sistemi različnih oblik psihiatrične obravnave (Gove, 2004), zato je treba ta širši »zemljevid« psihiatrične obravnave upoštevati tudi pri razumevanju dejavnikov, ki spodbujajo hospitalizacije (Gove, 2004).

Hospitalizacije so danes pogosto videne kot nekaj, do česar pride kot posledica neuspehov vseh ostalih poskusov in/ali prepričanja, da so drugi ukrepi neprimerni zaradi resnosti težave (Gove, 2004). V tem smislu lahko obstoj širokega in razvejanega sistema drugih oblik psihiatričnih storitev razumemo kot dejavnik, ki zavira rabo psihiatrične institucionalizacije kot oblike odzivanja, saj se osebe v stiskah najprej in prej usmerja v alternativne oblike podpore. Pri tem ključno vlogo igra vprašanje, v kolikšni meri ljudje sploh poznajo druge oblike pomoči (Clausen in Yarrow, 1955), ter kakšen je širši odnos družbe do tipa obravnave, ki ga izvajajo bolnišnice (Myers in Schaffer, 1954; Goffman, 2019[1961]), pa tudi, kakšna je ocena ljudi glede tega, ali bolnišnica pri njihovih težavah res lahko pomaga (Wood, Rakusin in Morse, 1960). Širšo rabo hospitalizacije tako lahko razumemo kot bolje dostopno nujno potrebno pomoč ljudem (in zato spodbujamo in iščemo načine za njeno lažjo dostopnost). Prav dostopnost zdravstvenih storitev je dejavnik, ki prispeva k hitrejšim hospitalizacijam (Goffman, 2019[1961]). Lahko pa hospitalizacijo v psihiatriji razumemo kot grožnjo, ki se ji skušamo v družbi izogniti – v to smer gredo raziskave, ki se trudijo razumeti, kako hospitalizacije preprečiti. Razvejan sistem izvenbolnišničnih psihiatričnih (in drugih) oblik storitev lahko deluje tudi obratno – v smislu, da spodbuja oziroma krepi tudi rabo bolnišnične obravnave in deluje kot dodatni podporni sistem bolnišničnemu. Goffman (2019[1961]) opozarja na primer na vse pomembnejšo vlogo

socialnovarstvenega sistema, katerega agenti in agencije so vpeti v procese napotovanja ljudi v institucionalno obravnavo. Več kot je »posrednikov«, oseb, ki v primerih duševnih stisk ukrepajo iz položaja strokovnjaka, več je možnosti, da se bo neko osebo »ulovilo« in na skrajni točki poslalo v institucijo (Goffman, 2019[1961]).

Na področje rabe institucionalnih oblik psihiatrične obravnave lahko vplivajo tudi širše institucionalne strukture v specifični družbi. Tako denimo statistike kažejo na vzporedno spreminjanje števila oseb v psihiatričnih bolnicah s številom namestitev v drugih institucijah: v domove za duševno bolne, domove za osebe, ki uporabljajo droge in alkohol, na oddelke in v bolnišnice za odvisnosti itd. (Gove, 2004), kar kaže na to, da se psihiatrično institucionalizacijo uporablja tudi glede na to, koliko se v družbi uporabljajo druge oblike institucionalizacije oseb. V raziskavi Hammer (1963) se je na primer pokazalo, da se je aretacijo in psihiatrično hospitalizacijo posebej intenzivno uporabljalo v kontekstih, ko sta bili to edina obstoječa načina, s katerima je bilo mogoče osebo takoj odstraniti iz danega socialnega okolja (Hammer, 1963).

Na rabo hospitalizacije pa lahko vpliva tudi širša medicinska doktrina na področju psihiatrije, v smislu trenutno prevladujočih pogledov na to, za koga in v katerih primerih je hospitalizacija primerna oblika zdravljenja. Ena od raziskav na tem področju (Mishler in Waxler, 1963) je pokazala, da so v bolnišnici prisotna implicitna in eksplicitna pravila glede sprejema pacientov v bolnišnično obravnavo in da so ta pravila delovala kot »presejalna« vhodna vrata, kjer je nastajala razlika med sprejetimi in zavrnjenimi pacienti.

Z vidika neposrednega vpliva na življenje hospitalizirane osebe pa namestitev v ustanovo lahko razumemo kot obliko izločitve osebe iz njenega siceršnjega socialnega okolja, zato so tudi dejavniki, ki prispevajo k takšni izločitvi, pomembno povezani z značilnostmi neposrednega socialnega okolja, v katerem oseba živi pred odhodom v institucijo (Linn, 1961). Za življenjske poteke oseb, ki so psihiatrično institucionalizirane, je bolj značilno, da so pogosteje samski ali pa nimajo trajnejših partnerskih vezi, pogosteje nimajo otrok in pogosteje nimajo izkušenj skupnega partnerskega življenja, pogosteje živijo sami ali pa s svojimi primarnimi sorodniki (Müller idr., 2011; Moodley in Perkins, 1991). Eden od dejavnikov, ki prej prispevajo k hospitalizaciji, je tudi slabši socialno-ekonomski položaj osebe (Myers in Schaffer, 1954; Goffman, 2019[1961]; Pavalko, Harding in Pescosolido, 2007). Za življenjske poteke oseb, ki se

soočajo s psihiatričnimi hospitalizacijami, je bolj značilno tudi, da so slabše integrirane na področju dela – imajo le kratka obdobja, ki jih preživijo na delu, ali pa sploh ne uspejo skozi tranzicijo iz faze izobraževanja v fazo zaposlitve (Müller idr., 2011) ali pa so nezaposleni (Moodley in Perkins, 1991). Odhod v institucionalno obravnavo vpliva na celotno življenjsko skupnost hospitalizirane osebe (Wood idr., 1960), zato odhode oseb v institucionalna okolja usmerja tudi ocena glede tega, kaj bo hospitalizacija prinesla družini (Wood idr., 1960). Teme, s katerimi se družine ukvarjajo pred odhodom družinskega člana v bolnišnico, so npr. vprašanje gospodarskih vidikov hospitalizacije specifičnega družinskega člana (Wood idr., 1960), pa tudi vprašanje, ali se je posameznik uspel vedenjsko prilagoditi na način, ki bi ustrezal osebam, ki so vedenje prvotno ocenile kot nesprejemljivo (Denzint in Spitzer, 1966).

5.2.3 Dogodki (prestopki), ki spodbujajo nastanitve v psihiatričnih institucijah

Moralna kariera (Goffman, 2019[1961]) osebe, ki bo kasneje pacient v bolnišnici, se večinoma začne z nekakšnim prestopkom zoper obstoječo ureditev »živih« odnosov. Oseba nekako moti socialne strukture, v katerih ima svoj socialni položaj (Hammer, 1963). Dogodek, ki deluje kot sprožilec hospitalizacije, mora biti javen (Denzint in Spitzer, 1966). Bolj kot je opazen, bolj pospešuje hospitalizacijo, saj prav opaznost prestopka osebe deluje kot kontingenca (Goffman, 2019[1961]). Te »motnje« socialnih struktur, ki jih povzročajo nenavadna vedenja, pa so po svoji naravi lahko zelo različne.

Običajno gre za to, da je oseba vpletena v kakšne konfliktne odnose (Wood idr., 1960), oziroma se zgodijo kakšna nasilna vedenja (Hammer, 1963). Lahko pa oseba socialne strukture in ureditve moti tudi na drugačen način – v smislu, da pri drugih vzbuja občutek, da je z njo nekaj narobe (Karp, 1996; Gove, 2004), nenavadno (Linn, 1961) oziroma, da se oseba vede na neobičajen način brez razloga ali brez kakšnega očitnega vzroka ali namena (Linn, 1961). Osebe, ki so s svojim nenavadnim vedenjem sicer kršile kakšne družbene norme, so se pa iz socialnih kontekstov bolj umikale, so imele zato manj možnosti, da bodo hospitalizirane (Linn, 1961), saj je takšen tip vedenja – poteg vase oziroma pasivnost, nedejavnost – običajno moteč le posameznikom, ki imajo bližnje vezi s posameznikom (Hammer, 1963). Takšna situacija lahko sproža hospitalizacijo zelo hitro samo prek oseb, ki so pacientu blizu (Hammer, 1963) – če jih ta oseba ima. Odzivi na tovrstna vedenja so bili posledično različni in odvisni od situacijskih razlik, npr. od položaja pacienta v socialni enoti (Hammer, 1963).

V tem smislu je začetek bolnikove kariere vedno medoseben, in še širše – je družben (Goffman, 2019[1961]). Kar določa toleranco do pacientovega nenavadnega vedenja, ni le vsebina njegovega vedenja sama po sebi, pač vselej tudi trenutne družbene norme glede sprejemljivega vedenja (Linn, 1961). Pogosto so hospitalizacije odziv na zahteve po spremembi vedenja pacienta (Wood idr., 1960), na zahteve po uskladitvi vedenja s trenutnimi družbenimi normami.

Pri tem je posebej pomembno tudi razumevanje dvojne vloge družine. Ta je v primeru hujših stisk lahko vir podpore in pomoči (s tem, ko se na nenavadna vedenja poskuša podporno odzvati in hospitalizacijo ponudi kot način pomoči ali pa podpre druge oblike iskanja podpore), ali pa vir zavračanja in konfliktov (s tem, ko je neposredni vir konfliktnih situacij, ki lahko sproža hospitalizacije) (Pavalko, Harding in Pescosolido, 2007).

5.2.4 Dejavniki, ki spodbujajo ali zavirajo neprostovoljno namestitev

V okviru predpisov v RS je na varovane oddelke oseba sicer lahko nameščena prostovoljno, vendar pa zakonodaja predvideva tudi neprostovoljno namestitev, kadar prostovoljna ni možna. Ustavna ureditev v RS veleva, da se pravico prostega gibanja in izbire prebivališča sme omejiti samo za določene namene (Ustava RS, 1991, 32. člen). Kot opažata Flaker in Rafaelič (2023, str. 295), področij, ki bi to dopuščala, ni veliko. Med njimi najdemo kazensko zakonodajo, zakonodajo o tujcih, nalezljivih boleznih in, kar nas še najbolj zanima, Zakon o duševnem zdravju. Pogoje za prisilne namestitve v psihiatrična institucionalna okolja države različno strogo urejajo. Kar pa je za nas še posebej zanimivo, je to, da nobena vrsta predpisov sama po sebi ne vpliva na večjo ali manjšo rabo hospitalizacij – da predpisi sami po sebi niso neposreden dejavnik, ki bi spodbujal ali zavračal rabo takšnih ukrepov (Aluh idr., 2023), zato je za nadaljnje razumevanje področja treba pozornost usmeriti v druge, bolj implicitne dejavnike.

K razumevanju narave prostovoljnega sprejema je treba pristopati kritično – možnost prostovoljnega sprejema vselej spremlja tleča grožnja prisilnega sprejema, kar nekateri avtorji imenujejo *senca prisile* (npr. Škraban, 2024). Ta pomemben poudarek ni kakšna novost, saj so nekateri avtorji že pred desetletji opozarjali, da je »neprostovoljnost« namestitev treba razumeti kontekstualno, ne pa se opirati na formalne opredelitve oblik sprejemov. Prav grožnja prisilne hospitalizacije lahko *prisili* kandidata, da se odloči za »prostovoljni« sprejem (Goffman, 2019[1961]). Clausen in Yarrow sta tako že leta 1955 opozarjala, da se tudi pri sprejemih v

psihiatrične bolnišnice, ki so uradno prostovoljni, večkrat izkaže, da ne gre za to, da bi osebe nujno same zase iskale nastanitev v bolnišnici ali si želele hospitalizacije, pač so v ozadju močni pritiski partnerk, staršev ali osebnih zdravnikov (Clausen in Yarrow, 1955). Pri tem kot senca prisile delujejo ne le možnosti prisilne hospitalizacije v primeru odklonitve prostovoljne – pač pa tudi kakšne druge oblike pogojevanj in prisiljevanj znotraj družinskih kontekstov (grožnja prisilne namestitve pa moč družinskih pritiskov v teh primerih le še podkrepi). Ob razmisleku o tem, kaj spodbuja neprostovoljne oziroma prisilne namestitve v psihiatrične bolnišnice, je treba prečiti formalnopravne delitve, ki lahko zamegljujejo prave prisile.

Nabor literature, ki se posveča temi uporabe neprostovoljnih sprejemov in dejavnikov, ki k njim prispevajo, je v zadnjih dveh desetletjih naraščal (Aluh idr., 2023). Pomemben del te literature se posveča dejavnikom, ki se nanašajo bolj na pacienta in njegove značilnosti (za pregled glej npr. Aluh idr., 2023), zato lahko ugotovimo, da se v literaturi prevladujoče poudarja individualne dejavnike tveganja, ki so povezani s pacientom. Nekateri avtorji in avtorice pa se vendarle bolj posvečajo tistim dejavnikom za neprostovoljne sprejeme, ki so bolj povezani z okoliščinami izven osebe same (Aluh idr., 2023).

Raziskave, ki so se posvečale dejavnikom, ki so povezani neposredno s pacientom in njegovim neposrednim življenjskim okoljem, kažejo, da so z izpostavljenostjo prisilnim hospitalizacijam pomembno povezani količina socialne podpore (družine in drugih bližnjih oseb) ter (de)privilegiranost družbenega položaja osebe. Večina do zdaj opravljenih študij kaže na močno povezavo med neprostovoljnimi sprejemi in količino socialne podpore, ki je je deležna oseba (Walker idr., 2019), vendar pa jakost in smer te povezave ni enoznačna. V nekaterih raziskavah je bila tako družinska mreža prepoznana kot spodbujevalna v smeri rabe neprostovoljnih nastanitev, saj družina na primer lahko deluje kot tista ožja socialna mreža okrog prihodnjega pacienta, ki se bo bolj aktivno, hitreje in organizirano angažirala z namenom, da se osebo prisilno odstrani iz neposrednega socialnega okolja (Clausen in Yarrow, 1955). Po drugi strani pa aktivna prisotnost družine v življenju prihodnjega pacienta lahko deluje tudi zaviralno v kontekstu prisilnih namestitev, saj družina lahko deluje tudi kot socialna enota, ki se angažira predvsem v smislu iskanja drugih, alternativnih oblik podpore in pomoči, ki lahko prispevajo k temu, da okolica in pacient potrebe po (prisilni) hospitalizaciji sploh ne vidijo (Clausen in Yarrow, 1955). Aktivna prisotnost družine v življenju osebe sama po sebi ne usmerja v prisilno hospitalizacijo na enoznačne načine – pač pa je njen prispevek precej

odvisen od stališč, percepcij in odnosov družine z osebo v stiski, in tudi do bolnišnične (prisilne) oblike psihiatrične obravnave. Podobno kompleksno vlogo lahko pripišemo tudi drugim pomembnim, bližnjim osebam, ne samo družini (Clausen in Yarrow, 1955). Obratno pa raziskave kažejo, da je *odsotnost oziroma šibkost* socialne mreže osebe bolj enoznačno povezana z večjo izpostavljenostjo osebe prisilnim hospitalizacijam (Wormdahl idr., 2021; Walker idr., 2019; Commander idr., 1999).

Več raziskav doslej je že pokazalo še, da so možnostim prisilnih hospitalizacij bolj izpostavljene osebe, ki prihajajo iz etničnih ali rasnih manjšin (Commander idr., 1999; Moodley in Perkins, 1991; Walker idr., 2019;), ter da so s prisilnimi hospitalizacijami bolj povezane življenjske okoliščine, ki nakazujejo na slabši socialnoekonomski položaj osebe, npr. neprimerne ali negotove stanovanjske razmere, življenje na socialnovarstvenih prejemkih in brezposelnost (Wormdahl idr., 2021). Strnemo lahko, da so prisilni sprejemi podvrženi sociodemografskemu vzorčenju (Aluh idr., 2023) – možnosti prisilnih hospitalizacij niso enakomerno razpršene po prebivalstvu, pač pa so jim bolj izpostavljene osebe, ki so z vidika etničnosti, ravni socialne podpore in socialnoekonomskega položaja v deprivilegiranih družbenih položajih (Aluh idr., 2023).

Od leta 1970 dalje je več jurisdikcij omejilo uporabo neprostovoljnih sprejemov na ljudi, ki se jih oceni kot grožnjo sebi ali drugim. Ta pogoj ogrožanja je nujen pogoj za neprostovoljne sprejeme v mnogih državah (Aluh idr., 2023), enako pa velja tudi v RS. To pomeni, da se mora v zvezi z osebo zgoditi nekaj, kar nekdo lahko opredeli kot grožnjo. Z vidika dogodkov oziroma dogajanj, ki bolj spodbujajo prisilne namestitve v bolnišnična okolja, so dosedanje študije, ne glede na konkretno pravno ureditev, pokazale, da prisilne namestitve bolj izzovejo dogodki, ki so povezani z agresivnim vedenjem (Wormdahl idr., 2021), oziroma s situacijami, ki v očeh nekoga predstavljajo tveganje agresije (Walker idr., 2019) ali drugačne oblike tveganj za druge (Walker idr., 2019). Redkeje, vendar tudi, pa so s prisilnimi hospitalizacijami povezana tudi vedenja, ki jih oseba usmerja vase in se razume kot oblika »deprivacije« (Wormdahl idr., 2021). Med te na primer sodijo samovoljno prenehanje jemanja zdravil, pomanjkanje spanja, potegnjenost vase, težave z drogo in alkoholom, neaktivno življenje/pasivnost (Wormdahl idr., 2021).

Dosedanje študije pa so se obširneje tudi že posvečale vprašanju, kateri dejavniki, ki niso neposredno povezani s konkretnimi uporabniki – pač pa so izven pacienta, so še povezani z izrazitejšo rabo prisilnih nastanitev v psihiatrična okolja (za obširnejši pregled glej Aluh idr., 2023). Pregled študij kaže, da se z večjo rabo prisilnih nastanitev povezujejo predvsem značilnosti sistemov podpore ljudem v stiski v specifični državi oziroma družbi, pa tudi s širšimi družbenimi razmerami ter s tem povezanim odnosom družbe do ljudi v psihosocialnih stiskah.

Študije so tako že pokazale, da so se osebe, ki so bile prisilno hospitalizirane, na svojih poteh pogosteje srečevale s tem, da je bilo iskanje pomoči ob njihovih stiskah otežkočeno (pomoč je težko poiskati, čeprav jo je oseba poskušala najti – oseba jo sama težko poišče, ali pa osebe, na katere se obrne, ne znajo iskati naprej) (Wormdahl idr., 2021). Politični ukrepi, ki so usmerjeni v splošno oteževanje dostopa do zdravstvenih storitev (npr. težji dostop do zdravstvenega zavarovanja v ZDA), v najširšem pomenu prav tako prispevajo k povečani rabi prisilnih ukrepov oziroma storitev na področju duševnega zdravja (Aluh idr., 2023). Večja prisotnost prisilnih hospitalizacij je povezana tudi z manjšo stopnjo učinkovitosti, razvejanosti in obsežnosti psihiatričnih storitev (Aluh idr., 2023) ter z manjšo razvejanostjo ustreznih podpor, ki so dostopne ves čas, tudi ponoči, med konci tedna (Aluh idr., 2023). Večja pojavnost prisilnih hospitalizacij je pomembno povezana tudi s poznavanjem vseh vej in možnosti pomoči med zdravniki na primarni ravni (Aluh idr. 2023) – zdravniki, ki različnih možnosti pomoči posameznikom v stiski ne poznajo, hitreje predpišejo prisilne namestitve. Večje število prisilnih hospitalizacij je povezanih tudi s tem, da je iskanje pomoči v splošnem v nekem okolju bolj usmerjeno predvsem v storitve na področju zdravstva (Wormdahl idr., 2021). Še bolj pa to poglablja hkratna slaba dostopnost oziroma odsotnost dodatnih/dopolnilnih socialnih storitev (Aluh idr., 2023), pa tudi odsotnost oziroma nizka stopnja razvoja alternativnih storitev v splošnem (Walker idr., 2019; Aluh idr., 2023), tudi alternativnih storitev na področju duševnega zdravja v skupnosti ter učinkovitih in manj restriktivnih alternativ (Aluh idr., 2023).

Z večjo uporabo prisile pri nastanitvah v bolnišnice so pogosto povezane slabe pretekle izkušnje posameznikov z bolnišnično psihiatrijo ali drugimi sorodnimi storitvami ter njihova ocena slabe kakovosti prejetih storitev (Wormdahl idr., 2021; Aluh idr., 2023), prav tako pa tudi strah pred njimi – prisilne hospitalizacije so tako pogosto povezane z negativno percepcijo psihiatrične pomoči, ki v očeh prihodnjega pacienta deluje zastrašujoče, zato si je ne želi izkusiti

(Wormdahl idr., 2021). Značilnosti psihiatričnih (bolnišničnih) obravnav, ki med nekdanjimi uporabniki in drugimi ljudmi spodbujajo nezadovoljstvo, spodbujajo rabo prisilnih nastanitev.

Percepcije, prepričanja in odnos ljudi do (bolnišnične) psihiatrične obravnave tudi v širšem pomembno prispevajo k obsežni rabi prisilnih hospitalizacij. Podpora javnosti do neprostovoljnih sprejemov kaže na podporo javnosti do institucionalne komponente psihiatrije, s čimer se operacionalizira stigma glede oseb z duševnimi težavami – širša javnost podpira ta element psihiatrije, ker duševne težave povezujejo s kakšno nevarnostjo (Aluh idr., 2023), prisilno zapiranje pa povezujejo s potrebo po varnosti, še posebej, kadar so psihiatrične bolnišnice videne kot smiseln način varovanja javnosti pred nevarnostmi (Aluh idr., 2023). Laična javnost načeloma verjame, da so osebe, ki so duševno bolne, čudne, nepredvidljive in nevarne (Gove, 2004). Pomembna družbena okoliščina, ki lahko prispeva k zmanjšani toleranci do ljudi s psihiatričnimi diagnozami, so ekonomska slabša obdobja in druge oblike slabšanj ekonomije določenega okolja (Aluh idr., 2023), revščina in neenakost (Aluh idr., 2023) – ki jih vse lahko razumemo kot dejavnike, ki spodbujajo rabo varovanih oddelkov v najširšem smislu.

Z obsežno rabo prisilnih hospitalizacij so povezane tudi percepcije in stališča strokovnjakov, ki odločajo in presojajo o sprejemih na prisilne oddelke. Percepcije, ki so povezane z nevarnostjo pacientov, povečujejo rabo prisilnih hospitalizacij (Aluh idr., 2023), podobno pa k temu lahko prispevajo tudi paternalistični odnosi in stališča med strokovnjaki o takšnih hospitalizacijah – kot argumentira (Aluh idr., 2013), lahko denimo ideja, da prisilne hospitalizacije zadovoljujejo kakšno nujno »potrebo po tretmaju«, prav tako prispeva k stopnji rabe prisilnih hospitalizacij (Aluh idr., 2023).

Pregled dejavnikov, ki so povezani z obsežno rabo neprostovoljnih sprejemov na psihiatrične oddelke, pokaže, da se te namestitve dogajajo v kontekstu kompleksnega prepletanja dejavnikov, ki niso omejeni le na pacienta in njegovo neposredno oziroma ožje socialno okolje (Aluh idr., 2023), zato moramo svoja raziskovanja in razumevanja usmeriti tudi onkraj pacienta. Poskusi zmanjševanja rabe neprostovoljnih sprejemov se ne smejo omejevati le na neposredni kontekst hospitaliziranih oseb, pač pa moramo svoja prizadevanja usmerjati v širše družbene spremembe (Aluh idr., 2023).

5.2.5 Dejavniki, povezani z dolgotrajnejšimi institucionalnimi nastanitvami zaradi socialne oskrbe in varstva

Ključno za razumevanje nastanitev na varovanih oddelkih je razmejitev prisilnih nastanitev v *bolnišničnih* psihiatričnih oddelkih od prisilnih nastanitev na *varovanih* oddelkih. Če izhajamo iz predpisov je, kot je opisano v uvodu, dejavnik, ki naj bi to razmejitev določal, potreba po *dolgotrajnejšem varstvu* in *skrbi* (ter hkratna odsotnost potrebe po akutnem zdravljenju) – na varovane oddelke naj bi odhajale osebe, ki potrebujejo dolgotrajnejšo podporo, ki ni toliko zdravstvene, kot bolj socialnovarstvene vrste.

Večina oseb, ki doživi duševne stiske, kasneje živi normalno življenje. Manjšemu delu teh oseb pa se kasnejše življenje vrti okrog duševne stiske (Gove, 2004). Kennard in Freilich (1961) sta v okviru svoje študije hospitalizirane paciente razdelila v tri kategorije, med katerimi je ena kategorija t. i. »kronikov«, kamor sta umestila osebe, ki so bile hospitalizirane deset ali več let. V primerjavi z drugimi kategorijami so bile to osebe, katerih družine so manj spodbujale odpust osebe iz bolnišnice, tudi stiki z družino v času hospitalizacije so bili redkejši. Podobno so ugotavljali tudi Wood in sodelavci (1960), ko so sklenili, da v bolnišnici krajši čas ostanejo tisti pacienti, ki so bolj aktivno povezani z zahtevami s svoje družine (pa čeprav na način, da družina pričakuje spremembe vedenja te osebe). Sklepamo lahko, da k daljšim hospitalizacijam utegne prispevati to, da ima posameznik bolj zrahljano vez z družino oziroma je posameznik v družini manj pomemben (vsaj takrat, ko je odsoten). Osebe, ki živijo same, bodo morda dlje v bolnišnici tudi zato, ker lahko pri zaposlenih ali osebi sami obstaja skrb glede tega, da oseba po odpustu ne bo imela nobene podpore v neposredni socialni mreži (Pavalko, Harding in Pescosolido, 2007). Zrahljane vezi z družino oziroma slabši podporni dejavniki v socialni mreži osebe tako utegnejo zadrževati silnice, ki bi sicer osebo usmerjale nazaj v skupnost. Dolžina hospitalizacije je tudi sicer lahko pomembno povezana s socialnim statusom osebe – osebe v slabšem socialnem položaju so dlje hospitalizirane (Pavalko, Harding in Pescosolido, 2007).

5.2.6 Pregled dejavnikov, ki spodbujajo namestitve na podlagi študija literature

Pri pregledu dejavnikov, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke, smo se, kot je razvidno iz prej napisanega, bolj osredotočili na dejavnike, povezane z življenjskimi konteksti in okoliščinami ljudi – bistveno manj, oziroma sploh ne, pa vprašanju simptomov ali bolezenskih stanj ljudi. Argumenti, zakaj je oseba na varovanem oddelku, so z vidika strokovnjakov, pa tudi po uradnem pogledu družbe pogosto v njihovih napakah, prekrških, pomanjkljivostih, potrebi

po nadzoru, varstvu – preprosto zaradi duševne bolezni (Goffman, 2019[1961]); s tem pregledom literature pa smo želeli takšno ožje razumevanje prečiti. V tem smislu smo se diskurzivno osredotočali na pretežno socialne vidike potovanja ljudi iz skupnosti na varovane oddelke – in se s tem umestili v polje bolj konstruktivistično (in ne pozitivistično) naravnanih pogledov na odklonske pojave. Takšna naravnanost nam lahko pomaga pri iskanju odgovora na vprašanje, kakšne so značilnosti skupnosti oziroma specifične družbene krajine, ki varovani oddelek uporablja kot kraj prisilnega nameščanja ljudi. Specifično naravnanost našega pregleda dejavnikov odraža tudi tabela 4, v kateri smo povzeli dejavnike, ki smo jih s pregledom obstoječe literature prepoznali kot spodbujevalne v smeri nastanitev na varovane oddelke – tabelo lahko razumemo tudi kot prvi poskus izrisa zemljevida dejavnikov, ki usmerjajo napotovanje ljudi na varovane oddelke. Te smo v grobem razdelili na dejavnike, ki so umeščeni v ožji socialni kontekst osebe, in dejavnike, ki so umeščeni v širšo družbeno strukturo.

V literaturi smo pozornost usmerjali v specifično vprašanje učinkovitosti oziroma smiselnost institucionalne psihiatrične obravnave ljudi. Naša eksplicitna predpostavka je bila, da je treba institucionalne oblike obravnav ljudi zaradi vseh njihovih škodljivih vidikov odstranjevati iz družbenega polja, kar naj bi se uresničevalo s procesi deinstitucionalizacije. Intenzivno rabo varovanih oddelkov kot načinov obravnave specifične populacije ljudi pa bi lahko razumeli tudi povsem drugače – kot znak dobro dostopnega sistema (psihiatrične) pomoči ljudem v stiskah. Takšno izhodiščno predpostavko lahko prepoznamo tudi v kakšnih sodobnejših raziskavah s sorodnih področij, ki prazne bolnišnične oddelke problematizirajo v smislu, da so opozorilo oziroma znak slabo dostopne (a potrebne) pomoči ljudem s psihiatričnimi diagnozami (glej npr. Oh idr., 2020) – avtorji dolgotrajnejše institucionalne psihiatrične oblike zdravljenja razumejo kot podporo, ki daje boljše možnosti zdravljenja – v tem smislu smo se pri raziskovanju osredotočili na utemeljevanje potrebe po dolgotrajnejših oblikah zdravljenj). Naš pregled literature je pristranski prav pri tem, da kot relevantnih nismo upoštevali študij, ki so temeljile na omenjenih predpostavkah. Čim hitrejšega in čim bolj pogostega nameščanja v bolnišnice ne razumemo kot pojav, ki bi ga želeli spodbujati in še bolj omogočati.

Tabela 4 Zemljevid dejavnikov, ki spodbujajo namestitve na varovanih oddelkov, glede na pregled literature

	Ožji življenjski kontekst in položaj osebe		**Širše družbene okoliščine**		
Pogoji za nastanitev na varovanem oddelku:	**neprivilegiran družbeni položaj**	**specifična socialna mreža – šibka ali pa močnejša, a po svoji vsebini izključevalna ali naklonjena institucionalizaciji**	**širše negotove, ogrožajoče družbene razmere**	**poudarjena vloga institucionalne psihiatrične obravnave in podporna širša sistemska ureditev podpor**	**izključujoč družbeni odnos do drugačnosti, še posebej do ljudi s psihiatričnimi diagnozami (strah ali pa nezmožni, breme)**
osebe so v *stanju, ki ga je možno uvrstiti v kategorijo psihiatrične diagnoze*; nekdo v zvezi s to osebo nato *išče obravnavo v polju psihiatričnih storitev*; kjer *oseba dobi psihiatrično diagnozo*;			procesi socialnega izključevanja (slabša integracija oseb v osrednje družbene procese in institucije, kot so družina, delo, odnosi)	prisotnost in moč oziroma uveljavljenost psihiatričnega diskurza (tudi v splošni javnosti)	
v zvezi s to osebo nekdo v nadaljevanju išče specifično obliko psihiatričnih storitev, in sicer *nastanitev v psihiatrično institucionalno okolje*	izključenost na področju dela, slab socialnoekonomski položaj	izključenost iz družinskih, partnerskih in drugih socialnih struktur		poudarjena medicinska doktrina, ki bolnišnično psihiatrično zdravljenje razume kot učinkovit in smiseln način zdravljenja, odsotnost drugih oblik (psihiatrične) obravnave, ki bi delovale kot neposredna alternativa hospitalizaciji ali njena preventiva ali prisotnost drugih oblik psihiatrične obravnave, pa te ne delujejo v smeri zmanjševanja rabe bolnišnic: delujejo kot »napotovalni sistem« za usmerjanje ljudi v bolnišnice ali pa je močno družbeno zavračanje obstoječih	

	Ožji življenjski kontekst in položaj osebe		**Širše družbene okoliščine**		
				alternativ hospitalizaciji; ali pa teh možnosti ne poznajo dovolj dostopnost hospitalizacije (tako fizična v smislu razvejanosti in številčnosti postelj in lokacij, kot tudi postopkovna v smislu nizkopražnosti dostopanja pozitiven družbeni status bolnišnic (socialno priznavanje bolnišnic kot dober ali koristen način psihiatrične obravnave) šibkeje razvejan sistem drugih oblik institucionalizacije, v katere bi se bolj razpršeno usmerjalo ljudi, ki jih skupnost želi umakniti (npr. zapor, domovi za starejše)	
v zvezi s to osebo mora priti do kakšnega *dogodka, v zvezi s katerim je možno trditi, da je bilo nekaj ali nekdo ogrožen* (življenje, zdravje ali premoženje)		vidno nenavadno vedenje osebe – prisotnost »prič«, ki jim je vedenje lahko moteče, jim zbuja skrb socialna mreža vedenje osebe razume kot moteče oziroma nesprejemljivo **(**konfliktni odnosi; položaj osebe v socialni mreži je takšen, da njeno opuščanje običajnih vedenj moti ostale člane – npr. opušča vloge, ki so drugim članom pomembne; ali pa vedenje vzbuja skrb med podpornimi člani mreže)			družbene norme, ki izstopajoča vedenja opredeljujejo kot ogrožajoča
na podlagi česar se nato (lahko) izvede	slab socialnoekonomski	socialna mreža si prizadeva za hospitalizacijo (ker poskuša	nedostopnost sistemov pomoči –	Nedostopnost nebolnišničnih psihiatričnih storitev	negativen družben odnos do ljudi, ki

	Ožji življenjski kontekst in položaj osebe		**Širše družbene okoliščine**		
postopek *prisilne nastanitve v zaprto* institucionalno okolje;	položaj (manjšine, brezposelnost idr.)	delovati podporno – izhaja iz ideje, da je hospitalizacija dobra oblika pomoči; ali ker poskuša prekiniti sebi neprijetne konfliktne situacije – izhaja iz ideje, da umik osebe v institucijo lahko razreši konfliktno situacijo) odsotnost/šibkost socialne mreže	»slaba/šibka socialna država«: nedostopnost splošnih zdravstvenih, socialnovarstvenih, skupnostnih in drugih oblik podpore slabše družbenoekonomske razmere (slaba ekonomija, revščina, neenakost idr.)	pozitiven družben status bolnišnične psihiatrične obravnave (paternalizem – videna kot dobra oblika pomoči bolnim (učinkovita, prijazna in podobno) ali videna kot dober način varovanja javnosti (pred nevarnimi, konfliktnimi, tistimi, ki so v breme)	imajo psihiatrične diagnoze, strah (med laično in tudi strokovno javnostjo) pred ljudmi z diagnozami ali pa so videni kot nezmožni, ubogi (paternalizem)
ob tem pa je za osebo podana še *ocena*, da v takšni nastanitvi potrebuje *stalno in dolgotrajnejšo* obliko obravnave v obliki *socialne oskrbe in varstva*		odsotnost socialnih vezi (ne glede na to, kakšne bi sicer bile): ni interesa zunaj institucije po vključitvi osebe nazaj v socialno mrežo; ali pa aktivna skrb, da oseba ne bo imela podpore ob morebitnem odpustu, s čimer je povezan tudi naslednji dejavnik	odsotnost podpornih mehanizmov/storitev, ki bi nadomeščale manjkajočo podporno vlogo družine v skupnosti (osredíščenost družbene organizacije na vlogo in naloge družine – nalaganje odgovornosti družinam – in prepuščenost ljudi zmožnostim njihovih družin)		

5.3 Empirično raziskovanje dejavnikov, ki usmerjajo namestitve na varovane oddelke

Cilj tega poglavja je z empiričnim pristopom odgovoriti na izhodiščno zastavljeno vprašanje »Kateri dejavniki spodbujajo namestitve na varovanem oddelku?« in s tem dopolniti nastajajoči zemljevid dejavnikov. V nadaljevanju tako predstavljamo rezultate empirično-raziskovalnih delov naše raziskave, ki se specifično nanašajo na temo nameščanj ljudi na varovane oddelke, in sicer smo podatke črpali prek naslednjih metod:

- statistični prikaz podatkov o poteh nameščanj ljudi na varovane oddelke;
- intervjuji s strokovnjaki_njami v zavodih, kjer delujejo varovani oddelki;
- intervjuji s stanovalci varovanih oddelkov;
- študije primerov v sodelovanju z osebami z izkušnjo bivanja na varovanih oddelkih;
- fokusne skupine s skupnostnimi službami, ki so povezane z delovanjem varovanih oddelkov;
- intervjuji in posvetovanja s strokovnjaki_njami, ki delujejo na področjih, povezanih z varovanimi oddelki;
- intervjuji s strokovnjaki_njami, ki sodelujejo pri odločanju o sklepih za namestitev oseb na varovane oddelke.

5.3.1 Kvantitativni podatki o namestitvah na varovane oddelke

Če izhajamo iz pregleda podatkov o vseh uporabnikih, ki so bili v letu 2023 nameščeni vsaj za en dan na varovane oddelke, je opazno, da so bili v večjem delu pred prihodom na varovani oddelek nameščeni v drugih institucionalnih (psihiatričnih) okoljih, in sicer največkrat v psihiatrični bolnišnici (44 %), podoben delež (40 %) uporabnikov je bilo na varovani oddelek premeščenih z odprtega oddelka zavoda (34 % iz istega in 6 % z odprtega oddelka drugega zavoda). Sledijo tisti, ki so prišli »iz skupnosti«, ne da bi bili tik pred sprejemom na varovani oddelek v kakšnem drugem institucionalnem okolju (10 %). Drugi vzorci so redki, podatki pa so v celoti prikazani v tabeli 5.

Tabela 5 Tipi nastanitev uporabnikov neposredno pred namestitvijo na varovani oddelek v letu 2023

Prihodi	Število	Delež
Iz psihiatrične bolnišnice	111	44 %
Z odprtega oddelka istega zavoda	84	34 %
Iz skupnosti	26	10 %
Z odprtega oddelka drugega zavoda	16	6 %

Iz enote za forenzično psihiatrijo	4	2 %
Iz bivalne enote (ali stanovanjske skupine) istega zavoda	2	1 %
Z zaprtega oddelka drugega zavoda	3	1 %
Od drugod	3	1 %
Iz bivalne enote (ali stanovanjske skupine) drugega zavoda	1[19]	0 %
Skupaj	**250**	**100 %**

Iz tega izhaja, da so se namestitve na varovane oddelke dogajale pretežno kot nadaljevanje nastanitev v drugih, sorodnih (a bolj odprtih) institucionalnih okoljih. V nadaljevanju bi torej lahko sklepali, da je funkcija varovanih oddelkov oziroma možnost njegove uporabe bolj kot z delovanjem skupnosti povezana z delovanjem institucionalne mreže na področju duševnega zdravja. Ker nas je to vprašanje posebej zanimalo, smo si podrobneje ogledali dodatne podatke v zvezi z nastanitvami z odprtih oddelkov zavodov. Takih je bila približno tretjina nastanitev – kar pomeni, da varovani oddelki na nek način odgovarjajo na »potrebe« odprtih oddelkov zavodov. Med posameznimi zavodi so razlike, kar ponazarja graf 2. Najmanjše razlike so pri deležu prihodov iz skupnosti, kjer izstopa le en zavod, razloga za to pa s kvalitativno metodologijo nismo uspeli ugotoviti. Enako en zavod še posebej izstopa pri deležu prihodov iz psihiatrične bolnišnice, česar s kvalitativnimi metodami raziskovanja tudi nismo uspeli razložiti. Pri tretjem tipu najpogostejših sprejemov pa so rezultati precej bolj razgibani. Kar polovica zavodov ima v primerjavi z drugimi zelo velik delež namestitev z odprtih oddelkov istega zavoda. Strokovna vodja enega od zavodov je povedala, da take premestitve uporabljajo, ko »*res ne gre drugače in so [uporabniki] ogroženi*« (POM_6_1). V raziskavi smo zaznali, da je bil v enem primeru razlog za namestitev uporabnikov poskus samomora na odprtem oddelku, v enem zavodu pa so govorili o tem, da stanovalci odprtih oddelkov tavajo:

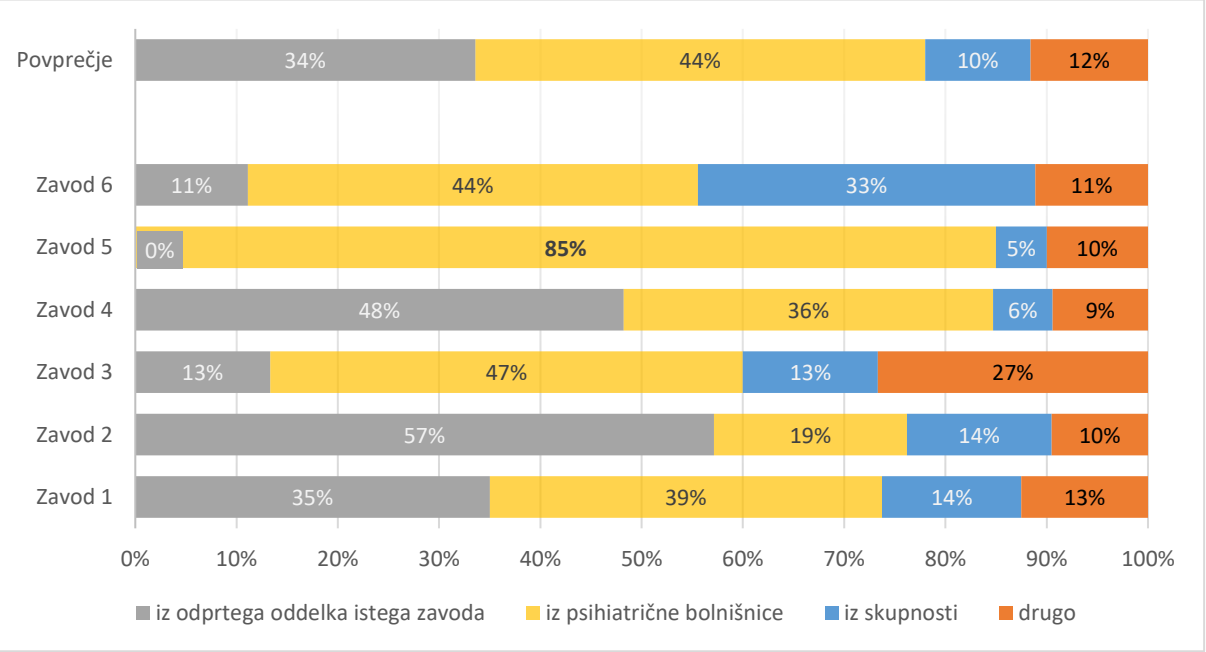
> *Večkrat se nam ponovijo neželeni dogodki, ko odtava po cesti […] stanovalci gredo lahko kadarkoli kamorkoli. Zaradi tega po navadi … Zdaj smo imeli dva stanovalca, ki sta bila sama sebi nevarna, ker sta odtavala in se nista znašla. Ena stanovalka je bila pred leti, ki je kar odšla v mesto ob cesti.* (strokovna vodja, POM_6_1)

Ne glede na to, kaj je pravi razlog (in verjetno jih je več), bi bilo smiselno v nadaljevanju raziskati, kakšne organizacijske ali druge razlike se kažejo med zavodi s tem močno izraženim vzorcem in med tistimi, ki na varovane oddelke redkeje nameščajo s svojih odprtih oddelkov.

[19] En primer sicer predstavlja 0,4 %, a smo to vrednost zaokrožili na 0 %.

Takšna analiza bi bila v nadaljevanju v pomoč pri razumevanju »potreb« zavodov, na katere odgovarjajo varovani oddelki.

Graf 2 Trije najpogostejši tipi nastanitev uporabnikov neposredno pred namestitvijo na varovani oddelek v letu 2023 po posameznih zavodih



V nadaljevanju je neenakomerna razporeditev namestitev iz enote za forenzično psihiatrijo, česar pa zaradi majhnega obsega tega pojava nismo uvrstili v graf 2. Štirje uporabniki so na varovane oddelke v letu 2023 prišli neposredno po hospitalizaciji iz te enote, vendar so bili trije v enem zavodu, en pa v drugem. Nizko število teh uporabnikov preseneča predvsem zaradi velikega prostora, ki ga v strokovnih razpravah, navsezadnje tudi na diseminacijskih srečanjih tega projekta zavzema ta tema.

Podatke o sprejemih lahko primerjamo s podobnimi podatki o sprejemih v vse posebne in kombinirane SVZ (Inštitut RS za socialno varstvo, b. d.), ki zaradi več metodoloških razlogov omogočajo le orientacijsko in nenatančno primerjavo.[20] Sprejemi iz psihiatrične bolnišnice na varovani oddelek (44 %) so bistveno bolj pogosti kot sprejemi od tam na odprte oddelke zavodov (29,7 %). Sprejemi od doma na varovani oddelek (10 %) so občutno redkejši kot sprejemi od doma na odprte oddelke zavodov (27,2 %). Iz teh dveh primerjav lahko sklepamo, da psihiatrične bolnišnice prve posredujejo ob intenzivnejših stiskah, na katere sistem

[20] Vsi podatki veljajo za vse uporabnike zavodov, torej tudi za tiste na varovanih oddelkih. Nekateri podatki so tudi nepopolni (dva zavoda sta sporočila vsoto vseh sprejemov, saj naj ne bi razpolagali s podatki o tem, od kod so uporabniki prišli).

duševnega zdravja ne more odgovoriti z manj omejujočimi odgovori kot z namestitvijo na varovani oddelek. Sprejemi od doma na odprte oddelke zavodov so morda pogostejši, ker se situacije, ki so razlog za namestitev, ne zaostrijo do te mere, da bi prišlo vmes do hospitalizacije.

Namestitve po sklepu sodišča predstavljajo 20,9 % vseh sprejemov v posebne in kombinirane zavode, oz. 28,9 % sprejemov v tiste kombinirane in posebne zavode, ki imajo varovane oddelke (Inštitut RS za socialno varstvo, b. d.). Ti podatki kažejo, da sprejemi na varovane oddelke ne predstavljajo večinski, a vseeno pomemben delež vseh sprejemov v zavode.

V raziskavi smo zabeležili tudi podatke o tem, kdo je dal formalni predlog za namestitev na varovani oddelek. Največkrat so predloge dali socialnovarstveni zavodi (40 %), temu sledijo izvajalci zdravljenja duševnih motenj (34 %), centri za socialno delo (19 %) in najbližje osebe (6 %).

Tabela 6 Formalni predlagatelji namestitev za uporabnike, ki so bili v letu 2023 na varovanih oddelkih, in tip nastanitve na varovani oddelek

		Namestitev pred prihodom na varovani oddelek (VO)						
		psihiatrična bolnišnica[21]	SVZ[22]	iz skupnosti	z drugega VO	od drugod[23]	skupaj (n)	skupaj (%)
Predlagatelj	SVZ	4	92	3	2		101	**40 %**
	izvajalec zdravljenja	75	6	4			85	**34 %**
	CSD	29	2	15		2	48	**19 %**
	najbližje osebe	7	2	4	1	1	15	**6 %**
	brez odgovora						1	**0 %**
	skupaj (n)	115	103	26	3	3	250	
	skupaj (%)	**46 %**	**41 %**	**10 %**	**1 %**	**1 %**		100 %

V tabeli smo podatke o predlagateljih prikazali tudi v kombinaciji s podatki o tem, kje so bile osebe nameščene pred prihodom na varovani oddelkih. Ugotovimo lahko, da se podatki o predlagateljih precej skladajo s podatki o lokaciji, od koder je sledil sprejem na varovani oddelek. Tako v tabeli 6 izstopa, da so bile pred prihodom na varovani oddelek 103 osebe nameščene v zavodih, za teh 103 oseb je v kar 92 primerih namestitev na varovani oddelek predlagal prav zavod sam. Podobno izstopa tudi podatek, da je za 115 oseb, ki so pred namestitvijo na varovanem oddelku bivale v psihiatrični bolnišnici, v kar 75 primerih

[21] Vključno z Enoto za forenzično psihiatrijo.
[22] Iz bivalne enote ali odprtega oddelka enakega ali drugega zavoda.
[23] Morda iz zapora ali druge institucije.

premestitev na predlagal izvajalec zdravljenja (tj. najverjetneje bolnišnica, v kateri je bila oseba hospitalizirana). Ti podatki nakazujejo, da so pomemben delež predlogov za namestitve na varovane oddelke dale institucije, v katerih so osebe bivale neposredno pred odhodom na varovani oddelek.

5.3.1.1 Glavne poti nameščanja na varovane oddelke

Ključna ugotovitev, ki izhaja iz analize kvantitativnih podatkov o namestitvah na varovane oddelke, je, da so se namestitve po večini zgodile tako, da so osebe na varovane oddelke prihajale iz drugih institucionalnih okolij. Iz tega izhaja, da namestitev osebe v institucionalno (psihiatrično) okolje samo po sebi lahko razumemo kot dejavnik, ki utegne spodbujati oziroma prispevati k možnostim namestitve osebe na varovani oddelek. Druga ugotovitev je, da je funkcija varovanih oddelkov oziroma možnost njihove uporabe bolj kot z delovanjem skupnosti povezana z delovanjem institucij, v katerih so osebe nameščene neposredno pred prihodom na VO (socialnovarstveni zavodi in psihiatrične bolnišnice). Podatki pokažejo, da se takšne namestitve vendarle niso enakomerno razpršile po vseh varovanih oddelkih in da napotovanje na varovane oddelke nekateri zavodi uporabljajo pogosteje kot drugi. Iz tega lahko sklepamo, da znotraj samega delovanja specifičnega zavoda vendarle lahko naprej raziskujemo, kaj točno so dejavniki, ki specifičen zavod k rabi varovanega oddelka intenzivneje spodbujajo.

Ob tem je treba posebno pozornost nameniti razliki, ki jo predstavlja namestitev osebe iz psihiatrične bolnišnice, v primerjavi z namestitvijo, ki jo predstavlja namestitev osebe z odprtega oddelka socialnovarstvenega zavoda. Pri teh bi lahko namestitev na varovanih oddelkih razumeli »le« kot obliko nameščanja osebe iz bolj odprtega v bolj zaprto institucionalno okolje (kot je to v splošnem značilno za vse totalne institucije), medtem ko pri namestitvah iz psihiatrične bolnišnice tega ne moremo tako razumeti – psihiatrične bolnišnice razpolagajo s svojimi lastnimi zaprtimi oddelki (t. i. »oddelki pod posebnim nadzorom«) in za namestitev osebe v zaprto institucionalno okolje ne potrebujejo varovanih oddelkov. Po svoji funkciji in delovanju so te namestitve vsebinsko pomembno drugačne.

Če izhajamo iz -formalnopravne ureditve pogojev za namestitev osebe na varovani oddelek, vidimo, da se osebo na varovani oddelek lahko namesti, kadar je »akutno bolnišnično zdravljenje zaključeno, oziroma ni potrebno«. Iz tega lahko potem speljemo hipotezo, da se psihiatrične bolnišnice morda odločajo za predlog namestitve osebe na varovani oddelek v

primerih, ko psihiatrija s svojim trenutnim znanjem ne zna, ne zmore, oziroma ko ob svojem trenutnem znanju oceni, da se osebe »ne da« naprej ali »še bolj« zdraviti. Z drugim poudarkom lahko podobno hipotezo oblikujemo tudi takole: na varovane oddelke ljudi iz psihiatrične bolnišnice usmerja to, da v zvezi z zdravstvenim stanjem osebe zdravstveni sistem ne zna pomagati v smeri dolgoročnejšega okrevanja, zato so varovani oddelki v funkciji »slepe ulice psihiatričnega zdravljenja«. Dejavnik, ki utegne spodbujati namestitve iz psihiatričnih bolnišnic na varovane oddelke, je prav to »sivo polje psihiatrije« – področje znotraj psihiatrične vednosti in delovanja, ki nekatera človeška stanja označuje kot neozdravljiva.

Drug pogoj, ki ga predpisi predvidevajo za namestitev osebe na varovani oddelek, pa je to, da oseba »potrebuje stalno oskrbo in varstvo«, »ki ju ni mogoče zagotoviti v domačem okolju ali na drug način«. Iz tega izhaja, da gre za osebe, ki jim primanjkuje podpore izven institucije, pa naj bo to podpora skupnosti, soseske, strokovnjakov_inj ali sorodnikov. Neobravnavana potreba po stalni oskrbi in varstvu, ki je ni mogoče zagotoviti, obenem predpostavlja tudi, da se je psihiatrična bolnišnica odrekla ideji, da bi sama zagotavljala prav to (stalno oskrbo in varstvo) ter je to nalogo prenesla na socialnovarstvene zavode, zato pacienta namesto na svoj zaprti oddelek preusmeri na varovani oddelek zavoda. V tem smislu lahko varovane oddelke razumemo kot kraje, ki prevzema tiste paciente psihiatrične bolnišnice, ki bi potrebovali dolgotrajnejše (in tudi kompleksnejše) rešitve svojega življenjskega položaja – ki jih bolnišnice ne znajo, ne želijo ali ne zmorejo iskati. Dejavnik, ki utegne spodbujati namestitve iz psihiatričnih bolnišnic na varovane oddelke, je psihiatrična doktrina, ki ne prepoznava oziroma ne sprejema ideje, da bi bila (dolgotrajnejša) skrb in varstvo pacientov (v kompleksnejših življenjskih položajih) ena od funkcij njenega delovanja.

Ker je to poglavje namenjeno identifikaciji dejavnikov, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke, smo dejavnike, ki izhajajo iz analize kvantitativnih podatkov, zaradi lažje preglednosti in strnjenosti zapisov zbrali v tabeli 7.

Tabela 7 Dejavniki, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke – izhajamo iz pregleda kvantitativnih podatkov na namestitvah

Dejavniki, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke
breme bivanja v totalni instituciji bivanje osebe v institucionalnem (psihiatričnem) okolju – mehanizmi, ki so inherentni totalnim institucijam in spodbujajo rabo »zaprtih oddelkov«

izključujoč psihiatričen diskurz oziroma doktrina:

- »sivo polje psihiatrije« (ideja, da so nekatera človeška stanja »neozdravljiva«)
- »nesocialna psihiatrija« (ideja, da psihiatrija ni namenjena (dolgotrajnejši) skrbi in varstvu pacientov)

5.3.2 Perspektiva zaposlenih na varovanih oddelkih

5.3.2.1 Dejavniki nameščanj, povezani z ožjim/neposrednim življenjskim kontekstom osebe

V tem delu poglavja se bomo osredinili na perspektivo zaposlenih na varovanih oddelkih socialnovarstvenih zavodov o tem, kateri dejavniki spodbujajo nameščanje na varovane oddelke. Iz intervjujev z njimi smo izluščili dva tematska sklopa rezultatov. Dejavnike nameščanja smo razdelili na dejavnike, ki so povezani z ožjim življenjskim kontekstom posameznika ter dejavnike, ki so povezani s širšimi družbenimi okoliščinami in strukturami.

5.3.2.1.1 Tvegane oblike stanovanjskih rešitev v času pred prihodom na varovani oddelek

Kot eden ključnih dejavnikov pri namestitvah na varovane oddelke se je tudi sicer pokazala stanovanjska problematika. Na eni strani je nameščanje ljudi na varovane oddelke, kot pove več zaposlenih, včasih lahko le reševanje stanovanjskega problema posameznika; veliko nameščencev na varovanih oddelkih nima urejene stanovanjske situacije izven zavoda:

> *Nekateri so pobrani z ulice. Se spomnim, pred časom smo imeli dva sprejema, ki sta bila pobrana direktno z ulice. /…/ Tudi tako recimo imamo fanta, ki je naš stanovalec, ki je bil zaradi deložacije oziroma zaradi stanovanjske stiske nameščen na varovano enoto in fantu čisto nič.* (vodja, POM_1_2).

Kot povejo nekateri zaposleni, se včasih celo zlorablja zakon in psihiatrične diagnoze tudi v ta namen, da se rešuje bivanjsko stisko posameznikov z nameščanjem na varovane oddelke.

Poti na varovane oddelke so za različne ljudi različne; to je tudi odraz izrazito raznovrstne populacije, ki biva na takšnih oddelkih. Zaposleni so večkrat opisovali prav to različnost populacije, saj se na varovane oddelke pogosto nameša denimo starejše osebe z demenco, mlajše osebe z odvisnostmi, osebe s forenzične psihiatrije, ki so zagrešile kazenska dejanja, osebe z neurejeno stanovanjsko problematiko. Poudarjajo, da več teh oseb ne sodi na varovane oddelke, saj potrebujejo drugačno okolje in nadzor, kot so ga zmožni nuditi v okviru varovanih oddelkov (denimo v primeru oseb s forenzične psihiatrije), ali pa se nameščanje na varovane oddelke zlorablja za reševanje drugih težav (denimo stanovanjske problematike): *»[…]se nameša osebe, ki glede na njihovo zdravstveno stanje sploh ne sodijo v*

socialnovarstveni zavod. (direktor, POM_2_1) */…/ Največji izziv je to, ko sodišča […], če ocenjujejo, da nekdo potrebuje varovani oddelek, menijo, da vsi sodijo na enak varovani oddelek.* (vodja socialne službe, POM_5_1)«

Skupno nameščencem na varovanih oddelkih pa je pogosto to, da imajo predhodne izkušnje institucionalizacije. Eden od zaposlenih omeni osebo, ki je na varovani oddelek prišla iz varstveno delovnega centra (VDC); večkrat omenjeni so tudi *domovi za starejše*, ki včasih želijo starejše in težavnejše uporabnike nameščati na varovane oddelke socialnovarstvenih zavodov: »*Tako pokličejo […], v takih primerih se obračajo na nas, tudi direktorji domov za stare, ko kaj eskalira. Samo, ko jih zanima, če imamo prostor na varovanem.* (direktor, POM_1_1).«

Zaposleni na nekaj varovanih oddelkih so povedali, da imajo v tem trenutku nameščenih največ ljudi, ki so tja prispeli na podlagi predhodne hospitalizacije v psihiatričnih bolnišnicah; ne velja pa to nujno za vse oddelke. Pogosto je bila omenjena tudi forenzična psihiatrija (pogovorno poznana kot »forenzika«), s katere so pogoste kasnejše premestitve na varovane oddelke; pri tem gre za osebe, ki jim je bila podana kazen zapora. Vendar pa, kot poudarja eden od sogovornikov, ta prehod ni nujno neposreden in neprekinjen: »*Neumnost [se] poraja, da ga s forenzike ali pa s psihiatrije domov spustijo in potem ga mi po dveh letih pokličemo na izvrševanje sklepa, ker ogroža svoje življenje, prej pa je že dve leti bil doma«*. (direktor, POM_2_1).

Pogoste pa so tudi premestitve oseb z *odprtih oddelkov tega istega socialnovarstvenega zavoda* na varovane oddelke; zaposleni v enem od zavodov tako pove, da kljub dolgim čakalnim listam za sprejem na varovan oddelek prednost pri namestitvi dobijo predhodni prebivalci zavoda.

Na drugi strani pa je prav tako veliko število namestitev ljudi, ki ne pridejo na varovane oddelke neposredno iz drugih institucij, pač pa so premeščeni iz različnih oblik bivanja v skupnosti. Nekateri so pred namestitvijo na varovan oddelek bivali doma pri starših ali sorodnikih; drugi v samskih stanovanjih ali stanovanjskih skupinah nevladnih organizacij; spet tretji, ki so imeli neurejeno stanovanjsko situacijo, so bivali na ulici.

Zaposleni so v pogovorih izpostavili, da o ljudeh, ki prispejo na varovane oddelke iz zunanjega okolja, pogosto ne vedo veliko. Dokumentacija, ki jo dobijo o novih nameščenih na varovanem

oddelku, je skopa, zato včasih poskušajo več informacij poiskati po drugih poteh – s pogovorom z družino nameščenca ali s kontakti predstavnikov drugih institucij, s katerimi je imela nameščena oseba opravka. Informacije, ki jih imajo tako zaposleni na varovanih oddelkih o nameščencih, niso nujno celovite ali zanesljive.

Glede krajev, od koder ljudje prihajajo na varovane oddelke, iz pogovorov z zaposlenimi izhaja, da 1) na varovane oddelke ljudje prevladujoče prihajajo iz drugih institucionalnih oblik bivanja (varstveno delovnih centrov, domov za stare, psihiatričnih bolnišnic – tudi enote za forenzično psihiatrijo, odprtih oddelkov SVZ idr.) – predhodno že institucionalizirane osebe; pa tudi iz skupnosti, pri čemer so specifično omenjali, da prihajajo iz: gospodinjstev, v katerih so živeli skupaj z drugimi sorodniki (starši ali drugi); samskih stanovanj, stanovanjskih skupin; ali pa so bile pred prihodom na varovani oddelek to osebe brez doma – iz ranljivejših oblik bivanja v skupnosti. Navedene oblike bivanja lahko skupno označimo kot bolj tvegane oblike stanovanjskih rešitev, v smislu večje splošne izpostavljenosti institucionalizaciji oziroma institucionalnim karieram in večje izpostavljenosti brezdomstvu (po nekaterih kategorijah tudi marsikatere od teh štejemo celo že kot obliko prikritega brezdomstva).

5.3.2.1.2 »Prestopki«

Za posameznike, ki pridejo na varovane oddelke, so po besedah zaposlenih večinoma značilne težave v duševnem zdravju ali različne stopnje motenj v duševnem razvoju in čustvene motnje.[24] Te se pogosto pojavljajo v kombinaciji z vedenjskimi težavami in agresijo, usmerjeno proti predmetom, sebi (samopoškodovalna vedenja) ali drugim (vključno denimo z verbalno agresijo do osebja). Vendar pa takšna kombinacija dejavnikov za namestitev ni pogoj; tako se lahko zgodi tudi brez te kombinacije dejavnikov, ali pa so odločilni zanjo drugi dejavniki, ki so tej kombinaciji pridruženi. Specifični dejavniki, zaradi katerih so posamezniki nameščeni na varovane oddelke, se med seboj razlikujejo:

> *Na varovanem oddelku so nameščeni stanovalci z zelo različnimi potrebami. Eni rabijo varstvo sami, ker so nemočni, ker se ne morejo braniti. Drugi so agresivni do sebe in do drugih in potem tretji […] je največji problem njihovo zdravstveno stanje, ki bi morali biti po mojem mnenju nameščeni kje drugje, ne v socialnovarstvenem zavodu*. (diplomirana medicinska sestra, POM_8_1).

[24] Kot poudari eden od zaposlenih, je lahko težava pri tem tudi nezmožnost kritične presoje do svoje bolezni, zaradi česar oseba morda ne sprejme namestitve v kakšno drugo okolje.

Osebe, ki se jih namešče na varovan oddelek, so tako lahko same tarča nasilja ali zanemarjanja: »*Eno dekle je prišlo, ki sploh ni videla dnevne svetlobe, ker sta imeli z mamo zaprte žaluzije, jedla je v bistvu … podhranjena«* (vodja, POM_4_2). Pogosto je kot specifičen razlog premestitve na varovan oddelek z odprtega oddelka navedeno tudi netenje požarov in tavanje, s čimer stanovalec ogroža samega sebe.

Eden od dejavnikov namestitve je lahko tudi vedenje, ki odstopa od družbenih norm in pravil; ki na nek način »moti« ustaljena kulturna pričakovanja glede vedenja v specifičnih socialnih situacijah:

> *On se je kar usedel k mizi […] nič naročil, se je usedel k dvema, ki sta imela svoje in sta debatirala, on se je tja usedel, je spil enemu, je spil drugemu, je spil tretjemu, ga ne poznaš … Kako se on obnaša, tudi spolno je bilo, se je razkazoval. /…/* (POM_3_2).

> *On je postajal vedno bolj nemiren. Za okolico je bil moteč. Če si prestavljate, da je oče živel v bloku ali pa tudi nekje v strnjenem naselju, kjerkoli, je on hodil od hiše do hiše in ... Tolkel po vratih, kričal.* (POM_1_2).

Zaposleni so pogosto navajali kot dejavnik, zaradi katerega je oseba institucionalizirana na varovanem oddelku, tudi odvisnost od substanc.

Večkrat so zaposleni kot enega od dejavnikov nameščanja naštevali tudi nezmožnost sledenja programom ali strukturi v drugih skupnostnih ali institucionalnih oblikah bivanja (pogosto združeno z agresijo ali nasiljem osebe):

> *On je bil tudi sprejet k nam po več poskusih bivanja v domačem okolju v samskih stanovanjih. Potem je bil vključen tudi v stanovanjsko skupino. Po poročanju svojcev je šlo celo za 26 poskusov. Gospod je mlad, izobražen, ampak enostavno zaradi tega neuvida v svojo bolezen je vedno mislil, da bo šlo, a se je vedno znova ustavilo.* (socialna delavka, POM_3_2).

Tudi *telesno zdravstveno stanj*e posameznika lahko vpliva na njegovo premestitev iz druge ustanove ali z odprtega oddelka na varovanega:

> *Ona je prišla tudi zaradi tega, ker ima ta nihanja sladkorja […], ima tudi druge zdravstvene težave. Ona je bila tudi na drugih oddelkih. [Ona n]i zmožna klicati na pomoč, če recimo pade v hipo […]. [K]er je na varovanem več osebja, govorim zdravstvenega, in redno pokrivanje, zaradi tega je ona tukaj.* (POM_8_2).

> *Na koncu je pristal na pedopsihiatriji. On je razvil vedenje nasilja do mame in ostalih ljudi in je bil zaradi teh dogodkov nameščen v bolnišnico in tam so imeli hude težave, ker mu niso mogli nuditi drugega okolja*

kot bolnišnično sobo in so nastale tudi težave v smislu tega, da je imel vensko popuščanje, ker se ni gibal, in na koncu je bilo pri nas edino varno okolje. (direktorica, POM_7_1).

5.3.2.1.3 Odsotna/šibka/utrujena socialna mreža

Pri nanašanju na neformalno socialno mrežo pa je bilo povedanih več zgodb posameznikov z varovanih oddelkov, ki so na varovane oddelke prišli zaradi staranja ali smrti svojcev, od katerih podporo so do tedaj dobivali. Večkrat slišana je bila tudi zgodba, da so posamezniki postali preveč moteči in so bili svojci do te mere izčrpani, da niso zmogli več, čemur je sledila institucionalizacija na varovane oddelke; ali pa je to oviralo njihovo vračanje v skupnost z varovanih oddelkov: »*Pri nas imamo veliko tudi takih, moral bi iti domov, mama bi ga morala vzeti, ga več noče vzeti, ker ga ne zmore, preprosto ne zmore in uporabnik je prisiljen ostati na našem odprtem, varovanem oddelku*« (direktorica, POM_5_1).

5.3.2.2 Dejavniki nameščanj, povezani s širšimi družbenimi okoliščinami in strukturami

5.3.2.2.1 Pomanjkanje strokovnih oblik podpore v skupnosti

Zaposleni so v pogovorih izpostavljali tudi pomanjkanje podpore v skupnostih, ki po njihovih ocenah vodijo v institucionalizacijo na varovanih oddelkih. Več podpore v skupnosti eden od zaposlenih vidi tudi kot zaviralni dejavnik nameščanja na varovane oddelke: »*Meni res manjka ta podpora v skupnosti, mogoče bi se morali začeti ukvarjati tudi z ljudmi, ki dobijo sklep sodišča, ampak še niso pri nas, čakajo, da se nekdo z njimi ukvarja, da mogoče sploh ne pride do sprejema. Ampak tega ni*. (namestnica direktorja za področje zdravstvene nege, POM_1_1).« V smislu skupnostnih služb so zaposleni predvsem poudarjali večjo potrebo po nadziranju oseb v skupnosti, predvsem pri njihovem upoštevanju medikamentozne terapije: »*Oseba 1: Vedno pa je problem jemanje terapije in nadzor nad jemanjem terapije. Oseba 2: To je vedno največji problem, ki ga mi vidimo. Oseba 3: Saj, če je mreža ... Oseba 2: Če je mreža, če bi obstajal ta nadzor nad jemanjem terapije, bi bili tudi v skupnosti dosti bolj uspešni.* (POM_2_1).« Izpostavljali so tudi pomanjkanje formalizirane podpore posameznikom in zgodnejšega prepoznavanja njihovih težav in potreb, preden se vedenjski vzorci, ki jih nekateri izkazujejo, utrdijo:

Včasih je že to dovolj, da lahko pokličejo, lahko pa pridejo v glavno hišo in tudi tam prespijo dan, dva, tri, ampak ta človek ve, da če ima stisko, ve koga poklicati in ve, da mu lahko pomagajo. Zdaj pa si predstavljajte nekoga, ki je zunaj in nima tega in se jim poslabša. Če bi tak sistem [kot v bivalnih enotah] funkcioniral, da bi se lahko na nekoga obrnili, jaz mislim, da bi to [preselitev vseh v skupnost] lahko

funkcioniralo. Tako kot je zdaj, pa se potem vrnejo nazaj [v socialnovarstvene zavode]. (direktor, POM_1_1).

Jaz tu vidim veliko vlogo dolgotrajne oskrbe, da ti ljudje sploh ne pridejo v institucijo. Ko enkrat pridejo, verjemite, imamo kar nekaj stanovalcev, ki imajo možnost, da bi bivali v zunanji bivalni enoti in ne želijo iti. Razvije se nekakšen hospitalizem ali institucionalizem in potem ne želijo oditi, tu bi bilo potrebno, da se dela na tem, da jih damo v skupnost, novi pa naj ne prihajajo, naj se začne že prej razvijati nekaj [oblika pomoči]. (namestnica direktorja za področje zdravstvene nege, POM_1_1).

Če bi bile skupnostne službe dovolj močne, ne bi niti dobili toliko napotenih ljudi. (vodja socialne službe, POM_6_1).

Povezave teh služb na primarnem nivoju in vse to, kar je zadaj – da vsak zase nekaj delajo, ne dajo pa človeku podpore takrat, ko jo potrebuje. Ni neke mreže, da bi to delovalo tako, kot je treba. (diplomirana medicinska sestra, POM_3_2).

5.3.2.2.2 Zavračanje skupnosti (stigmatizacije osebe)

Težava pri končanju namestitve na varovanem oddelku je lahko tudi ta, da skupnost na tak ali drugačen način *zavrne* posameznika: »*Nekomu poteče sklep o varovanem oddelku in bi se moral vrniti v skupnost, ampak če je tam bilo nekakšno kaznivo dejanje, ga tam nočejo in nima ta človek kam iti.* (direktor, POM_1_1).«

5.3.2.2.3 Teža družinske odgovornosti za lastne družinske člane

Izstopajoči so opisani primeri in situacije, ko prekinitev podpore, ki jo je oseba prejemala od svojcev (npr. zaradi smrti, opešanja ali izčrpanosti družine) povzroči ali pa spodbudi namestitev na varovani oddelek – kar kaže na splošno hudo odvisnost posameznikov od moči lastne družine (in večjo ogroženost tistih, ki jih družine iz različnih razlogov ne zmorejo podpirati). Tovrstni primeri opozarjajo na preveliko težo in odgovornost, naloženo sferi družine in premajhno vlogo drugih, strokovnih podpornih mrež, ki bi lahko (ali morale) posameznike podprle tam, kjer jih družine ne zmorejo.

5.3.2.3 Ključni dejavniki nameščanja na varovane oddelke v perspektivi strokovnjakov

Iz pogovorov z zaposlenimi smo lahko izluščili dve skupini dejavnikov, ki spodbujajo nameščanje ljudi na varovane oddelke (nanizani so v tabeli 8), pri čemer se nekateri dejavniki nanašajo na ožji življenjski kontekst osebe, ki je izpostavljena možnosti namestitve na varovani oddelek; druga skupina dejavnikov pa se nanaša na širše družbene okoliščine in strukture, ki

takšne namestitve spodbujajo. Ta zbirko dejavnikov lahko v nadaljevanju uporabimo kot dopolnitev nastajajočega zemljevida dejavnikov, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke.

Tej precej enostavni delitvi smo naknadno dodali še tretji sklop dejavnikov, ki so pomembni za razumevanje področja nameščanj ljudi na varovane oddelke. Tretji tematski sklop smo poimenovali »specifično diskurzivno družbeno ozadje«. Iz pogovorov z zaposlenimi izhaja še nekaj pomembnih opažanj in izsledkov. Opaziti je, da zaposleni pri svojih opisih izhajajo iz diskurza primanjkljajev – usmerjanja pozornosti na vprašanje, česa oseba nima, kaj je pri njej slabo, pomanjkljivo ali problematično. V opisih uporabljajo tudi pojme, ki so del uveljavljenih strokovnih kategorizacij oziroma sistemov kategoriziranja (npr. »težave v duševnem zdravju«, »motnje v duševnem razvoju«, »vedenjske težave«). V njihovih pripovedih lahko prepoznamo tudi težnjo prevajanja kontekstualnih dejavnikov v probleme/primanjkljaje posameznikov. Tako se denimo dejstvo, da ima oseba tako hudo obliko nihanja sladkorja v krvi, da za preživetje potrebuje večjo prisotnost zdravstvene pomoči, prevede v razlog za namestitev na varovani oddelek, kjer ji bo bolj reden in dosegljiv nadzor strokovnega osebja zagotovil večjo varnost glede nadzora zdravstvenih stanj. Enako situacijo lahko razumemo oziroma poudarimo tudi drugače (kontekstualno): razlog za premestitev na varovani oddelek v tem primeru ni njeno zdravstveno stanje samo po sebi, pač pa samo in šele v kontekstu pomanjkanja ustreznih (nujnih in bolj dosegljivih) zdravstvenih podpornih storitev izven varovanih oddelkov. Sorodno bi lahko interpretacijo, da je npr. povod za namestitev osebe na varovani oddelek njeno »moteče vedenje« razumeli kot poenostavljeno in specifično usmerjeno v vrednotenje posameznika, ne pa konteksta – katerokoli vedenje lahko postane »moteče« šele v odnosu z ali do nečesa (pravil, osebe, norme). Problematičen postane kontekst sam po sebi – ne le vedenje samo po sebi. Sorodno ali v povezavi s tem iz pogovorov zaposlenih izhaja tudi, da so različni dejavniki, ki se kažejo na ravni posameznika in spodbujajo namestitev na varovani oddelek, v izjavah zaposlenih združeni pod konceptualizacijo potreb posameznika. Specifični dejavniki za namestitev posameznih oseb na varovane oddelke v pogovorih z zaposlenimi pogosto niti niso bili eksplicitno navedeni; pač pa so bili izraženi v generalizirani obliki potreb nameščenih ljudi po varstvu, varnosti, negi, nadzoru in strukturiranem okolju. Od zaposlenih zaznana potreba posameznika je tako temeljni dejavnik za namestitev osebe na varovani oddelek.

Zaposleni so izpostavljali, da namestitve na varovane oddelke spodbuja pomanjkanje podpore v skupnosti. Pri tem skupnost v njihovih izjavah pogosto ostaja nedefinirana, njen pomen pa razpet nekje med skupnostnimi službami v sferi civilne družbe in skrbečimi bližnjimi v sferi socialne mreže posameznika. Podobno kot pojem »skupnost«, je v pripovedih pogosto nedefiniran tudi pojem »podpora«. Kadar je jasneje ilustriran, pa se kaže v izrazito raznovrstnih pomenskih kategorijah: npr. nekateri so kot podporo, ki je je premalo, izpostavljali goli nadzor nad ljudmi; spet drugi pa so kot podporo izpostavljali bolj »tehnično« podporo v smislu zagotavljanja stanovanj osebam v tveganih namestitvah. Iz tega izhaja, da je znotraj ideje, da v »skupnosti« manjka »podpora« mnogo pomenskih in diskurzivnih možnosti – da se interpretacije teh pomembnih pojmov pomembno razlikujejo.

Tabela 8 Dejavniki, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke – iz perspektive zaposlenih na varovanih oddelkih

Ožji življenjski kontekst osebe	**Širše družbene okoliščine in strukture**	**Specifično diskurzivno družbeno ozadje (diskurz strokovnjakov)**
prestopki – oseba s kakšnim svojim vedenjem moti druge ljudi ali pravila – med tovrstne prestopke sodi tudi odstopanje od pričakovanj/pravil	pomanjkanje podpore v skupnosti	diskurz primanjkljajev (osredotočanje na primanjkljaje, motnje, težave, …) in s tem povezana raba specifičnih, tovrstnih sistemov kategoriziranja za opis stisk oseb
programov/storitev v katere so osebe vključene pred namestitvijo na VO	zavračanje skupnosti – stigma uporabnika	težnja prevajanja kontekstualnih dejavnikov in medosebnih situacij v probleme/primanjkljaje posameznikov
odsotna/šibka socialna mreža ali pa utrujena oziroma izključevalna socialna mreža	osrednja vloga družine kot tiste, ki naj skrbi za svoje družinske člane	diskurz »potreb« – prevajanje odločitev in ukrepov v nujno potrebne oblike odzivanja na »potrebe po oskrbi in pomoči posamezniku«
negotovi stanovanjski pogoji in tvegane oblike stanovanjskih rešitev		izmuzljivi/implicitni pomeni ključnih pojmov, kot sta pojem »podpora« (ki lahko pomeni tudi goli nadzor ali tehnično pomoč) in pojem »skupnost« (kdo naj bo ključna skupnost – neposredni družinski člani ali širša skupnost, v kateri oseba živi)

5.3.3 Perspektiva uporabnikov

Vse dejavnike nameščanja na varovane oddelke, ki so jih stanovalci obravnavali, vsebinsko lahko umestimo med dejavnike, povezane z njihovimi ožjimi življenjskimi konteksti.

5.3.3.1 Ožji življenjski konteksti in okoliščine

5.3.3.1.1 Predhodne institucionalizacije

Stanovalci, s katerimi smo se pogovarjali, so na varovane oddelke zavoda prišli iz svojih domov, z odprtih oddelkov tega istega zavoda, psihiatrije ali forenzične psihiatrije, nekateri so imeli izkušnje z brezdomstvom. Tudi iz pogovorov s stanovalci izhaja, da na varovane oddelke prihajajo iz drugih institucionalnih oblik bivanja – bili so že institucionalizirani – pa tudi iz skupnosti.

5.3.3.1.2 Konfliktni družinski odnosi

Stanovalci so omenjali slabe ali nasilne odnose s svojci, ki so vodili v institucionalizacijo na varovane oddelke. Kot dejavnike, ki so spodbudili njihove namestitve na varovane oddelke, so tematizirali različne težave v družinskih odnosih. Ta tematski sklop je primerljiv s tistim, ki smo ga opazili v pogovorih z zaposlenimi, pa vendarle s posameznimi pomembnimi drugačnimi poudarki. V primerjavi s perspektivo zaposlenih v perspektivi stanovalcev bolj izstopa, da v zvezi z družino ne govorijo o pomanjkanju podpore družine, pač pa širše o težavah v družinskih odnosih – kar na specifičen način dodatno osvetli vlogo družinskih odnosov pri izpostavljenosti osebe za namestitev na varovani oddelek. Družine v tem smislu iz pogovorov stanovalcev ni za razumeti le kot potencialni vir podpore (kot to bolj implicitno izhaja iz pogovorov z zaposlenimi), pač pa bistveno širše – tudi kot potencialni vir konfliktov, težav in obremenitev (ki prav kot taki lahko spodbudijo izločitev enega družinskega člana iz družinskega okolja).

5.3.3.1.3 Stanovanjske in finančne težave

Med okoliščinami v skupnosti in družbi, ki so jih posamezniki omenjali, so bili nerešena stanovanjska problematika posameznikov ter druge stanovanjske, pa tudi finančne težave.

5.3.3.2 Ključni dejavniki nameščanja na varovane oddelke v perspektivi stanovalcev

Iz pogovorov s stanovalci smo lahko izluščili skupino dejavnikov, ki spodbujajo nameščanje ljudi na varovane oddelke (nanizani so v tabeli 9), pri čemer se prav vsi nanašajo na ožji življenjski kontekst osebe. Ta nabor dejavnikov lahko v nadaljevanju uporabimo kot dopolnitev nastajajočega zemljevida dejavnikov, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke. Temu naboru pa smo naknadno dodali še en sklop dejavnikov, ki so pomembni za razumevanje področja nameščanj ljudi na varovane oddelke. Poimenovali smo ga »specifično diskurzivno

družbeno ozadje«, zajema pa druga naša opažanja, ki izhajajo iz pogovorov s stanovalci, in so pomembna za razumevanje procesov nameščanja ljudi na varovane oddelke.

Posebej izstopajoča pri pogovorih s stanovalci je odsotnost dejavnikov, ki bi se nanašali na širše družbene okoliščine in strukture. Stanovalci v intervjujih niso obravnavali dejavnikov, ki bi prispevali k njihovim namestitvam na varovane oddelke, bi pa bili povezani z okoliščinami, ki niso neposredno povezane z njihovimi življenjskimi konteksti.

Podobno kot zaposleni pa so tudi stanovalci kot dejavnike, ki so spodbudili njihove namestitve, obravnavali lastne »primanjkljaje«, in sicer lastna splošna »problematična« stanja v smislu psihiatričnih diagnoz (shizofrenija, depresija …), pa tudi kakšne partikularne dogodke v smislu »prestopkov« – dejanj, s katerimi so kršili kakšno normo ali pravilo (npr. poskus samomora, odtavanje iz institucionalne oblike bivanja). Podobno kot zaposleni, so tudi stanovalci navedene dejavnike opisovali brez kontekstualne umestitve posameznih dogodkov in stanj.

V primerjavi s perspektivo zaposlenih v pogovorih s stanovalci izstopa tudi to, da so podatki, ki smo jih dobili iz pogovorov s stanovalci, bolj skopi od teh, ki smo jih dobili od zaposlenih. To nas opominja na pomembno vprašanje distribucije »pravice« do definicije problema. Zaposleni imajo verjetno bistveno večjo (z)možnost definiranja položaja oseb na varovanih oddelkih, kot jo imajo te osebe same. Tema, ki se kaže kot pomembna, je prav nesorazmernost v moči pojasnjevanja in oblikovanja vednosti o osebah na varovanih oddelkih.

Tabela 9 Dejavniki, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke – izhajamo iz intervjujev s stanovalci

Ožji življenjski kontekst osebe	**Specifično diskurzivno družbeno ozadje (diskurz uporabnikov)**
predhodne institucionalizacije (v različnih vrstah institucij, ki se umeščajo v različne družbene sisteme) konfliktni družinski odnosi (konflikti v družini kot povod, ki sproži namestitev) stanovanjske težave finančne težave	uporabniki ne obravnavajo širših družbenih okoliščin in struktur, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke – odsotnost širše kontekstualne perspektive v uporabniški perspektivi težnja prevajanja kontekstualnih dejavnikov in medosebnih situacij v probleme/primanjkljaje posameznikov od uporabnikov samih morda manjša moč pojasnjevanja in oblikovanja vednosti o svojih položajih in življenjskih kontekstih – odsotnost sporočil, molk

5.3.4 Študije primerov: izkušnje bivanja na varovanih oddelkih

Študijo primera smo izvedli s sedmimi posamezniki, ki so imeli izkušnjo namestitve na varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda, in eno posameznico, ki se je namestitvi na varovani oddelek uspela izogniti, čeprav ji je bila ta predlagana. Od sedmih posameznikov, ki imajo izkušnjo bivanja na varovanem oddelku, jih je pet nanj prišlo z odprtega oddelka zavoda, eden iz psihiatrične bolnišnice, eden pa iz splošne bolnišnice. Trije so še v času pogovora z nami bivali na VO, štirje pa ne več – eden se je vrnil v svoje mesto in biva pri prijateljih, dva sta se preselila v stanovanjske skupine (eden v zavodsko, eden v stanovanjsko skupino nevladne organizacije), eden pa na odprti oddelek. Zgodbe vseh osmih ljudi so zelo različne, in njihove poti (na ali mimo varovanih oddelkov) se razlikujejo. Kljub temu vsaka zgodba osvetljuje nekatere dejavnike, ki spodbujajo – ali pa zavirajo – namestitve na varovane oddelke.

Tabela 10 Predstavitev nabora sogovornic_ov v okviru študij primerov

IME	SPOL	STAROST	KRAJ BIVANJA	ČAS, PREŽIVET NA VO	KRAJ, OD KODER JE OSEBA PRIŠLA NA VO
MARKO	M	pozna trideseta	VO[25]	prvič: pol leta drugič: nekaj mesecev	OO[26]
TIM	M	45 let	VO	10 let	OO
CVETKA	Ž	60 let	VO	več kot 4 leta	OO
IGOR	M	56 let	VO	1 leto	OO
MATJAŽ	M	pribl. 45 let	v skupnosti (stanovanjska skupina zavoda)	2 leti	OO
JOŠT	M	63 let	v skupnosti (pri prijateljih)	4 leta	PB[27]
ŽIGA	M	pozna 60 leta	v skupnosti (stanovanjska skupina NVO)	4 leta	iz bolnišnice
NENA	Ž	približno 50 let	v skupnosti (najemniška soba)	ni bivala na VO	ni bivala na VO (samo na OO)

Sledi predstavitev sogovornic_kov (imena so izmišljena).

Marko *je gospod v poznih tridesetih, ki zadnja štiri leta biva v socialnovarstvenem zavodu. Najprej je bival na varovanem oddelku, nato nekaj časa na odprtem, v času našega pogovora pa je ponovno – približno mesec ali dva – na varovanem oddelku. Kot otrok je obiskoval šolo s prilagojenim programom za otroke z motnjami v duševnem razvoju, ima avtizem. Živel je z*

[25] VO: varovani oddelek.
[26] OO: odprti oddelek.
[27] PB: psihiatrična bolnišnica.

mamo, ki je skrbela zanj, in s sestro, ki je tudi potrebovala posebno pomoč in podporo, a v manjšem obsegu kot on. Do njegovega enajstega leta je z njimi živel tudi njegov oče, ki pa je potem odšel v Nemčijo; Marko se mu je za nekaj časa pridružil, a ga je potem oče poslal nazaj. Pri 14 letih je bil Marko prvič sprejet v psihiatrično bolnišnico, kamor so ga kasneje sprejeli še desetkrat. Po koncu osnovne šole je živel z mamo ter v Centru za usposabljanje, delo in varstvo, nato pa je bil nameščen v socialnovarstveni zavod v času, ko je šla mati v dom starejših. Razlog za premestitev je bil v njegovem tavanju iz zavoda; poleg diagnoze blage duševne manjrazvitosti z vedenjskimi odkloni ima tudi diagnozo begavosti, ki se kaže v pogostih pobegih iz institucije in tavanju naokoli (tudi večkrat tedensko). Nedovoljen izhod z odprtega oddelka socialnovarstvenega zavoda in obisk sestre je bil tudi eden izmed razlogov za njegovo premestitev na varovani oddelek. Vendar pa ni to edini razlog; ko se Marku poslabšajo simptomi, izkazuje agresijo, muči živali, nadleguje otroke in odrasle in jih izsiljuje za denar. Včasih je nevaren in agresiven do drugih, poleg tega pa zaposlene skrbi tudi njegova varnost: povedo, da se »zaradi manjrazvitosti […] ne zaveda nevarnosti teh pohodov in ne more sklepati dogovorov glede tega, da bi zavod obveščal o tem, kje je.« Marko si želi, da bi šel nazaj na odprti oddelek in da bi kasneje lahko bival v stanovanjski skupini.

***Tim** je star 45 let in je v času našega pogovora bival na varovanem oddelku, kjer je preživel približno 10 let; v kratkem pa naj bi se preselil na odprti oddelek, saj je v njegovem delovanju opazen napredek. Njegovo psihično stanje je bilo ob sprejemu in v času bivanja na odprtem oddelku slabo: slišal je glasove, imel privide in vsiljive misli. Pred sprejemom v zavod je bilo pri njem opazno tudi iracionalno zaznavanje odnosov, predvsem odnosov z ženskami. Pri enajstih letih je prvič poskušal narediti samomor; potem je devet mesecev preživel na pedopsihiatriji, nato pa je do svojega sedemnajstega leta živel doma z očetom, mamo in sestro, ki pa niso zmogli skrbeti zanj. Življenja doma, pove Tim, se spominja kot težkega in napornega, saj mu bližnji niso znali pomagati, sam pa jim ni znal razložiti, kaj je z njim narobe; asociira ga s prepiri in napetostmi. Zaradi poslabšanja simptomov je bil nato hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici dve leti in pol. Zatem se je ponovno za kratek čas vrnil domov, nato pa je odšel v varstveno-delovni center, kjer pa se je počutil zelo slabo. Iz tam je bil premeščen v socialnovarstveni center, kjer trenutno biva. Sprva je bil na odprtem oddelku, na varovani oddelek pa je bil premeščen zaradi večkratnih dogodkov izkazovanja agresije, usmerjene na predmete. Ob poškodovanju predmetov se je enkrat tudi sam poškodoval in potreboval bolnišnično oskrbo. Z odprtega*

oddelka je v preteklosti tudi že bos ušel. Življenje na varovanem oddelku je Timu neznosno, želi se vrniti se v kraj svojega doma.

***Cvetka** je gospa, stara 60 let, v opazno slabem telesnem stanju. V času našega pogovora je bivala na varovanem oddelku, kjer je že nekoliko več kot štiri leta. Diagnosticirano ima shizoaktivno motnjo, na varovani oddelek pa je bila premeščena z odprtega oddelka socialnovarstvenega zavoda. Razlog za premestitev je bilo zažiganje stvari v svoji sobi zaradi kajenja in verbalna agresija do sostanovalcev in zaposlenih; ocenjeno je bilo, da je na odprtem oddelku ni več mogoče obvladati. V otroštvu je Cvetka bivala z mamo, ki pa je pred kratkim umrla; po smrti matere je podedovala njeno stanovanje. Omenja še živega strica, ki pa živi v tujini, zato nimata bližnjih odnosov. Cvetka si želi, da bi bil stric njen zastopnik/skrbnik, a on tega ne želi sprejeti zaradi življenja v tujini. Drugih sorodnikov nima, prav tako ne socialne mreže izven zavoda. Na pogreb svoje matere ni želela priti, saj jo je bilo sram, da bi jo krajani videli v takem stanju, kot je (poškodbe telesa). Cvetka je na občasnih zdravljenjih že od leta 1988 dalje, vsega skupaj ima v zadnjih tridesetih letih 79 hospitalizacij. Do leta 2000 je živela z mamo, potem pa ji je ta onemogočila skupno bivanje v svojem stanovanju. Preselila se je v stanovanjsko skupino nevladne organizacije, a je bilo bivanje tam neuspešno. V tistem času je poskusila narediti samomor, nato je bila na lastno iniciativo hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici. V vmesnem času so jo iz stanovanjske skupine izselili. Potem je tri leta preživela v psihiatrični bolnišnici, nato pa so jo preselili v socialnovarstveni zavod. Kljub več prošnjam za premestitev z varovanega oddelka, kjer biva v času našega pogovora, je sodni izvedenec ocenil, da naj ostane, kjer je (sama mu je namreč povedala, da se tam počuti dobro). Cvetka v pogovoru izraža obup nad svojim življenjem. Pove, da se na varovanem oddelku, kjer je trenutno, počuti zelo neprijetno, s sostanovalko se ne razume; želi si živeti sama v stanovanju.*

***Igor** je star 56 let in zadnja slaba štiri leta je v socialnovarstvenem zavodu. Sprva je bil na odprtem oddelku, nato pa je bil premeščen na varovan oddelek, kjer je ostal več kot eno leto. V času našega pogovora biva ponovno na odprtem oddelku. Ima hudo oškodovane kognitivne funkcije, slabo je časovno in prostorsko orientiran, ima nanašalne blodnje do osebja in meša realnost in fantazijo. Igor je od 30. leta dalje živel na ulici, v tistem času je zlorabljal alkohol in droge. Večkrat je bil v zaporu, šestkrat je bil tudi sprejet v psihiatrično bolnišnico na zdravljenje. Imel je veliko telesnih težav, težko bi še naprej živel na ulici; v psihiatrični bolnišnici so ocenili, da ni več zmožen samostojno skrbeti zase. Družina in organizacije civilne družbe mu niso želeli*

nuditi podpore. Nekaj časa je živel v bivalni enoti, a ni bil dovolj samostojen za takšno obliko bivanja, zato ni nadaljeval. Nazaj k materi ni želel, ker je imela pri sebi še svoje druge otroke (njegovo polsestro in brata). Zdravniki so mu nato dali psihiatrično diagnozo, dobil naj bi jo zato, da je imel pogoje, da je lahko šel v socialnovarstveni zavod. V zavod je prišel na lastno prošnjo, pri selitvi mu je pomagala nevladna organizacija. Igor ima težave z mobilnostjo, a je ob sprejemu v zavod še lahko hodil, mislil pa je, da tam ne bo zaprt. Nato pa so ga kmalu po prihodu preselili na varovani oddelek z utemeljitvijo, da ga ne morejo več obvladovati, saj je netil ogenj v sobi in bil verbalno agresiven. Kasneje so dodali tudi, da obstaja tveganje, da bi z odprtega oddelka lahko odtaval in bil v nevarnosti. Na varovanem oddelku Igor ni želel biti, skupaj z zagovornikom sta se trudila za premestitev na odprti oddelek; ovira pri tem pa je bil tudi strah zaposlenih, da bi sprejeli odgovornost za takšno premestitev – ena od zaposlenih je denimo rekla Igorjevemu zagovorniku: »Ti ne boš na sodišču, jaz bom morala utemeljevati naše predloge.« V času bivanja na varovanem oddelku se je Igorju stopnja mobilnosti še poslabšala in ni več zmogel sam hoditi. Želel si je imeti bergle, a mu jih zdravnica ni želela dati, saj bi lahko predstavljale nevarnost zanj; dobil je voziček. Kot pravi sam, so ga nato premestili nazaj na odprti oddelek, ker ni mogel več hoditi. Nedolgo nazaj mu je umrl oče, stikov z materjo ali drugo družino nima več, prav tako ne s člani nevladne organizacije, ki mu je v preteklosti pomagala. Svojih prihrankov nima, prejema socialno pomoč, odvisnost od drugih ga spravlja v stisko. Pove, da je brez perspektive in da si želi umreti. Želi si bivati vsaj v zaporu, saj bi bil tam bolj na odprtem.

***Matjaž** je star približno 45 let in v času raziskave biva v stanovanjski skupini. V zavod je bil sprejet zaradi kombinacije duševnih težav (diagnosticirano ima shizofrenijo) in zlorabe alkohola in drog, ko je bil star približno 30 let, in v zavodu je preživel približno 15 let. Pred namestitvijo se je dve leti zdravil na psihiatriji, od tam pa je bil nato preseljen na odprti oddelek zavoda. Med bivanjem v zavodu je 2 leti preživel v stanovanjski skupini zavoda, a se je vrnil v matično enoto zaradi ekscesne uporabe substanc. Leta 2018 je bil z odprtega oddelka nameščen na varovani oddelek najprej za eno leto, nato pa so mu bivanje tam podaljšali še za nadaljnje leto; razlog za premestitev je bila zloraba substanc; včasih naj bi se zgodilo, da je pil brez premora, dokler ni obležal. Težave z alkoholom naj bi sicer bile prisotne tudi v njegovi primarni družini. Matjaž stikov ter zunanje podpore ali mreže ni imel, včasih je prišla na obisk njegova mati. Družina ga že od mlajših let ni zmogla podpirati, izključen je bil tudi iz drugih oblik podpore, v*

katere je morda vstopil (denimo nevladna organizacija, ki pomaga pri socialni rehabilitaciji oseb z zasvojenostmi). Po bivanju na varovanem oddelku se je ponudila možnost selitve v bivalno skupino, saj je zavod razseljeval večje število svojih nameščencev v okviru deinstitucionalizacijskih programov. Matjaž je možnost sprejel in je glede tega premika zadovoljen, saj ima več priložnosti za aktivnosti in vključenost. Prejema medikamentozno terapijo psihiatra; želi si sicer manjši odmerek zdravil, a mu psihiater ne dovoli. Matjaž tudi med bivanjem v stanovanjski skupini uporablja konopljo, a njegova zloraba substanc ni ekscesna, kot je bila v času bivanja v instituciji, kjer je na tak način preganjal dolgčas. Zaposleni navajajo, da so težave glede tega, da kupuje tobak in alkohol mladoletnim.

***Jošt** je gospod, star 63 let, ki se je dva meseca pred našim pogovorom vrnil z varovanega oddelka nazaj v skupnost – v času pogovora je živel pri prijateljih. Na varovanem oddelku je preživel približno štiri leta, ven pa je prišel s pomočjo prijateljev in poznanstev. Pred namestitvijo na varovan oddelek je bil hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici, od tam pa so ga nato premesili na varovan oddelek socialnovarstvenega zavoda. Prvič je bil hospitaliziran leta 1987, od takrat dalje je bil še večkrat sprejet na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico. Pred hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici, do katere je prišlo pred njegovo prvo namestitvijo na varovani oddelek, je imel Jošt slabo obdobje, ni pil in jedel in je zlorabljal droge. Leta 2019 so ga nato za eno leto zaprli na varovan oddelek, potem so ga spustili ven in v tem času se je vrnil v svoj domači kraj, kjer so mu prijatelji najeli stanovanje. Vendar pa se mu je stanje hitro poslabšalo, že po nekaj tednih je začel piti in zlorabljati alkohol, kmalu je nastopila depresija in začeli so se poskusi samomorov. Njegovi prijatelji menijo, da je bila težava v tem, da je bil v tem času sam; imel je sicer nadzorovano obravnavo, a ni redno jemal medikamentozne terapije, ki mu je bila predpisana. Kmalu so ga nato spet hospitalizirali v psihiatrični bolnišnici in ga spet za eno leto poslali na varovan oddelek socialnovarstvenega zavoda. Nato so mu bivanje podaljševali še naprej, čeprav ni bilo zakonske podlage – ni bil avto- ali heteroagresiven in je vzdrževal abstinenco od drog in alkohola. Na začetku je bil tam prostovoljno, kasneje pa ne več. Med vmesnim zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici je dobil tudi izjemno slabe izkušnje s psihiatrijo in si je začel želeti, da bi zapustil zavod. Skupina prijateljev mu je pri tem pomagala, a pot je bila zelo težka. Pogoj za izpust je to, da imajo ljudje možnost svoje namestitve in da imajo izvenzavodskega zdravnika in psihiatra, kar pa je težko dobiti. Prek mreže poznanstev so nato prišli do psihiatrinje, ki se je izjemno potrudila in prišla osebno v zavod, da ga sreča, da je*

lahko napisala mnenje o njem, saj Joštu zavod ni odobril izpusta, da bi lahko šel k njej na pregled. Težava je bila tudi to, da se je več bližnjih oseb strinjalo z Joštovo namestitvijo na varovanem oddelku; zato je moral najprej doseči, da se je njegova uradna bližnja oseba zamenjala, in je to postala njegova prijateljica, ki se je trudila za njegovo premestitev. Ona in drugi prijatelji, ki so se trudili v tej smeri, so ob tem dobivali klice drugih bližnjih, ki so jim očitali, da Joštu s tem škodujejo in da bodo odgovorni za njegov propad, ki se bo zgodil zunaj varovanega oddelka. Nevladne organizacije niso imele kapacitet pomagati pri tem trudu. Za najbolj učinkovito pri tem, da so Joštu na koncu odobrili izpust z varovanega oddelka, se je izkazalo to, da so njegovi prijatelji večkrat dali prijave glede omejevanje pravic stanovalcev v tem zavodu na različne instance (varuh, ministrstvo, sodišča) – posledično je na Joštovi obravnavi na sodišču tudi ravnatelj zavoda sam izrazil željo po tem, da se ga (predčasno) odpusti iz zavoda. Zdaj, ko živi zunaj zavoda v skupnosti, mu je v podporo prijateljica, ki je prevzela tudi nadzor nad njegovim jemanjem zdravil.

***Žiga** je gospod v poznih šestdesetih letih. V času našega pogovora živi v stanovanjski skupini blizu središča mesta. Pred tem je bil štiri leta na varovanem oddelku socialnovarstvenega centra. Žiga je svojo prvo zaposlitev izgubil po 12-ih letih dela v podjetju, ki je šlo v stečaj, in ostal je brezposeln. Nekaj let je nato delal prek SP-ja in sprejemal razna prekarna dela, pogosto pa je bil vmes tudi na Zavodu za zaposlovanje in prejemal socialno podporo. Poročen je bil 22 let, potem pa sta šla z ženo narazen. Imata dva sinova. Imela sta lastniško stanovanje, ki sta ga skupaj kupila, a ga je Žiga po ločitvi prepustil ženi in sinovoma, sam pa se je preselil v najemniško stanovanje. V tem času je neredno jedel in se družil z ljudmi, s katerimi so skupaj zlorabljali alkohol. Nato se je pred nekaj leti zbudil v bolnišnici po operaciji rane na glavi, doživel naj bi infarkt, a se ne spomni ničesar. Izgubil je vso gibljivost, ni mogel hoditi. Nekaj tednov se je zdravil v bolnišnici, nato pa so ga s posredovanjem predstavnikov CSD-ja proti njegovi volji namestili v socialnovarstveni zavod. Najprej je bil na varovani oddelek zavoda sprejet za dva meseca, nato pa so mu rok podaljševali in ostal je več let. Ni razumel, zakaj ga tam zadržujejo, saj ni bil agresiven in se ni želel samopoškodovati. Dobival je žepnino, ki je predstavljala del zneska socialne podpore, ki jo je prejemal. Ni želel, da bi ga kdo od bližnjih tam obiskal, saj ga je bilo sram, da je na varovanem oddelku. Sinova ga nista prišla obiskat. Povedali so mu, da je na varovanem oddelku zato, ker je tam postrežen in ima vse urejeno. Z varovanega oddelka ga niso želeli odpustiti nazaj v skupnost, ker ni imel svojega prebivališča. »Če nimaš svojega*

stanovanja, te ne upoštevajo,« pove Žiga. Ponujali so mu premestitev na različne lokacije odprtih oddelkov, a je to zavrnil, saj si ni želel bivati v teh krajih. Bivanje na varovanem oddelku mu je bilo muka, kot da bi bil v zaporu, želel si je ven in nazaj v svoj domači kraj. Po štirih letih so ga zaposleni prestrašili, da če ne bo sprejel možnosti bivanja na odprtem oddelku, ne bo nikoli več prišel ven. Takrat je sprejel selitev na odprti oddelek, kjer je nato preživel mesec dni. Potem pa so mu iz organizacije civilne družbe poslali slike stanovanja v njegovem domačem kraju in mu ponudili selitev tja; sprejel je in zdaj biva v stanovanjski skupini. Večino časa sicer preživlja v svoji sobi in gleda televizijo, finančno mu je težko priti čez mesec, saj mora dati skoraj polovico svoje socialne podpore za sobo v stanovanju.

***Nena** je gospa, stara približno 50 let. Pri 45-ih letih se je vselila v enega od socialnovarstvenih zavodov. Po dveh letih ji je grozila namestitev na varovani oddelek, čemur se je izognila tako, da je iz zavoda odšla živet nazaj v skupnost. Zdaj že tri leta, torej od svojega 47-ega leta, živi samostojno v najemniški sobi v Ljubljani. Nena je odraščala s starši in starejšim bratom; vsi v družini so jo imeli radi, starši so se z njo ukvarjali in jo vodili na različne tečaje. Z očetom si ni bila prav blizu, včasih jo je s fizično silo discipliniral, oče in mati sta se pogosto glasno prepirala. V osnovni šoli so jo imeli radi, imela je dobre ocene in kasneje tudi uspešno končala srednjo šolo. Že od osnovne šole naprej je imela večkrat izkušnje z nadnaravnim; ukvarjala se je duhovnostjo in zdravljenjem. Imela je več različnih služb, predvsem prekarnih, ki jih je pogosto menjavala, veliko je tudi potovala. Odselila se je od staršev in šla v najem. V naslednjih letih je bila pogosto prisiljena zaradi različnih razlogov menjati stanovanja. V obdobju treh let v času konca njenih 30. let je trikrat menjala službo in se štirikrat selila, počutila se je izčrpano. Bila je v več razmerjih; ko se je bližala 40. letu je bila v razmerju z moškim, s katerim sta se veliko prepirala. Pove, da so bili to »prvi znaki bipolarne motnje, vendar v okolici, kjer sem bivala, jih ni nihče prepoznal«. S starši v tem času ni imela veliko stika, videvali so se enkrat na mesec; brat je živel v tujini, z njim se ne razumeta in nista bila v stiku. Nato pa je Nena pustila svojo službo, saj ni več zmogla delati, ni se počutila, da še lahko živi sama in samostojno skrbi zase. Vrnila se je k materi, ki jo je negovala, jo hranila in umivala; vendar pa so se občutki brezvoljnosti v Neni stopnjevali, dokler ni matere prosila, naj jo odpelje v psihiatrično bolnišnico. V naslednjih mesecih je bila večkrat pri psihiatrih, testi so pokazali upad kognitivnih funkcij, prejemala je medikamentozno terapijo. Petkrat je bila hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici po mesec in pol zaradi poskusov samomorov, diagnosticirali so ji shizofrenijo.*

Prekinila je stike s prijatelji, saj je verjela, da ji želijo škodovati, socialno se je umaknila. Pri mami je bivala štiri leta, dokler ni zaznala, da mati ne more več skrbeti zanjo, saj je bila že stara, Nena pa je potrebovala podporo 24 ur na dan. Odločila se je, da zaprosi za premestitev v zavod. Na sprejem je čakala leto in pol, v tem času pa živela pri očetu. V času bivanja na odprtem oddelku se je kasneje zelo zbližala tudi s svojo teto, ki jo je hodila redno obiskovat, ji prinašala hrano in jo bodrila. Na obiske so pogosto prihajali tudi starši. V zavodu se ni počutila dobro, silili so jo jemati zdravila, ki so jo uspavala, kar je ona zavračala in imela zato tam težave. Prijatelji so ji po družbenih omrežjih pisali, kako je, in ko jim je povedala, kaj se dogaja, so ji odvrnili, da to ni normalno in sprejemljivo. »Sama nisem vedela, kaj je normalno in kaj ne, zato sem se teh njihovih komentarjev oprijela kot slamice.« Zaradi objav na družbenih omrežjih in zavračanja zdravil je morala pred komisijo, tam so jo ustrahovali in ji zagrozili s premestitvijo na varovan oddelek: »Ali greš domov ali pa na zaprti oddelek!« Odločila se je, da gre domov, mati pa je njeno odločitev podprla. Na internetu si je našla sobo, s prihranki si je lahko plačala varščino in prvo najemnino. Dva dneva je živela še pri starših, nato pa se preselila v svojo novo sobo. »Jaz sem imela vero in tudi bližnje. To mi je pomagalo, da sem lahko prišla ven.« Zdaj redno hodi k psihiatrinji, ki ji predpisuje zdravila; priporočila ji je tudi nevladno organizacijo, ki ima dnevni center, kamor Nena redno hodi. Tam dobiva nasvete glede financ in stanovanja (varstveni dodatek, neprofitna stanovanja) in pogovore ter spodbude. Blizu si je tudi z lastnico stanovanja, kjer živi, ta jo zelo bodri in skupaj hodita na počitnice. Z materjo, ki je že precej stara, se slišita vsak dan, v stikih je z očetom in bratom. V zavod nazaj si ne želi več; ko bo treba, se bo preselila v dom za starejše.

5.3.4.1 Dejavniki nameščanj na varovane oddelke v študijah primera

5.3.4.1.1 Ožji življenjski kontekst osebe

Predhodna institucionalizacija

Vsi sogovorniki z izjemo Žige so imeli predhodne izkušnje (nekateri številne) s hospitalizacijo v psihiatričnih bolnišnicah. Eden od sogovornikov je imel poleg tega še izkušnjo bivanja v centru za usposabljanje, delo in varstvo; eden v varstveno-delovnem centru; eden pa je bil večkrat tudi v zaporu. Več sogovornikov pa je (neposredno) pred namestitvijo na varovani oddelek bivalo na (odprtih) oddelkih socialnovarstvenih zavodov. Skupna okoliščina naših sogovornikov je tudi zgodovina institucionalne (psihiatrične) obravnave, pogosto z namestitvijo v eno od institucij neposredno pred odhodom na varovani oddelek.

Odsotnost ali hudo pomanjkanje socialnih vezi/vlog v času institucionalizacije

Iz zgodb sogovornikov, ki so pred prihodom na varovani oddelek bivali v drugi institucionalni obliki (povečini v drugih oddelkih socialnovarstvenih zavodov), lahko izluščimo odsotnost oziroma vsaj hudo pomanjkanje socialnih vezi ali (pomembnejših) socialnih vlog sogovornikov v svetu zunaj institucije. V tem smislu so se soočali z nekakšnim stanjem zapuščenosti in nespadanja v svet zunaj – obratno pa je povezava, umeščenost osebe v svet zunaj institucije, delovala kot boj in vir moči za življenje izven varovanega oddelka (ali celo izven socialnovarstvenega zavoda).

Majhne socialne mreže in omejene na (primarno) ožjo družino

Zgodbe sogovornikov v zvezi z nameščanji na varovane oddelke nakazujejo na velik pomen podpore družine in širše socialne mreže. Sogovorniki so omenjali malo pomembnih oseb na svojih življenjskih poteh, kar kaže na večinoma ozke, včasih celo povsem odsotne socialne mreže v njihovih življenjih. Te so bile skoraj izključno omejene na primarne in druge ožje družinske člane. Pripovedi niso omenjale vloge drugih morebitnih pomembnih ali bližnjih oseb.

Šibke, ranljive socialne mreže

Za socialne mreže naših sogovornikov je bilo po večini značilno, da so bile šibke oziroma ranljive. Svojci zaradi lastnih stisk, starosti ali zdravstvenih težav ni zmogli (več) podpirati družinskega člana, včasih so bili tudi sami institucionalizirani ali drugače odsotni. Smrti ali hude bolezni pomembnejših družinskih članov so v nekaterih zgodbah pomembno označevale ključen prelom, ko so sogovorniki ostali povsem brez podpore socialne mreže.

Konfliktni družinski odnosi

Kot pomemben dejavnik, ki je spodbujal namestitve na varovane oddelke, so bili v zgodbah sogovornikov tudi konfliktni družinski odnosi. Ti konflikti niso bili enoznačni in težko je določiti, kateri družinski član je bil vir prepirov, nasilja, zavračanja in izključevanj iz družinskega okolja. Družinski kontekst je v nekaterih zgodbah deloval kot vir napetosti in težav, ki so spodbudile življenjsko pot sogovornikov v smer institucionalizacije.

5.3.4.1.2 Odsotnost smisla, ideje o vrednosti lastnega življenja (vdanost)

V analiziranih zgodbah je opaziti, da je bilo med sogovorniki v času pred namestitvijo na varovani oddelek pri njih odsotno občutenje smisla ali ideje o vrednosti lastnega življenja. To

se je kazalo v obliki propada upov, vere, načrtov, vizij ali sanj glede prihodnosti. Tisti sogovorniki, ki so pred odhodom na varovani oddelek bivali v socialnovarstvenem zavodu, so na svoje bivanje v zavodu gledali kot na »zadnjo postajo« – kot kraj, kjer bodo bolj kot ne pasivno dočakali konec svojega življenja.

5.3.4.2 Širše družbene okoliščine in strukture

5.3.4.2.1 Življenje v totalni instituciji – dejavnik, ki sam po sebi spodbuja pot na varovane oddelke

Iz analiziranih zgodb izhaja, da zasnovanost (psihiatričnih) oddelkov drugih institucij, ki jih po svojem konceptu lahko uvrstimo v kategorijo »totalnih institucij«, sama po sebi vsebuje silnice, ki spodbujajo potrebo po obstoju dodatnega prostora za reševanje njej lastnih (in neizbežnih) kriznih situacij. To se v analiziranih zgodbah kaže na več načinov. Institucionalno življenje pomeni izpostavljenost osebe večji količini in večji zahtevnosti pravil glede vsakodnevnega življenja in vedenja, s čimer se povečuje tudi možnost, da bo oseba s svojim vedenjem prešla v položaj »kršitelja pravil«, oziroma »storilca prestopka«, ki bo lahko spodbudil prehod na zaprt, varovan oddelek.

Sogovorci pogosto niso bili prepričani, zakaj točno so bili nameščeni na varovan oddelek, oziroma kaj je bil točen povod za to. Noben od sogovornikov ni namestitve na varovan oddelek razložil z internalizacijo svojih značilnosti (v smislu lastnih potreb), pač pa z nanašanjem na svoja dejanja, ki so bila moteča v okolju, v katerem je prej bil. Ta motečnost je na odprtem oddelku pogosto pomenila denimo tavanje, ki ga zaposleni niso zmogli zamejiti, zažiganje ali uničevanje inventarja v sobah, verbalno agresijo, samopoškodovanje, uporabo nedovoljenih substanc in alkohola ipd. Kot pokaže zgodba Nene, pa je motečnost lahko pomenila tudi neubogljivost in zavračanje medikamentozne terapije, ki jo je uporabnica ocenila kot neprimerno zase.

Kot »kršitve« so v institucionalnih okoljih pogosto opredeljena vedenja, ki v drugih okoljih (izveninstitucionalnih) niti ne bi bila prepoznana kot taka (npr. prižiganje luči, puščanje nečednega stranišča ipd). Pomemben vidik je tudi ta, da k namestitvi na varovane oddelke lahko prispeva to, kar se v očeh in jeziku zaposlenih prepoznava kot »nevodljivost«, »neobvladljivost« – s perspektive »uporabnika« pa gre za zmožnost in voljo osebe, da se ne strinja s pravili institucije in se jim brez »boja« ne podreja. S tem je povezana tudi fizična

sposobnost upiranja, samovolje (tako je na primer osebi, ki je bila prej zaradi svojega motečega vedenja v socialnovarstvenem zavodu nameščena na varovani oddelek, novonastala gibalna oviranost dejavnik, ki je spodbudil namestitev nazaj z varovanega na običajen oddelek zavoda), pa tudi nekakšna siceršnja živost in živahnost, ki povzroča, da je oseba v institucionalnem okolju sploh lahko nadležna (žicanje, strmenje, neprestano govorjenje, ogovarjanje …). Naštete dejavnike, ki so se v zgodbah sogovorcev kazali kot dejavniki, ki spodbujajo namestitev na varovani oddelek, bi bilo morda na prvi pogled bolj smiselno umestiti v kategorijo dejavnikov, ki so bolj povezani z značilnostmi uporabnika samega – vendar pa tega nismo storili, saj kot dejavniki, ki spodbujajo nastanitev na varovani oddelek, začnejo delovati šele, ko je oseba specifično umeščena v okolje totalne institucije.

Druga pomembna značilnost življenja v totalni instituciji je velika socialna razdalja med dvema kulturnima svetovoma (zaposleni in varovanci), ki sama po sebi odpira prostor za odnos nezaupanja med obema skupinama. Tako so se v analiziranih zgodbah kazale različne manifestacije ideje, da jim zaposleni v institucijah želijo škodovati, narediti nekaj slabega ali pa vsaj opuščajo skrb za njihovo dobrobit. Takšne predpostavke so se lahko kazale z odporom do zahtev, navodil in usmeritev osebja (kar je bilo v percepciji naših sogovornikov samovarovalno), na primer v obliki odklanjanja psihofarmakov ali sumov, da jim zaposleni kaj »podtikajo«, »lažejo«. Obratno pa se je kazalo tudi pomanjkanje zaupanja zaposlenih do varovancev. Socialna razdalja do stanovalcev v socialnovarstvenih zavodih je prinašala situacije, ob katerih so bili zaposleni negotovi glede prihodnjih vedenj naših sogovorcev, zato so iz skrbi, da bi se v prihodnje lahko kaj zgodilo njim samim (stanovalcem) ali drugim ljudem, bolj pripravljeni segati po varovanem oddelku kot obliki preprečevanja potencialnih neljubih dogodkov, za katere ne bi želeli biti okrivljeni.

5.3.4.2.2 Ideja, da zapiranje varuje ljudi pred njimi samimi (breme »skrbi«)

Povezano s prejšnjim dejavnikom je tudi breme »skrbstvenih« institucij, ki so izpostavljene ideji, da morajo poskrbeti za preživetje in fizično varnost oseb. V tem smislu se zaposleni posebej »varovalno« odzivajo na vedenja, ki so v njihovih očeh tvegana (pa kot taka ne bi bila nujno prepoznana v življenju zunaj tovrstnih institucij) – mednje npr. sodi odhajanje iz zavoda (»lahko se mu kaj zgodi, lahko ga avto povozi«) ali netenje ognja.

Ideja, da je namestitev na varovani oddelek lahko oblika »posebne skrbi« in varovanja tistih, ki sami sebe ogrožajo, je bila prisotna tudi v zgodbah, kjer so bile osebe na varovani oddelek nameščene neposredno iz skupnosti. V teh primerih je šlo za situacije, ko so drugi ljudje (npr. kakšni strokovnjaki) ocenjevali, da oseba na kakšen način ogroža samo sebe ali slabo ravna sama s sabo (pije, živi v slabih higienskih ali drugih življenjskih razmerah, se ne umiva, prehranjuje, se pomanjkljivo oblači in se izpostavlja mrazu), a je ta oseba hkrati zavračala nastanitev v kakšnih od »prostovoljnih« oblik institucionalnega življenja.

5.3.4.3 Identificirani dejavniki namestitve na varovane oddelke v študijah primera

Dejavnike, ki smo jih kot tiste, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke, prepoznali v zgodbah analiziranih študij primerov, smo razdelili v dve kategoriji, kot prikazuje tabela 11. Iz nabora identificiranih dejavnikov izhaja, da smo se v tem poglavju lahko bolj posvečali vprašanju dejavnikov, ki so povezani z bivanjem v instituciji. Razlog za to je značilnost nabora naših sogovorcev – s katerimi smo stik po večini vzpostavili prek socialnovarstvenih zavodov in pri katerih je po večini namestitev na varovani oddelek sledila namestitvi na odprtem oddelku zavoda. Da je bil v večjem delu zgodb, ki smo jih podrobneje analizirali, izhodišče, od koder je oseba prišla na varovani oddelek, prav socialnovarstveni zavod – je pomembno in na specifičen način usmerilo tudi vsebino rezultatov, ki smo jih pridobili v tem delu empiričnega raziskovanja dejavnikov, ki spodbujajo nameščanje na varovane oddelke. Obenem pa nam je prav tak nabor zgodb in študij primerov omogočil, da smo lahko podrobneje analizirali prav tematsko področje, ki se je v drugih empiričnih delih slabše prikazovalo in se morda večkrat izmuznilo našim analizam.

Tabela 11 Dejavniki, ki spodbujajo nastanitve na varovane oddelke – izhajamo iz študij primerov

Ožji življenjski kontekst osebe	**Širše družbene okoliščine in strukture**
predhodna institucionalizacija odsotnost ali hudo pomanjkanje socialnih vezi/vlog v času bivanja v instituciji majhne socialne mreže in omejene na (primarno) ožjo družino šibke, ranljive socialne mreže konfliktni družinski odnosi odsotnost smisla, zavedanja o vrednosti lastnega življenja (vdanost)	življenje v totalni instituciji – dejavnik, ki sam po sebi spodbuja pot na varovane oddelke ideja, da zapiranje varuje ljudi pred njimi samimi (breme »skrbi«), kadar se sami ne želijo »rešiti«

5.3.5 Perspektiva zaposlenih v skupnostnih službah

Podobno kot v drugih delih raziskovanja dejavnikov, ki spodbujajo namestitev na varovane oddelke, smo tudi teme, ki izhajajo iz fokusnih skupin z zaposlenimi v skupnostnih službah, lahko razdelili v dva tematska sklopa – eden se nanaša na dejavnike v ožjem življenjskem kontekstu posameznikov, drugi pa na širše družbene okoliščine in strukture.

5.3.5.1 Ožji življenjski konteksti in okoliščine

»Prestopki«, ki so jih navajali sodelujoči v fokusnih skupinah kot razlog za namestitev: vzbujanje strahu pri drugih, opuščanje skrbi zase (tudi zavračanje/opuščanje psihofarmakov in drugih oblik intervencij, ki se štejejo kot pomoč), opuščanje skrbi za druge, izpostavljenost nasilju drugih, ponavljajoče se ali vztrajne situacije, pri katerih »ni več drugih možnosti«, pogosto znotraj družine ter »pomanjkanje uvida, življenje v vzporedni realnosti«.

Iz fokusnih pogovorov izhaja, da je razpon vedenj, ki so razumljena kot utemeljena za namestitev osebe na varovani oddelek, izjemno širok. Opisovali so primere vedenj, ki se bolj »klasično« povezujejo z razlogi za namestitve na varovane oddelke. Sem sodijo vedenja, ki pri drugih vzbujajo strah (denimo gospod, ki je grozil sosedi in ji povzročal hude stiske in strah s tem):

> *Jaz sem imela en mesec svojko na telefonu, ki je rekla, da samo še čaka, kdaj jo bo hči […] ponoči zaklala, in da ne ve več, kaj naj naredi. Da jo je že obiskal psihiater na domu, da sama odklanja kakršenkoli obisk nevladnikov, vladnikov, CSD, noče iti niti na center, ne jemlje zdravil. In sem en mesec poslušala to mamo, v taki strašni stiski je bila, je rekla: »Jaz samo hočem, da jo odpeljejo in mi je čisto vseeno kam, ker ne spim, ne jem, samo čakam, kdaj bo šla tista kaplja čez rob.«* (strokovna delavka NVO, POM_SKU_3).

Na drugi strani pa so opisali oziroma omenjali več primerov, ko se je oseba vedla na način, ki so ga drugi razumeli kot zanemarjanje sebe oziroma kot obliko opuščanja skrbi zase:

> *poškodovana je socialno, kot bi rekli, v teh sposobnostih, ne skrbi zase, leži cele dneve v postelji, pokrita do tukaj, kljub temu, da ima električni radiator, je bilo včeraj tako mrzlo, da nas je vse zeblo, pa ne dovoli prižgati radiatorja. Sprejela je v tem času prinašanje hrane na dom enkrat dnevno, […] ni izgubljala telesne teže, odkar je doma, pridobila je pa tudi ni, je zelo na meji, tudi dehidracije. […] Na začetku je bila celo nepokretna, pleničke pomagali menjati, jo urediti, osebno higieno in te stvari).* (socialna delavka – izvajalka nadzorovane obravnave, POM_SKU_2).

Omenjali so tudi primere, kjer je bilo vedenje osebe prepoznano kot oblika zanemarjanja drugih oseb, za katere naj bi bila oseba dolžna skrbeti (opuščanje skrbi za druge). Kot takega omenijo sogovorniki primer nosečnice, ki v času nosečnosti ni ustrezno skrbela zase oziroma posredno za plod:

> *noseča že 6 ali 7 mesecev, ne vem zdajle točno, pozitivna na kokain, pa mislim, da še neke druge droge. Prehrana doma, kljub partnerju, ki ji pomaga, /…/ je ona pila, jedla, energijske pijače, tudi alkohol, jedla je pa smokije, čipse in tako naprej, ostalo je bila hitra prehrana, kadar je bila lačna, si je pa kaj po telefonu naročila. […] je takrat ne samo sebe ogrožala zaradi psihoze, ampak tudi svoje otroke. (socialna delavka – izvajalka nadzorovane obravnave, POM_SKU_2).*

Spet na drugi strani pa so opisovali tudi primere, ko je namestitev na varovani oddelek bila razrešitev izpostavljenosti osebe nasilju drugih – »prestopek« osebe je v tem primeru bil to, da je oseba sama ogrožena oziroma izpostavljena nasilju:

> *[…] gospodu, ki je že pred leti bil s predlogom sodišča nameščen na varovani oddelek zavoda […], on je bil v okolici tudi žrtev nasilja, shizofrenija in potem kombinacija z alkoholom in so se pri njemu doma zadrževali doma, na ulici, sem tudi videla, ko so mu strigli lase, pomivali z vodo, tako res so se znašal nad njim).* (socialna delavka na CSD, POM_SKU_2).

Predvsem pa so zaposleni v pogovorih poudarjali, da pri teh, čeprav zelo različnih okoliščinah, nikoli ne gre za enkratna dejanja ali posamezne krizne situacije, pač pa vselej za ponavljajoče se vzorce vedenj oziroma situacij, ki vztrajajo in se ne izboljšujejo, kljub morebitni uporabi drugih ukrepov. Pogosto so bili opisani primeri umeščeni tesno v družinsko okolje.

Kot vedenje, ki spodbuja namestitve na varovane oddelke, so sogovorci izpostavljali tudi to, da osebe zavračajo ali pa opuščajo predpisano medikamentozno terapijo: »*gospod opušča terapijo, brez terapije pa ne zmore funkcionirati. Terapija recimo je nekaj, kar je na varovanih enotah lahko pod nadzorom«).«* Zavračanje medikamentozne terapije je bilo v perspektivi sogovorcev opisano kot osebi škodljivo vedenje – v smislu, da takšno vedenje »manjša uvid v motnjo« ali pa povzroča »izbruhe« ali »problematična vedenja«. Namestitev na varovani oddelek tako spodbuja ideja, da bo tam zagotovljena zadostna prisila k jemanju psihofarmakov (kar v perspektivi sogovorcev jamči za izboljšanje stanje osebe). Zavračanje medikamentozne terapije se tako v perspektivi sogovorcev šteje kot eden izmed elementov ogrožanja samega sebe oziroma oblika zavračanja dobre oblike pomoči, kot to izrazi v primeru starejše gospe

eden od zaposlenih: »*ker ona ne jemlje zdravil, se ne ogroža, ona jih ni v življenju jemala, zdaj je ogrožena, ker zaradi posledic bolezni odklanja pomoč, ki jo pa zdaj zaradi starosti, splošne oslabelosti odklanja, zato je ogrožena. Zdaj tista zdravila ja ali ne, če bi jih jemala, bi v tem delu dobila malo več uvida v situacijo, pa bi mogoče sprejela pomoč, tukaj se ogroža«* (socialna delavka – izvajalka nadzorovane obravnave, POM_SKU_2)*«..*

Sogovorniki iz skupnostnih služb so poudarjali tudi, da so namestitvam na varovane oddelke bolj izpostavljeni tisti, ki živijo v »vzporedni resničnosti« in jim »manjka uvid v psihično motnjo«: »*[…] ko si v stiku s temu ljudmi, ko jih vidiš, ko poslušaš njihove zgodbe, vidiš, da je to res ena vzporedna realnost, zaradi katere ogrožajo sebe, druge ali oboje«* (socialna delavka – izvajalka nadzorovane obravnave, POM_SKU_2); *mi se pogovarjamo ravno o teh ljudeh brez uvida, to so tisti, ki polnijo varovane oddelke* (socialna delavka na CSD, POM_SKU_1)*; ampak od teh, ki so, kaj bi rekla, v svojem svetu […], ne prideš jim blizu, ne moreš jih povabiti v realnost* (socialna delavka na CSD, POM_SKU_1)*«.*

5.3.5.2 Odsotnost ali oslabljena, nezadostna podpora družine

Za osebe, ki so jih sogovorniki omenjali v fokusni skupini, ki je bila nameščena na varovanih oddelkih, je bilo pogosto značilno to, da niso imele (več) (zadostne) pomoči v družinskem okolju. Pri tem so denimo omenili primer starejšega gospoda, ki je bival z materjo, po njeni smrti pa bil nameščen na varovan oddelek, saj je njena smrt pomenila nastanek ključnega pomanjkanja v oskrbi oziroma podpori. Večkrat so opisovali trud svojcev, ki so želeli pomagati osebi po svojih močeh, a so bila njihova prizadevanja za to nezadostna, ali pa vzbujajo občutke, da ne zmorejo nuditi podpore, ki bi jo družinski član potreboval: »*Je enkrat en gospod rekel, vodim skupino za samopomoč svojcev in me je tako presenetil: /…/ Ko je moj otrok poslabšan, se jaz zanašam samo na to, da vem, da je lahko nekje nameščen, kjer bodo poskrbeli zanj, ker takrat mu jaz ne morem pomagati.«* (strokovna delavka NVO, POM_SKU_3)

5.3.5.3 Širše družbene okoliščine in strukture

5.3.5.3.1 Značilnosti ali sistemske spremembe v drugih sektorjih, ki ljudi usmerjajo na varovane oddelke (institucionalna obravnava mladih v stiski in področje kaznovanja)

V pogovorih z zaposlenimi iz skupnostnih služb je izstopalo, da so povečanje namestitev na varovane oddelke povezovali tudi s spremembami v delovanju drugih sektorjev, kar bi utegnilo več ljudi usmeriti na varovane oddelke. Tako so denimo izpostavljali, da na varovane oddelke

prihaja vedno več mladih – kar nakazuje na morebitne sistemske spremembe na področju podpore mladim v psihosocialnih stiskah oziroma na področju institucionalnih oblik obravnave mladih v stiski. Eden od sogovorcev je izpostavil tudi, da se je pomembno spremenilo področje kazenskih predpisov, kar je morda privedlo do tega, da se na varovane oddelke pogosteje napotuje osebe, ki bi bile pred spremembami sicer nameščene na »kazenskih« oddelkih psihiatričnih bolnišnic.

5.3.5.3.2 Prekinitve ponavljajočih se hospitalizacij in »neuspešnih zdravljenj«

Sogovorci so izpostavljali več primerov namestitev ljudi na varovane oddelke, ki so jih povezovali s tem, da je varovani oddelek sledil ponavljajočim se hospitalizacijam (v psihiatričnih bolnišnicah), ki pa so bile povezane s ponavljajočim se »motečim vedenjem«:

> *To je pa po navadi v primerih, ko res gre za mnogo, mnogo, mnogoletna vračanja ljudi v bolnišnico na zdravljenje. To ne govorimo, da je prišel enkrat, dvakrat, govorimo o mnogo letih in ko so že čisto vse službe naredile vse, kar je bilo možno v smislu različnih namestitev, pomoči in je to potem podan predlog* ... (socialna delavka – izvajalka nadzorovane obravnave, POM_SKU_3).

5.3.5.3.3 Ocena strokovnjakov, da so bile »izčrpane« vse druge obstoječe oblike pomoči (»nič ne pomaga/nič se ne da«)

Sogovorci so poudarjali, da je pri nameščanju na varovane oddelke veliko varoval, ki preprečujejo prezgodnje nameščanje; in da razmišljajo o namestitvi šele, ko so vse druge možnosti v skupnosti izčrpane:

> *Najbolj pogosti primer takšne napotitve je, ko so pravzaprav izčrpane vse možnosti. Mi tudi imamo primere že zaradi diagnoze, da gredo v eno stanovanjsko skupino pa v drugo stanovanjsko skupino in potem, ker jih imamo šest, /.../ izčrpamo vse možnosti, gre po vseh skupinah /…/, vsepovsod, kar lahko mi ponujamo, potem gre k drugi organizaciji, kjer je po navadi nezadovoljstvo, ker z novo namestitvijo po navadi uporabnik misli, da se mu bo situacija na splošno izboljšala, tudi zdravstveno stanje, potem pa, ko pride do tega, da se to ne zgodi, si zaželi to spremembo*. (strokovna delavka v NVO, POM_SKU_1).

5.3.5.3.4 Pomanjkanje in/ali nezmožnost strokovnih oblik podpore v skupnosti (24-urna podpora, »vmesni« namestitveni podprti prostori, nadzor nad jemanjem psihofarmakov)

V pogovorih s sogovorniki je pogosto prišla v ospredje tema nezadostnosti služb v skupnosti ali njihove nezmožnosti pomagati. Pomanjkanje zadeva dve ravni. Na eni strani večina skupnostnih oblik pomoči deluje med delovniki od jutra do popoldneva, medtem ko je čas

večerov, noči in koncev tedna za osebe, ki iščejo pomoč, problematičen, saj velik del zaposlenih v službah, ki nudijo skupnostne oblike pomoči, v tem času ni na razpolago:

> *In to, kar jaz vidim, da je največja težava […] [je] ta manko storitev. Tudi socialnovarstveni programi so zelo tako naravnavani, da se te aktivnosti dogajajo bolj v dopoldanskem času od ponedeljek do petka […], največja potreba pa so ravno noči, popoldnevi, vikendi, takrat ni nič. Tudi če gledamo dnevne centre, so odprti od ponedeljka do petka spet ob nekih urah, in ja, razvoj storitev […], ampak na splošno na neke storitve, ki so v skupnosti, so vse take. […] Jaz vidim ta res ključni problem, da nimaš ljudi kam vključiti. […] Se nam vsake toliko zgodi, da bi človek rabil več, kot mu mi lahko ponudimo. In to je ravno ta zapolnitev prostega časa, vikendi, počitnice, prazniki, takrat so ljudje v velikih, velikih stiskah.* (strokovna delavka v NVO, POM_SKU_1).

Na drugi strani so sogovorniki opozarjali na pomanjkanje specifičnih oblik pomoči, ki bi zapolnile vrzel med storitvami, ki so trenutno na voljo v skupnosti, in varovanimi oddelki: »*/…/ mogoče nekaj vmes manjka, institucij imamo zelo veliko, ne vem, institucija s štirimi osebami, kjer bo notri zaposlenih šest ljudi in vem, da se to sliši ogromno in da bo nekdo rekel, da je to zelo drago, ampak ne, ker to je res intenzivno in to je ta vmesni prehod*. (strokovna delavka v NVO, POM_SKU_1).« S tem je sogovornica izpostavila potrebo po strokovni obliki nastanitvene podpore.

V pogovorih so sogovorci pogosto izpostavljali, da jim mejo pri delu v skupnosti predstavlja tudi odsotnost mehanizmov, s katerimi bi zagotovili, da bi osebe, ki opuščajo ali zavračajo uživanje predpisanih psihofarmakov, k temu bolj nadzorovano »prisilili« ali »spodbudili«. S tem povezana je tudi ideja strokovnjakov v skupnosti, da prav prisila, ki jo omogoča varovani oddelek, osebi lahko pomaga.

5.3.5.3.5 Ideja, da prisila varovanega oddelka osebi pomaga

Namestitev na varovani oddelek, če izhajamo iz pogovorov s sogovorci na fokusnih skupinah, spodbuja tudi ideja, da bo tam zagotovljena zadostna prisila k jemanju psihofarmakov (kar v perspektivi sogovorcev jamči za izboljšanje stanja osebe). Varovan oddelek je zasnovan tako, da zagotavlja jemanje zdravil pod nadzorom.

5.3.5.4 Ključni dejavniki nameščanja na varovane oddelke v perspektivi zaposlenih v skupnostnih službah

Dejavnike, ki smo jih kot tiste, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke, prepoznali v pogovorih z zaposlenimi v skupnostnih službah, smo razdelili v dve kategoriji, kot prikazuje

tabela 12. Tej kategoriji pa smo naknadno dodali še tretjo, ki se nanaša na diskurzivne predpostavke, ki smo jih implicitno lahko prepoznali v pogovorih z zaposlenimi v skupnostnih službah.

Tabela 12 Dejavniki, ki spodbujajo nastanitve na varovane oddelke – izhajamo iz fokusnih skupin z zaposlenimi v skupnostnih službah

Ožji življenjski kontekst osebe	**Širše družbene okoliščine in strukture**	**Specifično diskurzivno družbeno ozadje (diskurz strokovnjakov)**
»Prestopki«: vzbujanje strahu pri drugih, opuščanje skrbi zase (tudi zavračanje/opuščanje psihofarmakov in drugih oblik intervenc, ki se štejejo kot pomoč), opuščanje skrbi za druge, izpostavljenost nasilju drugih, ponavljajoče se ali vztrajne situacije, pri katerih »ni več drugih možnosti«, pogosto znotraj družinskega okolja; ter »pomanjkanje uvida, življenje v vzporedni realnosti« odsotna ali oslabljena, nezadostna podpora družine	značilnosti ali sistemske spremembe v drugih sektorjih, ki ljudi usmerjajo na varovane oddelke (institucionalna obravnava mladih v stiski in področje kaznovanja) prekinitve ponavljajočih se hospitalizacij in »neuspešnih zdravljenj« – »slepa ulica« psihiatrije? ocena strokovnjakov, da so bile »izčrpane« vse druge obstoječe oblike pomoči (»nič ne pomaga/nič se ne da«) pomanjkanje in/ali nezmožnost strokovnih oblik podpore v skupnosti (24-urna podpora, »vmesni« namestitveni podprti prostori, nadzor nad jemanjem psihofarmakov)	ideja, da prisila (varovanega oddelka) osebi pomaga – »pomočni«, tudi paternalistični diskurz ideja, da je treba pomagati tistim, ki si sami ne pomagajo – pa čeprav »na silo« ideja, da morajo biti oblike in načini pomoči določeni od strokovnjakov (zavračanje pomoči kot »prestopek«, ki utemeljuje namestitev na VO) diskurz primanjkljajev in potreb (katerih obravnava pomeni tudi prisilo, nadzor) skrb kot (tudi, ne pa samo) prisila, nadzor

V to kategorijo smo uvrstili teme, ki so bolj poudarjeno obravnavale razumevanje »podpore« med strokovnjaki, s katerimi smo se pogovarjali. Med njimi so precej izstopale ideje o tem, da je nekaterim ljudem »treba pomagati tudi na silo«, kadar sami nimajo uvida v lastne težave, ali kadar sami »niso sposobni skrbeti zase na ustrezen način«. Nekateri zaposleni varovane oddelke razumejo kot nujne, ko delajo z osebami, ki so preveč »moteče« ali pa premalo pripravljene slediti strukturi in redu v skupnosti ali drugih institucijah. V pripovedih sogovornikov smo kot pomembno prepoznali njihovo problematizacijo tega, da npr. osebe zavračajo medikamentozno terapijo, čemur se med bivanjem v instituciji težje izognejo. Avtonomija pri odločitvi o jemanju zdravil, ki jo življenje v skupnosti omogoča osebam, je v tej perspektivi problematizirana in prevedena v potrebo teh oseb po nadzoru. Sogovorniki so pri osebah, za katere so presodili, da niso zmožni življenja v skupnosti ali »mehkejših« institucijah, poudarjali skrb predvsem v obliki nadzora. Pri tem na tej točki ne presojamo »(ne)ustreznost«

tovrstne strokovne drže, jo pa izpostavljamo kot prisotno in pomembno v pripovedih strokovnjakov, saj ta pomembno usmerja tudi njihovo presojo o tem, kdaj je smiselno razmišljati o morebitni nastanitvi osebe na varovani oddelek.

Vedenja, ki so med sogovorniki razumljena kot ogrožajoča, so bila pogosto opisana kot »neprimerne reakcije« in nezmožnost funkcioniranja. Take osebe so večkrat opisali kot osebe, ki »ne zmorejo« – pri čemer pa je to, česa točno ne zmorejo, pogosto ostalo nedefinirano ali pa izjemno posplošeno (denimo: življenja v skupnosti). Ponovno je opazno, da zaposleni v teh službah izhajajo iz diskurza o primanjkljajih oseb. Tako se njihova vedenja ubesedi v diskurz potreb, tako potreb teh oseb (po varnosti, strukturi), kot tudi potreb ljudi okoli njih (po varnosti, miru), kar v nadaljnjem koraku zahteva namestitev na varovan oddelek socialnovarstvenega zavoda.

Iz pogovorov z zaposlenimi v skupnostnih službah smo lahko pridobili tudi veliko podatkov o tem, kako sogovorci razumejo in vrednotijo »prestopke« (dogodke in vedenja, ki spodbujajo nastanitve na varovanih oddelkih). Iz njihovih pogovorov izhaja, da so življenjske situacije, ki ljudi bolj izpostavijo takšni socialni izključitvi, vsebinsko izrazito različne in da zajemajo tudi okoliščine, za katere bi lahko rekli, da se povsem oddaljujejo od tistih, ki jih deklarativno predvidevajo predpisi.

Tudi iz pogovorov s temi strokovnjaki ponovno izhaja pomen osrediščene vloge, ki se jo v trenutni kulturni krajini predpisuje oziroma nalaga družinskemu okolju. Ta je pogosto lahko nezadostna, prešibka ali pa zaradi svojih notranjih napetosti celo spodbuja izključitev svojega člana in njegovo namestitev na varovani oddelek. Tudi iz pogovorov z zaposlenimi v skupnostnih službah izhaja, da se družinam zmotno pripisuje izključno varovalno vlogo, saj pogosto prav družinsko okolje zaradi svoje napetosti spodbuja izključevalne posege. Verjetnost, da bo iz napete družinske konfliktne situacije odstranjena ravno oseba s psihiatrično diagnozo, pa so verjetno večje, kot so možnosti, da se bo »umaknilo« kakšnega drugega družinskega člana. Pri tem je ostala vloga družine kot primarnega izvajalca skrbi neproblematizirana; če že, je bilo problematizirano predvsem njeno nezadostno izvajanje te skrbi.

Pogovori z zaposlenimi iz skupnostnih služb so pomembno odprli tudi vprašanje delovanja drugih sistemov podpore ljudem v stiskah. Nastanitve na varovane oddelke so tako med

drugim opisali tudi kot način prekinitve ciklov večkratnih, ponavljajočih se (neuspešnih?) zdravljenj v psihiatričnih bolnišnicah – v tem smislu bi namestitev na varovani oddelek lahko razumeli tudi kot »slepič« psihiatrične obravnave. Tudi sicer so sogovorniki pogosto omenjali, da so namestitve na varovane oddelke pogosto odraz »nezmožnosti« drugih oblik podpore in pomoči, da bi osebi zagotovili življenje v skupnosti. V tem smislu so sogovorci nakazali na potencialno pomanjkanje konceptualizacij o alternativnih (novih, še neobstoječih) pristopih k ljudem v psihosocialnih stiskah.

5.3.6 Zemljevid dejavnikov nameščanja na varovane oddelke – drugi intervjuji in posvetovanja s strokovnjaki_njami

V tem delu predstavljamo rezultate, ki so nastali na podlagi drugih srečanj in pogovorov s strokovnjaki, ki delujejo na področjih, povezanih z delovanjem varovanih oddelkov. Konkretneje smo v tem podpoglavju izhajali iz vsebine, ki so jo strokovnjaki podajali na diseminacijskem srečanju februarja 2024 ter na posebnem posvetu, ki je bil, med drugim, namenjenem tudi fokusnim pogovorom s strokovnjaki jeseni 2024, in sicer v okviru tematske delavnice z naslovom »Kako preprečevati premestitve na varovane oddelke?« V okviru tega poglavja smo iz vsebine, pridobljene prek omenjenih srečanj s strokovnjaki, izluščili teme, ki so lahko v pomoč pri nastajajočem zemljevidu dejavnikov, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke. Izluščili smo le podatke, ki se nanašajo na te dejavnike. Identificirane dejavnike smo razvrstili v tri tematske sklope (ožji življenjski kontekst osebe, širše družbene okoliščine in strukture ter specifično diskurzivno družbeno ozadje).

5.3.6.1 Ožji življenjski kontekst osebe

5.3.6.1.1 Stanovanjska problematika

Iz pogovorov s strokovnjaki izhaja, da namestitve na varovane oddelke pogosto (ali skoraj vedno) spodbudi dejstvo, da gre za ljudi, ki se soočajo s stanovanjsko problematiko: *»Ti ljudje nimajo kam it«; »tudi k nam na varovani oddelek jih dajejo iz psihiatričnih bolnic zato, ker ti ljudje nimajo kam it«*.

5.3.6.1.2 »Prestopki«: nezmožnost dohajati vsakodnevno življenje (gospodinjstvo, higiena, hrana …) – opuščanje skrbi zase

Omenjali so tudi, da gre pri teh osebah za okrnjene sposobnosti vsakodnevnega življenja (skrb za gospodinjstvo, hrano, higieno …): »Bil je neumit, umazan, ni jemal zdravil …«.

5.2.6.1.3 Okrnjena socialna mreža

Podobno kot že v drugih primerih, so tudi ti sogovorniki izpostavljali, da gre pri nameščencih na varovane oddelke za ljudi, ki so imeli izrazito okrnjene socialne mreže in »porušene stike, tudi zaradi skupnega bivanja v družini, kjer je bilo prenaporno«.

5.3.6.1.4 Izključenost z dela

Večkrat so sogovorniki izpostavili tudi, da gre za osebe, ki se pretežno niso vključevale v svet dela (so brezposelne, ocenjene kot dela nezmožne ali drugače nevključene v delo).

5.3.6.1.5 Ekonomska šibkost in odvisnost od drugih

Posledica izključenosti z dela je tudi ekonomska šibkost, revščina osebe in njena ekonomska odvisnost od drugih oseb, kar jih postavlja v neenakovreden življenjski položaj v odnosu do drugih ljudi.

5.3.6.1.6 Šibke, ranljive družine – nakopičene težave v družinah

Sogovorci so kot pomemben dejavnik izpostavili, da so to »ljudje brez zaledja, opore doma«. Pri tem so tematizirali šibkost oziroma različne ranljivosti družin – omenjali so družinske člane, ki se tudi sami soočajo s kakšnimi težavami, zato težje podprejo družinskega člana.

5.3.6.1.7 Zavračanje ponujene pomoči

Kot dejavnik, ki spodbuja nastanitve na varovanih oddelkih, so strokovnjaki izpostavili tudi zavračanje pomoči, ki je bila osebam ponujena (*»se ni dalo do njega priti«; »ni pustil pomoči«*).

5.3.6.2 Širše družbene okoliščine in strukture

5.3.6.2.1 Negotova stanovanjska politika

Iz pogovorov sogovorcev izhaja, da namestitve v varovane oddelke spodbujajo negotove in nezadostne rešitve na področju stanovanjske politike. Izpostavljenost oseb negotovim oblikam nastanitev je dejavnik, ki v njihovih interpretacijah spodbuja namestitev na varovani oddelek in v tem prav ta oddelek izpolnjuje tudi funkcijo reševanja stanovanjske težave konkretne osebe.

5.3.6.2.2 Izključevalni, nedostopni »trg dela«

Kot splošno težavo, s katero se soočajo nameščenci na varovane oddelke, so sogovorci pogosto izpostavili izključenost teh oseb iz sfere dela. V tem smislu je družbena shema, ki otežuje

dostop do dela, ali pa omogoča pretežno negotove oblike dela, še posebej potencialno spodbudna za nameščanje na varovane oddelke.

5.3.6.2.3 Pomanjkanje strokovne podpore, ki bi podprla ali nadomestila družino

Iz pogovorov s sogovorci izhaja tudi, da se kot potrebna kaže predvsem podpora ljudem v smislu zagotavljanja oblik pomoči na načine in na področjih, ki se jih sicer nalaga družinam (predlagali so na primer pomoč v gospodinjstvu, družabništvo, *»nekateri rabijo 24 ur na dan varstvo – nekoga ob sebi«, »topel dom, kakor nadomestna družina, to bi eni rabili«*). Sogovorci so tudi v teh oblikah podpore videli možnost, da se ljudi podpre v smislu nadzora. Sorodno temu pa so sogovorci izpostavili tudi potrebo po oblikah storitev, ki bi podprle družine, da bi te same znale ali zmogle bolje podpirati svoje člane.

5.3.6.2.4 Rigidnost, neprožnost, začasnost, neživljenjskost in nepovezanost obstoječih oblik pomoči – negotovi sistemi pomoči

Sogovorci so izpostavljali tudi, da je obstoječih različnih vrst podpore ljudem v stiskah sicer veliko, da pa manjka to, da bi bile te podpore med seboj smiselno povezane, kontinuirane, omrežene in dovolj prožne, da bi omogočale osebi prilagojeno prehajanje in kombiniranje (»*pristojnosti se po institucijah križajo, prekrivajo …«; »včasih pa ni jasno kdo, kdaj in kaj dela«; »nihče teh stvari ne koordinira*«). Kot težavno so izpostavljali tudi birokratizacijo socialnih poklicev in druge vidike, ki socialne poklice oddaljujejo od dejanskih življenjskih okoliščin ljudi. Nekateri sogovorci so posebej izpostavljali, da posamezne dobre oblike podpore ljudem v skupnosti obstajajo, vendar niso sistemsko urejene in zagotovljene, pač pa prepuščene projektnim oblikam delovanja nevladnega sektorja, s tem pa tudi negotovemu financiranju in nestabilnosti, pa tudi večji omejenosti delovanja.

5.3.6.2.5 Spremembe v politikah drugih institucij – preusmerjanje drugje institucionaliziranih ljudi na varovane oddelke

Sogovorci so izpostavljali tudi, da k večji rabi varovanih oddelkov prispevajo tudi nekatere specifične spremembe na drugih področjih institucionalne obravnave ljudi. Tako so na primer izpostavili, da vzgojni zavodi »težav v duševnem zdravju nočejo več« in da je s tem za mladostnike z diagnozami povezana večja raba namestitev na varovane oddelke.

5.3.6.3 Specifično diskurzivno družbeno ozadje

5.3.6.3.1 Ideja strokovnjakov, da nekatere osebe potrebujejo zaprto okolje – varovani oddelek kot ustrezna oblika pomoči (nevarni, nestrukturirani in sami sebi grožnja)

Sogovorci so na različne načine sporočali, da je oblika obravnave, ki jo omogoča varovani oddelek, nekaterim ljudem potrebna, saj jim zaprto, tudi prisilno okolje koristi oziroma celo pomaga (»*on rabi red, strukturo, občutek varnosti, potem pa on dobro funkcionira*«). Takšna ideja se je pogosteje pojavljala v diskusijah tudi glede oseb, ki so po ocenah strokovnjakov posebej nevarne, še bolj izstopajoče pa glede oseb, ki po ocenah strokovnjakov same sebi predstavljajo nekakšno grožnjo – ki se denimo samopoškodujejo ali v očeh strokovnjakov opuščajo skrb zase. V zvezi s temi osebami so izpostavljali, da jim je »treba pomagati« na način, da se jih namesti v zaprto okolje.

5.3.6.3.2 Humanitarni diskurz o reševanju ljudi pred njimi samimi

S prejšnjim dejavnikom je povezan tudi implicitno prisoten diskurz humanitarizma, ki je bil v diskusiji s strokovnjaki precej povezan z idejo, da je treba nekatere ljudi »rešiti pred njimi samimi« in da varovani oddelki v tem smislu predstavljajo sicer nekoliko izstopajočo, a nujno potrebno obliko pomoči.

5.3.6.3.3 Pritisk, pričakovanja neposredne skupnosti, da se osebo «umakne« – varovani oddelek kot prostor za umik problematičnih članov skupnosti

Kot pomemben dejavnik so sogovorci izpostavljali tudi pritiske neposredne skupnosti osebe, da je osebo kam »zapreti«, da bi se s tem zagotovil njen umik iz neposredne soseske. Kot vršilce tovrstnih pritiskov so sogovorci omenjali sosesko, pa tudi centre za socialno delo in policijo, predmet zavračanja pa je bilo pogosto vedenje, ki ga je okolica ocenjevala kot nevarno ali obsojanja vredno – sem sodijo zlasti kakšna kazniva dejanja (tako je denimo sogovornica opisala dogajanje v zvezi z gospodom, ko je po prestani kazenski sankciji v zvezi z umorom namesto v skupnost odšel na varovani oddelek: *»Okolje ga res močno odklanja, ampak on sploh ni nevaren drugim … so pa pritiski okolja tako močni, da se te osebe ne sme spustiti … zaradi okolja, zaradi pritiskov je šel na varovani oddelek, sploh ne zaradi svoje nevarnosti«*).

5.3.6.3.4 »Pri nekaterih se nič ne da« – odsotnost perspektive izboljšanja

Glede nekaterih primerov so strokovnjaki utemeljevali potrebo po varovanih oddelkih, in sicer kot način, ko se osebi »ne da pomagati« in ko je edina perspektiva strokovnega dela to, da

oseba fizično preživi. Tako so denimo opisovali primer mlade ženske, ki je ob hudem samopoškodovanju vedno znova močneje ogrožala svoje življenje. Strokovnjaki so varovani oddelek v tem primeru videli kot nujno zlo, ki sicer ne nudi nujno kakšnih poglobljenih oblik pomoči tej ženski, zagotavlja pa, da se ne bo ubila. V tovrstnih primerih so strokovnjaki izpostavljali, da se strokovna podpora po vsebini sicer omeji na varovanje, da ostane oseba živa, obenem pa so izpostavljali, da se kaj drugega z nekaterimi osebami »ne da« storiti. Odsotnost perspektive izboljšanja, ozdravitve ali okrevanja – tako nekako utemeljujejo idejo o tem, da je varovani oddelek »bolje kot nič«. V tem smislu je lahko varovani oddelek slepa ulica strokovnih prizadevanj – kraj, kjer bivajo tudi osebe, glede katerih strokovnjaki ne vidijo (več) smisla po drugačnih strokovnih prizadevanjih.

5.3.6.4 Ključni dejavniki, ki spodbujajo nastanitve na varovane oddelke – perspektiva strokovnjakov

Dejavnike, ki smo jih kot tiste, ki spodbujajo namestitev na varovane oddelke, prepoznali v pogovorih s strokovnjaki, smo razdelili v tri kategorije, kot prikazuje tabela 13.

Tabela 13 Dejavniki, ki spodbujajo nastanitve na varovane oddelke – izhajamo iz pogovorov s strokovnjaki

Ožji življenjski kontekst osebe	**Širše družbene okoliščine in strukture**	**Specifično diskurzivno družbeno ozadje**
stanovanjska problematika »prestopki«: nezmožnost dohajati vsakodnevno življenje (gospodinjstvo, higiena, hrana, …) – opuščanje skrbi zase okrnjena socialna mreža izključenost z dela ekonomska šibkost in odvisnost od drugih šibke, ranljive družine – nakopičene težave v družinah zavračanje ponujene pomoči	negotova stanovanjska politika izključevalni, nedostopni trg dela pomanjkanje strokovne podpore, ki bi podprla ali nadomestila družino rigidnost, neprožnost, začasnost, neživljenjskost in nepovezanost obstoječih oblik pomoči – negotovi sistemi pomoči spremembe v politikah drugih institucij – preusmerjanje drugje institucionaliziranih ljudi na varovane oddelke	ideja strokovnjakov, da nekatere osebe potrebujejo zaprto okolje – varovani oddelek kot ustrezna oblika pomoči (nevarni, nestrukturirani in sami sebi grožnja) humanitarni diskurz o reševanju ljudi pred njimi samimi pritisk, pričakovanja neposredne skupnosti, da se osebo »umakne« – varovani oddelek kot prostor za umik problematičnih članov skupnosti »pri nekaterih se nič ne da« – odsotnost perspektive izboljšanja

5.3.7 Vloga strokovnjakov_njakinj, ki sodelujejo pri odločanju o sklepih za namestitve[28]

Iz pogovorov z akterji, vključenimi v pravne postopke glede namestitev oseb na varovane oddelke brez privolitve, smo izluščili nekaj tem, ki se navezujejo na vprašanje, kaj spodbuja namestitve oseb na varovane oddelke. Vse identificirane teme smo uvrstili v kategorijo »specifično diskurzivno družbeno ozadje«, saj se nanašajo zlasti na to, kako (pravni) strokovnjaki, ki sodelujejo pri odločanju v konkretnih primerih predlogov za namestitve na varovane oddelke, doživljajo oziroma ocenjujejo vlogo teh oddelkov v sistemu odzivanja na ljudi v stiskah. Iz intervjujev z njimi izhaja, da jih normativni okvir, znotraj katerega delujejo, spodbuja k rabi varovanih oddelkov, saj ne spodbuja dovolj drugih možnosti, poleg tega pa tudi sami obstoječe alternative ocenjujejo kot nezadostne in v določenih primerih podpirajo rabo varovanih oddelkov. Iz pogovorov z njimi izhaja tudi, da svojo presojo ustrezne rabe varovanih oddelkov precej izrazito prepuščajo psihiatrični stroki.

5.3.7.1 Predpisi, ki jih različni sodelujoči v postopkih doživljajo kot oviro za uveljavljanje alternativnih praks

Ena od tem, ki je bila obravnavana v okviru intervjujev, je bilo vprašanje možnosti za alternative sedanjemu institucionalnemu modelu, zlasti s poudarkom na storitvah, ki temeljijo na skupnosti. V postopkih odločanja v konkretnih primerih glede namestitev na varovane oddelke se zdi, da so alternativne ureditve (ki jih predpisi dopuščajo) redko uporabljene. Zakon poudarja načelo *ultima ratio* – namestitev v socialnovarstveni zavod mora biti skrajni ukrep –, kar kaže na odprtost za alternativne možnosti. Vendar te alternative v pravnem besedilu niso jasno opredeljene.

Intervjuvanci, zlasti sodniki, so izrazili pomisleke glede normativnega okvira. Menijo, da zakon zaradi svoje dvoumne in nepreskriptivne narave teoretično dopušča alternativne ukrepe, ki *niso izrecno opredeljeni*.

Intervjuvanci se strinjajo, da je pravna odprtost in ne »pretirana normativnost« dobra stvar, ki pušča prostor za možne alternative, vendar morajo biti te ustrezno opredeljene – ne nujno v zakonu. Pomanjkanje ustreznih evidenc o razpoložljivih alternativah otežuje postopek odločanja, zlasti pod pritiskom kratkih rokov. Sodniki so poudarili potrebo po dobro vzdrževani,

[28] Besedilo se delno prekriva oziroma izhaja iz 4. poglavja v tem poročilu.

posodobljeni evidenci razpoložljivih alternativ in programov, ki bi jo bilo mogoče v nujnih primerih uporabiti takoj, ne pa da je dostopna šele po nekaj mesecih.

Hkrati so še izpostavili, da je treba vnaprej predvideti in implementirati alternative institucionalizaciji, da bi se izognili situaciji, ko je ukrep prisilne namestitve črtan iz zakona, ni pa predvidenih drugih ukrepov in je oseba preprosto poslana domov k svojcem.

5.3.7.2 Sodelujoči v postopkih odločanja dostopne alternative (nadzorovana obravnava) doživljajo kot neučinkovite

Edini (milejši) alternativni ukrep sodišča, ki ga zakon izrecno ureja, je nadzorovana obravnava, vendar so intervjuvanci *kritizirali učinkovitost* nadzorovane obravnave. Soglasno so se strinjali, da je nadzorovana obravnava, kot se trenutno izvaja, neučinkovita:

> *V resnici je uspešna samo, če jo oseba vsaj približno sprejema. Sicer pa smo končali na prvem obisku. /.../.* (Sodnik 3)

> *Ja, v bistvu mi govorimo o milejših ukrepih, kjer gre malo tudi za sodelovanje osebe, sposobnost sodelovanja je avtomatično vezana na neko soglasje, saj mora oseba tudi to sprejemati, da je to izvedljivo, a ne, ko pa ga prisilim v neko dejavnost, tudi če jo jaz sama po sebi štejem za milejšo, sem pa uporabila prisilna sredstva, to pa je pol. Zato je tudi nadzorovana obravnava ostala kot sodni postopek, čeprav v resnici, če jo oseba ne sprejme, pa z njo ne soglaša, potem je brez veze, da jo sploh damo. To smo potem sam preložili.* (sodnik 3)

Sodniki so nadzorovano obravnavo opisali kot neučinkovit hibridni ukrep, ki kljub svoji sporazumski osnovi še vedno vključuje element sodne prisile. Zakon predpostavlja, da so alternativni ukrepi, zlasti milejši, v veliki meri odvisni od posameznikove pripravljenosti za sodelovanje. Vendar pa to de facto zanašanje na privolitev pogosto zmanjšuje učinkovitost ukrepa, kar je poudarila tudi izvedenka psihiatrične stroke, ki je dejala, da je na koncu izvajanje še vedno odvisno od pripravljenosti posameznika na zdravljenje, ki v nobenem primeru ne sme biti prisilno.

5.3.7.3 Sodelujoči v postopkih odločanja o namestitvi varovane oddelke doživljajo kot edino primerne odzive v določenih primerih

Večina je izrazila podporo alternativam institucionalizaciji, čeprav so jih nekateri obravnavali kot nekoliko utopične. Večina je poudarila, da je popolna odprava zadržanja za socialno oskrbo in institucij na splošno nerealna, zlasti za najtežje primere – tiste, ki ne morejo izraziti soglasja

ali odločati o svoji oskrbi. Menili so, da nekateri posamezniki resnično potrebujejo stalno in specializirano oskrbo, ki je ni mogoče zagotoviti v domačem okolju:

> *»Ja, jaz mislim, da je večina sprejemov proti volji nepotrebnih in da bi bilo veliko večino teh stanj mogoče obvladati z eno ustrezno obravnavo v skupnosti, če bi bila pravočasna. Ne dvomim v to. In res mislim, pri več kot štiridesetih letih izkušenj lahko dam roko v ogenj, obstajajo nekatera stanja, pri katerih pa verjetno to ne bi bilo mogoče«* (izvedenka psihiatrične stroke).

5.3.7.4 Zaupanje/zanašanje na oceno psihiatrične stroke, da so varovani oddelki potrebni

V pogovorih je bila večkrat poudarjena nuja, da se je treba vselej posvetovati s stroko, zlasti s psihiatri, sploh v zvezi z morebitnim uvajanjem alternativ sedanjim praksam. Sogovorniki so poudarili, da pravniki v primerih, ki vključujejo socialnovarstvene zavode, ne morejo delovati samoinicativno. Zaradi svojega omejenega strokovnega znanja na tem specializiranem področju se morajo zanašati na spoznanja drugih strokovnjakov.

> *Tule je ključno izvedensko mnenje. Saj veste, ne, mimo izvedenskega mnenja mi ne moramo iti. Ne? Ker nismo /.../ Zdaj, če on reče ne, ne bo, ne, ni možno dovolj zavarovati, to ne zadošča, toliko je agresiven toliko je pol. Seveda noben sodnik ne bo šel proti takemu izvedenskemu mnenju, ker v bistvu na koncu je osebna in mislim, da je tako težko /.../. Ne bo, a veste, vsi se bojijo, da ne bo. Mislim, bojiš se /.../.« »Mi smo pač pravniki in mi težko sodimo, ali nekdo potrebuje varovanje in kako se bo obnesel recimo. Oziroma ali je nevaren sebi ali pa komu drugemu, če ga preselimo na odprt oddelek ali pa celo v skupnost in tu kdaj bojo ta vprašanja. Oziroma na ta vprašanja bo morala dati odgovor stroka, tako da tukaj tudi mi lahko v precejšnji meri samo stroki sledimo oziroma na nek način ji moramo tudi zaupati, da dela v dobro teh posameznikov.*

Po navedbah intervjuvancev se sodišča pogosto odločilno zanašajo na mnenje izvedenca, tako da v svojih odločitvah v bistvu kopirajo njegovo mnenje in priporočila. *»/…/ sodišča, saj tako kot je tudi razvidno potem iz obrazložitev, zelo temeljijo pač svojo odločitev na mnenjih izvedencev«* (predstavnik varuha človekovih pravic 1); *»No, potem imate pa izvedenca takole, ki vam, ki vam v bistvu tako sodbo napiše in največkrat se potem to, kar izvedenec pove, čisto prepiše«* (sodnik 1). Nekateri intervjuvanci so menili, da so izvedenci kot strokovnjaki na svojih področjih najbolje usposobljeni za določitev najprimernejšega načina obravnave posameznika. Zaupanje, ki ga pravni strokovnjaki izkazujejo izvedencem, je ponazorila opomba odvetnice, ki je dejala, da še ni doživela primera, ko se ona ali sodnik ne bi strinjala z mnenjem izvedenca. Poleg tega je zaradi strokovnega znanja izvedencev njihovo mnenje praktično neizpodbojno: *»Če izvedenec izrazi odločno mnenje /.../, mu je skoraj nemogoče ugovarjati«* (odvetnica); *»pač*

se, v bistvu, sodišče zelo zanaša na mnenja izvedencev« (izvedenka psihiatrične stroke). Predstavniki varuhovega urada so izrazili tudi zaskrbljenost zaradi težnje sodišč, da se pri odločanju zanašajo skoraj izključno na izvedenska mnenja. Nekateri intervjuvanci so opozorili na morebitno sistemsko pristranskost v zvezi s tem, saj se zdi, da psihiatri pogosto dajejo prednost zdravljenju in s tem zadržanju posameznika pred vsem drugim. *»Psihiatri praviloma vidijo veliko škode, potencialne za posameznikovo zdravje, če se ne zdravi«* (sodnik 4).

5.3.7.5 Ključni dejavniki, ki spodbujajo nastanitve na varovane oddelke v perspektivi pravnih strokovnjakov, ki sodelujejo v postopkih odločanja

Iz intervjujev z deležniki v pravnih postopkih odločanja o namestitvah na varovane oddelke izhaja, da odločitve za namestitev spodbuja to, da tisti, ki so v postopke odločanja vpleteni, obstoječe predpise doživljajo kot takšne, da jih k temu bolj spodbujajo; enako doživljajo področje obstoječih alternativ; in to, da samo naravo ukrepa, kot je varovani oddelek, tudi sami doživljajo kot potrebno in smiselno v določenih primerih, pri čemer se ključno opirajo oziroma zanašajo na diskurz psihiatrične stroke, ki daje enako sporočilo, da je raba varovanih oddelkov potrebna.

Tabela 14 Dejavniki, ki spodbujajo nastanitve na varovane oddelke – izhajamo iz pogovorov s pravnimi strokovnjaki, ki sodelujejo pri odločitvah o namestitvah na varovane oddelke

Specifično diskurzivno družbeno ozadje
(pravni) strokovnjaki predpise doživljajo kot podporne v smeri rabe varovanih oddelkov
(pravni) strokovnjaki dostopne alternative varovanim oddelkom doživljajo kot neučinkovite
(pravni) strokovnjaki varovane oddelke doživljajo kot edine primerne v določenih primerih
(pravni) strokovnjaki se zanašajo na oceno psihiatrične stroke, da so varovani oddelki potrebni

5.4 Povzetek dejavnikov, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke

Namen tega poglavja je ugotoviti, kakšne so značilnosti skupnosti, ki ima, hoče in uporablja varovane oddelke. V sklopu tega poglavja smo najprej predstavili nekaj ključnih obstoječih empiričnih in teoretskih izhodišč s tega področja, ter dejavnike, ki spodbujajo takšne namestitve, razvrstili v dve vsebinski kategoriji: *ožji življenjski kontekst in položaj osebe* ter *širše družbene okoliščine*. Takšni osnovni logiki razvrščanja dejavnikov, ki spodbujajo namestitve na varovanih oddelkih, smo sledili tudi v nadaljnjih delih poglavja, kjer smo predstavljali rezultate,

pridobljene z lastnim empiričnim raziskovanjem. Osnovni delitvi v omenjena dva tematska sklopa smo dodali še eno vsebinsko kategorijo dejavnikov, in sicer *specifično diskurzivno družbeno ozadje*. Na tak način smo oblikovali precej bogat nabor dejavnikov, ki v naši skupnosti oziroma širši družbi na različnih ravneh spodbujajo nastanitve na varovane oddelke. Vse identificirane dejavnike smo zdaj, v zaključni fazi poglavja ponovno vsebinsko uredili. Prikazujemo jih v tabeli 15, ki smo jo poimenovali »Dejavniki, ki spodbujajo namestitve na varovanih oddelkih«. Dejavniki oziroma teme, zbrani v tej shemi, so neposredna podlaga za oblikovanje odgovora na prvotno zastavljeno raziskovalno vprašanje: »Kateri dejavniki spodbujajo nameščanje ljudi na varovane oddelke?«

Ugotovili smo, da nameščanje ljudi na varovane oddelke spodbujajo dejavniki na različnih ravneh. V smislu ožjega življenjskega položaja osebe so namestitvam na varovane oddelke bolj izpostavljene osebe, ki živijo v depriveligiranih družbenih položajih, imajo šibkejše socialne mreže, ali pa mreže, ki po svoji strukturi niso nujno ožje, so pa po svojem delovanju bolj izključujoče v odnosu do posameznika. Za osebe, ki so bolj izpostavljene namestitvam na varovanih oddelkih, je značilno še, da so naredile kakšen prestopek – se vedle na način, ki je pri nekom drugem vzbudil občutek, da s tem vedenjem oseba ogroža druge ali sebe. V smislu širšega družbenega konteksta namestitve na varovane oddelke spodbujajo negotove družbene razmere ter organizacija družbenega življenja, znotraj katere je institucionalizacija eden od ključnih načinov obravnave različnih družbenih skupin (ta dejavnik smo poimenovali »institucionalizirana družba«). Za družbo, ki je bolj usmerjena v nameščanje ljudi na varovane oddelke, pa je pomembno še specifično diskurzivno ozadje, ki ga označuje močna prisotnost oziroma uveljavljenost psihiatričnega diskurza kot orodja za razlago, razumevanje in odzivanje na drugačnost (ta dejavnik smo poimenovali »psihiatrična družba«), pri čemer gre za specifičen (in ne kakršenkoli) psihiatrični diskurz. Zanj je značilno, da poudarja svojo institucionalno vejo (uporablja bolnišnično prakso kot pomemben, morda celo ključen del svoje doktrine), in da pri svojih praksah uporablja specifične izključevalne predpostavke (ki so denimo usmerjene v idejo o obstoju neozdravljivih človeških stanj in idejo, da kot skrbstvena disciplina ni namenjena dolgotrajni oskrbi). Sorodno je za družbeno diskurzivno ozadje, ki ga razumemo kot spodbujevalni dejavnik za nameščanje ljudi na varovalne oddelke, značilna tudi prisotnost širših izključevalnih predpostavk in idej glede ljudi s psihiatričnimi diagnozami – tako v splošni, kot tudi strokovni javnosti.

Prizadevanja v smeri preprečevanja namestitev na varovane oddelke, bi, upoštevaje naštete identificirane dejavnike, morala zajemati akcijsko delovanje na vsaj dveh ravneh: po eni strani bi k ukinjanju rabe varovanih oddelkov prispevale širše družbene spremembe v smislu spreminjanja specifičnih strokovnih diskurzov, ter razvoj in spodbuda diskurzov, ki so alternativa obstoječemu specifičnemu psihiatričnemu diskurzu, pa tudi delovanje, ki bi bilo usmerjeno v podporo družbenim skupinam, ki so institucionalizaciji na varovanih oddelkih še najbolj izpostavljene. To pomeni podporo deprivilegiranim družbenim skupinam ter organiziranje podpor, ki bi nadomeščale odsotna, šibka ali nepodporna družinska okolja. Kot eno ključnih delovanj se kaže tudi potreba po razvoju takšne družbene (in storitvene) organizacije, ki se ne zanaša na moč in delovanje neposrednega družinskega okolja posameznikov – ki nalogo skrbi, varovanja in podpore posamezniku ne nalaga oziroma ne prepušča ožjim družinam.

Sklenemo lahko, da bi predlogi za oblikovanje konkretnejših načrtov za ukinjanje varovanih oddelkov morali vključevati podlago za dvojno delovanje: po eni strani bi takšno delovanje moralo podpirati tiste skupine, ki so varovanim oddelkom trenutno bolj izpostavljene; po drugi strani pa bi takšno delovanje moralo zajemati tudi korake za širše družbene diskurzivne in sistemske spremembe. Pri oblikovanju idej za konkretne nadaljnje korake ukinjanja varovanih oddelkov pa se kot zemljevid osnovanja idej lahko uporablja prav nastalo preglednico z dejavniki, ki spodbujajo nastanitve na varovanih oddelkih.

Tabela 15 Dejavniki, ki spodbujajo namestitve na varovanih oddelkih – sinteza ugotovitev

Ožji življenjski kontekst in položaj osebe	**širši družbeni kontekst**	**družbeno diskurzivno ozadje**
deprivilegiran družbeni položaj izključenost na področju dela, slab socialnoekonomski položaj (brezposelnost, prekarnost), manjšine, finančne težave, negotovi stanovanjski pogoji in tvegane oblike stanovanjskih rešitev – tudi predhodne institucionalizacije (v različnih vrstah institucij, ki se umeščajo v različne družbene sisteme) šibka socialna mreža šibka/odsotna/utrujena/ranljiva: oseba je izključena iz družinskih, partnerskih in drugih socialnih struktur; njena socialna mreža je šibka oziroma majhna ali omejena na manjše število ožjih družinskih članov; oseba ima majhno podporo družine ali je nima; v družinah so nakopičene različne težave; oseba nima oziroma ima malo socialnih vlog; v skupnosti po vključenosti osebe ni oziroma je malo interesa. ALI izključevalna socialna mreža (naklonjena institucionalizaciji svoje ga članice a) v ožji socialni mreži so konfliktni (pogosto v družinskem kontekstu) odnosi; socialna mreža si prizadeva za hospitalizacijo, ker poskuša prekiniti sebi neprijetne konfliktne situacije – izhaja iz ideje, da umik osebe v institucijo lahko razreši konfliktno situacijo; ali pa je socialna mreža podporna do svojega družinskega člana, ki ga usmerja v institucijo, ker izhaja iz ideje, da je hospitalizacija dobra oblika pomoči. prestopki (občutek, da oseba ogroža druge ali sebe; vidno in ponavljajoče se) oseba počne ali je storila kaj, s čimer je pri drugih vzbudila strah ali pa je opuščala skrb, ki naj bi jo	negotove, ogrožajoče družbene razmere: – izraziteje prisotni različni procesi socialnega izključevanja oseb iz osrednjih družbenih struktur (kot so družina, delo, stanovanjska stabilnost …); – slabe družbenoekonomske razmere (slaba ekonomija, revščina, neenakost …); – poudarjena osrednja vloga družine kot tiste organizacije, ki naj bi skrbela za dobrobit posameznikov (družini se kulturno in sistemsko naloži veliko odgovornosti in nalog; posameznik je prepuščen zmožnostim in volji družine); – hkratna šibka/odsotna socialna država; – šibkost splošnih zdravstvenih, stanovanjskih, ekonomskih in drugih sistemov podpore; – šibkost bolj specifičnih, socialnovarstvenih in drugih oblik pomoči in podpore v primeru stisk (tudi ali predvsem v skupnosti) – ta šibkost se lahko izraža kot njihova nedostopnost, premajhen obseg, neučinkovitost … pa tudi njihova slaba prepoznavnost med laično in strokovno populacijo.	psihiatrična družba – uveljavljenost psihiatričnega diskurza (v strokovni in tudi splošni javnosti) – uveljavljenost specifičnih (institucionalnih in izključevalnih) diskurzov znotraj psihiatričnega – osrediščena vloga institucionalne psihiatrije; poudarjena medicinska doktrina, ki bolnišnično psihiatrično zdravljenje razume kot učinkovit in smiseln način zdravljenja; šibkost drugih oblik (psihiatrične) obravnave, ki bi delovale kot neposredna alternativa hospitalizaciji; ali pa razvejanost alternativ, ki pa po svoji funkciji delujejo kot »napotovalni sistem« za usmerjanje ljudi v institucionalno oskrbo; dostopnost institucionalnih oblik psihiatrične obravnave; socialno priznavanje institucionalne obravnave kot koristnega načina obravnave; prisotnost diskurzov, ki takšno priznavanje podpirajo (paternalizem – institucija kot smiselna oblika pomoči bolnim; ali pa ideja varnosti – institucija kot ustrezen način varovanja pred nevarnostmi); – specifične izključevalne ideje znotraj psihiatrične doktrine ideja, da so kakšna človeška stanja neozdravljiva; da psihiatrija ni namenjena (dolgotrajnejši) skrbi in varstvu pacientov. izključujoč družben odnos do drugačnosti splošna razširjenost družbenih norm, ki izstopajoča vedenja opredeljujejo kot ogrožajoča; nizka toleranca do drugačnosti; negativen odnos do ljudi, ki imajo psihiatrične diagnoze: še posebej strah (ideja nevarnosti) ali pa paternalizem (videni kot nezmožni, ubogi, v breme); s tem povezani prisotni pritiski, pričakovanja neposredne skupnosti, da se osebo »umakne« na zaprt kraj izključujoč strokovni diskurz do oseb s psihiatričnimi diagnozami – prisotnost diskurza primanjkljajev (osredotočanje na motnje, težave, napake, pomanjkljivosti posameznikov;

Ožji življenjski kontekst in položaj osebe	**širši družbeni kontekst**	**družbeno diskurzivno ozadje**
zagotavljala drugim; ali pa je opuščala skrb zase (sem sodi tudi zavračanje/opuščanje psihofarmakov in drugih oblik podpore, ki jo drugi ocenjujejo kot primerno; pa tudi ocena drugih, da oseba ni zmožna dohajati vsakodnevnega življenja (skrb za lastno higieno, gospodinjstvo, prehrano …). Ta vedenja se pri osebi ponavljajo ali so vztrajna. Zanje je značilno tudi, da so vidna – da so v okolju osebe prisotne priče, ki jim je vedenje lahko moteče (v tej vlogi je pogosto prav ožja družina osebe ali pa so te priče zaposleni v institucijah ali programih pomoči, ki jih osebe obiskujejo, preden so napotene na varovane oddelke.	institucionalizirana družba – razvit in razvejan sistem institucionalne oskrbe, s tem pa širša prisotnost mehanizmov, ki so inherentni totalnim institucijam, spodbujajo rabo zaprtih/prisilnih oddelkov; – razvitost drugih storitev (in predpisov), ki delujejo kot »napotovalni sistem« za usmerjanje ljudi v psihiatrična institucionalna okolja; neaktivne alternative psihiatričnim institucionalnim okoljem (laično in strokovno zavračanje ali nezaupanje ali nepoznavanje alternativ, kadar te obstajajo); odsotnost/pomanjkanje alternativ psihiatrični institucionalni obravnavi; pozitiven družbeni status institucionalne psihiatrične obravnave.	raba specifičnih sistemov kategoriziranja, ki se osredotočajo na primanjkljaje pri opisu stisk oseb); – prevajanje kontekstualnih dejavnikov v probleme/ primanjkljaje posameznika; – s tem povezano prevajanje odločitev glede prisilnih ukrepov v nujno potrebne oblike odzivanja na potrebe posameznikov (diskurz obravnavanja potreb posameznika); razumevanje pojma pomoč ali podpora tudi prek ukrepov, ki so po svoji vsebini nadzor ali prisila – prevajanje nadzorovalnih in prisilnih ukrepov v jezik podpore in pomoči (skrb kot nasilje); – s tem povezan diskurz paternalizma (ideja, da je treba pomagati, pa čeprav na silo in proti volji posameznika); – strokovna vdanost ali obup – prisotnost ideje, da se v nekaterih situacijah »nič ne da« (ocena strokovnjakov, da ni možno drugače pomagati, kot pa, da se osebo namesti v zaprto institucionalno okolje)

5.5 Literatura

Aluh, D. O. Aigbogun, O., Ukoha-Kalu, B. O., Silva, M., Grigaitė, U., Pedrosa, B., ... & Caldas-de-Almeida, J. M. (2023). Beyond Patient Characteristics: A Narrative Review of Contextual Factors Influencing Involuntary Admissions in Mental Health Care. Healthcare, 11, 1986. DOI: 10.3390/healthcare11141986

Clausen, J. A. & Yarrow, M. R. (1955). Paths to the Mental Hospital. *Journal of Social Issues*, *11*(4), 25–32.

Commander, M. J., Cochrane, R., Sashidharan, S. P., Akilu, F. & Wildsmith, E. (1999). Mental health care for Asian, black and white patients with non-affective psychoses: pathways to the psychiatric hospital, in-patient and after-care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *34*, 484–491.

Denzin, N. K. & Spitzer, S. P. (1966). Paths to the mental hospital and staff predictions of patient role behavior. *Journal of Health and Human Behavior*, *7*(4), 265–271.

Falant, V. (2016). Varovani oddelek v socialnovarstvenem zavodu: med varstvom in zapiranjem [magistrsko delo]. Univerza v Ljubljani.

Flaker, V. & Rafaelič, A. (2023). *Dezinstitucionalizacija II : nedokončana*. Založba Univerze.

Goffman, E. (2019[1961]). *Azili: eseji o socialni situaciji duševnih bolnikov in drugih zaprtih varovancev.* Ljubljana: Založba /*cf.

Gove, W. R. (2004). The career of the mentally ill: An integration of psychiatric, labeling/social construction, and lay perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*, *45*(4), 357–375.

Hammer, M. (1963). Influence of small social networks as factors on mental hospital admission. *Human organization*, *22*(4), 243–251.

Inštitut RS za socialno varstvo. (b. d.). Zbirnik podatkov o posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodih za leto 2020.

Kennard, E. A. & Freilich, M. (1961). Differential Use of Mental Hospital Facilities By Patients and Their Families. *International Journal of Social Psychiatry*, *7*(3), 165–172.

Linn, E. L. (1961). Agents, timing, and events leading to mental hospitalization. *Human Organization*, *20*(2), 92–98.

Mishler, E. G. & Waxler, N. E. (1963). Decision processes in psychiatric hospitalization: Patients referred, accepted, and admitted to a psychiatric hospital. *American Sociological Review*, *28*(4), 576–587.

Moodley, P. & Perkins, R. E. (1991). Routes to psychiatric inpatient care in an Inner London Borough. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 47–51.

Müller, N. S., Sapin, M., Jacques-Antoine, G., Orita, A. & Widmer, E. D. (2012). Pluralized life courses? An exploration of the life trajectories of individuals with psychiatric disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, *58*(3), 266–277. DOI: 10.1177/0020764010393630

Myers, J. K. & Schaffer, L. (1954). Social Stratification and Psychiatric Practice: A Study of an Out-Patient Clinic. *American Sociological Review*, *19*(3), 307–310. DOI : 10.2307/2087762

Oh, H., Lee, J., Kim, S., Rufino, K. A., Fonagy, P., Oldham, J. M. ... & Patriquin, M. A. (2020). Time in treatment: Examining mental illness trajectories across inpatient psychiatric treatment. *Journal of psychiatric research*, 130, 22–30.

Pavalko, E. K., Harding, C. M. & Pescosolido, B. A. (2007). Mental illness careers in an era of change. *Social Problems*, *54*(4), 504–522.

Škraban, J. (2024). The urge to reduce coercion in mental health. *Javno zdravje*, 2024(1). DOI : 10.26318/JZ-2024-1

Ustava RS (URS). (1991). Uradni list RS, št. 33/1991 z dne 28.12.1991. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=USTA1

Walker, S., Mackay, E., Barnett, P., Rains, L. S., Leverton, M., Dalton-Locke, C. ... & Johnson, S. (2019). Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *The Lancet Psychiatry*, *6*(12), 1039–1053.

Wood, E. C., Rakusin, J. M. & Morse, E. (1960). Interpersonal aspects of psychiatric hospitalization: I. The admission. *Archives of General Psychiatry*, *3*(6), 632–641.

Wormdahl, I., Husum, T. L., Kjus, S. H. H., Rugkåsa, J., Hatling, T. & Rise, M. B. (2021). Between No Help and Coercion: Toward Referral to Involuntary Psychiatric Admission. A Qualitative Interview Study of Stakeholders' Perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 708175. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.708175

6 ZNAČILNOSTI VAROVANIH ODDELKOV, OBRAVNAVE STANOVALCEV IN ODPUST (Juš Škraban, Andraž Kapus, Katja Prevodnik in Lucia Jelenc)[29]

Če smo v prejšnjem poglavju predstavili podatke o tem, kaj se dogaja z uporabniki pred namestitvijo na varovani oddelek, je to poglavje posvečeno dogajanju po tem, ko uporabnik prestopi prag varovanega oddelka. Najprej predstavimo podatke o statusu namestitev in težavah, ki nastajajo pri sprejemu. Poglavje nadaljujemo z nekaj vidiki obravnave, ki so povezani z varovanim oddelkom kot (institucionalno) obliko dela; predstavimo načine dela zaposlenih na varovanih oddelkih, ki segajo od pristopov in naravnanosti zaposlenih pa do bolj kodificiranih, zaokroženih metod dela; na koncu pa se posvetimo načinom dela v kriznih situacijah, ki jih predstavimo vse od preventivnega dela do hospitalizacij v psihiatrični bolnišnici in uvedbe posebnih varovalnih ukrepov na varovanem oddelku. Poglavje končamo z analizo odpustov.

6.1 Podatki o (ne)prostovoljnosti namestitev v kontekstu socialnega in zdravstvenega varstva

Sprejem na varovani oddelek se lahko opravi s privolitvijo (ZDZdr, 74. člen) ali pa brez privolitve uporabnika na podlagi sklepa sodišča (ZDZdr, 75. člen). Zadržanje na varovanem oddelku na podlagi sklepa sodišča se lahko določi za največ eno leto (77. člen).

Velika večina uporabnikov, ki so leta 2023 bivali na varovanem oddelku, je bila tja nameščena proti svoji volji po sklepu sodišča (98 %), le 2 % pa je bilo prostovoljnih sprejemov. To pomeni, da so varovani oddelki predvsem prostori prisile, saj se zakonska možnost prostovoljnega sprejema skoraj ne uporablja.

Delež neprostovoljnih namestitev na varovane oddelke je veliko večji od deleža neprostovoljnih sprejemov na oddelke pod posebnim nadzorom v psihiatričnih bolnišnicah. Podatki na nacionalni ravni o tem sicer niso javno dostopni, vendar pa so dostopni podatki za nekatere bolnišnice. Podatki iz Slovenije pričajo o odstotkih prisilnih hospitalizacij med 2 % in 9,5 %, vendar se podatki nanašajo le na obdobje pred sprejemom ZDZdr (Korošec Jagodič idr., 2008; Turčin & Kores-Plesničar, 2008; Žmitek, 1995); v tujini pa se ti odstotki gibljejo med 3,8

[29] Hvala vsem, ki so pomagali pri terenskem delu: Nika Cigoj Kuzma, Aida Hajdarević Novak, Dora Koša, Andreja Rafaelič, Boštjan Slatnar, Kristina Stojmenova, Maruša Tomc Arko, Kaja Zoran.

% in 20 % (Dressing & Salize, 2004; Sheridan Rains idr., 2019). Kljub metodološkim težavam v teh primerjavah je razlika med deležem neprostovoljnih sprejemov na zaprte oddelke v psihiatriji in na varovane oddelke SVZ zelo velika.

Namestitve po sklepu sodišča predstavljajo 20,9 % vseh sprejemov v posebne in kombinirane zavode oz. 28,9 % sprejemov v tiste kombinirane in posebne zavode, ki imajo varovane oddelke (Inštitut RS za socialno varstvo, b. d.). Ti podatki kažejo, da sprejemi na varovane oddelke predstavljajo nevečinski, a vseeno pomemben delež vseh sprejemov v zavode.

6.2 (Ne)poznavanje uporabnika pred prihodom

Kot smo podrobneje predstavili v 5. poglavju, so uporabniki pred namestitvijo na varovani oddelek stanovalci odprtih oddelkov istih zavodov (34 %), hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici (44 %), ali pa živijo v skupnosti (10 %). V drugih dveh primerih osebje varovanega oddelka uporabnika pred sprejemom ne pozna, o čemer so iz večine zavodov poročali kot o oviri za svoje delo. V teh primerih se lahko zanašajo le na dokumentacijo, ki jo prejmejo, ta pa zajema navadno le sklep sodišča.

> *Mi ob sprejemu dobimo ali sklep sodišča oz. samo predlog in potem sklep. In iz tistega sklepa moraš razbrati vse. To pomeni od osnovnih podatkov, ali je oseba pod skrbništvom ali ni, iz kje je, za kakšno bolezen gre in zakaj je pravzaprav nameščena. Vsega ostalega nimaš. In to je podlaga za sprejem* (socialna delavka, POM_2_1).

Zaposleni v zavodih ne poročajo samo o pomanjkljivih informacijah o človeku, pač pa tudi o vrsti informacij. V dokumentacijah so namreč predvsem tehnični in zdravstveni podatki o človeku, ne pa o tem, kdo ta človek zares je – kaj so njegove vrline, moči, kaj ima rad, česa ne, kdo so ljudje v njegovi socialni mreži in podobno.

> *Kar se tiče dokumentacije, jo dobimo, ko je stanovalec sprejet ali pa mogoče dan ali dva prej, ampak je to zelo skopo, tako da imamo redkokdaj informacije o tem, kako so živeli doma ali karkoli. Tudi, ko prihajajo s forenzike, dobimo samo zadnji izvid, ne pa dogajanja čez celih pet let ali karkoli. Samo tisto odpustno pismo, kjer je napisana ena stran in to je to* (vodja varovanega oddelka, POM_1_2).

> *Ne izvemo uporabnih stvari, s katerimi bi jim lahko omogočili neko življenje. Kaj je človek recimo počel v življenju, katera so njegova močna področja, ker sigurno neka še so* (diplomirana medicinska sestra, POM_3_2).

Posledično včasih med zaposlenimi zavlada strah: »*Ko dobimo sklep, smo vsi zelo obremenjeni s temi dejanji človeka. Pred sprejemom se celotna skupina seznani s tem, kdo prihaja k nam. Naredimo že grobo analizo tveganja, na kaj vse je treba biti pozoren*« (socialna delavka, POM_3_2). Taka reakcija osebja je še opaznejša pri uporabnikih, ki so na varovani oddelek premeščeni z enote za forenzično psihiatrijo. Zaposleni so torej soočeni s minimalnimi podatki o posameznikih, ki prejudicirajo nevarnost, o kateri pa lahko zaposleni le ugibajo.

Kljub začetnemu strahu pa se, ko uporabnika spoznajo po sprejemu, navadno izkaže, da so bile prve predstave osebja o novem uporabniku zmotne ali vsaj preostre.

> *Velikokrat se izkaže, da so odstopanja. Največkrat v pozitivnem smislu – da vidimo, da imajo dotične osebe v sebi še veliko močnih področij* (socialna delavka, POM_3_2).

Ena sogovornica je izpostavila pomen specifične naravnanosti pri delu z novo sprejetimi uporabniki in predvsem odnosa do branja sklepov sodišč:

> *Definitivno je dobro, če izveš (v sklepu) malo več, je pa pomembno, da ostaneš odprtega duha, da se ne osredotočiš samo na tisto napisano, ker vemo, da smo ljudje živi material, ki se oblikuje in potem včasih tisto, kar je napisano, se pri nas pokaže druga slika. Mogoče zato, ker se pri nas dobro počuti, ker mu je okolje všeč, potem tudi drugače funkcionira* (individualna habilitatorka, POM_5_3).

Pomanjkanje informacij o uporabniku pred sprejemom je pokazatelj organizacije služb na področju duševnega zdravja, ki delujejo izrazito po načelih »conske obrambe« (Flaker idr., 2008, str. 25–26). To pomeni, da uporabnik spada v pristojnost navadno le ene službe, ki »pokriva« to cono (navadno je ta definirana z vrsto težav), npr. cona psihiatričnih bolnišnic so akutne, cona SVZ pa dolgotrajne težave v duševnem zdravju. Pristojnosti za uporabnike si službe navadno ne delijo, saj navadno ob izstopu iz cone ene službe preidejo v cono druge, kar otežuje zveznost oz. kontinuiteto oskrbe. To predstavlja oviro za delo v obstoječem sistemu, vendar bo to treba preseči tudi pri preobrazbi varovanih oddelkov – smiselno je, da si službe pri intenzivni oskrbi posameznika v skupnosti med seboj pomagajo.

6.3 Značilnosti varovanih oddelkov in obravnave stanovalcev

V tem poglavju bomo predstavili paleto značilnosti in elementov varovanih oddelkov, ki so se v raziskavi izkazali kot ključni tako za zaposlene, kakor tudi za uporabnike, ter najbolj definirajo varovane oddelke kot obliko zagotavljanja varovanja in oskrbe.

6.3.1 Splošni varnostni ukrepi

Varovani oddelek je oddelek v socialnovarstvenem zavodu, kjer so osebe zaradi svojih potreb nepretrgoma deležne posebne zaščite in varstva ter zavoda ne morejo zapustiti po lastni volji (17. odstavek 2. člena ZDZdr). V take oddelke prihajajo posamezniki, za katere so na sodiščih prepoznali, da »ogrožajo sebe ali druge«. Posledično to pomeni, da so splošni varnostni ukrepi ena ključnih lastnosti in izhodišče te oblike dela. Takim ukrepom v mednarodni literaturi pravijo »blanket restrictions« (v prevodu: splošne omejitve), s čimer opisujejo omejujoče ukrepe, ki so splošni in veljajo za vse stanovalce na oddelku, ne da bi upoštevali njihove individualne potrebe in tveganja (Care Quality Commission, 2019).

V okviru varnostnih ukrepov[30] stanovalcem na varovanih oddelkih ni dovoljeno imeti pasov, vezalk, kablov ali vrvic, stvari, s katerimi bi se lahko morda poškodovali. Krožniki so za vse iz nelomljivega materiala, kablov v prostoru ni, slušalke so dovoljene le izjemoma, ker omogočajo pogoje za to, da bi se z njimi kdo zadušil: »*Eden ali dva [uporabnika] imata slušalke. Saj veste, slušalka je potencialna vrvica, tako da se mora tudi to malo nadzirati*« (bolničar, POM_1_2). Cigarete delijo po urniku, prižigajo pa jih zaposleni ali pa so vžigalniki pritrjeni na ograjo na dvorišču, saj jih stanovalci ne smejo imeti pri sebi.

Vzpostavljene so tudi omejitve glede uporabe telefonov, saj so v preteklosti nekateri uporabniki snemali neprimerne vsebine, zato jih zdaj lahko uporabljajo le ob določenih urah. Nekateri uporabniki menijo, da so ukrepi prestrogi, na primer omejitev uporabe telefona na dvakrat dnevno po pol ure, zaposleni pa poudarjajo, da so vsi ukrepi sprejeti v najboljšem interesu stanovalcev, saj preprečujejo nevarne situacije.

Glede splošnih omejitev se je, kot smo ugotovili v raziskavi, pritožil en uporabnik med bivanjem na varovanem oddelku. Pritožil se je, da uporabo interneta in računalnika omejuje hišni red:

> V [ime zavoda] sem bil seznanjen s hišnim redom, ki je tudi obešen na steni skupnih prostorov. Skladno s hišnim redom sta dostop do interneta in uporaba računalnika zelo omejena. V hišnem redu je zapisano, da so telefonski pogovori iz osebnega mobilnega telefona in uporaba osebnega računalnika dovoljeni dopoldne med 9. in 10. uro in popoldne med 15. in 16. uro. Hišni red omejuje tudi obiske, ki so omejeni na le eno uro.

[30] V enem zavodu je to zapisano v pravilih oddelka, ki so obešena na oglasni deski na oddelku in so del brošure, ki jo dobijo stanovalci in svojci ob sprejemu.

Pomembno je vedeti, da je omejitev pravic treba obravnavati individualno in natančno opredeliti obseg in trajanje predlaganih omejitev ter razloge, s katerimi se jih utemeljuje.[31] S primerom je bilo seznanjeno tudi MSP, ki je 8. 7. 2024 odgovorilo, da bo izvajalce institucionalnega varstva z varovanimi oddelki pozvalo k pojasnilu, če oziroma zakaj so pravice njihovih uporabnikov, kot jih navaja 12. člen Zakona o duševnem zdravju, v njihovih internih predpisih strožje omejene. MSP naj bi po prejemu in preučitvi odgovorov po potrebi za izvajalce pripravilo podrobnejše usmeritve za ustrezno ukrepanje.

6.3.2 Kopičenja uporabnikov na enem mestu

Glavna težava varovanih oddelkov kot oblike dela je, da so ti oddelki namenjeni vsem uporabnikom s sklepom sodišča, ne glede na njihove potrebe, značilnosti in sposobnosti. V tem smislu problemi izhajajo že iz kopičenja stanovalcev na enem zaprtem mestu, hkrati pa različnost teh uporabnikov.

> *Težava je tudi v tem, da so naši varovani oddelki preveč mešani. Tu so zaradi demence, pa odvisniki, starejše osebe, mlajše osebe in vsak potrebuje specifično podporo, in tudi ljudje, ki so bili na forenzičnem zdravljenju* (strokovna vodja, POM_1_1).

To so poudarili tudi nekateri uporabniki. Razlike v potrebah ljudi so izvir težav same po sebi, saj je nemogoče, da bi lahko zaposleni, sploh pa na zaprtem oddelku, prilagodili oskrbo glede na individualne potrebe posameznih stanovalcev (čemur pa je oskrba na varovanem oddelku sploh namenjena).[32] Nastajajo namreč resnejši problemi, ko se zaposleni v takem okolju soočajo z izzivi, kako zagotoviti varnost stanovalcem:

> *On tolče po vratih cel dan, zdaj si pa zamislite druge, če želi kdo počivati … Zdaj tolče, pada, meče se po tleh, joče, kriči … In zamislite si, da vi tukaj živite – to poslušati vsak dan po dvanajst, trinajst ur. Ne samo en dan, vsak dan!* (varuh, POM_1_2).

Na konkretnem varovanem oddelku se zaradi takega vedenja stanovalca začnejo prepiri, ki privedejo do uvedbe PVU:

> *Pri tem našem glasnem stanovalcu, ki moti cel oddelek – on je v večini primerov nameščen v prostor za omejitev gibanja ravno z razlogom, da zaščitimo njega. Umaknemo ga, da njega ne poškodujejo. Včasih*

[31] Glej sodbo Višjega sodišča v Ljubljani, opr. št. VSL Sklep I Cp 2021/2019.
[32] Individualno obravnavo predpisuje 24. člen Pravilnika o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva. Glej tudi VSRS Sklep II Ips 102/2020 in povezano odločitev VSRS Sklep II Ips 45/2020. Iz odločitev izhaja, da imajo posamezniki, ki so prisilno zaprti, pravico do individualne obravnave.

bolj mirimo cel oddelek, da bi pustili njega pri miru in da se umakne (vodja varovanega oddelka, POM_1_2).

Namestitev, ki naj bi zagotovila varnost, zaradi kopičenja ljudi na enem oddelku pomeni varnostno tveganje. Zaradi medsebojnega ogrožanja kot posledice kopičenja ljudi z različnimi težavami in potrebami smo v raziskavi izvedeli še za več primerov.

Ko ima npr. nekdo zdravniško predpisano sesekljano ali pasirano hrano in mu sostanovalec iz nekega razloga ponuja cele kose, nepasirano hrano, to ogroža zdravje in življenje tega uporabnika.

Iz naslednjega primera je razvidno, da je zaradi namestitev stanovalcev na isti varovani oddelek lahko resno načeta varnost stanovalk:

Na primer imamo deklico, ki je res duševno manj razvita. Ona se slači, ona se sleče in potem imaš mladega fanta s forenzike, ki ga lahko »iritira« ena malenkost (namestnica direktorja za področje zdravstvene nege, POM_2_1).

Primer spolnega nasilja so zaznali v drugem zavodu, kjer so poudarili, da imajo težave s tem, ker varovani oddelek ni ločen po spolu, kar se je izkazalo za poseben izziv, ko je nek stanovalec spolno nadlegoval svoje sostanovalke.

Podobnih primerov smo med raziskavo pridobili več, predstavljeni primeri pa ilustrirajo oziroma kažejo na to, da so varovani oddelki pogosto kraj, kjer se nevarnosti ne samo generirajo, temveč pravzaprav potencirajo.

Da se težave uporabnikov večajo zaradi kopičenja ljudi na enem mestu, priča tudi primer, ki ga opisujemo bolj podrobno v nadaljevanju:

Uporabnik je v svojih poznih 20. letih in ima intelektualne ovire. Sprva je živel doma, približno ob polnoletnosti pa je bil prvič hospitaliziran zaradi agresivnega vedenja. Temu je sledila namestitev v zavod, pred nekaj leti pa je bil premeščen na varovani oddelek drugega zavoda. V okolju z veliko ljudmi na kupu se težko znajde. Dobro razume, kaj se z njim dogaja, vendar težko sporoča svoje želje, potrebe in frustracije. Ne zmore reči, na primer, da je žejen, lačen ali kaj podobnega. Zato ga je treba dobro poznati in redno spremljati ter tudi predvidevati, kaj potrebuje in mu to tudi predlagati. To vzame čas, vendar tak trud drugih sprejema. Če ostane nerazumljen, postane najprej nemiren, nato začne tepsti druge, kar lahko preraste v hujše nasilje. V dveh letih namestitve je prišlo do okoli 20 takih napadov, malo manj kot polovica se je končala s težjimi poškodbami drugih ljudi na oddelku. Zaradi teh epizod je njegove sostanovalce na oddelku postalo strah, eskalacije pa so zaposleni reševali s psihiatričnimi

> *hospitalizacijami. Zaposleni so bili kljub temu včasih uspešni – torej so uspeli te napade preprečiti in uporabnika razumeti – kar so lahko naredili, ko so mu dodelili nekoga, ki ga je spremljal ena na ena, torej je celotni delovnik preživel bolj kot ne le z njim. Kljub temu to ni rešilo vseh težav, saj je še vedno ostajal na oddelku, ki je poln ljudi in je občasno precej hrupen, česar pa on res ne prenaša dobro. Strokovna delavka na oddelku pravi, da bi uporabnik potreboval nastanitev v mirnem okolju (bodisi sam bodisi z res majhno skupino) in to, da bi imel spremljanje zaposlenih ena na ena, a to ne »varnostno«, temveč zato, da bi ga bolje razumeli in tako sproti odgovarjali na njegove potrebe* (vodja varovanega oddelka, POM_8_2).

Iz primera lahko potegnemo več pomembnih ugotovitev. Prvič, namestitev na varovani oddelek je za tega in podobne uporabnike neprimerna, saj ga to okolje zaradi njegovih specifičnih potreb ne podpira, temveč celo iritira oziroma slabša njegovo situacijo. Ta uporabnik torej ne »potrebuje« namestitve na varovani oddelek (ta je zanj celo škodljiva), temveč podporno okolje, ki bi bilo prilagojeno njegovim potrebam. To bi pomenilo predvsem individualno namestitev z zanj prilagojenim podpornim timom. Tak podporni sistem se torej ne bi v prvi vrsti posvečal varnosti (PVU, deeskalaciji in podobno), temveč predvsem razumevanju potreb uporabnika in zanj prilagojeni podpori, kar bi zmanjšalo varnostna tveganja.

Varovani oddelki so zaradi značilnosti, ki smo jih opisali, in prostorskih omejitev, torej pogosto prostor, ki ni prijazen ali pomirjujoč za stanovalce, kakor je povzel stanovalec varovanega oddelka v enem izmed pogovorov: »Težko imamo mir, ker nimamo prostora, edino če bi šel v sobo za pomiritev, samo tam je kamera« (uporabnik).

6.3.3 Odnosi na varovanih oddelkih

V kontekstu omejitev varovanih oddelkov ima po mnenju zaposlenih dober odnos z uporabniki pomembno vlogo pri zagotavljanju kakovostne obravnave in prijetnega okolja. Poudarek dajo na prilagajanje potrebam posameznikov, ustvarjanje zaupanja in pozitivnega vzdušja, ki omogoča sodelovanje.

Zaposleni so povedali, da se trudijo vzpostaviti individualen pristop do vsakega stanovalca posebej, da so pozorni na specifične potrebe, način komunikacije in osebne značilnosti uporabnikov. Pomembno se jim zdi, *»da ob pravem času pohvališ, da ob pravem času tudi poveš, kaj je prav in kaj ne«* (diplomirana medicinska sestra, POM_1_1), ter da stanovalcem omogočijo, da ohranjajo vrednote iz domačih okolij.

Ključ do uspešnega odnosa vidijo v prilagodljivosti zaposlenih in poznavanju stanovalcev. Ker so z njimi ves dan, imajo vpogled v trenutno razpoloženje uporabnikov in se osredotočajo na tisto, kar je pomembno v tistem trenutku, ne na pretekle dogodke. Zaposleni pogosto *»prakticiramo ogromno pogovora in stremimo k sodelovanju. Samo na tak način lahko funkcioniramo«* (vodja, POM_3_2).

Da bi ustvarili prijetno vzdušje, zaposleni z uporabniki preživljajo čas tudi pri skupnih aktivnostih: *»Drugače smo pa tukajle ali z njimi, se res družimo čim več, ping pong; človek, ne jezi se, te igre imajo radi. Včasih se usedemo tamle z njimi, ko so skoki. Skoke gledamo, kolesarske dirke, to navijamo«* (vodja, POM_2_3). Poleg tega se ponekod vključujejo tudi druge službe, na primer fizioterapevti in delovni terapevti, ki uporabnike odpeljejo z oddelka. V enem zavodu na primer *»recimo prihaja na oddelek sekundarna referenčna oseba, imam tukaj dva moška, ki jima je sekundarna referenčna oseba recimo naš glavni kuhar in on pride k njima dol, ju vzame, povabi na kavico, to je veselje tista kavica«* (vodja, POM_2_3).

Kljub pozitivnim zgodbam in pohvalam, da so zaposleni prijazni in da je okolje urejeno, pa imajo predvsem uporabniki tudi negativne izkušnje. V enem izmed zavodov so nekateri uporabniki zaposlene doživljali kot grobe. *»Nasilje je, se dogaja«* (uporabnik). Izpostavljena sta primera fizičnega nasilja zaposlenega *»Sprva ni želel priznati, potem pa so ga odpustili. To ga je tepel tam, kjer kamere ne posnamejo«* (uporabnik); in norčevanja zaradi spolne usmerjenosti: *»če si bi- ali homoseksualec, se osebje iz tega dela norca«* (uporabnik).

6.3.4 Vsakdan in dnevne aktivnosti

Stanovalci čas na varovanem oddelku pretežno preživljajo v dnevnih prostorih ali na hodniku, kjer so kavči. Nekateri po zajtrku ostanejo v postelji do naslednjega obroka ali časa za kajenje. Zaposleni na eni strani za uporabnike zagotavljajo osnovne storitve, obenem pa jih vključujejo v različne aktivnosti: »*Da nekako zapolniš njihov prosti čas, da ni za njih poskrbljena samo tista osnova. Da nekaj poje, da ni lačen, da ga ne zebe, da je oblečen, da ima pospravljeno posteljo, da ima čisto sobo – to je tista osnova*« (bolničar, POM_1_2). Dnevne aktivnosti so vezane pretežno na prostor varovanega oddelka.

Zaposleni v enem zavodu pravijo, da je delovna terapija ena izmed najbolj priljubljenih dejavnosti. Uporabniki lahko rišejo, ustvarjajo ali izvajajo druge aktivnosti. Dneve zapolnjujejo

tudi z igrami, kot so pingpong, človek, ne jezi se, remi ali gledanje športnih prenosov, organizirali so tudi interni turnir v igranju remija. Nekateri pri delovni terapiji zaslužijo majhno žepnino z izdelavo objemk ali drugih izdelkov. Prostore delovne terapije si delijo z uporabniki odprtih oddelkov. Tistim, ki ne želijo ali niso sposobni obiskovati delovne terapije, zaposleni poskušajo ponuditi alternative na varovanem oddelku. *»Kar jim lahko nudiš, jim nudiš. Tudi vse kaj izrazijo, preveriš, če jim lahko omogočiš. Določenim željam ugodiš, določenim željam pa poveš, da niso možne«* (vodja, POM_5_2).

V zavodih več ali manj pozornosti posvečajo tudi aktivnostim izven varovanega oddelka. Ob obisku enega izmed zavodov so zaposleni na oddelku izpostavili, da uporabniki sodelujejo v skupinskih aktivnostih, kot so letovanja, izleti, natečaji in nastopi, kar naj bi jim pomagalo pri socializaciji. Imajo odprto kuhinjo, kjer si lahko pod nadzorom zaposlenih sami pripravljajo hrano, kar jih spodbuja k samostojnosti. V tretjem zavodu imajo v jedilnici možnost, da si skuhajo kavo.

Pomemben del aktivnosti so v zavodih tudi dnevni sprehodi in obiski, pri čemer pa ravno sprehodi kažejo na omejenost varovanih oddelkov za zagotavljanje individualizirane podpore. Na vprašanje, ali gredo z varovanega oddelka vsak dan na sprehod, so zaposleni delavci enega izmed zavodov poročali, da se trudijo, da bi šli stanovalci vsak dan ven, vendar to ne pomeni, da pride celoten oddelek ali da imajo stanovalci možnost iti vsak dan na sprehod. Kdor ne pride na vrsto določen dan, gre lahko na sprehod naslednjič (POM_1_2).

Nekateri stanovalci imajo redne obiske družinskih članov ali priložnost za večurne izhode, čeprav niso vedno zadovoljni z obsegom. V teh primerih grejo na *»kakšen sprehod okoli zavoda za dobro uro ali pa na kavo v bifeju«* (zdravstveni tehnik, POM_5_2). Pomanjkanje zaposlenih, značilnosti in specifična organizacija dela na varovanih oddelkih pa pomeni tudi, da imajo stanovalci omejene možnosti vključevanja in povezovanja s skupnostjo: »*Ne dovolijo. Meni še obiskov ne dovolijo brez njihovega spremstva. Če me pride kdo obiskat, grem lahko ven v času od 10.00 do 12.00, popoldan ni časa in čez vikend tudi ni časa, da bi bil kdo zraven. Tako da imam to zelo slabo urejeno*« (uporabnik).

Med raziskavo je bilo vključevanje v aktivnosti izven varovanih oddelkov večkrat izpostavljeno kot dobra praksa. Direktorica enega od zavodov je povedala: *»Res bi izpostavila velika prizadevanja kadra, da so uporabniki na varovani enoti vključeni v dogajanje in življenje izven*

enote, to nam je bil eden ključnih ciljev, ko smo vzpostavljali varovano enoto« (POM_3_1). Udeležujejo se prireditev, krožkov, sprehodov, izletov in interesnih dejavnosti, kjer so vključeni z ostalimi stanovalci zavoda: *»Vsepovsod jih vključujemo«* (vodja, POM_3_3). Zaposleni so povedali, da uporabniki radi sodelujejo pri bralnih uricah, likovnem ustvarjanju, športnih aktivnostih in obiskujejo sveto mašo. Spodbujajo jih k samostojnemu odhodu v trgovino ali na bankomat: *»Na bankomat hodijo sami, jih spremljamo, sami dvigujejo denar«* (varuh, POM_2_2). Poleg tega uporabniki pomagajo pri vsakodnevnih opravilih, kot je zlaganje slinčkov ali čiščenje tal, za kar občasno prejmejo simbolične nagrade.

Iz teh rezultatov je razvidno, da so dejavnosti – predvsem tiste, ki imajo povezavo s svetom zunaj oddelka – za okrevanje stanovalcev ključne. Preobrazba varovanih oddelkov bo že sama po sebi olajšala in spodbujala tovrstne dejavnosti, saj bo podporo preselila zunaj zavodov, kljub temu pa je treba tudi v tem procesu zmanjševati dejavnike, ki bi takšno produktivno delo lahko ovirali.

6.3.5 Izhodi

Glede na to, da je pravica do gibanja na varovanih oddelkih stanovalcem omejena, je razumljiva posledica, da se v praksi pogosto zastavlja vprašanje izhodov z oddelka. V posebnem poglavju ZDZdr so urejene pravice oseb na varovanem oddelku, in sicer je v drugem odstavku 12. člena navedenega zakona določeno, da je osebi na varovanem oddelku zagotovljena med drugim tudi pravica do gibanja. Posebne določbe o možnosti začasnih izhodov oseb, nameščenih na varovanih oddelkih, ZDZdr nima.

Izhodi se lahko opravijo s spremstvom osebja, svojcev ali pa so samostojni (da gre stanovalec sam z oddelka). Glede izhodov s spremstvom osebja je opaziti razlike med zavodi, saj v nekaterih en član osebja na oddelku pospremi na izlet vse stanovalce z oddelka (ki ima kapaciteto 12 postelj), ponekod pa imajo interno pravilo, da posamezni zaposleni lahko spremljajo največ tri stanovalce.

V enem zavodu izhode potrdi strokovni svet, v nekaterih pa ima odločilno vlogo pri odobritvi zavodski psihiater, zato so odločitve odvisne predvsem od njegove/njene naravnanosti: *»Ja pri prejšnjem psihiatru, on je dal samostojne izhode. Eno uro recimo je določil. Zdaj trenutna psihiatrinja se za to ne odloča. Da bi šel sam stanovalec ven«* (socialna delavka, POM_2_2). V

tem zavodu so imeli v času intervjujev na primer trije stanovalci možnost samostojnih izhodov brez spremstva, pri čemer je to na naroku predlagalo kar sodišče. Včasih se tudi zgodi, da strokovni svet že odobri izhod, pa se zaposleni, ki neposredno delajo z uporabnikom in ga opazujejo, v kakšnem stanju je, na koncu odločijo, če je izhod primeren ali ne. Dva stanovalca imata dovoljenje za vsakodnevne izhode ob določeni uri, eden pa lahko odide za celo dopoldne ali celo popoldne. Ostali uporabniki imajo izhode samo v spremstvu. Pri teh izhodih so za spremstvo strokovne delavke in animatorke, *»in potem gredo ali na kavico ali na tortico v mesto, po nakupih, tako, da tudi razno razne izlete se organizira s stanovalci, potem res individualno. Tudi projekt mora biti napisan za te stanovalce, more biti odobreno s strani sveta, da lahko gredo z njimi ven«* (vodja, POM_1_5).

V drugem zavodu imajo *»stanovalca, ki redno hodi domov, in to za par dni. Moram reči, da je to primer dobre prakse. Ne gre samo za izhod, da bi šel na kavo, ampak gre za več dni domov«* (strokovna vodja, POM_3_1).

Ti primeri iz zavodov kažejo na velik pomen izhodov z varovanih oddelkov tako za uporabnike kot tudi za zaposlene. Pri tem pa je pomembno opozoriti, da izhodi niso le na podlagi individualnih potreb stanovalcev, ampak se o njih opredelijo zaposleni v zavodu, ne samo glede izvedbe, ampak tudi glede samega dovoljenja za izhode.

V enem primeru smo med raziskavo zasledili, da se zavod sam ni odločil za enodnevni izhod stanovalca s spremstvom, temveč je odločitev o tem prepustil sodišču. To je naročilo, da stanovalca pregleda izvedenec s področja psihiatrije in po njegovem pozitivnem mnenju je odobrilo izhod, ki ga je omogočilo spremstvo dveh zaposlenih iz zavoda. Zavod je za istega stanovalca čez približno dva meseca predlagal sodišču izreden izhod na javni dogodek, vendar je v predlogu napisal, da zavod »ne prevzema odgovornosti za čas njegove odsotnosti z varovanega oddelka«. Sodišče je predlog zavrnilo, saj naj bi bila pravica do gibanja »omejena na območje varovanega oddelka in osebi ni omogočena neomejeno«. Stanovalec se je na ta sklep pritožil, sodišče druge stopnje pa je pritožbi ugodilo in zadevo vrnilo prvostopenjskemu sodišču v ponovno odločanje. Medtem je datum predvidenega dogodka in stanovalčevega izhoda nanj minil in tako se ga ni mogel udeležiti.

Glede vloge sodišč pri odobritvah izhodov je Vrhovno sodišče zavzelo stališče, da ima sodišče v postopkih po ZDZdr samo nadzorno vlogo. To pomeni, da nastopa v vlogi varuha osebne

svobode uporabnikov in zato preizkuša le, ali je predlagani ukrep v skladu s pogoji, ki jih določa ZDZdr, ter ali je odvzem osebne svobode sorazmeren z ustavno vrednoto, ki se na ta način varuje.[33] Zdi se torej, da je odločanje o izhodih stvar strokovne presoje v zavodih, njihovo prelaganje odločitev na sodišča pa je moč razumeti kot prelaganje odgovornosti.

Ministrstvo za solidarno prihodnost je dne 22. 1. 2025 poslalo »Usmeritve posebnim socialnovarstvenim zavodom glede izhodov uporabnikov z varovanih oddelkov«. V tem dokumentu se je ministrstvo sklicevalo na odločitev Ustavnega sodišča (št. U-I-477/18-19 z dne 23. 5. 2019), ki je razumelo funkcijo sklepa sodišča v varstvenem in terapevtskem cilju. Skladno s tem so po mnenju ministrstva »začasni izhodi […] ključnega pomena, saj omogočajo pridržanim osebam, da ohranijo stik z zunanjim svetom, sodelujejo v družbenih in kulturnih dejavnostih ter gradijo in vzdržujejo socialne vezi«. Na ministrstvu so zapisali tudi, da se pravice do izhodov ne more omejiti samo zato, ker zakon določenega vprašanja ne ureja izrecno. Ministrstvo je sklenilo, naj zavodi »pri odločanju o začasnih izhodih upoštevajo individualne okoliščine vsakega posameznika in presodijo, ali tak izhod prispeva k terapevtskemu cilju pridržanja brez ogrožanja varnosti pridržane osebe ali drugih.«

6.3.6 Sodelovanje uporabnikov pri odločitvah

Tako kot izhodi, ki smo jih opisali v prejšnjem poglavju, tudi drugi primeri jasno kažejo, da stanovalci na varovanih oddelkih nimajo dejanske moči pri odločanju o sebi. Ena uporabnica je na primer izrazila željo o zmanjšanju zdravil, vendar je o tem na koncu odločal psihiater, medicinska sestra pa po besedah stanovalke ni zagovarjala njenih interesov, temveč presojo samo prepustila psihiatru. Nekateri stanovalci so poročali o frustracijah, saj imajo občutek, da jih zaposleni ne upoštevajo: *»Saj vedo vse. Sem jim že povedal, psihiatrinji, doktorjem, vsem. Svoje želje sem povedal in ne upoštevajo nič od tega. Tako da sem si določil sam pri sebi, da se sploh ne bom več pogovarjal s psihiatrinjo, ker nima smisla. Nič ne dosežem. V bistvu je samo slabše, če ji [psihiatrinji] kaj omenim«* (uporabnik). Nekateri imajo vzpostavljen stik z zastopniki oseb na področju duševnega zdravja, a tudi ti po izkušnjah stanovalcev pogosto ne dosežejo sprememb, saj odločitve na koncu sprejema strokovni tim v dogovoru s psihiatrinjo.

Odločanje pa pri stanovalcih ni omejeno samo v razmerjih stanovalec-zaposleni, ampak tako kot na odprtih oddelkih zavodi determinirajo del njihovega življenja, ki se veže na urnik

[33] Glej odločbo II Ips 31/2018 z dne 22. 2. 2018.

aktivnosti, možnosti upoštevanja želja in druge okoliščine, predvsem pa na samo življenjsko okolje: »*Ne moreš si izbirat s kom si v sobi, dobiš tam kjer je prosto. Gleda se samo, da se ne meša moške in ženske«* (uporabnik).

Možnosti svobodnega odločanja uporabnikov v zavodih, še posebej na varovanih oddelkih, so torej omejene, vendar smo zaznali nekaj primerov, v katerih imajo uporabniki vpliv na odločitve. Zaposleni v enem izmed zavodov opažajo izboljšave pri izražanju želja stanovalcev, še posebej preko skupščin,[34] kjer imajo možnost povedati svoje želje in potrebe. Eden izmed stanovalcev je na primer na skupščini izrazil željo, da bi se več gibal zunaj, čeprav prej niti na kavo ni želel iti. Skupščine so torej zanj pomenile priložnost, da se je aktiviral. V drugem zavodu prakticirajo skupinske pogovore s stanovalci, kjer lahko ti izrazijo svoje počutje, mnenje o aktivnostih in predlagajo spremembe. Tudi tisti stanovalci, ki se ne izražajo verbalno, so vključeni. *»Ja, prisotni so zraven. Pri njih se opazuje mimika – saj neugodje zelo dobro izrazijo«* (diplomirana medicinska sestra, POM_3_2). Opazujejo njihove odzive ali vedenje, saj zaposleni izhajajo iz tega, da tudi oni vse razumejo.

V enem zavodu poudarjajo, da uporabniki sodelujejo pri vseh odločitvah, tudi pri porabi denarja. Dogovori o financah za cigarete, kavo in druge osebne potrebščine zapišejo, uporabniki pa jih podpišejo. Te dogovore lahko uporabniki kadar koli pogledajo.

6.3.7 Druge metode dela na varovanih oddelkih

V raziskavi so sogovorniki na varovanih oddelkih sporočili, da poleg pristopov oziroma načinov dela, ki smo jih opisali prej, uporabljajo predvsem dve zaokroženi metodi, individualno načrtovanje in analizo tveganja. Obe metodi sta se razvili v skupnostnem delu in ne v ustanovah. Osebno načrtovanje se je razvilo najprej v Kanadi in ZDA na področju dela z ljudmi z intelektualnimi ovirami kot odziv na dejstvo, da so starši otrok z intelektualnimi ovirami dobili od države denar za njihovo alternativno oskrbo, ki bi bil sicer namenjen institucionalni obravnavi otrok, s katero so bili starši vse bolj nezadovoljni (Flaker & Rafaelič, 2023, str. 132–133). Načrt je bil torej način, kako dobiti vpogled v potrebe otrok in narediti pregled nad storitvami, ki jih potrebujejo in ki jih je treba plačati. Analiza tveganja se je razvijala bolj ali manj hkrati z osebnim načrtovanjem, eden izmed pomembnejših faktorjev za razvoj te metode

[34] Skupščine so srečanja stanovalcev in zaposlenih. Namenjene so demokratizaciji odnosov med njimi. V praksi so prostor za izražanje mnenj, v družbenih gibanjih pa tudi prostor skupnega odločanja (Flaker, 2013, str. 190–194).

pa je bila ravno deinstitucionalizacija (Kemshall, 2002, str. 93; Sawyer, 2009, str. 457), saj je podpora v skupnosti prinesla več svobode uporabnikom in implicirala kompleksnejše delo za osebje, predvsem pri ravnanju s tveganji (Sawyer, 2008, str. 327–328).

Osebno načrtovanje in analiza tveganja sta metodi, ki ju predpisujejo podzakonski akti. Tako denimo 24. člen Pravilnika o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva predpisuje, da se mora v 30 dneh po nastanitvi v zavodu izdelati »individualni načrt obravnave uporabnika, ki obsega najmanj navedbo storitev, ki bodo nudene uporabniku«. Priprava analize tveganja pa je zapisana kot storitev socialne oskrbe v institucionalnem varstvu (Podrobnejši standardi za izvajanje posameznih vrst oskrbe in kriteriji za določitev vrst oskrbe glede na potrebe uporabnikov storitve za področje institucionalnega varstva v posebnih socialnovarstvenih zavodih, 2022). Storitve oziroma socialno oskrbo, ki naj bi izhajala iz teh dveh metod, pa izvajajo zaposleni na mnogih delovnih mestih (oskrbovalka, gospodinja oskrbovalka, socialna oskrbovalka, varuhinja, delovni inštruktor, animator, skupinski habilitator, individualni habilitator, socialni delavec, psiholog).

Individualni načrti na varovanih oddelkih običajno nastajajo tako, da vsak član multidisciplinarnega tima prispeva s svojega strokovnega področja – od socialnih delavcev, fizioterapevtov, delovnih terapevtov do zdravstveno-negovalnega osebja. Te različne prispevke nato združijo v celovit dokument, ki naj bi odražal uporabnikove interese, potrebe in cilje. Uporabnike vključujejo v proces načrtovanja, kadar izrazijo svoje želje: *»Seveda vključimo tudi želje in cilje, ki jih izrazi uporabnik«* (socialna delavka, POM_3_2). Poleg tega so sogovorniki dodali, da se v pripravo načrtov včasih vključijo tudi svojci, skrbniki in referenčne oziroma ključne osebe, torej zaposleni, ki najbolje poznajo posameznike oziroma se z njimi najbolje razumejo. V nekaterih primerih načrti vključujejo specifične aktivnosti, ki temeljijo na opažanjih zaposlenih in preteklih uspehih. Ko ugotovijo, recimo, *»da mu je bila ta stvar tako fina, tako rad se vključuje, tako rad to dela«* (diplomirana medicinska sestra, POM_3_2), na tem gradijo naprej.

Praktični vidik načrtovanja pogosto prehaja v prilagajanje in eksperimentiranje. Zaposleni pravijo, da pri vsakodnevnem delu ugotavljajo, kaj posameznika pomirja ali razveseljuje, in te ugotovitve vnašajo v dejavnosti. Pomembno jim je, da si pri postavljanju ciljev prizadevajo za realističnost, da lahko cilje tudi dejansko dosežejo: *»Te, s katerimi cilje postavljajo, jih kar (spodbujamo), da si realne cilje postavljajo, ne zdaj, da bomo mi šli z njim v Ameriko, da so*

nerealni načrti. Damo realno, da si postavijo, pa da se jih res čim več poskuša realizirat« (vodja, POM_2_2).

Analize tveganja po besedah zaposlenih za uporabnike zaprtih oddelkov vključujejo prepoznavanje specifičnih tveganj, prilagajanje okolja in nudenje podpore glede na individualne potrebe uporabnikov. To naj bi omogočalo, da tveganja ocenijo na osebni ravni in upoštevajo posebnosti posameznika. Na primer, pri gospodu, ki je zaradi zdravstvenih težav pogosto padal, so izvedli analizo tveganja za uporabo posebnega počivalnika. Poskrbeli so, da je bil pravilno prilagojen, da je imel ustrezen medenični pas in da ni povzročal dodatnih poškodb.

Podobno pri preprečevanju padcev ocenjujejo obutev: *»od tega, da pogledamo, kakšne čevlje ima, če nima, če ni denarja, se s socialno službo stopi v kontakt, da zagotovijo denar, da mi lahko kupimo primerno obutev, da ni drseča …«* (vodja, POM_1_5). Glede na analizo tveganja prilagodijo posteljo na nižjo višino in uporabljajo čelade, blazine ali ograjice, če je to potrebno. V primeru, da se izkaže, da je določena rešitev, kot na primer ograjica, za uporabnika nevarnejša, jo odstranijo in poiščejo alternativo. Izvajajo evalvacije in posodobitve analiz, še posebej ob spremembah stanja uporabnikov: *»Ja, pa zdaj, če recimo se spremeni, pa naredimo evalvacijo, pa spremenimo. Če so neka odstopanja po navadi, se potem evalvacija naredi«* (vodja, POM_5_2).

Zaposleni povejo, da je analiza tveganja ključna tudi pri načrtovanju premestitev uporabnikov. Ko stanovalec prehaja na drugo enoto, v zunanjo skupnost ali nazaj domov, izdelajo analizo tveganja: *»Vedno, vedno, brez analize tveganja sploh ne gre«* (strokovna vodja, POM_3_1). Ta vključuje identifikacijo morebitnih nevarnosti, kot so izguba orientacije, nevarnosti prometa ali zapiranje v dvigalu.

Glavni cilj analize tveganja je zagotoviti varnost uporabnikov, hkrati pa upoštevati njihove želje in potrebe. Zaposleni iščejo rešitve, ki kljub tveganjem omogočajo bolj samostojno in kakovostno življenje. »*Smisel tega je, da preučimo, kaj je prav za človeka, kljub temu da se mogoče ogroža, kaj so njegove želje, kaj mu lahko ponudimo, da je to njegovo delovanje bolj varno, kvalitetno in potem damo neke cilje, ki se jih poskusimo držati*« (vodja, POM_6_2).

6.3.8 Omejitve individualizacije podpore

Metodi osebnega načrtovanja in analize tveganja sta bili v socialnem varstvu razviti za individualizirano in celostno obravnavo posameznikov in posameznic, pri čemer pa so možnosti za tak pristop na varovanih oddelkih zelo omejene. Kot so na varovanih oddelkih skromne zmožnosti zadovoljitve individualnih potreb in želja za stanovalce, pa so omejene možnosti za izvajanje individualizirane podpore tudi za zaposlene.

V prvi vrsti imajo varovani oddelki specifično funkcijo izvajanja varovalnih ukrepov, ki so izhodišče obravnave, o čemer smo govorili že v prvem delu poglavja. Izvajanje varovalnih ukrepov zahteva prostorske prilagoditve varovanih oddelkov in fokus na preprečevanju incidentov, kar pomeni določitev določenega obsega časa zaposlenih tem aktivnostim, obenem pa postavitev strukture, ki tako delo na varovanih oddelkih omogoča: »*Obstaja hišni red, na varovanem oddelku je vendarle malo drugače, bolj je strukturiran čas in aktivnosti. Moramo zagotavljati mirno ozračje in stanovalci morajo imeti občutek, da je enakomerna obravnava /…/*« (strokovna vodja, POM_3_1).

Zaposleni zagotavljajo oskrbo stanovalcem znotraj določenega urnika in kapacitet, kar na eni strani stanovalcem zagotovi podporo, na drugi strani pa zaposlenim predpiše način izvajanja podpore. »*Jaz moram zjutraj urediti, da razdelim 21 uporabnikov na tri zaposlene. Če pa bom skrbela za dva stanovalca, pa je velika razlika, se vam ne zdi? Lahko jih bom veliko kvalitetnejše oskrbela. Zjutraj pa si vezan na določene ure, na primer že glede zdravil* (vodja, POM_1_5). V tej izjavi zaposlena pojasni, da vrste nalog in kapacitete zaposlenih, kjer moraš v kratkem času zagotoviti oskrbo večjemu številu ljudi, determinira, kakšno oskrbo bodo stanovalci dobili, kako bo organizirana in kaj so meje kakovosti oskrbe v danih okoliščinah.

Več zaposlenih je na intervjujih in fokusnih skupinah izpostavilo pomanjkanje časa in kadra na varovanih oddelkih. Zaposleni, ki izvajajo direktno podporo na varovanem oddelku, so na primer pojasnili, da bi si »*želeli več časa, da bi se osebno lahko z vsakim več časa ukvarjali«* (vodja, POM_6_2). Pomanjkanje časa in kadra so zaposleni izpostavili predvsem v kontekstu individualiziranega dela. Zaposlena je v intervjuju omenila primer, ko je prišel stanovalec na varovani oddelek za tri tedne, ker je bolj konflikten, potem pa je šel ponovno nazaj na prejšnji oddelek. Glede dela z njim je komentirala, da ni bilo možnosti za poglobljeno delo z njim. »*V bistvu, problem je v tem, tukaj se prav veliko, če smo iskreni, ne moreš se z njimi ukvarjat*« (vodja, POM_1_5). Tudi na tem mestu je treba poudariti, da izvirajo težave in omejitve

zaposlenih v veliki meri zaradi kompleksnih potreb stanovalcev in posledično zahtev po individualizaciji oskrbe, za kar pa zaposleni nimajo veliko možnosti: »*Tudi težave so raznolike – zakaj prihajajo na varovani oddelek. Sploh te interne selitve iz odprtih oddelkov na varovani oddelek. Vedno pridejo zaradi poslabšanja zdravstvenega oziroma psihičnega stanja – grožnje po samopoškodovanju ali pa tudi poskus samomora ali karkoli. Predvsem rabijo nas. Da si vzameš čas, ampak to je najtežje*« (vodja, POM_1_2). Zaposleni so pri svojem delu torej omejeni časovno: »*Nekateri stanovalci rabijo pogovore, a mi vseeno ne moremo nuditi toliko pogovorov, kot bi si želeli in velikokrat izrazijo željo po tem, da obiščejo psihiatra*« (vodja, POM_6_2).

To ne pomeni, da na varovanih oddelkih ni prostora za individualno delo, ampak samo, da je to omejeno. »*Če vidimo, da je nekdo res vržen iz tira, lahko rečemo, da se mu tudi individualno posveti en zaposlen, da poskušamo nekako preusmeriti, pa pomagati*« (vodja, POM_5_2).

Kot rešitev za krepitev individualizacije storitev so zaposleni v fokusni skupini izpostavili potrebo po več kadra in manjših skupinah: »*Če nas bo več in bo manjša skupina, bo verjetno tudi manj kriz, ker bi mi več opazili*«; »*Potem pa še vidijo, da se z njim ukvarjaš in potem: »Zakaj pa ne jaz?« – ne moreš biti na šestih koncih naenkrat*« (vodja, POM_1_2). V pogovoru je vodstvo zavoda omenilo tudi potrebo bo boljših prostorskih pogojih:

> *Zagotovo bi morali biti boljši prostorski pogoji. Tu ne moremo govoriti o prenovi oddelkov, ampak kvečjemu o novogradnjah in pa kadrovski prilagoditvi. Naša zakonodaja, naši kadrovski standardi in normativi sploh ne predvidevajo potreb, ki jih imamo. Standarde za oskrbe imamo prilagojene na dnevne potrebe, standardi za zdravstveno nego pa so zelo ozko postavljeni samo na bazične potrebe. Mislim, da nihče o osebah na varovanih oddelkih, ne samo pri nas, tudi drugje, ne razmišlja o njihovih kadrovskih potrebah* (direktorica, POM_6_1).

6.3.9 Delo v kriznih situacijah

6.3.9.1 Preventivni pristopi

Večina zavodov meni, da je ključno preventivno delovanje, ki temelji na dobrem poznavanju vedenja stanovalcev ter spremljanju stanovalcev. Večina zavodov torej izvaja preventivo s stalnim opazovanjem. Pravijo, da poznajo vedenje uporabnikov, kar jim omogoča, da prepoznajo potencialne znake napetosti, še preden pride do konflikta, in poskušajo misli uporabnikom preusmeriti drugam. Pozorni so na spremembe, bodisi telesne, spremembe v

neverbalni komunikaciji, bodisi na mimiki obraza, da bi prepoznali morebitne težave, preden privedejo do konfliktov:

> *Paziš, kaj ima oblečeno, kje se giba, diskretni nadzor, razbremenilni pogovori, poskušaš že iz mimike obraza, telesa razbrati, kaj je narobe, če ne želi povedati ali ne zmore povedati, ga bolj spremljamo. Smo bolj pozorni na njegovo vedenje* (vodja, POM_5_3).

Pozorni so tudi na spremembe v vedenju, kot je umikanje na samo, takrat imajo tega stanovalca bolj pod nadzorom. *»Malo bolj jih opazuješ, ko vidiš, da spremeni vedenje, postane bolj tih, se odmika od nas ali karkoli in gremo potem v večji nadzor nad tem stanovalcem«* (vodja, POM_1_2). Prav tako so osredotočeni tudi na sprožilce, ki pri nekaterih izmed uporabnikov sprožijo napetosti. S tem, da vedo, katere pogovorne teme lahko sprožijo napetost in katere dejavnosti jim pomagajo pri sprostitvi, preprečujejo konfliktne situacije. *»Kot stalna ekipa veš, katere teme se lahko z uporabnikom pogovarjaš. Enega bo tema o domu, o rojstnem kraju zmotila, lahko privede do tega [krize]. Teh tem se izogibaš že v štartu, če jih dobro poznaš«* (vodja, POM_2_2). Zaposleni so povedali, da takšna pozornost do podrobnosti omogoča pravočasno posredovanje in preprečevanje kriz. Pozorni so na to, da prepoznajo zgodnje signale napetosti in tako preprečijo, da bi prišlo do »eskalacije«. S pomočjo rednih izmenjav informacij ob izmenah med zaposlenimi prepoznajo stopnjevanje napetosti in pravočasno ukrepajo, preden pride do večje krize. Zdi se jim pomembno tudi, da poznajo odnose med uporabniki in da spodbujajo ali preprečujejo interakcije med njimi: *»Aha, ta dva si gresta pa malo bolj na živce, ta dva sta si pa malo bolj simpatična«* (animatorka, POM_2_2). V enem od zavodov prednost vidijo v tem, da je *»naša enota majhna in je manj teh interakcij in dražljajev«* (diplomirana medicinska sestra, POM_3_2).

Zdi se torej, da je preventiva nekakšna spontana dejavnost, ki bi jo bilo morda produktivno nadgraditi z bolj metodičnim delom v tej smeri, npr. z uporabo kriznih načrtov (World Health Organization, 2019, str. 31–33; Zaviršek, 1997). Glede na rezultate bi lahko tudi rekli, da je fokus dela na opazovanju, ukrepanju ob eskalaciji in na deeskalaciji, težko pa je na varovanem oddelku zaradi že omenjenih omejitev delati na kakovosti življenja, ki bi zmanjšala te eskalacije.

6.3.9.2 V času krizne situacije

V večini zavodov je pogovor glavni pristop obvladovanja kriznih situacij. Izpostavili so pomen pogovora kot primarne tehnike obvladovanja, saj zaposleni uporabljajo razbremenilne pogovore in skušajo z individualnim pristopom umiriti stanovalce. Povedali so, da se zavedajo, da je včasih treba najprej preprosto pustiti stanovalca, da se umiri, šele nato pristopiti. Kljub temu pa v vseh zavodih uporabljajo tudi druge načine, če pogovor ni uspešen.

Za posebne varnostne ukrepe se odločijo, ko so stanovalci samopoškodovalni ali pa so v samomorilni krizi. Uporabniki v teh stanjih so pod stalnim nadzorom zaposlenih, v ambulanti pa je ponoči prižgan videonadzor. Pri njih so posebno previdni glede ostrih predmetov, steklene embalaže, kozmetike, zobnih ščetk, glede katerihkoli predmetov, ki bi jih lahko uporabili za samopoškodovanje. Zagotavljajo tudi stalni nadzor in prisotnost ob uporabniku, da preprečijo morebitne nevarnosti in samopoškodovanje: »*Drugi je bil bolj samopoškodovalen in sta dve hodili z njim po dvorišču, zato da se je umaknil, da je imel mir, ampak hkrati je imel dve ob sebi, da sta lahko to preprečili, ko se je želel vreči ali karkoli«* (vodja, POM_8_2).

Včasih so stanovalci med sabo agresivni. Takrat osebje uporablja tehnike, ki vključujejo preusmerjanje pozornosti, fizično ločevanje stanovalcev ter včasih tudi neposredno posredovanje zaposlenih. V primeru resnejših incidentov vključijo še ostale zaposlene. »*Prva stvar je bila vedno SOS tipka, tako da so z drugih oddelkov pritekli na oddelek«* (vodja, POM_8_2).

Kljub pomanjkanju kadra se jim zdi ključen pogovor ena na ena. *»To je nujno. To je pomembno, ne morejo zdaj agresivnega stanovalca pustiti, da bo sam sebi prepuščen, ker potem vznemirja ostale. Za to si pa vedno čas vzamemo, to je pa nujno«* (vodja, POM_1_5). Poleg pogovorov poskušajo stanovalce umiriti tudi na druge načine, kot na primer vključevanje v različne dejavnosti, krožke ali pa s sprehodi, s katerimi pomagajo stanovalcem, da se sprostijo in preusmerijo pozornost. V primerih, ko to ni uspešno, vključijo druge strokovne delavce, da stanovalcu nudijo podporo in pomagajo pri obvladovanju situacije tako, da ga odpeljejo iz enote, po navadi ven na kavo, v park ali k avtomatu. Povedali so, da pomaga tudi menjava okolja. Ker so po sobah razdeljeni tam, kjer je prostor, včasih pride tudi do konfliktov, takrat

potem naredijo menjavo po sobah. Povedali so tudi, da je pomembno, da se uporabniki v čim večji meri integrirajo v aktivnosti zavoda, kar pomaga pri preprečevanju napetosti in konfliktov. Zaposleni v enem izmed zavodov čutijo, da je ključno vzdrževati dober odnos s stanovalci ter individualno posvečanje pozornosti, saj jim to omogoča učinkovitejše obvladovanje kriznih situacij.

6.3.9.3 Hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici

Kljub temu, da so primarno osredotočeni na pogovor, pa v hujših primerih, ko to ne zadostuje, uporabijo tudi zdravniško pomoč, predpisane terapije in hospitalizacijo. Direktorica v enem izmed zavodov navaja: *»Pogosto tudi uporabniki sami izrazijo potrebo po hospitalizaciji. Tu je sodelovanje res pozitivno, da se te hospitalizacije izpeljejo na tak sodelujoč način«* (POM_3_1). Uporabnik istega zavoda pa priča o drugačni izkušnji hospitalizacije:

> *In potem po tistem [eskalaciji sostanovalke] je pa bilo, kar je bilo. Eksplodirala je, dogajalo se je vse živo in potem so ji zvili roko, eden jo je prijel, ker je porinila tega. Rekli so ji, da jo morajo peljati k zdravniku roko slikat. Potem pa so prišli in jo odpeljali v psihiatrično bolnišnico. To je bilo že drugič* (uporabnik).

Med namestitvijo na varovanem oddelku so bile hospitalizacije v psihiatrično bolnišnice leta 2023 razmeroma redke. 86 % vseh uporabnikov ni imelo hospitalizacije, 7 % je doživelo eno, 4 % dve, 2 % tri, 1 % pa štiri ali več. Največje število hospitalizacij za enega uporabnika je bilo devet. Glede na to, da so na varovanih oddelkih nameščeni ljudje z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, je delež tistih, ki leta 2023 niso imeli hospitalizacije, nizek. Hospitalizacije so navadno razmeroma kratke. Največ jih je krajših od enega meseca, nekaj hospitalizacij pa je trajalo daljši čas. V tej skupini so uporabniki z naslednjim številom ležalnih dni: 33, 51, 57, 82, 114 in 344. Podrobneje so podatki predstavljeni v tabeli 16.

Tabela 16 Število ležalnih dni v psihiatričnih bolnišnicah za uporabnike na varovanih oddelkih leta 2023

	Število	Delež
0	215	86 %
1–5	8	3 %
6–10	8	3 %
11–15	5	2 %
16–20	4	2 %
21–25	3	1 %
26–30	1	0 %
31 ali več	6	2 %
Skupaj	250	100 %

V intervjujih so nekateri zaposleni na varovanih oddelkih sporočili, da so hospitalizacije po njihovem mnenju neupravičeno kratke:

> *Velikokrat pokličemo z varovanega in prosimo, da pride nujna medicinska v spremstvu policije, da stanovalca hospitaliziramo. Ko smo to nazadnje naredili, smo čakali 40 minut z agresivnim stanovalcem na tleh, ker je poškodoval delavca in stanovalca. 40 minut smo čakali na spremstvo policije, da so gospoda odpeljali in ga hospitalizirali. Seveda smo ga dobili čez dan nazaj. Tudi oni rečejo: »Saj imate PVU, pa ga zvežite«* (vodja varovanega oddelka, POM_1_2).

Tega vzorca sicer podatki iz tabele ne potrjujejo, težko pa je tudi na splošno presoditi, ali je dolžina hospitalizacij, ki jih kot potrebne ocenjujejo na varovanih oddelkih, upravičeno ali neupravičeno krajša.[35] Kar lahko razberemo iz teh podatkov, je, da so hospitalizacije potrebne za manjšino stanovalcev, vendar so to dogodki, v katerih si osebje na varovanih oddelkih želi boljše sodelovanje s psihiatričnimi bolnišnicami.

6.3.9.4 Uporaba posebnih varovalnih ukrepov

V Sloveniji poznamo dva »posebna varovalna ukrepa« (PVU): telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora (ZDZdr, 2008, 29. člen). Oba PVU se lahko uporabljata v oddelkih pod posebnim nadzorom (v psihiatričnih bolnišnicah) in varovanih oddelkih.

Socialnovarstveni zavodi morajo za namen spremljanja uporabe PVU voditi evidenco in jo v anonimizirani obliki poslati najpozneje do 15. marca tekočega leta za preteklo koledarsko leto ministrstvu za socialno varstvo (99. člen).

Podatke o PVU smo zbrali na dva načina. Za leta 2021, 2022 in 2023 smo zbrali podatke, ki jih je imel MSP, kvalitativni vpogled pa smo dobili z intervjuji na varovanih oddelkih, kjer smo del pogovorov namenili tudi tej temi.

6.3.9.4.1 Ocena obsega uporabe PVU

Obseg uporabe PVU, ki je bila osnovni cilj zbiranja sekundarnih virov, je težko analizirati natančno, saj zaradi prej omenjenih metodoloških težav ne razpolagamo z natančnimi podatki, zato nam ostane le možnost grobe ocene.

[35] Za primerjavo je bila povprečna ležalna doba v PB Idrija v letu 2023 22 dni (https://pb-idrija.si/sites/default/files/Psihiatri%C4%8Dna%20Bolni%C5%A1nica%20Idrija-Strokovna%20poro%C4%8Dila-882.pdf (str. 3)), v PB Vojnik v letu 2022 pa 28 dni (https://www.pb-vojnik.si/wp-content/uploads/2024/07/Strokovno-porocilo-2022_compressed.pdf (str. 11)).

Za leto 2021 imamo podatke iz štirih zavodov. Dva od njih PVU v tem letu nista uporabila nikoli. Prvi od drugih dveh zavodov ni nikoli uporabil oviranja s pasovi, omejitev gibanja na en prostor pa pri treh osebah. Drugi zavod, ki je uporabil PVU, pa je to storil 11-krat s pasovi in 30-krat z omejitvijo gibanja na en prostor.[36]

Za leto 2022 imamo podatke le iz enega zavoda, ki PVU v tem letu ni uporabil. Za leto 2023 imamo podatke iz štirih zavodov. En zavod PVU v tem letu ni uporabil. Drugi zavod ni nikoli uporabil oviranja s pasovi, omejitev gibanja na en prostor pa pri dveh osebah. Tretji zavod je oviranje s pasovi in omejitev gibanja na en prostor uporabil pri 21 osebah. Četrti zavod ni nikoli uporabil oviranja s pasovi, omejitev gibanja na en prostor pa pri eni osebi.

Ti podatki pokažejo naslednjo sliko. Prvič, nekateri zavodi PVU ne uporabljajo. Drugič, nekaj zavodov uporablja PVU zelo redko. Tretjič, eden ali dva zavoda izstopata po uporabi PVU, ki bi jo lahko označili za precej pogosto (v primerjavi z ostalimi zavodi).

Te podatke je treba pazljivo interpretirati, saj lahko na (ne)uporabo PVU vpliva veliko dejavnikov. Zbiranje podatkov na ravni posameznega zavoda je pomembno, saj nam lahko podatki razkrijejo razlike med zavodi. Ugotovitve raziskav iz tujine so denimo pokazale na velike razlike v stopnji uporabe PVU znotraj posamezne države (Belayneh idr., 2024).

Podatke o uporabi PVU bi lahko poskusili interpretirati s križanjem s statističnimi podatki. Pomembno bi bilo na primer izvedeti, ali je uporaba PVU premosorazmerno povezana s številom postelj na oddelku (da je torej na večjih oddelkih pričakovati več uporabe PVU). To namreč sugerira literatura, saj so v tujini povezali več agresije in posledične uporabe PVU na oddelkih, ki so imeli slabše prostorske pogoje (mdr. tudi brez izhoda na svež zrak), omejevalne ureditve (dostopa do telefona, stikov idr.) in prezasedenost kapacitet, kar krni načine dela, slabo vpliva na počutje uporabnikov in s tem vzpostavlja pogoje za agresijo in posledično uporabo PVU (Alexander & Bowers, 2004; Aluh idr., 2023; Janssen idr., 2013; Nijman & Rector, 1999; Van Der Schaaf idr., 2013; Weltens idr., 2021). Taka triangulacija rezultatov ni možna zaradi pomanjkljivih in neprimerljivih podatkov. Pri podatkih o uporabi PVU, denimo, nimamo informacije, na katerem varovanem oddelku v posameznem zavodu so jih uporabili (oddelki pa imajo lahko različno število postelj).

[36] Število uporabnikov, na katerih so bili izvedeni PVU, zaradi metodoloških težav ni znano.

Pomembno bi bilo izvedeti tudi, ali je manjša uporaba PVU povezana z večjim številom hospitalizacij (kar bi pomenilo, da v zavodih krizne situacije rajši rešujejo s hospitalizacijo kot pa s PVU). Tudi to zaradi metodoloških razlogov ni izvedljivo, predvsem zaradi majhnega vzorca. Glede PVU je na eni strani očitno le, da po uporabi PVU izstopa en zavod, na drugi strani pa ostali zavodi nič ali malo PVU, a izjemno različne deleže hospitalizacij. Dodatno je število hospitaliziranih stanovalcev nizko, v vzorcu pa se pojavlja odstopanje v primeru enega stanovalca s 344 dnevi hospitalizacije, kar bistveno oteži statistično sklepanje. Možen bi bil tudi hi-kvadrat test, ki bi pokazal na možne statistično značilne razlike med zavodi glede na to, ali je bila oseba vsaj enkrat hospitalizirana ali ne, vendar je tudi za to vzorec premajhen.

Podatke o uporabi PVU lahko interpretiramo tudi z vključevanjem izsledkov kvalitativnih metod. Nekaj oddelkov je takih, v katerih ne uporabljajo PVU. Razlog za to so sogovorniki, vodje teh oddelkov, videli v tem, da posamezen oddelek ni verificiran, zato naj uporaba PVU ne bi bila niti dovoljena. Potem se je izkazalo (glej 3. poglavje), da nekateri verificirani oddelki nimajo pasov ali pa sobe za vezanje. V nekaj zavodih so poročali, da sobe za izolacijo ne uporabljajo ali pa jo uporabljajo izjemno redko. V enem zavodu pa so sobo za izolacijo preuredili v bivalno sobo, tja pa nameščajo (z odklenjenimi vrati) uporabnike, ki »potrebujejo malo več miru«. Ta soba je edina enoposteljna soba na oddelku. Neuporaba PVU je torej v nekaterih zavodih posledica bodisi interpretacije pravil, ki na neverificiranih oddelkih prepoveduje uporabo PVU, bodisi odločitve zavoda, da tega ne bo izvajal. Različne prakse v zavodih kažejo na to, da je uporaba PVU v veliki meri odvisna od načina dela na varovanih oddelkih.

Na oddelkih, kjer uporabljajo PVU, se to po besedah sogovornikov zgodi v izjemnih situacijah, predvsem v primerih hudega samopoškodovanja, kontinuiranih poskusih samomora in agresije do drugih.

> *Grizenje roke do krvi na primer. Če takrat stanovalca vidimo, ga moramo v takem primeru nujno fiksirati* (bolničar, POM_1_2).

> *Na primer samopoškodovanje, res močna agresija, ko se poškodujejo med sabo ali – seveda – tudi delavce so poškodovali* (vodja, POM_1_2).

Glede na to, da po poročanju zavodov na varovanih oddelkih PVU uporabljajo razmeroma malo, bi bilo za stanovalce, ki jih navadno doleti PVU, smiselno narediti krizni načrt na zalogo

(World Health Organization, 2019, str. 31–33). V tem načrtu bi lahko analizirali krizne situacije s konkretnim uporabnikom in načrtovali take odzive nanje, ki v največji meri odgovarjajo posameznikovim željam in preferencam. S takšnimi načrti bi se morda lahko izognili situacijam, ki eskalirajo do te mere, da zaposlenim ne preostane drugega, kot uvesti PVU.

V intervjujih smo enkrat zaznali, da se zaposleni rajši odločajo za uporabo sobe za izolacijo kot za vezanje.

> *Ker se je zaenkrat izkazalo je, da je zadoščala soba za umirjanje, ker se je posameznik tam umiril in ni bilo treba [vezati]. Včasih se je tudi zgodilo, da je bila potrebna hospitalizacija, največkrat pa ne. Je ostal tukaj. Je prišel ven, dan se je normalno nadaljeval* (diplomirana medicinska sestra, POM_3_2).

Kot je omenila druga sogovornica v istem intervjuju, izolacijo dojemajo kot »mehkejši« način omejevanja, sogovorniki v več drugih zavodih pa so nam povedali, da je vezanje tudi organizacijsko zahtevneje izvesti (zahteva vsaj pet zaposlenih), kar bi utegnil biti naslednji dejavnik za to, da se zaposleni rajši odločijo za izolacijo. V enem zavodu so poročali še o tem, da se jim je z izolacijo uspelo izogniti hospitalizaciji.

Zasledili smo tudi prakso, ki bi jo bilo treba dodatno raziskati. V enem od zavodov so sporočili, da sobo za izolacijo, ki so jo imenovali »soba za sproščanje«, uporabljajo tudi za uporabnike z odprtih oddelkov, ko pride »do kakšnega neželenega dogodka« (predvsem agresije). Ni jasno, ali sobo pri tem tudi zaprejo ali ne. Če se to dogaja, potem to pomeni hudo kršitev zakonodaje in neupravičeno odvzemanje svobode gibanja stanovalcem, ki živijo v zavodu.

Zavodi uporabljajo tudi druge oblike omejevanja, kot so ograjice na postelji, mizica na vozičku in pajac (za preprečevanje samopoškodovanja). Ti ukrepi trenutno niso formalizirani kot PVU, so pa vseeno načini omejevanja uporabnikov.

6.3.9.4.2. Vprašanja metodologije poročanja in zbiranja podatkov

Na zbiranje podatkov je vplivalo več dejavnikov. Kot prvega lahko omenimo reorganizacijo vlade januarja 2023, po kateri se je ustanovilo MSP, ki je od MDDSZ prevzelo pristojnost za institucionalno varstvo. Če so pred to spremembo zavodi po 99. členu letna poročila o PVU pošiljali na MDDSZ, so od te spremembe poročila pošiljali na MSP. Ko je zaposlena na MSP v elektronskem sistemu želela dostopati do letnih poročil, je imela težave, »*ker je novo ministrstvo in ne moremo imeti vpogleda v zadeve, ki so nastale še na starem ministrstvu*«.

Zato je morala pisati vsem zavodom, da bi ji oni preposlali svoja poročila, ki so jih pred tem poslali že na MDDSZ.

V raziskavi smo zaznali nedoslednosti pri poročanju zavodov o uporabi PVU (za analizo podobnih težav v tujini glej Savage idr., 2024), obenem pa kaže tudi na pomanjkljivo metodologijo zbiranja teh podatkov v zavodih, ki onemogoča jasen vpogled v uporabo PVU. V raziskavi smo torej ugotovili, da v tem trenutku nimamo zanesljivih podatkov o uporabi PVU v Sloveniji in da bi se bilo treba tega resno lotiti.

Analiza podatkov, ki jih o PVU zbira ministrstvo, je pokazala, da so zavodi za leto 2023 različno poročali o uporabi PVU, oziroma ni bilo konsistentnega in standardiziranega poročanja podatkov. En zavod je na primer poročilo oddal za obdobje od 1. 3. do 31. 12., čeprav je zakonsko predpisano obdobje poročanja koledarsko leto. Drugi zavod je v istem letu uporabil malce drugačno tabelo kot prvi zavod v istem letu. Tretji zavod ne uporablja tabele, ki jo predlaga ministrstvo, temveč zapisuje poročilo v svojem dokumentu itd. Razumljivo je, da lahko pri zbiranju podatkov od več izvajalcev vselej pride do odstopanj, prav zato je toliko pomembneje, da zbiralec podatkov njihovo kakovost pregleduje in izvajalce po potrebi pozove k dopolnitvam. Glede na nedoslednosti, ki smo jih zaznali, se zdi, da takšnega pregleda kakovosti podatkov v preteklosti ni bilo, kot rezultat pa imamo nedosledne in pomanjkljive podatke o PVU na varovanih oddelkih v Sloveniji.

Poleg nedoslednosti pri poročanju o PVU na pristojno ministrstvo pa smo zaznali tudi pomembne metodološke pomanjkljivosti pri samem načinu beleženja PVU na varovanih oddelkih. Način spremljanja in poročanja namreč od zavodov ne zahteva sporočanja vsake epizode PVU, kar je v nasprotju s priporočili in smernicami, ki temeljijo na najnovejših znanstvenih prispevkih (Savage idr., 2024, str. 7), temveč zahteva vnos podatkov, ki jih izvajalci kopičijo sami.[37] Zavodi v trenutnem sistemu PVU vsako leto preštejejo »peš« in podatke ročno vnesejo v tabelo (pri čemer smo opazili kar nekaj napak). Ministrstvo tako nima nadzora nad kakovostjo podatkov. Pri nizkih absolutnih številkah uporabe PVU (kakor kažejo številke) bi bilo veliko bolj učinkovito in natančno, če bi zavodi beležili podatke o vsaki epizodi uporabe PVU, analitsko delo pa bi prepustili zbiralcu podatkov. Metodološke težave pa bi bilo smiselno

[37] Denimo z zahtevo po vpisu podatka o povprečnem številu ukrepov na osebo in povprečnem času trajanja ukrepov na osebo.

reševati tudi z elektronskim zbiranjem podatkov, saj bi to omogočilo večjo standardizacijo in natančnost pri zbiranju podatkov.

Za uspešno spremljanje PVU na varovanih oddelkih bi bilo treba razmisliti o možnih spremembah nabora podatkov, saj so ti, ki jih zavodi pošiljajo vsako leto ministrstvu, razmeroma skopi. Primeri podobnega beleženja podatkov iz tujine kažejo na pomembnost zbiranja kompleksnejših podatkov, npr. beleženje posameznih incidentov s podatkom dneva in ure uporabe PVU (Mental Health Commission, 2020). Tovrstni podatki lahko omogočijo vpogled v vzorce uporabe PVU, kar je pomemben korak k zmanjševanju ali odpravi uporabe PVU. In prav to mora biti končen smoter beleženja in analize uporabe PVU. Dosledno zbiranje podatkov o uporabi PVU se je v tujini izkazalo za dokazano uspešen način za zmanjševanje uporabe prisile (Goulet idr., 2017, str. 6). »Uporaba podatkov za informiranje prakse« je postala ena od šestih temeljnih strategij za zmanjšanje prisile, ki so jih razvili v ZDA, uporablja pa se jih v svetovnem merilu (National Association of State Mental Health Program Directors, 2008).

Kljub temu da torej način izpolnjevanja in pošiljanja podatkov z obrazci združenih podatkov nista optimalna, pa nam je trenutna »fleksibilnost« zbiranja podatkov prinesla nekatere pomembe informacije. En zavod na primer poleg izpolnjenega obrazca doda tudi dodatna pojasnila. V njih navadno sporoči tudi obseg drugih varovalnih ukrepov (npr. posteljna ograjica, varovalni pas na vozičku). Drug zavod je v enem poročilu sam sporočil pomembno informacijo, da do uporabe PVU pride zaradi »heterogene skupinske dinamike«. Zavod, ki ni uporabljal predpisanega obrazca, je poročal veliko natančneje, kot če bi uporabil ta obrazec. Podatki so namreč veliko bolj razdelani, saj prikažejo na primer uporabo PVU po mesecih, hkrati pa podatke iz trenutnega poročila primerjajo s podatki za zadnja tri leta, tako da se lahko prikažejo morebitni trendi. Ti podatki sami po sebi pa ne morejo pripeljati do zaključkov, vseeno pa so pomembno dopolnili druge podatke, pridobljene v raziskavi, obenem pa bodo prispevali k oblikovanju predloga za drugačno beleženje in sporočanje PVU.

6.3.10 Trajanje namestitve

Povprečno trajanje namestitve na varovanem oddelku je bila 64 mesecev (5 let in 4 mesece). Kar 40% stanovalcev je na varovane oddelke nameščenih več kot 5 let. Tabela 17 prikazuje podatke, ki so organizirani v kategorijah po eno leto.

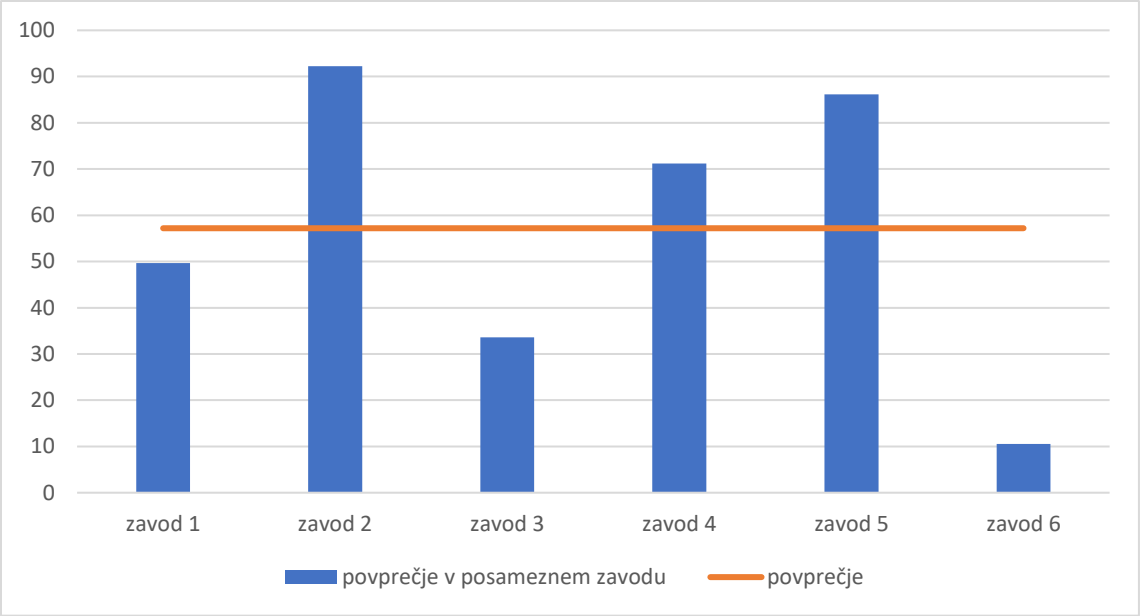
Tabela 17 Število mesecev namestitve uporabnikov na varovanih oddelkih v letu 2023

	Število	Delež
Do 1 leto	46	18%
13 do 24 mesecev	39	16%
25 do 36 mesecev	29	12%
37 do 48 mesecev	20	8%
49 do 60 mesecev	16	6%
61 do 72 mesecev	16	6%
73 do 84 mesecev	4	2%
85 do 96 mesecev	10	4%
97 do 108 mesecev	23	9%
109 do 120 mesecev	13	5%
več kot 121 mesecev	34	14%
Skupaj	250	100%

Povprečno trajanje namestitve je precej dolgo. Posebno pozornost zbuja podatek o relativno velikemu deležu uporabnikov, ki so nameščeni več kot 10 let (14%). Gre za skupino oseb (n = 34), ki bi morala dobiti prednost pri dezinstitucionalizaciji varovanih oddelkov, saj so njihove pravice kršene največ časa.

Trajanje namestitve variira glede na posamezni zavod (graf 3). Najmanjši povprečni čas namestitve ima varovani oddelek v zavodu, ki se je vzpostavil najkasneje, drugih odstopanj od povprečja pa ni moč razložiti s kvalitativnimi podatki.

Graf 3 Povprečni čas namestitve glede na zavod (v mesecih)



6.3.11 Razprava

V poglavju smo predstavili rezultate, ki so pomembni za razumevanje varovanega oddelka kot prostora oziroma oblike dela. Kot prvo stvar naj omenimo aktivnosti na oddelku. Zdi se, da osebje dela največ, kot lahko, vendar v okvirjih, ki jih omogoča ta oblika dela. Iz perspektive uporabnikov zadrževanje na oddelku vključuje vsakodnevne aktivnosti na oddelku, ki pa se ne umeščajo v njihov življenjski svet, kot so ga imeli pred premestitvijo, temveč v posebnem prostoru, kjer naj bi se »rehabilitirali« in pripravili na vračanje v skupnost. Taka oblika dela bi bila ustrezna za kratkotrajno delo z nekom, ki za to, da okreva, potrebuje odmik od tam, kjer živi, daljše bivanje na oddelku (v povprečju kar 5 let in 4 mesece) pa že po definiciji težko prispeva k ponovni integraciji v lokalno okolje. Dosežek aktivnosti na oddelku je v tem kontekstu lahko največ v tem, da krajšajo čas, medtem ko je težko doseči vračanje v lokalno okolje. Enako velja za spodbujanje izhodov – to naj bi bilo samoumevno opravilo, če naj bi varovani oddelki spodbujali vračanje uporabnikov v okolje, a pri tem nastanejo težave, ki izhajajo z varovanega oddelka kot oblike dela, pa tudi njegove umeščenosti v mrežo služb.

Enake težave so pri uporabi metod. Varovani oddelek ima funkcijo izločanja tistih, ki jih ne želijo ali ne zmorejo podpreti druge službe. Osebno načrtovanje in analiza tveganja imata, če ju uporabljamo v ustanovi, potencial aktivacije uporabnika in zaposlenih, tudi krepitve stikov z zaposlenimi v skupnostnih službah, vendar le z namenom preselitve. Rutinska uporaba teh metod pa ne more prinesti kaj več, kot le majhne prilagoditve oskrbe na oddelku. Tako rabo načrtov so mnogi avtorji kritizirali že v preteklosti, saj se v bistvenih točkah odmika od vrednot,

na katerih je nastala ta metoda (Mali, 2019; Škerjanc, 2010, str. 115–116; Videmšek & Mali, 2018, str. 38). Individualni načrt obravnave v zavodu je namreč večinoma formularičen in narejen z vidika osebja, zato v takih načrtih večinoma manjka uporabnikova perspektiva.

> V načrtih iz domov smo zasledili cilje, ki se nanašajo na ta opravila: menjava plenic, uživanje terapije s pomočjo zaposlenih, nadzor in vodenje. Gre za značilne cilje, ki jih je določil načrtovalec, strokovnjak. Če cilje določi strokovnjak, je posledica tega neučinkovita pomoč, pogosto tudi stigmatizacija uporabnikov, hkrati pa je to tudi etično sporno, saj strokovnjak upošteva svoje interese, ne pa koristi uporabnika (Videmšek & Mali, 2018, str. 39).

Na to pomembno razliko so opozorili tudi v tujini. Izpostavili so tri razlike med osebnim načrtom in »individualnimi načrti obravnave« znotraj določene organizacije (Mansell & Beadle-Brown, 2005, str. 20–21). Prva je, da mora osebni načrt izhajati iz vrlin uporabnika, načrti obravnave pa so večinoma usmerjeni na uporabnikove primanjkljaje in poudarjajo njegove diagnoze. Drugič, osebni načrti skušajo mobilizirati vse vire v uporabnikovem okolju, vključno z družino in neformalnimi viri. Individualni programi obravnave pa se v nasprotju s tem večinoma omejujejo na načrtovanje tega, kar že obstaja v ponudbi nekega programa oziroma oskrbe. In tretjič, cilji v osebnih načrtih so lahko precej podjetni in se ne ustavijo pri tem, kar lahko ponudi določeni program v svojih že obstoječih storitvah. Za produktivno delo je torej treba preobraziti varovani oddelek kot obliko dela, in jo hkrati na novo umestiti v mrežo služb.

Varovani oddelek kot oblika dela ima pomembne implikacije za ravnanje s tveganji. Tveganja se pred premestitvijo vselej dogajajo v situaciji, kontekstu, v sklepu sodišča pa kot ogrožajoče označijo uporabnike, ki jih potem skupaj namestijo na isti oddelek. To povzroči, da mora osebje na varovanih oddelkih vzpostavljati predvsem varnost, težko pa »terapevtsko« odgovarja na tveganja pred namestitvijo, ker so bili uporabniki premeščeni iz tega konteksta. Hkrati kopičenje stanovalcev z raznimi potrebami in tveganji od zavodov terja, da vzpostavijo splošne varnostne ukrepe, ki ne odgovarjajo na potrebe in tveganja posameznikov, temveč naj bi zagotavljali splošno varnost na oddelku. Tudi v tujini se je pokazalo, da konteksti, v katerih se poudarja domnevno nevarnost in tveganja, pripeljejo do »defenzivnih praks«, torej do tega, da je primarni cilj obravnave izogibati se tveganjem, kar pa navadno pomeni slabšo oskrbo in kršenje pravic uporabnikom (Dixon, 2016, str. 135; Green, 2007, str. 400–401; Stalker, 2003,

str. 219–223). Varovani oddelek je torej oblika dela, v kateri je nemogoče ustrezno ravnati s tveganji.

Videti je torej, da tako sklep sodišča kot varovani oddelek spodbujata »defenzivno« prakso ali pa vsaj takšno prakso, ki ne spodbuja učinkovitega prevzemanja tveganja. Ker je »ogrožanje sebe ali drugih« postavljeno v ospredje, je s tem v praksi povezana pogosta dilema o tem, čigava je odgovornost ob izhodih. Odgovornost bi morala biti skupna, v trenutni delitvi pristojnosti med več službami pa je razumljivo, da prihaja do težav pri tem, kdo naj bi prevzel odgovornost.

Razpravo terjajo tudi podatki o uporabi PVU. Raziskovanja podatkov o uporabi PVU smo se lotili na ravni posameznih ustanov, kar je bil edini možen način ob obstoječih podatkih, kar pa ima svoje pomanjkljivosti. Velja namreč, da uporaba PVU ne kaže le na neuspeh posamezne obravnave, temveč na neuspeh celotnega sistema pomoči (Del Giudice, 2020; World Health Organization, 2019, str. 21). Varovani oddelki so vpeti v celoten sistem na področju duševnega zdravja, še najbolj v sistem psihiatričnih bolnišnic. V primerih hospitalizacij sicer ne vemo, ali je šlo za prisilne hospitalizacije in ali je bil v tem času uporabljen PVU. V obeh primerih gre za prenašanje neprostovoljnih ukrepov, v prvem primeru namestitve, v drugem primeru pa PVU. Da bi v prihodnje dobili natančnejši uvid v te fenomene, bi lahko a) zbirnik, ki smo ga uporabili za zbiranje kvantitativnih podatkov, dopolnili tudi s podatki o (ne)prostovoljnosti hospitalizacij v psihiatrično bolnišnico in b) naredili nekaj študij primerov na ravni posameznikov (s čimer bi ugotavljali, ali je bil med hospitalizacijo uveden PVU ali ne). Vsekakor pa ima zmanjševanje uporabe PVU v praksi (tudi z raziskovanjem tipičnih situacij in možnih manj omejujočih odzivov nanje) prednost pred drugimi pristopi, pri katerih takega akcijskega dela ni.

6.4 Odpust

6.4.1 Zakonski okvirji odpusta

Odpust je v ZDZdr določen v 78. členu. Odpust je možen po pretečenem sklepu sodišča ali pa predčasno. Najprej si poglejmo odpust po pretečenem sklepu sodišča.

Če v zavodu ugotovijo, da so še vedno izpolnjeni vsi pogoji za zadrževanje na varovanem oddelku, morajo vsaj 14 dni pred potekom sklepa sodišču predlagati podaljšanje sklepa. Če se v zavodu za to ne odločijo, pa sklep poteče in uporabnika je treba odpustiti z oddelka. Takrat sta možna dva scenarija: da se uporabnik prostovoljno vključi v drugo organizirano obliko oskrbe z nastanitvijo (npr. na odprti oddelek zavoda, v njegove stanovanjske skupine, v

stanovanjsko skupino nevladne organizacije) ali pa gre živet po svoje, pri čemer si morebitno podporo uredi sam.

Odpust pa je možen tudi predčasno. 78. člen ZDZdr namreč pravi, da se za postopek odpusta z varovanega oddelka smiselno uporabljajo določbe 71. člena, ta pa zapisuje predčasen odpust na dva načina. Prvi odstavek daje psihiatrični bolnišnici (oziroma zavodu v skladu z 78. členom) diskrecijsko pravico uporabnika odpustiti *pred* rokom iz sklepa sodišča:

> 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.

Drugi odstavek 71. člena pa zapisuje pravico, da tak predlog sprožijo tudi drugi:

> Oseba ali njen odvetnik lahko pred potekom roka, določenega v sklepu sodišča o zadržanju, predlaga sodišču, da se osebo odpusti. Odpust osebe lahko predlaga tudi najbližja oseba in zakoniti zastopnik.

V prvem primeru je torej dovolj le, da psihiatrična bolnišnica (oziroma zavod) pisno obvesti sodišče o tem, da je uporabnika odpustila, v drugem primeru pa se sproži predlog, o čemer odloča sodišče.

Ko je socialnovarstveni zavod leta 2018 na Ministrstvo za zdravje poslal prošnjo za tolmačenje teh dveh členov, je dobil nedvoumen odgovor, ki so ga dobili vsi socialnovarstveni zavodi z varovanimi oddelki, saj so jim ga posredovali z MDDSZ:

> V skladu s povedanim vaš zavod osebo, ki je bila neprostovoljno sprejeta na varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda na podlagi sklepa sodišča, pa se je njeno zdravstveno stanje toliko izboljšalo, da ne izpolnjuje več pogojev po ZDZdr za zadržanje na varovanem oddelku, ne le smete, ampak celo morate odpustiti z varovanega oddelka, pri čemer pa zakon ne razlikuje med premestitvijo osebe na odprti oddelek ali odpustitvijo iz zavoda.

6.4.2 Podatki o odpustih za leto 2023

Leta 2023 je bilo odpuščenih 18 % stanovalcev varovanih oddelkov. Prevladovali so odpusti po izteku sklepa (n = 34, 76 % odpustov oziroma 14 % vseh uporabnikov), nekaj pa je bilo tudi predčasnih odpustov, pred iztekom sklepa (n = 11, 24 % odpustov oziroma 4 % vseh uporabnikov) – to pa se je zgodilo le v dveh zavodih (pri čemer 10 v enem, 1 pa v drugem).

Tabela 18 Odpusti uporabnikov z varovanih oddelkov v letu 2023

	Število	Delež
Ni bilo odpusta	205	82 %
redno – ob izteku sklepa	34	14 %
predčasno – pred iztekom sklepa	11	4 %
Skupaj	250	100 %

V enem zavodu so sporočili, da navadno odpustijo uporabnika po preteku sklepa sodišča, saj imajo izkušnje, da sodišča ugodijo vsem njihovim predlogom za podaljšanje namestitve, zato je bolje, »*da ne vprašaš. Ja, enostavno ne damo predloga za podaljšanje oziroma za izvedeniško mnenje*« (vodja, POM_8_2). Več podatkov o strategijah zavodov pri ravnanju v postopkih odpustov nismo dobili, vendar pa lahko naredimo informirano oceno, da je citirana izkušnja enega zavoda praksa tudi v drugih zavodih, saj po preteku sklepa ni treba ponovno zaganjati sodnih postopkov, temveč se stanovalca samo odpusti.

Vodstvo enega zavoda je eksplicitno povedalo, da pri njih »ne vidijo potrebe« po predčasnih odpustih. To je v precejšnjem navzkrižju z interpretacijo Ministrstva za zdravje iz uvoda tega poglavja, ki sporoča, da ne samo, da zavodi lahko, temveč tudi *morajo* odpustiti stanovalca, če ne izpolnjuje pogojev za zadrževanje na varovanem oddelku.

Pri zbiranju statističnih podatkov nismo vključili podatka o tem, na čigav predlog je bil izveden predčasni odpust (na predlog stanovalca ali zavoda), vsaj iz enega zavoda pa so sporočili, da najpogosteje spodbujajo stanovalce, da sami predlagajo predčasni odpust (torej tega ne predlaga zavod), saj je to njihova pravica. V tem primeru jim uredijo brezplačno pravno pomoč. Socialna delavka iz tega zavoda je povedala, da potem, ko stanovalci predlagajo predčasni odpust, ona dobiva pisma s sodišča, češ naj kot strokovnjakinja »interpretira« pošto stanovalcev. Tak način zavrača, saj pravi, da bi moralo sodišče resno vzeti pošto stanovalcev tudi brez njene dodatne razlage ali pojasnil. Ne glede na to, kdo je pobudnik za odpust, pa primer kaže na to, da ima pri tem ključno vlogo zavod.

6.4.3 Priprave na odpust

Kljub razmeroma nizki zabeleženi številki odpustov v letu 2013 (45 stanovalcev) smo zaznali več načinov, s katerimi se v zavodih s stanovalci pripravljajo na odpust. V enem zavodu so

omenili postopno omogočanje izhodov, s čimer naj bi se stanovalec navadil na bivanje zunaj varovanega oddelka:

> *Začeli smo jih počasi individualno voziti ven, enega po enega. Tudi, da je šel [stanovalec] recimo za pol ure sam [ven z oddelka], pri čemer smo se zmenili, da se ga je opazovalo. In potem zmeraj več ven iz zavoda. In potem se nekako ni dalo več predloga za podaljšanje, ampak da je bil preseljen na odprti del zavoda* (diplomirana medicinska sestra, POM_8_1).

V drugem zavodu pa so povedali, da »*zadnji mesec začnemo osebo pripravljati na bivanje izven institucije, to se pravi, da se bo oseba naučila jemati zdravila, da bo prepoznavala zdravila, da si jih zna prebrati in vse to jo naučimo*« (diplomirana medicinska sestra, POM_5_1). V naslednjem zavodu na podoben način: *»Veliko delamo na tem, da si lahko vse sami pripravljajo, tudi za urejenost okolice sami skrbijo, tudi oblačila zlagajo. Mi jih res pripravljamo na življenje zunaj«* (vodja, POM_2_2).

Izkazuje se, da je pomembno aktivirati skupnostne službe že nekaj mesecev pred potekom sklepa:

> *Če so skrbniki center, jih že dva do tri mesece pred samim odpustom obveščamo, da ne bomo več imeli razlogov za podaljšanje in da naj se vključijo v iskanje rešitev in v načrtovanje, kam se bo premestil po poteku sklepa sodišča. Če centri niso skrbniki, to tudi naredimo. Imamo zdaj en primer, gospod gre čez manj kot en mesec nazaj domov, nima skrbnika, pa smo se obrnili na center. Center mu je pomagal urediti sodelovanje z določenim zavodom, tako da oni so prišli, z njim naredili načrt in gospod bo potem odšel od nas. Se pa zgodi, da centri ne najdejo možnosti bivanja v domačem okolju in potem prosijo, da se osebo za ta čas, ko se bo še to uredilo, premesti na odprto enoto. Seveda, če oseba bivanje na odprti enoti sprejme* (socialna delavka, POM_5_1).

Pri sodelovanju s centri za socialno delo, ko so ti v vlogi skrbnikov, pa imajo zavodi tudi slabše izkušnje. Centri za socialno delo bi po mnenju sogovornikov lahko igrali pomembno vlogo pri iskanju alternativnih namestitev, vendar so, kot ugotavlja sogovornica, pogosto preobremenjeni in premalo dejavni pri iskanju dolgoročnih rešitev za uporabnike: *»Tu vidimo tudi vlogo centrov za socialno delo, zelo so šibki. Razumem, da so preobremenjeni, ampak kot skrbniki, ko nastopajo v vlogi skrbnikov in namestijo na varovano enoto, naredijo kljukico, ampak v obdobju enega leta bi lahko oni marsikaj naredili in iskali druge načine namestitve, ampak ne«* (socialna delavka, POM_2_1).

Pri odpustih se v praksi pojavlja vprašanje odgovornosti. V vsakdanjem življenju se to vprašanje ne bi pojavljalo, saj bi nanj hitro odgovorili s tem, da odgovornost prevzema ta, ki tvega. Pri

odpustih z varovanih oddelkov pa ni tako, saj prevladuje premisa, da naj bi odgovornost za uporabnika prevzel nekdo drug. V enem zavodu o rednih in predčasnih odpustih odloča strokovni svet. Tim na oddelku predlaga strokovnemu svetu, da se uporabnika odpusti, kar potem obravnava strokovni svet, na podlagi tega mnenja pa direktor odpust odobri ali ne. Gre torej za obliko skupinskega prevzemanja odgovornosti.

Iz istega zavoda pa so sporočili, da stanovalcev, ki so bili na varovani oddelek nameščeni z enote za forenzično psihiatrijo, ne odpuščajo drugače kot s postopkom na sodišču. Formalno gre za predlog za podaljšanje namestitve, ki mu dodajo mnenje, da je situacija morda zrela za odpust, o čemer naj odloči sodišče. Tu je vprašanje odgovornosti očitno preveliko, da bi jo prevzemal zavod, zato odločitev prenese na sodišče oz. na psihiatra izvedenca.

V nekaterih zavodih je bolj izražena vloga psihiatra, ki s svojim mnenjem bodisi odobri bodisi ne odobri odpusta. Ko raziščejo možnosti podpore v skupnosti, »*se to predloži psihiatru in on preuči, če je zadostna podpora ali ne. In kljub temu potem še izvedenec. Končna odločitev je pa na naroku s sodišča*« (socialna delavka, POM_6_2). V drugih zavodih pa so poročali o tem, da ima mnenje tima na varovanem oddelku prednost pred mnenjem psihiatra: »*Mi ugotovimo z našim individualnim načrtom, da gre uporabnik lahko ven, sodelujemo, pa mnenje [psihiatra] pridobimo samo za tisti del, kjer potrebuje oskrbo na zdravstvu, ko gre ven*« (direktorica, POM_5_1). Gre torej za razlike v kulturi in neformalni razporeditvi moči v organizaciji.

6.4.4 Lokacija odpusta

Uporabniki, ki so bili leta 2023 odpuščeni z varovanih oddelkov, so šli v največji meri na odprti oddelek istega zavoda (63 %), v manjši meri domov (15 %), na odprti oddelek drugega zavoda (1 %) ali kam drugam (6 %).

Tabela 19 Lokacija odpusta uporabnikov z varovanih oddelkov v letu 2023

	Število	Delež
Na odprti oddelek tega zavoda	33	63,5 %
na odprti oddelek drugega zavoda	1	1,9 %
v skupnost, domov	8	15,4 %
smrt[38]	7	13,5 %
drugo	3	5,7 %
Skupaj	52	100 %

[38] Primeri smrti so v zbirniku označeni tako, da odpusta ni bilo, zato velikost vzorca odstopa od vzorca v tabeli 18 glede odpustov z varovanih oddelkov v letu 2023.

Kaj pa o lokaciji odpusta govorijo kvalitativni podatki? Iz dveh zavodov so omenili, da bodisi predčasne bodisi redne odpuste izvedejo predvsem na negovalni oddelek. Razlogov za to je verjetno več, v enem zavodu pa so jih videli predvsem v tem, da stanovalci fizično oslabijo: »*Ko več ne hodijo, nimajo kam odtavati. Potem se to [namestitev na varovanem oddelku] prekine in gre na negovalni oddelek*« (vodja, POM_1_5).

V enem zavodu so poročali o tem, da je odprti oddelek včasih nekakšna vmesna postaja med varovanim oddelkom in bivalno enoto ali stanovanjsko skupino: »*Enega gospoda imamo, ki je bil na varovanem oddelku, center je skrbnik; smo se dogovorili skupaj s centrom in z njim, da bo premeščen najprej na odprto enoto, pa v bivalno skupnost in potem se bo vračal v stanovanjsko skupino*« (socialna delavka, POM_5_1).

Razlogi za tako maloštevilne odpuste v skupnost so najverjetneje v pomanjkanju nastanitev in podpore v skupnosti. Strokovna vodja v enem zavodu je rekla, da odpuščajo na odprti oddelek lastnega zavoda, ker v skupnosti ni drugih možnosti: »*Sklep jim je pretekel, ostali so naši uporabniki, da se razumemo, kar je tudi slabo. Nimajo kam iti*« (POM_8_1). Zavodi so soočeni z dilemo, ali spoštovati zakonsko dikcijo, da morajo stanovalca odpustiti takoj, ko niso več izpolnjeni pogoji za zadrževanje na varovanem oddelku, ali pa stanovalca ne odpustiti kljub temu, da niso izpolnjeni vsi pogoji za zadrževanje na varovanem oddelku, ker nima urejenega bivanja in/ali podpore izven zavoda. Videti je, da pretehta drugo: »*Načeloma je naša usmeritev še vedno takšna, da mora imeti neko možnost bivanja v domačem okolju, če že gre od nas*« (socialna delavka, POM_3_2). Iz dveh zavodov pa so sporočili, da odpusti v skupnost uspejo le, ko uporabnika čaka možnost nastanitve in socialna mreža, ki je na odpust te osebe pripravljena. En odpust izven zavoda je bil mogoč, ker je bil svojec stanovalčev skrbnik in se je z odpustom strinjal in se zavzel za to, da bo skrbel za tega uporabnika. Podobno priča tudi drugi primer:

> *Ena varovanka je šla domov, ker je imela dovolj razvito socialno mrežo, da je lahko šla. Je imela kam iti, svojci so se strinjali. Če je tak primer, da se pokaže, da ima neko perspektivo iti, potem imamo multidisciplinarni sestanek. Skličemo center v okolju, svojce, kakšnega iz psihiatrične bolnice, če je imel prej psihiatrično obravnavo. Raziščemo možnosti, kakšne imajo za vrnitev v okolje* (socialna delavka, POM_6_2).

To pomeni, da morajo zaposleni na varovanih oddelkih za uspešen odpust kdaj tudi prepričevati oz. delati s svojci ali skrbniki v tej smeri: »*Glede na to, kaj je bilo mnenje tima, smo*

se usedli s skrbniki, kaj in kako mi vidimo in smo jih poskusili malo prepričati. Ampak predvsem zaradi tega, ker vidimo, da človek ne rabi biti tukaj« (vodja, POM_8_2).

Pri odpustih prihaja do nekaterih razlik med zavodi, ki so prikazane v naslednji tabeli. Vrednosti na levi so deleži posameznega vzorca znotraj enega zavoda.

Tabela 20 Lokacija odpusta glede na delež tega vzorca med vsemi odpusti po posameznem zavodu

		Na odprti oddelek istega zavoda	V skupnost, domov
Zavod 1	število	8	4
	delež	62 %	31 %
Zavod 2	število	4	0
	delež	100 %	0 %
Zavod 3	število	0	2
	delež	0 %	100 %
Zavod 4	število	18	0
	delež	100 %	0 %
Zavod 5	število	0	2
	delež	0 %	100 %
Zavod 6	število	3	0
	delež	100 %	0 %
SKUPAJ	**število**	**33**	**8**
	delež	**79 %**	**19 %**

Zaradi nizkih vrednosti je težko potegniti trdne zaključke, pa vendar se nakazujejo trendi, da nekateri zavodi sicer odpustijo manj uporabnikov, a te v skupnost, nekateri zavodi pa jih odpustijo več, a na svoje odprte oddelke. V drugem primeru gre največkrat za tiste zavode, ki imajo tudi prevladujoč vzorec nameščanja na varovane oddelke s svojih odprtih oddelkov. V tem smislu lahko vidimo, da je večina uporabnikov odpuščena od tam, od koder so bili sprejeti na varovani oddelek.

V raziskavi smo ugotovili tudi nekaj razlik v postopkih odpustov med zavodi. Ponekod imajo uporabniki varovanega oddelka prednost pri sprejemu na odprto enoto: *»Če že imamo človeka pri nas (na varovanem oddelku), ima seveda prednost pri sprejemu v dom*. *Ne bomo ga poslali domov, da čaka doma,«* je pojasnila socialna delavka (POM_3_2). V nekaterih drugih zavodih pa so zaposleni sporočili, da morajo uporabniki oddati vlogo in čakati na sprejem, enako kot drugi, ki vložijo vlogo za sprejem na odprti oddelek.

6.4.5 Po odpustu

Po odpustu zaposleni na varovanem oddelku praviloma nimajo več stika z uporabnikom. To se zgodi tako v primeru odpustov na odprti oddelek istega zavoda, kot tudi v primeru odpusta v skupnost, saj zaposleni z varovanega oddelka nimajo mandata delati z nekom, ki tja ni nameščen.

Podobno šibko vlogo imajo pri odpustih skupnostne službe. V obstoječem sistemu je njihova vloga bolj nameščanje na varovane oddelke (glej 5. poglavje). To je skladno s kvantitativnimi podatki o razmeroma nizkem številu odpustov v skupnost.

Aktivnosti skupnostnih služb so sogovorniki iz skupnostnih služb strnili v naslednje primere. Predstavnica nevladne organizacije je povedala, da ohranja stike z eno uporabnico po telefonu:

> *Imamo in ohranjamo stike, dvakrat na teden smo dogovorjeni ali pa enkrat na teden, več ali manj nas potrebuje, ta stik, da ti nekaj zaupa, da ti pove, da se slabo počuti ali pa da je izboljšanje, mogoče tiste želje, da si pridobi drobiž za kavico, nek spontan pogovor, da se ti spet zaupa, to mi ohranjamo* (POM_SKU_1).

Tudi socialna delavka iz ene od psihiatričnih bolnišnic pravi, da imajo uporabniki njeno številko, »*glede povratnih informacij pa, ker mi toliko povprašujemo po prostih mestih, da smo tako vsak teden na telefonu s kolegicami v zavodu, in še med drugim vprašaš: 'Kako je naš [ime]?'*« (POM_SKU_1).

Centri za socialno delo imajo več stika z uporabniki na varovanih oddelkih, če so njihovi skrbniki, sicer pa manj:

> *Za to osebo je poskrbljeno, urejeno je plačilo. V začetni fazi vse poskušaš urediti, pomagaš, če je potrebno odjaviti kakšne stroške doma, ki jih je imel, potem pa je manj stika. […] Kadar smo mi predlagatelji, če je potrebno smo v stiku, če je potrebno podati predlog, da je še vedno na varovanem, ali pa če so možnosti, da se izboljša situacija po enem letu in ni potrebno več varovanega oddelka* (POM_SKU_2).

6.4.6 Razprava

Leta 2023 je bilo odpuščenih razmeroma malo stanovalcev (18 %) varovanih oddelkov, večinoma na odprte oddelke istega zavoda. Te podatke je smiselno primerjati s podatki o odpustih iz posebnih in kombiniranih zavodov (Inštitut RS za socialno varstvo, b. d.).[39] Odpust domov je tam precej višji (60,3 % vseh odpustov), precejšnji delež odpustov pa so tudi odpusti

[39] En zavod je sporočil vsoto vseh odpustov, ker naj ne bi razpolagali s podatki o lokacijah odpustov, podatki iz ostalih zavodov pa so kakovostni, zato je te podatke možno uporabiti za primerjavo.

v drug zavod (16,2 %). Podatki torej kažejo na to, da je odpust v skupnost veliko težji z varovanega kot z odprtega oddelka. Delno lahko to pripišemo kompleksnosti življenjskih situacij in potreb po oskrbi, delno pa tudi stigmi sklepa sodišča, ki otežuje odpuste, saj so uporabniki označeni za »nevarne«, ter drugim dejavnikom.

Kaže, da je omejevanje pristojnosti za uporabnika na eno službo (»conska obramba«, kot smo ugotovili že pri sprejemu), ovira pri odpustih, saj varovani oddelek kot organizacijska enota lahko le spodbuja odpuste, njihov uspeh pa je odvisen od drugih, ki pa so v trenutni sistemski ureditvi predvsem potencialni predlagatelji namestitve, ne pa storitev, ki bi omogočale oskrbo v skupnosti. Pri preobrazbi varovanih oddelkov bi torej kazalo spremeniti ureditev tako, da osebje z (preobraženega) varovanega oddelka na določenem geografskem območju podpre ostale službe, ki delajo z uporabnikom na terenu, s tem intenzivira oskrbo, zagotavlja dodatne ukrepe za varnost uporabnika in s tem zniža ali celo odpravi »potrebo« po premestitvi.

6.5 Literatura

Alexander, J. & Bowers, L. (2004). Acute psychiatric ward rules: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *11*(5), 623–631. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00770.x

Aluh, D. O., Santos-Dias, M., Silva, M., Pedrosa, B., Grigaitė, U., Silva, R. C., De Almeida Mousinho, M. F., Antunes, J. P., Remelhe, M., Cardoso, G. & Caldas-de-Almeida, J. M. (2023). Contextual factors influencing the use of coercive measures in Portuguese mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, *90*, 101918. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101918

Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A. & Cornaggia, C. M. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: A systematic review. *Rivista di Psichiatria*, *48*(1), 10–22. https://doi.org/10.1708/1228.13611

Belayneh, Z., Chavulak, J., Lee, D. A., Petrakis, M. & Haines, T. P. (2024). Prevalence and variability of restrictive care practice use (physical restraint, seclusion and chemical restraint) in adult mental health inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(4), 1256–1281. https://doi.org/10.1111/jocn.17041

Care Quality Commission. (2019). *Brief guide: The use of 'blanket restrictions' in mental health wards*. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20191125_900767_briefguide-blanket_restrictions_mental_health_wards_v3.pdf

Del Giudice, G. (2020). *… e tu slegalo subito: Sulla contenzione in psichiatria*. Edizioni Alphabeta Verlag.

Dixon, J. (2016). Balancing Risk and Recovery in Mental Health: An Analysis of the Way in Which Policy Objectives Around Risk and Recovery Affect Professional Practice in England. V J. M. Chamberlain (ur.), *Medicine, Risk, Discourse and Power* (str. 120–140). Routledge.

Dressing, H. & Salize, H. J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*(10), 797–803. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0814-9

Flaker, V. (2013). *Direktno socialno delo*. Založba /*cf.

Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J. & Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje*. Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V. & Rafaelič, A. (2023). *Dezinstitucionalizacija II: nedokončana.* Založba Univerze v Ljubljani.

Goulet, M.-H., Larue, C. & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, *34*, 139–146. https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019

Green, D. (2007). Risk and Social Work Practice. *Australian Social Work*, *60*(4), 395–409. https://doi.org/10.1080/03124070701671131

Inštitut RS za socialno varstvo. (b. d.). *Zbirnik podatkov o posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodih za leto 2020.* [Dataset].

Janssen, W. A., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Bowers, L., Hoogendoorn, A. W., Smit, A. & Widdershoven, G. A. M. (2013). Differences in Seclusion Rates Between Admission Wards: Does Patient Compilation Explain? *Psychiatric Quarterly*, *84*(1), 39–52. https://doi.org/10.1007/s11126-012-9225-3

Kemshall, H. (2002). *Risk, social policy and welfare* (1. publ). Open University Press.

Korošec Jagodič, H., Korošec, B., Lajlar, D., Winkler, V., Novak, V., Jagodič, K. & Pintarič, L. (2008). Hospitalizacija brez bolnikove privolitve. *Zdravniški vestnik*, *77*(4), IV-45-IV–49.

Mali, J. (2019). The method of personal planning and the implementation of services in social work with older people. *Annual of Social Work*, *26*(1), 61–80. https://doi.org/10.3935/ljsr.v26i1.253

Mansell, J. & Beadle-Brown, J. (2005). Person Centred Planning and Person-Centred Action: A Critical Perspective. V P. Cambridge & S. Carnaby (ur.), *Person Centred Planning and Care Management with People with Learning Disabilities* (str. 19–33). Jessica Kingsley Publishers.

Mental Health Commission. (2020). *The use of restrictive practices in approved centres: Seclusion, mechanical restraint and physical restraint (activities report 2019)*. https://www.mhcirl.ie/sites/default/files/2021-01/Restrictive%20Practices%20Activity%20Report%202019.pdf

National Association of State Mental Health Program Directors. (2008). *Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use*. https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/2022-08/Consolidated%2520Six%2520Core%2520Strategies%2520Document.pdf

Nijman, H. L. I. & Rector, G. (1999). Crowding and Aggression on Inpatient Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, *50*(6), 830–831. https://doi.org/10.1176/ps.50.6.830

Podrobnejši standardi za izvajanje posameznih vrst oskrbe in kriteriji za določitev vrst oskrbe glede na potrebe uporabnikov storitve za področje institucionalnega varstva v posebnih socialnovarstvenih zavodih, Pub. L. No. Uradni list RS, št. 96/22 (2022). http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=DRUG5052

Savage, M. K., Lepping, P., Newton-Howes, G., Arnold, R., Staggs, V. S., Kisely, S., Hasegawa, T., Reid, K. S. & Noorthoorn, E. O. (2024). Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: Overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. *BJPsych Open*, *10*(1), e26. https://doi.org/10.1192/bjo.2023.613

Sawyer, A.-M. (2008). Risk and new exclusions in community mental health practice. *Australian Social Work*, *61*(4), 327–341. https://doi.org/10.1080/03124070802428183

Sawyer, A.-M. (2009). Mental Health Workers Negotiating Risk on the Frontline. *Australian Social Work*, *62*(4), 441–459. https://doi.org/10.1080/03124070903265724

Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans, B. & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: An international comparative study. *The Lancet Psychiatry*, *6*(5), 403–417. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2

Stalker, K. (2003). Managing Risk and Uncertainty in Social Work: A Literature Review. *Journal of Social Work*, *3*(2), 211–233. https://doi.org/10.1177/14680173030032006

Škerjanc, J. (2010). *Individualizacija storitev socialnega varstva*. Fakulteta za socialno delo.

Turčin, A. & Kores-Plesničar, B. (2008). Sprejem in zdravljenje brez privolitve na oddelku za psihiatrijo UKC Maribor. *Zdravstveno varstvo*, *47*(3), 137–142.

Van Der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A. & Noorthoorn, E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry*, *202*(2), 142–149. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118422

Videmšek, P. & Mali, J. (2018). Od načrta skrbi in programa oskrbe do osebnega načrtovanja in izvajanja storitev. *Socialno delo*, *57*(1), 27–42.

Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., Domen, P., Van Amelsvoort, T. & Drukker, M. (2021). Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLOS ONE*, *16*(10), e0258346. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346

World Health Organization. (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training: course guide*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605

Zakon o duševnem zdravju, Pub. L. No. Uradni list RS, št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – US (2008). http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157

Zaviršek, D. (1997). Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije. *Socialno delo*, *36*(2), 101–110.

Žmitek, A. (1995). Pregled neprostovljnih hospitalizacij na moškem oddelku Psihiatrične bolnišnice Begunje v letu 1993. V J. Romih & A. Žmitek (ur.), *Dileme ob neprostovoljni hospitalizaciji* (str. 66–74). Psihiatrična bolnišnica Begunje.

7 SPECIALIZIRANI ENOTI ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE Z VEDENJSKIMI IN ČUSTVENIMI MOTNJAMI (Juš Škraban in Andreja Rafaelič) [40]

Osnovni fokus raziskave ciljnega raziskovalnega programa in tega poročila je preučitev varovanih oddelkov s ciljem njihove preobrazbe v skupnostne oblike podpore. Varovani oddelki so v skladu z zakonom o duševnem zdravju namenjeni odraslim osebam, pri čemer pa sta se v zadnjih letih v Sloveniji vzpostavili dve specializirani enoti, namenjeni področju dela z otroki. Da bi analizirali ti dve enoti, smo pripravili ločeno raziskovalno metodologijo in način zbiranja podatkov. Ker gre za področje s svojimi posebnostmi, smo celotne raziskovalne rezultate na področju otrok in mladostnikov strnili v tem poglavju. Specializirani enoti za otroke nimata enake zakonske podlage v sistemu socialnega varstva kakor varovani oddelki, kot bomo videli, pa imata z varovanimi oddelki skupno to, da se v obeh znajdejo uporabniki z bolj kompleksnimi potrebami, in to, da naj bi tam delali z uporabniki več kot na drugih oddelkih.

Centri za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV) na podlagi Zakona o socialnem varstvu izvajajo storitev institucionalnega varstva tako za odrasle kot za otroke, na podlagi Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami pa za otroke, mladostnike in odrasle osebe do 26. leta starosti z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju tudi posebni program vzgoje in izobraževanja. Leta 2021 je bila oblikovana specializirana enota za otroke z vedenjskimi in čustvenimi motnjami v ZUDV Dornava, leta 2022 pa enota v CUDV Draga. Obe enoti sta se vzpostavili v obstoječih zgradbah, ki pa so jih za namen specializirane enote preuredili.[41] Resorno ministrstvo je zagotovilo sredstva za obnovo nepremičnin in za plačilo dodatnih zaposlenih, Ministrstvo za zdravje pa je skupaj z ZZZS zagotovilo dodatna sredstva za izvajanje zdravstvenih storitev (plačnik je ZZZS). Poleg dveh otroških specializiranih enot imajo v enem od teh zavodov še specializirano enoto za odrasle, kjer tudi zagotavljajo večjo prisotnost kadra. Te enote nismo zajeli v naš vzorec in analizo.

V tem poglavju združujemo analizo več vidikov delovanja dveh specializiranih enot. Najprej orišemo specializirani enoti in njune stanovalce, nato pa se posvetimo sprejemu in obravnavi na obeh. Pri obravnavi posebno pozornost namenimo metodam dela, vzpostavljanju reda in

[40] Pri enem terenskem obisku je sodelovala tudi Kaja Šaver.
[41] Vrednost investicije je za en zavod znašala 145.300,00 EUR, za drugega pa 883.355,61 EUR.

strukture ter zagotavljanju varnosti. V nadaljevanju se posvetimo tudi načinom dela v kriznih situacijah[42] in pri uporabi posebnih varovalnih ukrepov. Na koncu analiziramo vizijo zavodov glede nadaljnjega razvoja specializiranih enot.

7.1 Profil specializiranih enot

Na lokaciji prvega zavoda je več pritličnih tipskih povezanih hiš v neposredni okolici upravne stavbe. V bližini so še bazen, šolski prostori in dvorišče. Za razliko od ostalih enot in drugih prostorov je specializirana enota prenovljena. Leži v vrsti med seboj podobnih nizkih hiš, okrog nje ni ograje oz. drugih preprek. Enota je v hiši s štirimi enakimi deli, pri čemer je vsak del prostor za svojo skupino štirih uporabnikov. Obstaja en glavni vhod v hišo, vsaka skupina pa ima še svoj vhod z zunanje strani.

Ob vstopu v stavbo čez glavni vhod je dnevni prostor. Levo je hodnik, ki pelje do dveh skupin, desno pa spet hodnik, ki pelje do drugih dveh skupin. Deli stavbe za vsako od štirih skupin so identični v arhitekturni zasnovi. Imajo štiri enoposteljne sobe, garderobo, skupno kopalnico, jedilnico in dnevni prostor.

Drugi zavod ima glavno stavbo, okrog katere je nekaj večjih kompleksov (bivalnih enot). Specializirana enota je umeščena v eno od teh stavb. V njej je prostor za šest skupin (33 stanovalcev), od katerih jih polovica spada v okvir specializirane enote. V enoti je bilo v času obiska raziskovalnega tima 16 uporabnikov, ki so bili nameščeni v več skupin: v eni od teh so bili nameščeni uporabniki s sklepom sodišča, v ostalih pa tisti brez. Hiša je pritlična in ima ograjen vrt. Del stavbe za uporabnike s sklepom sodišča je na koncu stavbe. Pred vhodnimi vrati je bil v času našega obiska obešen list z informacijami o zastopniku pravic oseb na področju duševnega zdravja. Ta del stavbe je organiziran vzdolž hodnika. Na levi strani so soba za vezanje, soba za osebje in soba za omejevanje gibanja, potem sledita sobi za dva uporabnika. Na desni strani pa je skupni prostor, ki ga uporabljajo tudi za jedilnico (od tam pa izhod na vrt), ki mu spet sledita dvoposteljni sobi. V sobah so kopalnice, dve sobi pa si kopalnico, ki je med njima, delita. Prostori so bili obnovljeni ob vzpostavitvi specializirane enote. Ostali deli stavbe, namenjeni za specializirano enoto, so podobni skupini za uporabnike s sklepom sodišča, le da

[42] V zavodih kriznim situacijam pogosto pravijo »eskalacije«. Gre za situacije, ob katerih postanejo ljudje, ki živijo na oddelku, nemirni ali naredijo nekaj, kar je v nasprotju s splošnim redom na varovanem oddelku (npr. razbijejo opremo oddelka, kričijo, udarijo sostanovalca ali zaposlenega). Ob nekaterih takih eskalacijah na specializiranih enotah uporabljajo tudi posebne varovalne ukrepe.

z nekaj razlikami – v obeh drugih skupinah ni sobe za osebje in sobe za vezanje, soba za omejevanje gibanja pa je še v eni od preostalih dveh skupin.

V obeh zavodih so prostori na specializirani enoti precej prilagojeni. V enem zavodu so denimo koti sten odebeljeni in zaobljeni, vse na stenah (ure, televizija, luči) pa so zaščitili s pleksi steklom. V eni skupini so stoli zaklenjeni v omaro, ponekod je fiksirano tudi pohištvo. Zaposleni kot razlog za te prilagoditve navajajo pretekle izkušnje, ko so uporabniki opremo uničevali ali pa inventar uporabljali za samopoškodovanje.

> *Prostorsko smo kar prilagodili, še vedno pa imamo določene težave. Luči so nam na primer dali najbolj varne, pa imamo vseeno vsak teden težave. V bistvu smo morali vse zalepiti.*
>
> Raziskovalec*: Kaj se je dogajalo z lučmi?*
>
> *En stanovalec je stopil na sedežno in je to steklo hotel dati dol in ker steklo ni šlo, je dobil prst vmes in smo ga dvakrat peljali na urgenco, da so ga šivali* (vodja specializirane enote*,* zavod 1).

V obeh zavodih sobe v specializiranih enotah večinoma niso personalizirane iz istih razlogov iz navedenega citata.

Sobe, namenjene izvajanju PVU, se razlikujejo. V prvem zavodu so imeli ob času našega obiska v sobi za omejevanje gibanja postavljeno posteljo, pojasnili pa so, da želijo s tem narediti sobo bolj domačo in prijetno. V sobi ni video kamer, je pa na vratih okno z zaveso, ki se odstira ali zastira z zunanje strani. Stene in vrata so oblazinjena, tla pa ne. V drugem zavodu sta sobi za PVU pod kamerami, soba za omejevanje gibanja je popolnoma oblazinjena, del stene pa je v zaščitenem steklu s pogledom v sobo za osebje. Vsaj ena soba je bila v času obiska pod video nadzorom, saj so PVU (omejevanje s pasovi) izvajali na uporabnikovi postelji v njegovi sobi.

V prvem zavodu so vrata v vsako skupino narejena tako, da je kljuka na zunanji strani, kar omogoča prost vstop v skupino; na notranji strani vrat pa je bunka, kar pomeni, da uporabniki ne morejo izstopiti, ne da jim kdo odpre. V drugem zavodu imajo v skupini za uporabnike s sklepom sodišča vhodna vrata prav tako na notranji strani bunko, tako da nekdo, ki nima ključa, ne more ven, če so vrata zaprta. V času začetka našega obiska so bila vrata zaprta, ob odhodu (ob okoli 15.00) pa so bila odprta, tako da so v to skupino lahko prihajali tudi uporabniki iz drugih skupin (sta pa bila dva uporabnika te skupine v času obiska zvezana vsak v svoji sobi).

***

Specializirani enoti sta v praksi zaprta zavodska oddelka. Pilotna oddelka sta povzela značilnosti ostalih oddelkov v ustanovi, a sta jih prostorsko prilagodila. V smislu oblike dela torej specializirani enoti nista prinesli večjih sprememb, prej kontinuiteto. Podpora ljudi z ovirami (tudi in še posebej otrok) v ustanovah krši 19. člen *Konvencije ZN o pravicah ljudi z ovirami*, ki zapisuje, da imajo »enako kot drugi možnost izbrati stalno prebivališče in se odločiti, kje in s kom bodo živeli in jim ni treba bivati v posebnem okolju« ter da imajo »dostop do različnih storitev na domu ter bivalnih in drugih podpornih storitev v skupnosti« (Konvencija o pravicah invalidov, 2008, 19. člen). Podobno zapisuje tudi *Konvencija ZN o otrokovih pravicah*. Glavna odgovornost staršev je vzgoja otroka, odgovornost države pa je, da staršem pomaga pri izvrševanju te odgovornosti (Konvencija o otrokovih pravicah, 1990, 18. člen). Otroci z intelektualno in telesno oviranostjo imajo pravico živeti »v razmerah, ki jamčijo dostojanstvo, spodbujajo samozavest in olajšujejo njegovo dejavno udeležbo v družbi« (23. člen). Nadomestna družinska podpora, ki jamči dostojanstvo otrok z oviranostjo, je mogoče organizirati samo v skupnosti (*Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo: smernice za uveljavitev in podporo trajnostnemu prehodu iz institucionalne v družinsko in skupnostno oskrbo otrok, ljudi z oviranostjo, ljudi s težavami z duševnim zdravjem in starih ljudi v Evropi*, 2021).[43] Kljub jasno izraženim dobrim namenom obeh izvajalcev pilotnih projektov in resornega ministrstva, pilotna projekta neskladnost obstoječe institucionalne oskrbe z navedenima konvencijama le podaljšujeta.

Škoda, ki jo otrokom in mladostnikom povzročata ločitev od družine in oskrba v ustanovah, je dobro dokumentirana (Croft idr., 2007; Hoksbergen idr., 2005; Lumos, 2024; Rutter, Colvert, idr., 2007; Rutter, Kreppner, idr., 2007; UNICEF, 2024; van IJzendoorn idr., 2020; Zeanah idr., 2005). Otroci, ki odraščajo v ustanovah, so podvrženi oviram v kognitivnem, jezikovnem in čustvenem razvoju.

[43] Navedli smo le najpomembnejše vire. Priporočilo Odbora ministrov Sveta Evrope navaja, da države ne bi več smele nameščati otrok v institucionalno oskrbo, našteti pa so številni ukrepi, ki jih je treba izvajati za prehod v skupnostno podporo, vključno z razvojem »nacionalnega akcijskega načrta in časovnega razporeda [...] za postopno opuščanje institucionalnih namestitev in nadomestitev teh oblik z zagotavljanjem celovite mreže služb in storitev v skupnosti. Skupnostne službe bi bilo treba razviti in integrirati z drugimi elementi celovitih programov, da bi otrokom z oviranostjo omogočili življenje v skupnosti« (Svet Evrope, 2010, 20. odstavek).

Ker specializirani enoti *de facto* delujeta za zaprtimi vrati, je to nadaljnja okoliščina, ki jo je treba presojati z vidika človekovih pravic. Ker je zapiranje še bolj omejevalno kot namestitev na odprti enoti, je to v še večjem nasprotju s prej omenjenimi členi obeh konvencij.

Zaradi obeh omenjenih značilnosti sta specializirani enoti podobni varovanim oddelkom v posebnih in kombiniranih zavodih. Specializirani enoti vzpostavljata podobne prostore in ureditve kot varovani oddelki in jih s tem širita na področje, na katerem jih do zdaj ni bilo (otroci in mladostniki z intelektualnimi ovirami). Ker je model varovanih oddelkov že za odrasle vse prej kot učinkovit odgovor na kompleksne in dolgotrajne stiske (Škraban, *v tisku*), se zdi, da specializirani enoti to v obstoječi institucionalni obliki in kulturi dela težko presežeta, tudi če si za to prizadevata.

7.2 Uporabniki

V specializirano enoto so nameščeni otroci in mladostniki z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju v kombinaciji s hudimi čustvenimi in vedenjskimi motnjami ter pridruženimi težami v duševnem zdravju.

Specializirani enoti sta namenjeni dvema skupinama: otrokom in mladostnikom, ki so že pred vzpostavitvijo enot živeli v obeh ustanovah; in novim uporabnikom, ki so bili tja nameščeni po vzpostavitvi enot po sklepu sodišča (večinoma z oddelka za otroško in mladostniško psihiatrijo).

Najprej glede prve skupine uporabnikov. Oba zavoda sta imela že pred vzpostavitvijo specializirane enote za otroke in mladostnike z vedenjskimi in čustvenimi motnjami, ki so živeli v več enotah zavoda. Pri nekaterih uporabnikih so zaposleni opazili, da je bilo vedenje moteče ne le za same uporabnike, ampak tudi za zaposlene, prihajalo je do poškodb ipd., zato so želeli nekaj ukreniti.[44] Iskali so možnosti dodatne podpore v več enotah, kjer so ti uporabniki stanovali, nato pa je prevladala rešitev z vzpostavitvijo posebne enote zanje.

> *Dve smeri vidiš tu. Zavaruješ uporabnike oziroma učence drugje, program dela pa lahko poteka na drugačen način. Enako pa tu (specializirana enota), program dela za te učence je specializiran. Kakovost je boljša na obeh straneh* (vodja programa Vzgoja in izobraževanje, zavod 1).

Vodstvo prvega zavoda je mnenja, da je vzpostavitev posebne enote prevladala nad idejo okrepitve timov na več enotah predvsem zaradi kadra, tj. organizacijskih vprašanj in finančnih

[44] V tem smislu imata specializirani enoti podobno vlogo kot varovani oddelki (glej 5. poglavje).

posledic, ki jih ta pomenijo. V vsaki enoti, v kateri je bil kdo z izrazitimi vedenjskimi in čustvenimi motnjami, bi po oceni vodstva enega zavoda potrebovali dodatne tri zaposlene:

> *To pomeni, če so oni (uporabniki) iz 10-ih različnih enot, je to 30 zaposlenih. Druga stvar je način dela. Tudi, če bi dodali enega novega zaposlenega na izmeno, bi se on izgubil v množici in ne bi bil namenjen za odpravo vedenjskih težav oziroma njihovih vzrokov* (direktorica, zavod 1).

Poleg potreb po intenzivnejši obravnavi obstoječih stanovalcev pa so se pojavile potrebe tudi iz okolja izven zavoda. Pojavilo se je nekaj primerov, pri katerih otrok, ki so imeli hujše vedenjske težave in motnje v duševnem razvoju, ni želel in zakonsko ni mogel sprejeti noben posebni SVZ z varovanim oddelkom ali druga ustanova. Ti otroci so bili zato dolgotrajno hospitalizirani na enoti za otroško in mladostniško psihiatrijo, pristojni pa so iskali bolj dolgoročne rešitve, saj hospitalizacija ni bila več potrebna. Drugi zavod je nato zagotovil prostorske in druge pogoje za sprejem nekaj prvih otrok in mladostnikov:

> *Mi smo morali skoraj čez noč sprazniti eno enoto, zmanjšati število uporabnikov na enoti, jih razseliti, kar je povečalo stisko na ostalih oddelkih* (direktorica, zavod 2).

V tem zavodu so nato povečali število uporabnikov na 16, tako da je v času našega terenskega obiska delovala ena skupina za uporabnike, ki so nameščeni po sklepu sodišča, na ostala mesta pa so premestili obstoječe stanovalce zavoda s hujšimi vedenjskimi in čustvenimi motnjami.

Razloge za nameščanje v specializirano enoto lahko delimo glede na ciljno skupino uporabnikov. Za uporabnike, ki so nameščeni iz skupnosti, načeloma velja, da so bile njihove čustvene in vedenjske motnje tako močne, da starši niso več zmogli živeti z njimi, kar je večkrat, ob pomanjkanju ustrezne skupnostne podpore ali namestitve, povod za psihiatrično hospitalizacijo. Težave so nastajale tudi pri uporabnikih, ki so pred vključitvijo v specializirano enoto že živeli v zavodu. Naslednja skupna točka večine uporabnikov na specializirani enoti je, da so doživeli travmatične izkušnje (nasilje, zlorabe).

Medtem, ko je imel en zavod nameščene štiri otroke in mladostnike po sklepu sodišča, pa drug zavod v času našega terenskega obiska ni imel nameščenih otrok po sklepu sodišča, temveč samo obstoječe stanovalce, ki so jih premestili v to enoto. Obe specializirani enoti delujeta v okviru posebnega programa vzgoje in izobraževanja, s tem pa je dopolnjeno 26. leto starosti zgornja meja za vključitev v program.

***

Specializirani enoti sta torej omogočili premestitev stanovalcev zavoda, s katerimi so imeli na drugih enotah več težav, in premestitev tistih otrok in mladostnikov, katerih življenje v skupnosti se je do te mere otežilo, da so jih sprejeli na psihiatrijo, od tam pa so bili premeščeni v specializirano enoto. Ta je torej nekako odgovorila na težave znotraj zavoda in pomanjkanje podpore v skupnosti za to ciljno populacijo. To, da sta zavoda razvila specializirano enoto, ocenjujemo delno kot pozitiven korak naprej, saj sta prepoznala potrebo po dodatni in bolj prilagojeni podpori za ciljno skupino, za katero pred vzpostavitvijo obeh enot zares ni bilo ustrezno poskrbljeno. Kot sledi iz nadaljevanja, pa to deklarativno funkcijo onemogoča oblika dela, torej dejstvo, da gre za institucionalna oddelka.

Nameščanje otrok in mladostnikov po sklepu sodišča na podlagi ZDZdr je novost, ki sta jo vpeljala ta pilotna projekta, vendar brez zakonske podlage. Pri odločanju, na podlagi katerega zakona odrediti namestitev, se v praksi kaže, da ima pomembno vlogo možnost uporabe PVU:

> *Težava na sodišču se pojavlja predvsem, da sodnik, ki odloča o namestitvi, velikokrat ne ve, ali bi se opredelili po Družinskem zakoniku ali po Zakonu o duševnem zdravju. Če gredo prek Družinskega zakonika, potem mi nimamo možnosti uporabe PVU-ja in kadar gre za takšne uporabnike, ki so nevarni za zdravje in življenje drugih, ki z njimi bivajo, torej do sošolcev in zaposlenih, imamo resen problem. Mi potem ne izvajamo PVU-ja in potem so tu resne stiske, ker je potem potrebno takega otroka non stop hospitalizirati* (direktorica, zavod 1).

Ker gre za največji poseg v pravice uporabnikov in ker gre za *pilotna* projekta, podlage za nameščanje proti volji pa ZDZdr ne daje, bi bilo smiselno preveriti izreke sklepov sodišč v primerih prisilnih namestitev v specializirano enoto.

7.3 Sprejem

Način sprejema in posledično izkušnje pri tem se zelo razlikuje glede na dve skupini uporabnikov. Tiste, ki so že stanovali v zavodu, pa so jih le premestili v specializirano enoto, sta zavoda že poznala in takrat so lažje zagotovili kontinuiteto podpore. Pri sprejemih novih uporabnikov (še posebej po sklepu sodišča) pa se kaže podobna slika kot pri sprejemih na varovane oddelke. Navadno so zaposleni seznanjeni z dokumentacijo (predvsem iz hospitalizacij na oddelku za otroško in mladostniško psihiatrijo). Ta dokumentacija je včasih v pomoč, vendar pa zaposleni stavijo predvsem na stik z uporabnikom: »*Vsak otrok lahko v drugačnem okolju drugače funkcionira. Je pa odvisno od okolja, celo največ pa je odvisno od pristopa zaposlenih in programov, ki jih imamo*« (vodja, zavod 1). Dokumentacija torej včasih

ne ustreza trenutnemu stanju uporabnika, saj se ob sprejemu spremeni okolje in do neke mere tudi funkcioniranje uporabnika.

V nadaljevanju je pomembno, da se večina spoznavanja zgodi po sprejemu. Stik in prvo spoznavanje je torej pogojeno s posameznikovim funkcioniranjem v novem, institucionalnem okolju.

> *Kolikor se le da, se piše v predajni zvezek. Vsak, ki pride za tabo, si prebere, če je kakšna stvar napisana, da on potem pazi na to. /…/ Na primer, kako je reagiral čisto na začetku, ko dobi terapijo, kako sprejme, če se strinja, če se ne strinja, če zavrača* (srednja medicinska sestra, zavod 2).

V nekaj primerih so zaposleni iz zavodov odšli spoznat uporabnika na oddelek za otroško in mladostniško psihiatrijo pred sprejemom v specializirano enoto ali pa opravili informativni razgovor z uporabnikom in svojci.

> *Pomembno je hranjenje, spanje, kaj ima rad, česa ne mara, česa se boji. /…/ Kako se obnaša na cesti, ali kdaj pobegne, kakšne ima izkušnje z drugimi … te zadeve … Potem damo to na en list papirja in ga imamo na vsaki predaji. Vsi so seznanjeni s tem in vsakič ga dopolnjujemo ali pa črtamo. Na primer, starši lahko rečejo, da nič ne je doma, tukaj pa vse je. Ali je pa obratno.* (vodja specializirane enote, zavod 1)

> *Kako reagira. Vedno vprašamo, kaj naredi, ko je jezen. Na primer na tak način, da dobimo informacije.* (vodja programa Vzgoja in izobraževanje, zavod 1)

***

Sprejem v specializirano enoto, še posebej po sklepu sodišča, poteka podobno in po podobnih ureditvah kot sprejem na varovane oddelke. Pri tem logično prihaja do podobnih težav, ki ovirajo tudi produktivno delo in sprejem na varovanih oddelkih (glej 6. poglavje). Kot smo ugotovili že pri varovanih oddelkih, je dolgotrajno podporo treba načrtovati in imeti orodja (med drugim oblike dela in način financiranja), ki omogočajo podporo ukrojiti po osebni meri uporabnikov. Spoznavanje uporabnika znotraj institucionalnega okvira (in za potrebe oskrbe v ustanovi) v specializiranih enotah (tako kot na varovanih oddelkih) onemogoča podporo po osebni meri, saj uporabnika na tak način ni moč *zares* spoznati na oseben način (in ne le prek funkcioniranja v ustanovi). Hkrati pa obstoječa institucionalna oblika dela uspešnega

spoznavanja – tudi če bi do njega prišlo – ne bi mogla razviti v podporo po osebni meri, saj bi pri tem zadela ob lastne meje.[45]

7.4 Obravnava

Vsi uporabniki so aktivno vključeni v program izobraževanja. Zaradi zahtevnega dela z uporabniki je ministrstvo zavodoma zagotovilo dodatna sredstva za povečan obseg kadra, zagotovljena pa so bila tudi dodatna sredstva za izvajanje zdravstvenih storitev. Med raziskavo nismo uspeli pridobiti natančnih podatkov ne od ministrstva, ne od zavodov o točnem številu dodatnega kadra. Iz zavoda 1 so nam sporočili, da ocenjujejo, da so dobili za specializirano enoto osem dodatnih zaposlitev in nekaj več sredstev s strani ZZZS.

V delo na specializirani enoti se poleg vodje enote[46] vključujejo naslednji profili: pedopsihiater, pediater oz. zdravnik specialist družinske medicine, psiholog, socialni delavec, specialno-rehabilitacijski pedagog, delovni terapevt, fizioterapevt, varuh s specialnimi znanji, diplomirana medicinska sestra oz. zdravstvenik, tehnik zdravstvene nege, socialni oskrbovalec.

Za razliko od varovanih oddelkov za odrasle večina otrok dnevno zapušča oddelek, saj vsak delovnik dopoldne obiskujejo zavodsko šolo. Redki pa pouka izven oddelka iz različnih razlogov ne zmorejo ali zaradi značilnosti oviranosti ogrožajo druge otroke, zato ostajajo na oddelku, kjer poteka za njih prilagojen pouk.

7.4.1 Metode dela

Zaposleni v obeh specializiranih enotah pravijo, da je njihovo delo zahtevno in stresno, saj delajo z otroci in mladostniki, ki so zelo nevarni zase, za druge in za inventar. Njihovo delo je osnovano na metodi pozitivne vedenjske podpore (angl. *positive behaviour support,* v nadaljevanju: PVP). Ta metoda se je razvila na področju dela z ljudmi z intelektualnimi ovirami in avtizmom. Ključni mehanizem te metode je iskanje razlogov za »moteče vedenje«, torej razlogov, ki tako vedenje delajo z vidika uporabnika smiselne, in spreminjanje takega vedenja s spreminjanjem razlogov zanj.

[45] O naravnih mejah institucije govoril že Basaglia (2017), podobno pa smo ugotavljali tudi več desetletij kasneje pri uvajanju socialnega modela v slovenskih institucijah (Rafaelič, 2015). Ko poskušamo socialni model ali podporo po osebni meri uveljaviti v instituciji, ta vedno naleti na naravne meje institucionalne oskrbe. Če podporo po osebni meri dosledno uvajamo, to pomeni, da zagotovimo vse več vpliva uporabniku, kar na koncu vedno znova privede do želje po neodvisnem življenju v skupnosti. Tega pa, dokler ostaja človek v instituciji, ni moč zagotoviti.

[46] Vodje enote so osebe z visokošolsko izobrazbo različnih profilov. Bolj kot smer izobrazbe je pomembna pripravljenost za delo v taki skupini in znanje za delo z ljudmi z vedenjskimi in čustvenimi motnjami.

Poleg PVP so zaposleni omenili še deeskalacijske tehnike in kempo veščine.[47] Deeskalacijske tehnike so znane tehnike intervencije v napetih situacijah, ki vključujejo agresijo. Razloge za to, da se osebje uči »kempo« borilnih veščin, pa sogovornik razloži takole:

> *V bistvu je to trening zaposlenih v borilnih veščinah. Izhajamo iz tega, da bolj kot se bo zaposleni počutil varno, bolj se bo uporabnik počutil varnega ob njem. Včasih se počutimo varno, če veščine obvladamo, da točno vem, kaj narediti, če pride nekdo, ki me zagrabi za lase, da ne bom šel v paniko. Takrat, ko gremo v paniko, je panika za vse* (zavod 1).

Poleg tega so zaposleni omenjali, da ima vsak stanovalec individualni in vedenjski načrt. V vedenjskem načrtu »v bistvu predvidevamo, na kakšen način lahko preprečujemo določena vedenja« (vodja, zavod 1). Za posamezne primere naredijo tudi oceno tveganja:

> *Na primer za pobege največkrat. Kaj v primeru, ko nekdo gre. Ali greš za njim ali ne greš za njim. V nočnem si sam tukaj, kaj boš zdaj … tako da naredimo vedno za te stvari* (vodja, zavod 1).

Poleg teh metod so zaposleni omenili tudi druge oblike in načine dela, ki jim pomagajo pri delu, kot npr. operativni tim, ki združuje vse zaposlene, ki delajo z nekim uporabnikom. Tim skličejo, ko se situacija z nekim stanovalcem začne zapletati. Tim je način skupnega odločanja različnih strokovnjakov.

V primerjavi z varovanimi oddelki v specializiranih enotah omenjajo nekatere zanje specifične metode (npr. PVP), ki so se tudi razvile na področju dela z ljudmi z intelektualnimi ovirami in avtizmom. Na drugi strani pa iz specializiranih enot niso poročali o uporabi nekaterih metod, ki smo jih pričakovali. Niso npr. omenili, da bi izdelovali osebni načrt, ki bi pogledal v prihodnost, načrtoval prehod iz specializirane enote in ustvaril vizijo življenja; analize tveganja, ki bi širila možnosti; pristopov nežnega učenja (Hawks, 2018), intenzivne interakcije (Sutton, 2018; Hewett 2018) in podobnega. Ne vemo, ali te metode uporabljajo v enotah ali ne, a bi uporaba teh kazala na to, da je podpora v specializirani enoti prehodnega značaja in namenjena vključitvi v druge, manj omejujoče oblike bivanja in podpore v skupnosti.

[47] Pri kempo veščinah gre za tehnike samoobrambe, da se lahko delavci zaščitijo, če pride do težav oziroma napada. Vsi prijemi (če se uporabijo) za otroka načeloma niso neprijetni ali celo boleči. V enem zavodu so omenili še Applied Behaviour Analysis, Willem Kleine Schaars Model, Gradniki gibanja, miren pristop, igralno terapijo ipd.

7.4.2 Red in struktura

Ena izmed lastnosti obravnave, ki je prišla najbolj do izraza, je vzpostavljanje reda in strukture na enoti. Primer za to je struktura dneva, ki so jo poudarili v obeh zavodih:

> *Ne moremo dovoliti, da dela vsak, kar mu ravno na pamet pade, ker to zanje na dolgi rok verjetno ni najboljše. Mora biti neka struktura* (srednja medicinska sestra, zavod 2).

> *Pač povemo: »Tukaj imate sobo, jemo takrat, gremo skupaj ven, urnik je takšen«* (pedagog, zavod 1).

> *Ja, ne vem, danes imamo to in to delamo. Urnik, določena struktura dneva, aktivnosti, ki so ciljane, v tem smislu* (vodja, zavod 2).

V enem primeru, denimo, je otrok prišel iz družine z velikimi težavami z odvajanjem blata. Sam je blato zadrževal, zato mu je pogosto uhajalo, odrasli pa težave niso prepoznali. Ko je bil sprejet na specializirano enoto, so ugotovili, da mu rutiniran, strukturiran vsakdan pomaga pri odvajanju: »*Mi smo mu v bistvu pogojevali – po kosilu gre na stranišče, potem pa dobi tablični računalnik*« (vodja, zavod 1).

Če želijo zaposleni doseči red in strukturo z uporabniki, morajo tako ravnati tudi sami.

> *Pa pomembno je, ko smo v skupini, če sva recimo midve z [ime], da se med sabo ne pogovarjava: »A gremo tja na sprehod, kdo bi pa šel?«* (varuh, zavod 1).

> *Tako se dogovorimo, da so trdne meje, mi med sabo že prej, ker drugače je takoj manipulacija, sploh pri teh, ki so bolj sposobni* (pedagog, zavod 1).

> *Vedno je dogovor, da tisti, ki je v skupini, je odgovoren za vse in odloča o vsem* (vodja, zavod 1).

Del tega je v prvem zavodu tudi nenapisano pravilo, da en član osebja pred stanovalci ne nasprotuje drugemu članu osebja:

> *Ko vidiš, da je v skupini varuh postavil svoja pravila, se jih držim, četudi je določil kaj, česar se nismo prej zmenili skupaj. Nikoli ga ne grem rušiti pred uporabniki. Na predaji se pogovorimo. Ker če se varuh počuti dobro, ker ve, da dela dobro, je to pomembno, četudi dela narobe – se pač kasneje o tem pogovorimo* (vodja, zavod 1).

Eden izmed zaposlenih je pomen strukturiranega okolja povezal s travmatskimi izkušnjami:

> *Pomembno je, da se zavedamo, da je pomembno, da človeku, ki je prišel s tako travmo, omogočimo okolje, kjer se struktura ne spreminja. Če mu mi vzamemo to okolje, dejavnosti in zaposlene, pridemo hitro nazaj v tisto stanje* (psiholog, zavod 1).

Red in struktura sta znotraj ustanove pogojena z institucionalnimi dispozitivi. Red v ustanovi pomeni, da se morajo denimo stanovalci držati urnikov v ustanovi:

> *Neke rutine se držimo, če je čas za kosilo, se bo [stanovalka] tu usedla in gotovo. Bomo vsi pojedli. To njej ne ustreza in bo želela biti v sobi in ta čas risanko gledati in bo na ta način to izsiljevala* (srednja medicinska sestra, zavod 2).

Vzpostavljanje in vzdrževanje reda in strukture je ena ključnih lastnosti obravnave v specializirani enoti. Odprto vprašanje je, kakšen red in strukturo bi zaposleni vzpostavili s stanovalci, če ne bi bivali v zavodu, kar pogojuje velik del življenja v ustanovi.

7.4.3 Zagotavljanje varnosti

Izkušnje zaposlenih v specializiranih enotah kažejo na to, da je veliko pozornosti usmerjene v zagotavljanje varnosti. Eden izmed načinov za to so »protokoli« – pravila, ki veljajo bodisi na ravni posameznih stanovalcev bodisi za skupine. Obstajajo protokoli za dajanje dodatnih zdravil, hospitalizacije ipd. V neko skupino, denimo, zaradi posebnosti stanovalcev »ženska ne vstopi nikoli, ne da bi poklicala moškega varuha« (vodja, zavod 1).

Naslednji način zagotavljanja varnosti je intervencijska skupina – zaposleni, ki se jih lahko po telefonu pokliče ob hujših težavah v skupini. Nekateri zaposleni so izpostavili, da je zagotavljanje varnosti njihov skoraj poglaviten cilj.

> *Stalno si pozoren, ko prideš v enoto. Da imaš hrbet zaščiten, če je vse v redu v enoti, kaj rečeš, kako rečeš* (vodja, zavod 1).

> *Lahko vam povem, da je izrazito stresno [premor]. Res je. Ne veš, kaj pričakovati, vsak dan si napet, si pod stresom dejansko* (srednja medicinska sestra, zavod 2).

Glede na potrebe ciljne skupine je razumljivo, da se v specializiranih enotah posvečajo zagotavljanju varnosti. Protokoli so utečen odgovor na to, iz izkušenj z varovanih oddelkov pa vemo tudi, da skupinska namestitev več uporabnikov s potrebami po intenzivni podpori vpeljuje pogoje za splošna varnostna pravila, ki odgovarjajo varnostnim tveganjem zaradi te skupinske namestitve. Ta pravila pa so lahko z vidika posameznega stanovalca preveč omejujoča (Škraban, *v tisku*).

Iz praks iz tujine (predvsem Small Supports, glej prilogo 2) izhaja, da je na varnostna tveganja najlažje in najbolje odgovarjati s podporo po osebni meri, z nepopustljivostjo pri prilagajanju podpore in krepitvijo posameznikovih pozitivnih področij – vse to pa je spet oteženo v

institucionalni obliki dela. Varnostna tveganja se namreč skoraj izničijo, eskalacije pa so vse bolj redke. Če uporabnika zelo dobro spoznamo, prilagodimo podporo v celoti njegovim individualnim potrebam, skupaj z njim oblikujemo njegovo vsakodnevno rutino tako, da počne stvari, ki ga zanimajo in izpopolnjujejo.

7.4.4 »Eskalacije«

V specializiranih enotah je vsak dan veliko situacij, ki jih zaposleni označujejo kot eskalacije ali incidente. Gre torej za situacije, ko uporabniki začnejo razbijati opremo ali udarijo koga od zaposlenih ali sostanovalcev ali sebe. Take situacije zahtevajo intenzivnejše delo in navadno tudi več zaposlenih, ki se vključijo v situacijo:

> *Zdaj so štirje uporabniki v skupini in dva delavca, včasih sta potrebna dva delavca za enega uporabnika, tako naporno je. Včasih so trije incidenti naenkrat in nas sploh ni dovolj. Potem se pa ti znajdi, reagiraj, umiri stanje, druge zaščiti* (srednja medicinska sestra, zavod 2).

Čeprav smo zapisali, da je skrb za varnost ena izmed poglavitnih delovnih nalog, so zaposleni v prvem zavodu sporočili, da je eskalacije večinoma nemogoče vnaprej predvideti:

> *Odkrito povedano, nismo odkrili sprožilcev. Ne morem reči za točno določeno stvar, ki ga bo sprožila. Lahko vam lep primer povem, recimo pri [ime uporabnika], je enkrat znorel, ker je pisal v sobi na list papirja in se mu je zlomila konica na svinčniku. Tega nismo mogli predvideti, tega nismo vedeli. To je bil dovolj velik povod, da je znorel in fizično napadel zaposlenega* (srednja medicinska sestra, zavod 2).

Kljub temu zaposleni prepoznavajo nekatere vzorce, kdaj in kateri dejavnik lahko sproži eskalacijo pri posameznem stanovalcu (npr. obisk družinskih članov pri enem uporabniku ali pa to, da miza ni poravnana z ostalim pohištvom). Na podlagi izkušenj iz tujine (predvsem Small Supports, glej prilogo 2) izhaja, da bi poglobljeno (neinstitucionalno) spoznavanje stanovalcev in temeljito načrtovanje pred sprejemom v obravnavo verjetno izboljšala rekonstrukcijo vzorcev in dejavnikov za eskalacijo. Poleg osebnega načrtovanja pred sprejemom obstajajo metode, kot sta »safety cross«,[48] ki so ga razvili v »National Collaborating Centre for Mental Health« iz Velike Britanije, in »scatter plot diagram«,[49] ki ga je razvil priznani strokovnjak za ljudi z vedenjskimi težavami David Pitonyak iz ZDA, ki pomagajo pri strukturiranem in metodičnem raziskovanju pojavnosti »eskalacij« (in PVU) (Zoran idr., 2024, str. 12–13).

[48] https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/reducing-restrictive-practice/programme-documents/safety-cross---by-shift.pdf?sfvrsn=5e770c18_2

[49] https://dimagine.com/wp-content/uploads/2018/03/Support-Plan-Forms.pdf, str. 5.

V obeh zavodih ugotavljajo, da se eskalacije enega uporabnika navadno prenašajo na ostale v skupini.

> *S1: Koliko se pa to prenaša, če je eden naelektren od uporabnikov, koliko so potem še drugi?*
>
> *SMS1: Zelo* (srednja medicinska sestra, zavod 2).
>
> *Zgodi se tudi posnemanje uporabnikov med sabo. Tudi, če imamo pet dobrih, jih lahko en pokvari* (direktorica, zavod 1).

Prav zato je treba preskusiti, ali bi se ta vzorec spremenil, če bi se oblika namestitve spremenila iz manjše skupine znotraj zavoda v bolj individualizirano namestitev z intenzivno podporo. Glede na zgled iz Velike Britanije (glej prilogo 2) ocenjujemo, da je individualna nastanitev eden izmed pomembnejših dejavnikov, ki bi zmanjšal pogostost eskalacij, vendar ob predpostavki, da bi ta nastanitev bila kar se da prilagojena potrebam posameznega stanovalca (Kelly, 2009).

7.4.5 Uporaba PVU

Ta del besedila se navezuje le na drugi zavod, v katerem uporabljajo PVU, saj jih v prvem zavodu ne uporabljajo. Ugotovili smo, da je v tem zavodu telesno oviranje s pasovi vsakodnevno v uporabi pri tistih mladostnikih, ki so nameščeni po sklepu sodišča, »sobo za izolacijo« pa uporabljajo pri tistih, ki so nameščeni s sklepom sodišča in pri tistih, ki tega sklepa nimajo. To je v nasprotju z Zakonom o duševnem zdravju, saj se te ukrepe lahko uporablja le na oddelkih pod posebnim nadzorom (v psihiatričnih bolnišnicah) in varovanih oddelkih (v socialnovarstvenih zavodih), specializirana enota (še posebej pa uporabniki brez sklepa sodišča o namestitvi) pa se ne umešča(jo) v nobeno od teh kategorij. Vendar težava ni le v neskladnosti z nacionalno zakonodajo, zato tudi ni rešitev, da bi se to zakonsko »vrzel« rešilo tako, da se možnost uporabe PVU vpiše v ZDZdr. Prisilne ukrepe, kot sta obe pojavnosti PVU, namreč prepovedujejo mnogi mednarodni dokumenti[50] in telesa.[51]

7.4.5.1 Pogostost uporabe PVU

Vezanje uporabljajo le v skupini, kjer so nameščeni štirje uporabniki s sklepom sodišča. Na terenskem obisku smo v intervjuju z vodstvom izvedeli, da so leta 2023 zabeležili skupno 89

[50] Kot to razlaga Odbor Združenih narodov za pravice ljudi z oviranostjo, zapiranje in vezanje kršita 15. (prepoved mučenja, krutega, nečloveškega, ponižujočega ravnanja ali kaznovanja), 16. (prepoved izkoriščanja, nasilja in zlorabe) in 17. (varovanje osebne integritete) člen *Konvencije ZN o pravicah ljudi z ovirami* (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2017a, 42. odstavek, 2017b, 12. odstavek).

[51] Posebni poročevalec o pravicah ljudi z ovirami govori o »odpravljanju prisilnih ukrepov« (Human Rights Council, 2019, 70.–72. odstavek), posebni poročevalec za mučenje, nečloveško in ponižujoče ravnanje ali kaznovanje pa »absolutno prepoveduje« posebne varovalne ukrepe (Human Rights Council, 2013, 63. odstavek).

incidentov, ki je pripeljalo do 55 epizod PVU (sobe za izolacijo naj ne bi uporabili nikoli, oviranje s pasovi pa pri štirih osebah, povprečno 13,8 ukrepov na osebo). Specializirana enota, ki uporablja PVU, je v letu 2023 tega uporabila na vseh štirih uporabnikih (100 %), pri katerih lahko uporabljajo PVU po ZDZdr. Vsi posebni zavodi skupaj pa so v istem letu PVU uporabili le na 24 (9,6 %) uporabnikih, pri katerih lahko uporabljajo PVU. Ti podatki nakazujejo, da so specializirane enote, ki imajo možnost izvajanja PVU, temu bolj naklonjene kot na varovanih oddelkih za odrasle. Razlogov za to z našo raziskavo nismo uspeli odkriti.

Do našega intervjuja (ki je bil meseca maja 2024) pa naj bi bilo letno že 50 incidentov, ki naj bi pripeljali do 12 epizod uporabe PVU, predvsem vezanja. Vodstvo na podlagi teh številk opaža trend počasnega zmanjševanja uporabe PVU.

Ti podatki pa se ne ujemajo z informacijami zaposlenih na enoti:

> *Raziskovalec: Ali mine dan brez kakšnega PVU-ja? Za celo enoto?*
>
> *Zaposleni: Se zgodi, ja, da je kakšen brez. Zelo poredko* (srednja medicinska sestra, zavod 2).

To diskrepanco med informacijami vodstva in dveh zaposlenih na specializirani enoti smo v raziskavi uspeli samo zabeležiti, nismo pa je uspeli razumeti in razčleniti. Vsekakor v zvezi z njo skrb zbuja dvoje. Najprej skrbi pogosta raba tovrstnih ukrepov, ki so tudi na zakonski ravni predvideni kot izjemni in dovoljeni le v najbolj kritičnih primerih. Potem pa podobno skrb zbuja samo razhajanje med podatki, ki jih je sporočilo vodstvo, in podatki, ki so jih sporočili zaposleni na enoti, saj kaže na nevarnost, da uporaba teh sredstev ni dosledno spremljana oz. beležena. Vse količinske podatke, vezane na specializirane enote, pa je zaradi nedoslednega beleženja PVU in nejasnega beleženja TVU treba vzeti z zadržkom.

Svetovna zdravstvena organizacija je vezanje in druge prisilne ukrepe označila kot neuspeh posamezne obravnave (World Health Organization, 2019). Vsakodnevna, skoraj bi lahko rekli rutinska raba PVU je torej znak, da nekaj v enoti ne funkcionira in da je treba nekaj v enoti spremeniti. To je še posebej pomembno v primeru zavoda, ki specializirano enoto izvaja kot pilotni projekt.

7.4.5.2 Obstoj in uporaba »terapevtskega varovalnega ukrepa« (TVU)

V specializirani enoti – natančneje v skupini za uporabnike s sklepom sodišča – smo zaznali uporabo vezanja, ki ga v zavodu imenujejo »terapevtski varovalni ukrep«.[52] Ta naj bi se od PVU razlikoval, saj naj bi vključeval le delno fiksacijo (na nogah in okoli trebuha, ne pa tudi fiksacije rok). TVU izvajajo na postelji s pasovi, ki so vnaprej pripravljeni ob uporabnikovi postelji v njegovi sobi. Sogovorniki so sporočili, da imajo nekateri mladostniki uporabo TVU zapisano v vzgojnih načrtih.

Glede na to, da je TVU zapisan v vzgojnem in ne zdravstvenem načrtu, predvidevamo, da to uporabljajo kot vzgojne ukrepe in ne, kot se uporabljajo PVU – kot zdravstvene ukrepe. Zakonodaja na področju vzgoje in izobraževanja pa ne predvideva nobenih oblik fizičnega omejevanja otrok.

Pri dveh uporabnikih, ki jima uvedejo TVU tudi čez dan, se to zgodi med poukom, ki se izvaja v njunih sobah:

> *Med poukom se ne izvaja PVU, ampak delna fiksacija [TVU], ker niso predvidljivi, ker imajo tako hude izpade, da ne bi nihče mogel priti na pomoč. /…/ V času šole [vezanje] tudi sprejmejo in ko se izvaja pouk, lahko je to pol ure ali pa celo dopoldne* (srednja medicinska sestra, zavod 2).

Trije uporabniki so na »TVU« vsako noč:

> *Raziskovalec: Kdaj pa izvajate TVU?*
>
> *Zaposleni: To pa je dnevno.*
>
> *Raziskovalec: Dnevno?*
>
> *Zaposleni: Dnevno. Tudi ponoči.*
>
> *Raziskovalec: Aha, spijo tako. Redno?*
>
> *Zaposleni: Ja, trije.*
>
> *Raziskovalec: Kako to?*
>
> *Zaposleni: Predvsem, ker v prvi vrsti že sami tako želijo, v drugi vrsti pa zaradi varnosti. Ponoči je tukaj eden sam [zaposleni]*[53] (zavod 2).

[52] Predpostavljamo, da torej v statistiki, ki jo je sporočilo vodstvo, epizode uporabe TVU niso vključene.
[53] Ponoči sta za celotno stavbo, v kateri je 33 uporabnikov, dva zaposlena.

Razliko med PVU in TVU znotraj zavoda vidijo tudi v načinu odločanja o teh ukrepih:

> *Zaposleni: Jaz lahko ocenim, da je situacija tako nevarna zame in za druge uporabnike, da uvedem posebni varovalni ukrep, morajo pa obvestiti psihiatrinjo, da mi ona to odobri.*
>
> *Raziskovalec: Pri TVU pa ne?*
>
> *Zaposleni: Ne. Tisto je pa psihiatrinja seznanjena, je vpisano v kartoteko in je izdelan vedenjski načrt.*
>
> *Raziskovalec: Aha, že v vedenjskem načrtu je ta TVU?*
>
> *Zaposleni: Ja, ja. Njim to ustreza, oni to potrebujejo in je pač to vpisano.* (zavod 2).

Če obstoj in uporabo TVU primerjamo z obstoječo zakonodajo, ugotovimo naslednje. Najprej je treba poudariti, da Zakon o duševnem zdravju PVU definira kot »vezanje s pasovi«, pri čemer ne specificira, koliko točk telesa je pri tem zvezanih. Glede na trenutno zakonodajo je torej vsako vezanje že PVU, ki ga je treba ustrezno odrediti in o njem poročati. Potem pa je glede na določila zakona sporna uporaba posebnega varovalnega ukrepa »na zalogo«, saj s tem zdravniška odobritev, ki je po Zakonu obvezna ob vsakem uvajanju PVU, manjka, oziroma je dana vnaprej.

Glede na zbrane podatke lahko skovanko »TVU« razumemo kot invencijo zavoda, ki omogoča lažje vsakdanje vezanje (z manj postopki in beleženja). Domnevamo, da se PVU in TVU razlikujeta tudi v načinu poročanja. Poročanje o PVU namreč določa Zakon o duševnem zdravju (29. člen), poročanje o TVU – ki ni zakonsko predviden – pa ni predpisano nikjer.

Obstoj in zelo pogosta uporaba TVU kažeta na to, da je vezanje vsakodnevna stalnica obravnave v skupini za uporabnike s sklepom sodišča na eni specializirani enoti. Na drugi specializirani enote pa nismo zaznali uporabe TVU. To lahko pripisujemo boljšemu poznavanju alternativnih metod dela, kulturi in zgodovini zavoda. Vsekakor pa bi bilo nujno bolje raziskati načine dela v zavodu, ki ne uporablja TVU, jih nadgraditi in jih prenesti v drugo okolje.

7.5 Vizija

Vodstvi obeh zavodov sta mnenja, da je specializirana enota dober korak k izboljšanju oskrbe za njihovo ciljno skupino. Enotni sta tudi glede tega, da je treba razlikovati med specializirano enoto in varovanim oddelkom.

> *DIR: Mi ne želimo govoriti o varovanih oddelkih za otroke in mladostnike. Tu ne gre za klasične varovane oddelke, ker so tu uporabniki nameščeni po sklepu sodišča, ne glede na to, da nimajo omejitve svobode*

> *gibanja, ker to razvojno ne bi bilo v redu. S tem bi omejili posameznika in njegov razvoj bi šel v napačno smer* (direktorica, zavod 2).

Vodstvu obeh zavodov se zdi dobro, da med namestitvijo v specializirano enoto omogočajo uporabnikom (tudi tistim s sklepom sodišča) možnost izhodov (npr. domov) in skrbi jih, da to ne bi bilo mogoče, če bi bila specializirana enota klasificirana kot varovani oddelek (čeprav ima vse ključne elemente varovanega oddelka).

Na terenskih obiskih smo uspeli pridobiti le malo podatkov o tem, na kakšen način si vodstvi zavodov želita umestiti specializirano enoto:

> *Mi smo dali predlog, da bi to ostala specializirana obravnava, ker bi v primerih, kjer se dotika zdravstva, uporabljali zdravstveno zakonodajo,*[54] *hkrati ohranili vse pravice s strani šolstva in vzgoje in izobraževanja in Zakon o socialnem varstvu. Mi bi vseeno želeli ostati v ospredju v okviru Zakona o socialnem varstvu, ker mi vidimo vse ostalo kot podporne sisteme in ne želimo iti v obliko zdravstvene obravnave ali modela* (direktorica, zavod 2).

To se le delno sklada z drugimi informacijami, ki smo jih dobili med raziskavo, saj se je direktorica enega zavoda na delovni skupini za spremembe ZDZdr (podskupina za otroke) neposredno zavzemala za normiranje specializirane enote. Skupina je (nesoglasno) sprejela predlog, ki vključuje tudi možnost uporabe PVU, ohranja pa vse ureditve in postopke, ki veljajo za varovane oddelke. Ista direktorica pa je v intervjuju sporočila, da se mora specializirana enota umestiti v drug zakon:

> *Več kadra. Specializirana enota se mora nekako umestiti v Zakon o socialnem varstvu. Na podlagi tega bi morali opredeliti normative. Normativi ne smejo biti nič manjši, kot jih predvideva Zakon o duševnem zdravju za obravnavo otrok na psihiatriji. S tem, da jih mi ne bi uporabljali za varovani oddelek in za to, da jih zaklepamo, ampak bi kader koristili za to, da omogočimo boljšo kvaliteto življenja* (direktorica, zavod 1).

Oba zavoda želita vzpostaviti specializirano enoto tudi za odrasle, saj so v trenutni enoti lahko vključeni le uporabniki do dopolnjenega 26. leta (do takrat namreč traja posebni program vzgoje in izobraževanja).[55] To pomeni, da je perspektiva otrok in mladostnikov po dopolnjenem

[54] Zdravstvena zakonodaja, ki jo omenja sogovornica, je najbrž ZDZdr (vsaj glede možnosti neprostovoljnih namestitev), ki je v trenutku oddaje tega poročila odprt za spremembe. Pomemben del tega zakona je tudi možnost uporabe PVU.

[55] Verjetno zato, ker so v prvem zavodu do našega obiska iz specializirane enote odpustili enega uporabnika, v drugem zavodu pa takih odpustov ni bilo. Odpuste je ob odsotnosti alternativ zavodskim oblikam dela tudi skoraj nemogoče pričakovati.

26. letu samo nadaljevanje sicer deklarativno intenzivnejše podpore kot na drugih enotah zavodov, kljub temu pa je to perspektiva dosmrtnega institucionalnega življenja. Vizijo in smer razvoja bi morali ne le za otroke in mladostnike v specializirani enoti, temveč tudi za mladostnike po dopolnjenem 26. letu postaviti na razvoju storitev v skupnosti, saj tako velevajo vsi ključni mednarodni dokumenti, po katerih naj bi bila uporaba institucionalne oskrbe strogo omejena na posebne primere, kjer bi bilo morda treba zagotoviti začasno, specializirano, kakovostno podporo v majhni skupinski nastanitvi, organizirani okoli pravic in potreb vsakega otroka, v okolju, ki je čim bližje družinskemu, in za najkrajše možno časovno obdobje (Odbor za otrokove pravice, 2007; Opening Doors for Europe's Children, 2017; Svet Evrope, 2005). Skladno s temi usmeritvami bi bilo treba razvijati vsaj zgodnjo strokovno pomoč družinam, intenzivno podporo matičnim ali razširjenim družinam, specializirano rejništvo in visoko intenzivno podporo v skupnosti izven družine po zgledu Small Supports.

Vizija zavodov nadaljnjega razvoja obeh enot torej ostaja znotraj okvirov institucionalnega varstva. Zaposleni so v glavnem mnenja, da bi bila specializirana obravnava otrok in mladostnikov iz specializirane enote v stanovanjski skupini ali celo v samostojni namestitvi prezahtevna.

> *Naša želja je /…/, da bi lahko imeli na tej enoti, kjer je prej živelo 42 uporabnikov in jih zdaj živi 33, to enoto v celoti namenjeno za takšne uporabnike in da bi bile vse sobe enoposteljne* (direktorica, zavod 2).

Poleg omenjene vizije razvoja pa so v zavodih omenili tudi potrebne spremembe v trenutni situaciji: možnost dodatnega nagrajevanja kadra za delo v tako težkih okoliščinah in potrebo po superviziji za zaposlene na enoti.

7.6 Razprava

Obstoj specializiranih enot v centrih za usposabljanje, delo in varstvo sta novost[56] na področju socialnega varstva in uvajata nekatere značilnosti varovanih oddelkov za odrasle v otroško varstvo. Specializirani enoti sta nastali pravzaprav iz prizadevanj obeh zavodov, da bi zagotovili posebno podporo skupini uporabnikov CUDV, za katere so ugotovili, da potrebujejo dodatno podporo in drugačne načine in metode dela.

[56] Nikakor pa ne moremo trditi, da je uporaba prisile novost v CUDV. Npr. še leta 2010 je eden izmed CUDV uporabljal prisilne jopiče (Rafaelič, Žerjav in Flaker, 2012, str. 228). Do te raziskave pa smo bili prepričani, da so to prakso CUDV-ji zmanjševali in razvijali sodobnejše načine dela, ki so precej bolj humanizirale življenje otrok in odraslih v teh ustanovah.

Specializirani enoti imata podobno ciljno populacijo kot varovani oddelki posebnih socialnovarstvenih zavodov, le da sta ti namenjeni mlajšim od 26. let. Podobno kot na varovane oddelke nanju prihajajo ljudje od doma, ko sorodniki ne zmorejo več, iz psihiatrične bolnišnice in z odprtih oddelkov istega zavoda. Pogosto so ljudje, ki so tam nameščeni, bili že v preteklosti žrtve nasilja in zlorab.

Specializirani enoti povzemata tipične značilnosti totalnih ustanov (Flaker, 1998; Goffman, 2019), saj je v vzdrževanju reda in strukture zaznati sledi hierarhičnosti, izrazito negospodinjskega in nedružinskega okolja in obvezne kolektivnosti vseh vidikov življenja na enoti.

Kot varovani oddelki so zaklenjeni in imajo posebne prostore za uporabo PVU. Imajo pa tudi pasove za privezovanje otrok v njihovih sobah, česar do zdaj v posebnih socialnovarstvenih zavodih še nismo opazili. Posebej je nenavadna razmeroma visoka intenziteta uporabe PVU in TVU v eni izmed enot, kljub temu da imajo te precej manj stanovalcev kot večina varovanih oddelkov in nekoliko višji kadrovski normativ.

Prednosti specializiranih enot v primerjavi z varovanimi oddelki so v tem, da njihovi uporabniki večinoma čez dan zapuščajo oddelek, včasih gredo tudi za konce tedna domov k staršem. Prav tako je velika prednost uveljavitev pozitivne vedenjske podpore, ki očitno v eni izmed enot daje dobre rezultate. Ta metoda bi bila lahko učinkovita tudi na kakšnem varovanem oddelku, pa njene uporabe do zdaj še nismo zasledili.

Za specializirani enoti vodstvi zavodov pravita, da sta korak k vzpostavljanju specializiranih storitev za otroke z vedenjskimi in čustvenimi motnjami. Nesporno pomenita enoti korak naprej od prejšnjega stanja, ko za uporabnike, ki zdaj bivajo na enoti, ni bilo mogoče zagotoviti prave podpore na drugih enotah zavodov ali pa v skupnosti. Kljub temu pa je treba opozoriti, da sta oba oddelka del institucionalnega varstva in s tem v nasprotju z 19. členom Konvencije o pravicah ljudi z ovirami in Konvencije o otrokovih pravicah. Hkrati je opazno, da se glavnina podpore v enotah osredotoča na zagotavljanje varnosti, manjka pa spodbujanje kakovosti življenja in predvsem vizija življenja izven specializirane enote.

Do konca pisanja tega poročila projekta nista umeščena v pravni red RS, zato bi ju lahko označili kot pilotna. Najpomembnejši rezultati te raziskave, ki terjajo premislek o prihodnjem razvoju in normiranju teh praks, so naslednji: 1) uporabniki po lastni volji (večinoma) specializirane

enote ne morejo zapustiti; 2) obstaja možnost neprostovoljnega nameščanja na podlagi sklepa sodišča; 3) uporabniki so lahko deležni PVU. Vsi trije vidiki kažejo na to, da so v specializiranih enotah prisotni vsi ključni elementi varovanih oddelkov. Prvi vidik je skladen z definicijo varovanega oddelka kot prostora, »kjer so osebe zaradi svojih potreb nepretrgoma deležne posebne zaščite in varstva ter zavoda ne morejo zapustiti po lastni volji« (ZDZdr, 2. člen, 17. odstavek). Drugi in tretji vidik pa sta pomembna zato, ker je varovani oddelek edini oddelek v sistemu socialnega varstva, kjer je možna neprostovoljna namestitev (ZDZdr, od 75. do 79. člena) in uporaba PVU (ZDZdr, 29. člen, 2. odstavek). Tega ne smemo normirati (in s tem normalizirati), pač pa je treba preseči in razvijati visoko intenzivne storitve v skupnosti.

Pri obravnavi otrok in mladostnikov v specializirani enoti je veliko izzivov. Kljub temu smo prepričani, da sta zapiranje in vezanje vselej znak terapevtskega neuspeha (Del Giudice, 2020; Sashidharan idr., 2019; World Health Organization, 2019). Z drugimi besedami, če otroka ali mladostnika v okviru strokovne obravnave privežemo ali zapremo v sobo za izolacijo, to pomeni, da je šlo pri obravnavi nekaj narobe. Če se to dogaja redno in sistematično, pa to pomeni, da je treba premisliti celotno organizacijo in metode dela.

Uporabo PVU je treba odpraviti tudi zato, ker se izvajajo na uporabnikih, ki imajo večinoma zgodovino travmatičnih izkušenj. Čeprav zaposleni pravijo, da nekateri uporabniki prosijo za uvedbo PVU ali pa se z njo strinjajo, v literaturi na tem področju velja, da uporabniki vezanje in zapiranje večinoma doživljajo kot izrazito neprijetne in travmatične dogodke (Chieze idr., 2019). V tem smislu jih uporaba PVU retravmatizira (SAMHSA, 2014, str. 10; Hennessy, Hunter in Grealish, 2022).[57]

Hkrati pa je v enem zavodu treba praktično zmanjšati uporabo prisile. V trenutnih okvirjih je lahko prvi in najmanj zahteven korak vpeljava več zaposlenih, predvsem v nočnem času, s čimer bi lahko zmanjšali »potrebo« vsaj po nočnem vezanju treh uporabnikov. Potem bi bilo smiselno tudi podrobneje raziskati vzorce »eskalacij« (takih, ki jim in ki jim ne sledi uvedba PVU) pri stanovalcih, pri katerih se to dogaja najpogosteje. Uvedba PVU je, čeprav jo morda lahko kdo od zaposlenih pri sebi normalizira (da bi lažje shajal s tem v vsakdanji praksi), travmatična

[57] Zato se uveljavljajo pristopi dela, ki upoštevajo travmo (angl. *trauma-informed care*) in dokumentirano zmanjšajo uporabo PVU pri mladih (Matte-Landry in Collin-Vézina, 2021).

(Chapman, 2014). Zmanjševanje ali odprava prisilnih ukrepov bi pomenila tudi boljše pogoje za delo zaposlenih.

V nadaljevanju bi bilo smiselno vpeljati osebno načrtovanje za vsakega uporabnika v specializirani enoti, s tem pa imamo v mislih poglobljeno spoznavanje stanovalca, njegove življenjske zgodbe, perspektive bližnjih, pretekle dobre in slabe izkušnje z raznimi podpornimi osebami in podobno. S tem bi presegli vzorec, da spoznavanje poteka znotraj institucionalnih okvirov in v funkciji vključevanja posameznega uporabnika v institucionalno varstvo. Zdi se, da bi lahko s pomočjo dobrih osebnih načrtov s poudarjeno perspektivo uporabnikov to veliko bolje spoznali in jim na podlagi tega še dodatno prilagodili podporo.

Iz izkušenj osebnega načrtovanja v zavodih vemo, da ima metoda sicer potencial aktivirati stanovalce in zaposlene ter delno prilagoditi oskrbo. Kljub temu pa pri tem hitro naletimo na ovire, ki jih daje institucionalna oblika dela. Zato je smiselno hkrati z osebnim načrtovanjem razvijati tudi druge oblike dela – predvsem individualni paket storitev z bivanjem izven zavoda – saj je to oblika zagotavljanja podpore, ki je najbolj prilagojena tej metodi. Tako bi presegli institucionalno umeščenost specializiranih enot in ju nadgradili s »specializirano obravnavo v skupnosti«. Taka oblika podpore bi morala biti zelo intenzivna in bi se približala zgledu dela Small Supports organizacij iz Velike Britanije, kar bi bilo smiselno takrat, ko je to mogoče, kombinirati tudi z vračanjem otrok v družine in jim tam zagotoviti individualni paket storitev ali pa tak paket uporabiti pri razvoju specializiranega rejništva (za več smernic glej Cantwell idr., 2012; Guidelines for the Alternative Care of Children, 2010). Individualni paket storitev namreč ponuja veliko več fleksibilnosti in krojenja podpore po osebni meri, kar je v okviru institucionalnega varstva veliko bolj omejeno, oz. celo nemogoče.

Preseganje institucionalnih oblik dela lahko ustvari pogoje za podporo, prilagojeno po osebni meri uporabnikov, s tem pa tudi za bolj produktivno ravnanje s tveganji in eskalacijami ter manjšo ali nično »potrebo« po uporabi PVU (za zgled glej Kelly, 2009; Richardson & Mason-Angelow, 2024, str. 32–44).

Glede na to, da sta specializirani enoti pilotna projekta, o obeh premalo vemo. Prvi podatki, ki smo jih poskusili vsaj delno analitično obdelati, so nastali pravzaprav med raziskavo. Pa še pri tej smo imeli kar veliko težav pri razumevanju kvantitativnih podatkov o uporabi PVU in TVU. Gotovo bi moralo ministrstvo, preden uvede nekatere rešitve iz specializiranih enot v zakonski

okvir, bolj tesno, načrtno in raziskovalno spremljati oba pilotna projekta in samo uporabo prisile v obeh. S strokovnjaki za človekove pravice in pravo bi bilo nujno razčistiti status »terapevtskega varovalnega ukrepa« v odnosu do PVU in uvesti poenoteno beleženje in postopke odobritve obojega. »TVU« ima vse bistvene značilnosti PVU, torej ga je treba obravnavati kot PVU, tako glede uporabe kot tudi poročanja.

7.7 Literatura

Basaglia, F. (2017). *Scritti: 1953-1980*. il Saggiatore.

Cantwell, N., Davidson, J., Elsley, S., Milligan, I. & Quinn, N. (2012). *Moving Forward: Implementing the 'Guidelines for the Alternative Care of Children'*. Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland.

Chapman, C. (2014). Becoming perpetrator: How I came to accept restraining and confining disabled Aboriginal children. V B. Burstow, B. LeFrançois & S. Diamond (ur.), *Psychiatry Disrupted: Theorizing Resistance and Crafting the (R)evolution* (str. 16–33). McGill-Queen's University Press.

Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 491. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491

Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2017a). *General comment No. 5 on living independently and being included in the community*. United Nations. https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no5-article-19-right-live

Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2017b). *Report of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities: General Assembly, Official Records, Seventy-second session, Supplement No. 55 (A/72/55)*. United Nations. https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=dtYoAzPhJ4NMy4Lu1TOebOyWznln3F6u2vVkqo%2fomXtSn4CLtA238Fdsx9hOv5ZF626c2zYyRNX0SwvVArEwf0cfrjBslIHMtGZ5DMpgmMA%3d

Croft, C., Beckett, C., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A., Kreppner, J., Stevens, S. E. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Early adolescent outcomes of institutionally-deprived and non-deprived adoptees. II: Language as a protective factor and a vulnerable outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(1), 31–44. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01689.x

Del Giudice, G. (2020). *… e tu slegalo subito: Sulla contenzione in psichiatria*. Edizioni Alphabeta Verlag.

Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov*. Založba /*cf.

Goffman, E. (2019). *Azili: Eseji o socialni situaciji duševnih bolnikov in drugih zaprtih varovancev*. Založba /*cf.

Guidelines for the Alternative Care of Children, Pub. L. No. A/RES/64/142 (2010). https://digitallibrary.un.org/record/673583?v=pdf

Hawks, M. (ur.)(2018). Defining Gentle Teaching. Gentle Teaching International. https://gentleteaching.com/wp-content/uploads/2019/12/181002-De%EF%AC%81ning-Gentle-Teaching.pdf

Hennessy, B., Hunter, A., & Grealish, A. (2023). A qualitative synthesis of patients' experiences of re-traumatization in acute mental health inpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30, 398–434.

Hewett, D. (ur.)(2018). The Intensive Interaction Handbook. Sage Publications.

Hoksbergen, R., Laak, J. T., Rijk, K., Van Dijkum, C. & Stoutjesdijk, F. (2005). Post-Institutional Autistic Syndrome in Romanian Adoptees. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *35*(5), 615–623. https://doi.org/10.1007/s10803-005-0005-x

Human Rights Council. (2013). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez* (A/HRC/22/53).

Human Rights Council. (2019). *Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities* (A/HRC/40/54).

Kelly, D. (2009). Personalised support. V S. Newman (ur.), *Personalisation: Practical thoughts and ideas from people making it happen* (str. 61–70). Pavilion.

Konvencija o otrokovih pravicah (1990). https://www.gov.si/assets/ministrstva/MIZS/SRI/Konvencija_o_otrokovih_pravicah.pdf

Konvencija o pravicah invalidov (2008). https://www.gov.si/assets/ministrstva/MK/Zakonodaja-ki-ni-na-PISRS/Kulturna-raznolikost/1c24133420/Konvencija-o-pravicah-invalidov.pdf

Lumos. (2024). *Children in Institutions! The Risks*. Lumos. https://www.wearelumos.org/wp-content/uploads/2024/03/Factsheet_Lumos_Risks.pdf

Matte-Landry & Collin-Vézina (2021). Patterns of Change in Restraints, Seclusions and Time-outs over the Implementation of Trauma-informed Staff Training Programs in Residential Care for Children and Youth. *Residential Treatment for Children & Youth*. 39(1), 1-25.

Odbor za otrokove pravice. (2007). *General comment No. 9 (2006) The rights of children with disabilities* (CRC/C/GC/9).

Opening Doors for Europe's Children. (2017). *Deinstitutionalisation of Europe's Children Questions and Answers*. Opening Doors for Europe's Children. https://www.hopeandhomes.org/publications/deinstitutionalisation-of-europe-children-guide/

Rafaelič, A. (2015). *Pomen povezovanja in vključevanja pri oskrbi po meri človeka in procesih dezinstitucionalizacije (doktorska disertacija)*. Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.

Rafaelič, A., Žerjav, N., & Flaker, V. (2012). Nomadi norosti na poti mimo norišnic in zaporov: potopis kot so ga s pomočjo drugih zapisali Andreja, Neja in Vito. *Časopis za kritiko znanosti* 40 (250), str. 213-279.

Richardson, M. & Mason-Angelow, V. (2024). *A Deep Dive into the Small Supports experience in Plymouth: The Life and Economic Impact of Small Support Provision*. NDTi. https://www.ndti.org.uk/assets/files/A-Deep-Dive-into-the-Small-Supports-experience-in-Plymouth.pdf

Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., O'Connor, T. G., Stevens, S. E. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(1), 17–30. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01688.x

Rutter, M., Kreppner, J., Croft, C., Murin, M., Colvert, E., Beckett, C., Castle, J. & Sonuga-Barke, E. (2007). Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(12), 1200–1207. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01792.x

SAMSHA – Substance abuse and Mental Health Services Administration (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Pridobljeno 16.3.2025 s https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf

Sashidharan, S. P., Mezzina, R. & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *28*(6), 605–612. https://doi.org/10.1017/S2045796019000350

Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo: Smernice za uveljavitev in podporo trajnostnemu prehodu iz institucionalne v družinsko in skupnostno oskrbo otrok, ljudi z oviranostjo, ljudi s težavami z duševnim zdravjem in starih ljudi v Evropi (M. Petan & P. Mesec, prev.; elektronska izd). (2021). Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

Sutton, S. (2018). Living Fulfilled Lives: Empowering People with Learning Disabilities: Empowering People with Learning Disabilities. Sarah Grace Publishing.

Svet Evrope. (2005). *Recommendation Rec(2005)5 of the Committee of Ministers to member states on the rights of children living in residential institutions* (Rec(2005)5). https://search.coe.int/cm#{%22CoEIdentifier%22:[%2209000016805daac2%22],%22sort%22:[%22CoEValidationDate%20Descending%22]}

Svet Evrope. (2010). *Recommendation CM/Rec(2010)2 of the Committee of Ministers to member states on deinstitutionalisation and community living of children with disabilities* (CM/Rec(2010)2). https://search.coe.int/cm#{%22CoEIdentifier%22:[%2209000016805cfa92%22],%22sort%22:[%22CoEValidationDate%20Descending%22]}

Škraban, J. (v tisku). Secure unit and risk management practices in a long-term mental health institution in Slovenia. *e-cadernos CES [Online]*, 42.

UNICEF. (2024). *In Focus: Ending the institutionalization of children and keeping families together*. UNICEF. https://www.unicef.org/eca/media/37776/file/In%20Focus%20Ending%20the%20institutionalization%20of%20children%20and%20keeping%20families%20together.pdf

van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R., Johnson, D. E., Nelson, C. A., Reijman, S., Skinner, G. C. M., Zeanah, C. H. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: A systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, *7*(8), 703–720. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30399-2

World Health Organization. (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training: course guide*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605

Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., Carlson, E. & The Bucharest Early Intervention Project Core Group. (2005). Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. *Child Development*, *76*(5), 1015–1028. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x

Zoran, K., Fras, S., Kapus, A., Mauch, K., Rafaelič, A., Škraban, J. & Pečnikar Oblak, V. (2024). *Podpora ustanovam in organizacijam v procesu preobrazbe in uvajanju sprememb deinstitucionalizacije*. Inštitut RS za socialno varstvo.

8 POVZETEK KLJUČNIH UGOTOVITEV (Juš Škraban in Vera Grebenc)

Raziskava je dala vpogled predvsem v varovane oddelke kot obliko dela. Z vidika uporabnika namestitev na varovani oddelek v življenjski svet vpelje predvsem posebne ureditve, ki so povezane zlasti z zagotavljanjem varnosti na oddelku. Splošni varnostni ukrepi ožijo življenjski svet, vpeljani pa so predvsem zaradi urejanja življenja več (domnevno nevarnih) ljudi na enem mestu in kot taki niso odziv na različna tveganja, ki so razlog za namestitev konkretnih uporabnikov na varovani oddelek. Zapiranje na varovane oddelke je isti nediferenciran ukrep za vse uporabnike, ne glede na njihove konkretne okoliščine, ki so tam, kjer so živeli prej, privedle do namestitve.

Obravnavo na oddelku pogojuje institucionalna oblika dela. Oskrbo zoži na izvajanje rutin, ki jih poznamo z drugih zavodskih oddelkov, a jo še bolj oklestijo zaprta vrata; ta krnijo, »zamrzujejo« oskrbo. Omejitve so posledica tega, da imajo tamkajšnji stanovalci nalepko nevarnosti. Oskrbo je trenutno možno prilagajati v okvirjih, ki jih daje oddelek, institucija, uporaba metod pa v tem kontekstu ne more biti produktivna, saj so bile metode, ki jih sogovorniki omenjajo (osebno načrtovanje, analiza tveganja), razvite za delo v skupnosti in prav zato zahtevajo drugačne, skupnostne oblike dela (npr. osebni paket storitev).

Varovani oddelki torej niso prostori rehabilitacije, okrevanja, temveč uporabnikom prej poglabljajo kariero duševnega bolnika, ožijo njihove socialne mreže, krčijo njihovo družbeno vlogo in podobno. Z drugimi besedami, varovani oddelki ne morejo odgovarjati na potrebe ljudi. Poudariti je treba, da pa ni tako zaradi osebnih lastnosti osebja, saj varovani oddelki tudi njim onemogočajo produktivno delo oz. resnična človeška srečanja.

Omejitve, ki jih vsebuje ta oblika dela, je treba iskati v sistemski umeščenosti varovanih oddelkov. Ti so namreč zadnja možnost, ko naj bi bile že vse druge, manj omejujoče alternative izčrpane. Dejavniki, ki pospešujejo nameščanje na varovane oddelke, so povezani z ožjim življenjskim kontekstom uporabnikov (s slabim socialno-ekonomskim položajem, negotovimi stanovanjskimi pogoji, predhodno institucionalizacijo, šibkimi ali izključujočimi socialnimi mrežami, prestopki uporabnikov, zaradi katerih so drugi v skrbeh) in širšim družbenim kontekstom (negotove družbeno-ekonomske razmere, kot npr. socialno izključevanje, revščina in institucionalizirana družba s pomanjkanjem skupnostnih oblik podpore).

Vsi ti dejavniki tudi ovirajo odpust. Organizacija služb je vzrok, da je intenzivna podpora, ki jo ponuja varovani oddelek, možna le s premestitvijo tja in ne zunaj zavoda. Postopki podpirajo strukturno vlogo varovanih oddelkov, zato v pomanjkanju nosilnih skupnostnih služb na terenu vlada predvsem dobro naoljen stroj nameščanja (in ne odpustov). Do teh pride redko (18 % vseh stanovalcev leta 2023). Tega ne gre razumeti kot anomalijo, temveč bolj kot simptom organizacije služb, ki temelji na institucionalnih odgovorih na dolgotrajne težave v duševnem zdravju. Pomanjkanje skupnostnih služb povzroča tudi precej dolge namestitve (v povprečju 5 let, 40 % stanovalcev je tam več kot 5 let). Varovani oddelek je torej črna luknja, ki jo je težko zapustiti.

Zaradi vsega tega varovani oddelek v praksi ne izkaže svoje deklarativne funkcije zagotavljanja intenzivnejše podpore, temveč je intenzivnost njegovega delovanja iskati v premestitvi, izkoreninjenju iz življenjskega sveta in v zapiranju. Varovani oddelek je torej prostor odlaganja domnevno nevarnih ljudi – bolj kot potrebam uporabnikov je namenjen potrebam sistema, ki mora ljudi, s katerimi ne zmore delati drugače, nekam dati, odstraniti.

Na področju otrok in mladostnikov s težavami v duševnem razvoju in hkratnimi vedenjskimi in čustvenimi težavami se je v zadnjih letih s specializiranima enotama v CUDV oblikoval podoben odgovor na intenzivne in kompleksne potrebe kot varovani oddelki. Ti dve enoti namreč vsebujeta vse ključne elemente varovanih oddelkov, zato tudi drsita v podobne pasti in težave, pa tudi kršitve pravic, kot se to dogaja na varovanih oddelkih za odrasle. Ta trend je treba prepoznati in podpreti spremembo smeri v razvoj intenzivnih skupnostnih služb za delo s to skupino otrok in mladostnikov.

Zakon o duševnem zdravju trenutno normira varovane oddelke in postopke nameščanja na način, ki je v očitnem navzkrižju z določbami Konvencije o pravicah ljudi z ovirami, ki temelji na spodbujanju avtonomije in vključevanja v skupnost. Zakonodaja bi lahko imela tudi drugačno vlogo in bi normirala tako proces preobrazbe varovanih oddelkov kot tudi skupnostne službe po koncu tega procesa. A take spremembe lahko sproži predvsem politika, ki deluje proaktivno za zmanjševanje prisile.

Trenutno stanje je treba preseči, to pa se lahko zgodi le, če v temelju prevprašamo delovanje trenutnega sistema, predvsem oblik dela in organizacije služb. Navedenih težav sistema

varovanih oddelkov torej ni možno popravljati z majhnimi ukrepi, npr. z več kadra, saj bi več osebja delalo še vedno v istem institucionalnem oddelku, ki že po definiciji onemogoča produktivno delo in krši pravice ljudi. Težav ne smemo reševati niti tako, da bi najprej krepili skupnostne službe in se šele potem lotili spreminjanja varovanih oddelkov, saj bodo postelje teh vselej polne, saj to narekuje način financiranja in že preprosto njihov obstoj: dokler bodo obstajali varovani oddelki, bodo njihove postelje polne, saj bodo imeli drugi akterji možnost, da nekoga tja pošljejo.

Skupnostne službe moramo krepiti *hkrati in sorazmerno* z odpravljanjem prostorov varovanih oddelkov. Hkratnost teh dveh procesov narekuje, da varovanih oddelkov kot organizacijskih enot zavodov ne smemo samo ukiniti, temveč preobraziti v skupnostne službe. V tem procesu je pomembno izhajati od spodaj navzgor, iz življenjskega sveta stanovalcev na varovanem oddelku in uporabnikov, ki jim preti namestitev. V Sloveniji imamo razvito metodično osnovo za takšno delo (še najbolj osebno načrtovanje in analiza tveganja), manjkajo pa različne oblike, ki bi omogočale produktivno delo v skupnosti, kot jih poznamo iz tujine (npr. osebni paket storitev, varovanje v skupnosti, pogojno tudi intenzivnejše stanovanjske skupine). V izbranih praksah iz tujine smo namreč opazili tako alternativne oblike kot tudi alternativno in produktivnejšo rabo podobnih metod. Raznovrstnost potreb uporabnikov naj narekuje raznovrstne oblike dela. Vloga politike in zakonodaje je, da te procese dosledno podpreta in hkrati zavrneta vsako podporo krepitvi institucionalnih oblik dela. Poleg storitev je treba omogočiti tudi širše družbene pogoje za tak proces, ki so odslikava dejavnikov, ki trenutno spodbujajo namestitve: zagotavljanje fleksibilne, a trdne stanovanjske preskrbe, izboljšanje socialno-ekonomskega položaja, preprečevanje drugih oblik institucionalizacije, krepitev in inkluzivnost socialnih mrež in podobno.

9 IZHODIŠČA ZA PREOBRAZBO VAROVANIH ODDELKOV (Vito Flaker)

Varovane oddelke je mogoče (kot obliko) ukiniti oz. izprazniti na dva načina. Izpraznimo jih lahko s preprečevanjem oz. ustavitvijo sprejemov nanje in hkrati z odpuščanjem oz. posamičnimi preselitvami. Lahko pa jih preobrazimo, spremenimo v terenske, skupnostne službe.

9.1 Preobrazba varovanega oddelka

9.1.1 Širitev življenjskega prostora

Prvi korak na ravni življenjskega sveta stanovalcev je širitev možnosti na oddelku. To pomeni manj omejitev, fokusirane ukrepe za varnost, večje možnosti izhodov, bolj pogoste obiske, organiziranje izletov in letovanj; pomeni pa tudi večjo moč odločanja stanovalcev o delovanju oddelkov, samoupravljanje oddelka (avtentične skupščine). Vse to naj bi spodbujalo udeležence k ustvarjanju osebnih kot tudi skupne vizije – za stanovalce novega življenja, za osebje novega načina dela in svoje poklicne vloge.

9.1.2 Okrepitvene metode

Na ravni metode bi to moralo pomeniti korenito preusmerjanje od »obravnavanja varovancev« k *pristopu*, ki temelji na povsem človeškem *srečanju* in skupnem delu. Pomeni tudi vzpostavljanje vzdušja spoštljivosti, upoštevanje človeške enkratnosti, perspektive vrlin, vidika stanovalca, večjo človeško bližino in krepitev moči stanovalcev. To pa hkrati pomeni dosledno abstiniranje od uporabe prisile (ne le prisilnih sredstev) in dosledno odpiranje vrat takih oddelkov.

Takšen pristop je tudi značilnost zaokroženih metod, ki smo jih v preteklosti razvili: osebnega načrtovanja, analize tveganja in svetovanja oz. širše socialnega dela, ki temelji na delovnem odnosu. Te je treba v procesu tudi uporabiti – tako za spreminjanje življenja na samem oddelku, kakor za načrtovanje življenja in oskrbe po odpustu, preselitvi. A je, kot se je izkazalo, samo uvajanje teh metod premalo – treba jih je vedno znova prilagajati konkretnim situacijam, jih na resničnih oddelkih uveljaviti, hkrati pa z njimi, pa tudi mimo njih, uveljavljati temeljno usmeritev počlovečenja, medčloveških srečanj, saj zaokrožene metode »pokrijejo« le del, čeprav obsežen, človekovega življenja oz. življenja neke skupine. Gre torej za obrobnejše dogodke in razmerja, ki pa jih je na koncu veliko in postanejo pomembni.

Prav to in kolektivna razsežnost preobrazbe oddelka zahtevata posebno pozornost za krepitev moči. To pomeni uveljavitev zagovorniške drže delavcev na oddelku na sploh, posamezne zagovorniške akcije in pa skupno odločanje pa tudi analiziranje in spreminjanje razmerij moči. Forum za ti dve zadevi naj bi bile skupščine. Torej je pri preobrazbi varovanih oddelkov (še posebej in na posebne načine) treba uporabiti in razvijati metodo »terapevtskih skupnosti« oz. skupščin, za kar je potrebna občutljivost za skupinsko dinamiko in procese v skupini. Ta je pomembna tudi kot podlaga za razvoj timskega dela kot metode, tima kot oblike dela in organizacije.

9.1.3 Množenje oblik

Na ravni oblik je že od začetka preobrazbe oddelka treba uvajati *storitveni model*, temu naj bi bile druge oblike (sredstva, programi, ukrepi) podrejene. Praktično to pomeni, da stanovalci vse bolj postanejo naročniki storitev in da se delo osebja oblikuje kot storitev (ne pa kot ukrep oz. program). Magistralni način oz. oblika, kako vzpostaviti uporabnika (stanovalca varovanega oddelka) kot naročnika, so osebni paketi storitev (na podlagi osebnega načrta in predvidoma z uporabo finančnih sredstev, ki so varovanemu oddelku zagotovljena). Druga preizkušena in komplementarna oblika so ključni delavci. Ti zagotavljajo izvajanje in uresničevanje osebnega načrta, hkrati pa tudi organizirajo sprotne storitve, ki jih načrt ni mogel predvideti. Manj preizkušena, a gotovo manjkajoča storitev, še posebej na varovanem oddelku, je neodvisno zagovorništvo. Za to, in marsikatero drugo storitev, so potrebni zunanji sodelavci. Vključevanje teh pa je še ena oblika (prostovoljno delo, delo zunanjih izvajalcev), ki spreminja delovanje oddelka in intenzivira njegovo preobrazbo.

Metode in oblike dela, ki se razvijejo v procesu preobrazbe oddelka, so dobra popotnica oz. dota za delo zunaj zavoda, to pa je tudi cilj preobrazbe. Iz te dote se ob prehodu v skupnost lahko neposredno razvijejo stanovanjske skupine, ki omogočajo intenzivno delo, in mobilni tim, ki lahko posreduje oz. kadrovsko okrepi zdaj razpršene enote na območju, ki ga preobraženi zavod pokriva, pa tudi onkraj. Nekatere oblike se bodo prenesle v delo v skupnosti, a se bodo pri tem prilagajale novi umestitvi, nekatere med njimi bodo v obliki, kot so jo imele še na varovanem oddelku, odmrle (npr. skupščine) in, upajmo, v spremenjeni obliki vzniknile tudi zunaj.

9.1.4 Demokratična organizacija

Na organizacijski ravni je med pomembnejšimi izzivi demokratizacija vodenja, med prvimi koraki pa vzpostavljanje timskega dela. To pomeni, da mora zasedba delavcev na oddelku postati tim. Zaradi večjega izziva in tudi zaradi tega, ker lahko predvidevamo, da bodo člani tega tima imeli pomembno vlogo pri izvajanju intenzivne oskrbe in posredovanju v kriznih situacijah v skupnostnem okviru, mora biti tim, v nasprotju z obstoječo prakso, sestavljen iz sposobnih in angažiranih strokovnjakov in takih delavcev, ki so se pripravljeni učiti in spoprijeti z novimi nalogami. Tim se mora sproti učiti in delovati kot akcijska skupina. To pomeni ne le to, da mora biti akcijsko usmerjen v spreminjanje, preobrazbo oddelka, temveč tudi hevristično, poizvedovalno pristopati svojemu delu, raziskovati in spremljati procese na oddelku. Tim oz. akcijska skupina mora imeti zunanje člane. Za podporo v ustanovi in v stikih z zunanjimi službami mora v njem sodelovati vsaj kakšen vodilni član osebja, za povezovanje z drugimi službami in omogočanje pogleda »od zunaj« pa tudi stalni zunanji honorarni sodelavci, dobri poznavalci ali okolja ali dezinstitucionalizacije. Na timske konference, skupščine pa tudi druge dogodke in dejavnosti, ki bi jih zanimale, pritegnile ali pa bi k njim lahko prispevali, pa kaže vabiti tudi druge zunanje akterje, glede na priložnost in njihovo ekspertizo.

Poseben organizacijski izziv je zagotoviti sredstva za preobrazbo. Poleg namenskih sredstev za zagon nekaterih novih dejavnosti in angažiranje dodatne delovne sile in zunanjih sodelavcev so potrebna premostitvena sredstva za preselitve stanovalcev in prenos dejavnosti v skupnost. Prednost varovanega oddelka je prav v tem, da ima priznane boljše normative v primerjavi z drugimi enotami, a jih bo za nekatere dejavnosti preobrazbe treba dopolniti s projektnimi sredstvi, oz. črpati iz virov onkraj zavodovega proračuna (zunanje sodelavce lahko financira njihova matična organizacija, ko je to del njihovega siceršnjega dela, oz. jih ta projektno pridobi).

Prav tako pomemben organizacijski izziv je tudi sodelovanje z zunanjimi instancami (sodišče, centri za socialno delo, psihiatrične bolnišnice …) in spreminjanje razmerij z njimi. Zdaj so varovani oddelki predvsem pasivni sprejemnik ljudi, ki jih nanje napotijo. S preobrazbo pa postanejo aktivni udeleženec takih dogajanj. Zagovorniška funkcija, ki naj bi jo varovani oddelki pridobili nasproti drugim akterjem, ima tudi »pedagoško« razsežnost. Da bi se izmenjave z drugimi spremenile, je treba predrugačiti načine skupnega delovanja, akterje vplesti v

delovanje oz. preobrazbo oddelka, jih dialoško »poučiti« o novih smotrih in načinih skupnega dela.

9.1.5 Prispevek k prožnejšemu sistemu

Preobrazba varovanega oddelka je paradigmatsko pomembna za preobrazbo sistema, hkrati pa jo mora sistem omogočati. Predvsem mora sistem (in upravljalci sistema) omogočati, da se varovani oddelki v preobrazbi znebijo funkcije »odlagališča«, ki jo imajo zdaj. To pomeni krepitev zunanjih služb (o tem pozneje), pomeni pa tudi ureditev »prometa« v sistemu. Če naj bi se varovani oddelek preobrazil, mora prenehati sprejemati nove stanovalce nanj. To lahko na eni strani stori z administrativnim odlokom, a ta ne bo rešil vseh stisk, ki nastajajo na terenu. Torej mora na drugi strani vsaj prispevati k drugačnim rešitvam hudih stisk – ali tako, da jih »sprejme« (tj. zagotovi storitve) v skupnostnih oblikah intenzivne oskrbe, ki jih razvija, bodisi tako, da s svojimi izkušnjami, znanjem pa tudi že usposobljenim kadrom prispeva k razvoju odgovorov, katerih nosilec bodo druge službe na terenu.

Za preobrazbo varovanega oddelka (ki predvidoma poteka hkrati s preobrazbo celotne ustanove), je potrebna izdatna zunanja podpora, podpora sistema. To pomeni podporo matičnih ministrstev, posebnih strokovnih teles za podporo procesa (kot je predviden center za dezinstitucionalizacijo), kadrovskih šol, pomembnih ustanov na tem področju in v okolju zavoda. Naloga varovanega oddelka (kot akcijske skupine) ni, da to podporo na splošno ustvari, lahko pa jo išče (in najde), celo zahteva, oz. jo na določene trenutke svojega delovanja ustvari. Med nalogami takšne podpore je tudi zagotavljanje sodelovanja zunanjih ekspertov v timih zavoda, kakor tudi ustvarjanje skupnosti – polja sprememb, ki lahko postane podlaga drugačnega, bolj prožnega in na uporabnika usmerjenega sistema.

9.1.6 Premagovanje regulativnih ovir

Spreminjanje zakonodaje ni naloga preobrazbe varovanega oddelka, to mora storiti politika. Je pa naloga varovanega oddelka opozarjati na potrebe po spremembah zakonodaje, tako na zakonske ovire kakor na možne rešitve, ki lahko pospešijo preobrazbo. Na ravni zakonodaje je tudi pomembno odpraviti glavne formalne ovire za nemoteno preobrazbo. Tako je npr. treba vsaj zamrzniti zahteve verifikacije varovanih oddelkov ali pa ustrezni pravilnik na mah dopolniti tako, da bo omogočal preobrazbo – spremenjene načine delovanja, vključno s preselitvijo intenzivne oskrbe z varovanjem v skupnostno polje.

9.1.7 Politični vpliv

Prav tako ni naloga varovanega oddelka v preobrazbi voditi politiko na tem področju. Je pa gotovo naloga akcijske skupine, da je eden izmed pobudnikov politične akcije, ki omogoča preobrazbo in ukinitev zaprtih oddelkov. Tudi v oblikovanju take politike, ki ne bo potekala pretežno od zgoraj navzdol, temveč bo produkt delovanja polja preobrazbe, se pravi, povezovanja in dialoga med njenim akterji. Varovani oddelek lahko v procesu preobrazbe organizira dogodke – posvete, kulturne akcije ipd. – namenjene ozaveščanju javnosti, problematizaciji zapiranja in prisile, pa tudi razgaljenju zahtev po zapiranju. Hkrati bo akcijska skupina od odločevalcev zahtevala dosledno izvajanje reforme in sprejemanje ukrepov, ki jih lahko na koncu sprejmejo le oni. V ta namen morajo varovani oddelki odločevalce in tiste z večjim vplivom pritegniti v svoje delo, v polje svojega delovanja.

9.1.8 Spreminjanje vrednot

Preobrazba varovanega oddelka je tudi pomemben civilizacijski dosežek, ki spreminja družbene aksiome ravnanja z ljudmi, ki uvaja etiko in estetiko kot ključni vodili takega ravnanja, problematizira zapiranje, promovira solidarnost, prevrednoti norost, duševno bolezen in tudi druge družbene odklone, spreminja družbeno delitev dela, prostora in virov; in je tudi pomemben vir nasprotovanja birokratizaciji, regimentaciji in gospostvu – vzpostavlja večjo svobodo. Tega se morajo udeleženci preobrazbe oddelka zavedati, se po tem ravnati in biti zgled takih sprememb.

9.2 Izpraznitev varovanih oddelkov

Drug način, da se znebimo varovanih oddelkov, je, da jih izpraznimo – tako, da ustavimo sprejeme in spodbujamo odpuste. Ta način je bolj tehničen, menedžerski, pa tudi bolj racionalen in primeren za zavode, ki imajo šibek preobrazbeni potencial, oziroma v primerih, ko je glavni akter sprememb protagonist prehoda v skupnost zunaj zavoda. Kljub temu da sta načina različna, imata veliko skupnih značilnosti. Teh presečišč ne bomo dosledno ponavljali, jih pa je treba uporabiti v obeh primerih, morda na prilagojen način. V nadaljnjem besedilu se torej osredotočamo na razlike.

9.2.1 Zapleti življenjskega sveta

Preprečevanje sprejemov oz. namestitev na varovani oddelek mora odgovarjati na stiske, ki jih ljudje doživljajo v svojem domačem okolju, te pa se razlikujejo od stisk, ki jih ljudje doživljajo, ko že bivajo na varovanem oddelku. Glede na deklarativni namen varovanih oddelkov – varovanje ljudi, ki so nevarni drugim ali sebi, bi lahko sodili, da gre za zelo dramatične dogodke

in hude stiske, vendar pa nam izkušnja govori drugače. Na varovanih oddelkih ne bomo našli veliko nevarnih ali samomorilnih ljudi, pač pa kopico nebogljenih in ubogih.

Na namestitev na varovani oddelek bolj kot nevarni *dogodki* vplivajo druge okoliščine, kot so *konstelacija* življenjskega sveta, sil in moči v njem, pa tudi faza v *karieri* »duševnega bolnika«. To pomeni, da so resnični povodi za sprejem na varovani oddelek poleg hude stiske in medosebnih zapletov, ki človeka izvržejo iz njegovega sveta, lahko precej banalni, prozaični. Pomanjkanje sredstev za osnovno preživetje, brezdomstvo ali izredno slabe stanovanjske razmere, samotarstvo in nerazumljenost, somatska bolezen, ki zmanjša siceršnjo učinkovitost spoprijemanja z življenjem so pogosti vzroki za napotitev na varovani oddelek, saj pristojne terenske službe ne najdejo oz. ne premorejo sredstev, kako se na take stiske odzvati. Še bolj je to očitno in precej manj dramatično, ko gre za premestitve iz drugih ustanov, saj sprememba okolja ni dramatična, pogosto pa tudi razlogi ne. Človeka, denimo, ki je dolgo v psihiatrični bolnišnici (in ga ne morejo več »aktivno zdraviti«), pa ga nimajo kam odpustiti, bodo premestili v posebni zavod, proti njegovi volji le na varovani oddelek. Premestitve z odprtih oddelkov ali drugih ustanov, ki se zgodijo zaradi prekrškov, ali so tako videti, imajo sicer nekaj več dramatičnega naboja, a kljub temu nimajo tako izražene dramatične razsežnosti, saj sprememba okolja ni velika in izhaja iz tega, da jih tam ne znajo ali zmorejo oskrbeti. To pa je tudi skupna značilnost vseh namestitev oz. sprejemov.

Tak je tudi pogled z drugega konca, torej ob odpustu, morda bolj porazen. Človek se nima kam vrniti, nima sredstev za življenje, koga, ki bi poskrbel zanj. Pogosto tudi viri, ki jih je doma zapustil, propadejo, nima jih več na razpolago. Posledica je, milo rečeno, velika negotovost oz. brezperspektivnost po odpustu. Ta pogled pa ni le njegov, pač pa ga poznajo tudi tisti, ki naj bi ga odpustili in mu pri odpustu pomagali.

9.2.2 Kako ostati ali priti na svoj teren

Osnovna oz. najbolj ustrezna metoda za preprečevanje sprejemov je torej osebno načrtovanje, pogosto podprto z analizo tveganja. Prav tako je to nujno za učinkovit in uspešen odpust. Ta je pravzaprav preselitev, osebnemu načrtu pa lahko dodamo prilastek »preselitveni«. V okviru ali mimo tega je pogosto potrebno tudi zagovorništvo (še posebej pri preprečevanju sprejemov). So pa v taki situaciji, ki lahko zahteva več različnih storitev in izvajalcev pa tudi presenetljive rešitve, pomembne spretnosti posredovanja, brokerstva storitev oz. poznavanja zakonskih

ureditev, dajatev in lokalnih virov. Spretnost usklajevanja ni pomembna le pri koordinaciji osebnih paketov, temveč tudi pri ustvarjanju res skupnostnih odgovorov.

Med oblikami, ki lahko nadomestijo varovane oddelke (našteli jih bomo v nadaljevanju), so tudi take, ki imajo svojo posebno metodologijo (npr. družinske konference, krizne intervencije), ki jih oblika narekuje.

9.2.3 Oblike, ki nadomeščajo varovane oddelke

Oblike, ki lahko tako ali drugače nadomestijo varovani oddelek, lahko razvrstimo glede na progresivno oddaljevanje od varovanega oddelka prek vmesnih skupin, kapilarnih osebnih storitev k resnično skupnostnim oblikam – takim, ki niso samo locirane v skupnosti, pač pa so člani skupnosti, celo skupnost sama, izvajalci oskrbe.

Tabela 21 Oblike, ki nadomeščajo varovane oddelke

Institucija →	**Vmesne službe →**	**Osebne storitve →**	**Skupnost kot izvajalec**
preobrazba zavoda	stanovanjske skupine	krepki osebni paketi storitev[58]	krizno bivanje v drugi družini
preobrazba varovanega oddelka	s pojačano navzočnostjo	intenzivna osebna asistenca	skupnostne konference
širitev dejavnosti, možnosti	s tehničnimi prilagoditvami	intenzivno terensko delo	družinske konference
uvajanje storitvenega modela	krizni centri –	storitve opore	odprti dialog
uvajanje okrepitvenih metod	– v zdravstvu[59]	spremljanje	problemske timske konference[60]
skupščine	– v sociali	obiskovalci	podporne skupine
vstop neodvisnih zagovornikov	začasne namestitve	gospodinje	»posvojitve«
timsko delo	center za zagovorništvo	zagovorništvo	Občansko zagovorništvo
mobilni tim	skupnostni timi	krizne intervencije	Vrstniško zagovorništvo
vključevanje zunanjih sodelavcev in služb	timi za krizno posredovanje	krizni timi	prostovoljno delo
prostovoljno delo in tabori	timi za usklajevanje in povezovanje	podporni timi	tabori
preselitve (in konec varovanega oddelka) →	…[61]	…	…

V prvem stolpcu predstavljamo tiste oblike dela, ki naj bi se razvile med preobrazbo varovanega oddelka (in zavoda). Te se tudi prenesejo po preobrazbi zavoda in postanejo skupnostne oblike z značilnostmi preostalih treh kategorij oblik oskrbe. V drugem stolpcu so oblike, ki so po svojih

[58] Kot npr. *Small supports.*
[59] Preobrazba psihiatričnih bolnišnic, oddelek splošne bolnišnice, center za duševno zdravje.
[60] Ob posameznih dogodkih, primerih.
[61] V zadnji vrstici tri pike ponazarjajo, da seznam ni izčrpan oz. da si je možno zamisliti še druge take oblike.

značilnostih in strukturi nekje vmes med institucionalno oskrbo in storitvami, ki so namenjene posameznikom. Značilnost teh oblik je, da potekajo za več uporabnikov hkrati, kolektivno, pogosto na enem mestu in da so vsaj deloma programirane ne glede na dejansko sestavo uporabnikov. Osebne storitve v tretjem stolpcu pa so oblike, ki so prostorsko razpršene, namenjene enemu uporabniku kot odgovor na povsem njegovo situacijo. V zadnjem stolpcu pa so oblike dela, ki imajo skupnostno dimenzijo, so praviloma tudi kolektivne, a se od vmesnih struktur razlikujejo v tem, da jih izvajajo oz. v njih sodelujejo pripadniki oz. so izraz skupnosti.

Našteli smo večje število oblik, tistih značilnih. Lahko bi jih še več (zato tri pike na koncu stolpca); poanta je, da si kot nadomestilo za zapiranje treba zamisliti več kot le eno ali dve alternativi, saj imajo ljudje, ki jih zdaj nameščajo na varovane oddelke, zelo različne okoliščine in stiske, na katere je treba odgovoriti. Skupna lastnost teh oblik bi morala biti, da je v njih dominanten storitveni model, pa čeprav jih morda sestavljajo tudi posamezni ukrepi (npr. odpust) in sredstva (npr. nastanitev, sredstva za preživetje in oskrbo, doto – vsaj v višini stroškov oskrbe na varovanem oddelku). Skupna lastnost je tudi ta, da imajo skupnostno usmeritev.

9.2.4 Pluralnost izvajalcev

Prvo organizacijsko vprašanje je, kdo bo vzpostavljal in vodil te oblike. Odgovor je na dlani, izvajalcev bo več. Nekatere bodo organizirali sedanji zavodi, ki se bodo preobrazili v skupnostne službe, druge javne službe, ki delujejo terensko in imajo tak potencial,[62] ali pa nevladne organizacije, še zlasti tiste, ki si izpričano prizadevajo za vključevanje in aktivno vlogo uporabnikov.

Pri tem je pomembno opozoriti, da morajo med organizatorje biti vključeni uporabniki. Če naj bi res bile te oblike oskrbe namenjene njim, morajo biti uporabniki tudi njihovi načrtovalci, soizvajalci ali (v skupnostnih oblikah) celo njihovi ustanovitelji. Pomemben izziv je tudi zaposliti uporabnike kot vrstniške oskrbovalce oz. sodelavce z osebno izkušnjo. To je tudi ena od

[62] V preteklosti so centri za socialno delo imeli močno vlogo pri ustanavljanju in organizaciji skupnostnih služb. Glede na svojo umeščenosti in poslanstvo bi lahko nekatere oblike vzpostavljali novi centri za duševno zdravje. Nekatere oblike (spremstvo, družabništvo in seveda gospodinjska pomoč) bi lahko v svoje delovanje vključili zavodi za oskrbo na domu. Razne javne svetovalne službe bi lahko, kot je to včasih počel Svetovalni center, organizirale skupnostne oblike svetovanja (npr. odprti dialog, družinske konference, prostovoljno delo …). To bi tudi prispevalo k raznovrstnosti ponudbe teh služb, ki so se v zadnjem obdobju močno homogenizirale – kar je bolj namenjeno njihovi »racionalizaciji«, videzu preglednosti – menedžerskim postulatom, kakor pa dobremu izvajanju storitev in zadovoljstvu uporabnikov.

garancij, da bodo nove in stare službe z novimi oblikami dela res usmerjene v skupnost in da bodo delovale demokratično in timsko.

9.2.5 Pilotiranje sistema

Glavna značilnost sistema, ki bo spodbujal nastanek in obstanek takšnih oblik, je skupnostna usmeritev, glavna operacija za spremembo sistema pa dezinstitucionalizacija. Ta je ozadje, na katerem poteka izpraznjenje varovanih oddelkov. Pristop, ki ga v tem delu obravnavamo, je pravzaprav dezinstitucionalizacija na omejenem območju. Preobrazba oddelka v sklopu preobrazbe zavoda namreč daje nove skupnostne odgovore, ki kot tipalke iščejo sodelavce, zaveznike zunaj, medtem ko se pri tem drugem načinu mora zgoditi veliko več zunaj zavoda, saj je ta zares objekt takšnih prizadevanj. Zunaj zavoda se bo moral torej vzpostaviti manjši sistem, ki bo preprečeval sprejeme in omogočal odpuste.

Glede lokacije in tarče delovanja si lahko zamislimo dva scenarija. Za enega, recimo mu scenarij A, je izhodišče neko zaokroženo geografsko območje (predvidoma tako, na katerem ni zavoda), za drugega, scenarij B, zavod, ki nima potenciala preobrazbe.[63] V prvem (A) je središče dogajanja lokalna skupnost, določeno območje. Preselitve oz. odpusti se iz več zavodov stekajo vanj, preprečevanje namestitev pa je tudi lokalna dejavnost, namenjena naj bi bila prebivalcem tega območja, ki bi jim grozila namestitev na katerikoli zavod. V drugem primeru (B) je žarišče dogajanja določen zavod, iz katerega radialno selimo oz. odpuščamo stanovalce varovanega oddelka na številne lokacije, na drugi strani pa preprečujemo vsak sprejem (namestitev) iz katerega koli kraja. V obeh scenarijih se je treba odločiti za žariščno lokacijo delovanja, določiti glavnega akterja operacij odpuščanja in preprečevanja sprejemov, najti vire za zagonske in premostitvene stroške operacij, načrtovati nov način pretoka uporabnikov in sredstev za njihovo oskrbo (a tudi izvedbo obeh operacij), urediti njihove formalne statuse in določiti vloge udeleženih akterjev, še zlasti sodišča. To velja za oba scenarija, le da je izvedba različna.

V scenariju A (območje) je potrebna odločitev (bolje akterjev na območju kot odločitev od zgoraj), da bodo akterji na tem področju skupaj s skupnostnim timom, ki ga predvideva strategija za dezinstitucionalizacijo, na eni strani preprečili vsako namestitev v institucije, na drugi strani pa, da bodo svoje sokrajane, ki so zdaj razpršeni po varovanih oddelkih v več

[63] Potencial preobrazbe lahko pomeni marsikaj, kar lahko spodbuja tak proces, oz. ga v primeru pomanjkljivega potenciala ovira. Med odločilnimi dejavniki je predvidoma pripravljenost oz. nepripravljenost vodstva in strokovnega kadra, morda izkazan ali pričakovan odpor v neposrednem okolju. Seveda so take ocene zelo arbitrarne in imajo majhno napovedovalno vrednost o tem, kaj se bo zares zgodilo.

slovenskih zavodih, vrnili domov. V drugem (B) scenariju je podobno odločitev treba sprejeti za izbrani zavod. Hkrati pa je treba tudi izbrati protagonista, ki bo proces vodil, saj bo zavod le udeleženec v procesu. Smiselno je imeti oz. določiti vodilnega akterju tudi v prvem (A) scenariju. Nabor za izbor takšnega subjekta je načeloma tako širok, kot je nabor izvajalcev raznih oblik v prejšnjem razdelku, a kot kandidata za vodilno vlogo izstopata skupnostni tim, ki ga predvideva strategija dezinstitucionalizacije, ali kakšna propulzivna nevladna organizacija, ki ima izpričan interes za dezinstitucionalizacijo (kot je npr. bil YHD na področju telesne onemogočanosti).[64]

V scenariju A je vloga vodilnega partnerja pri organizaciji odpustov oceniti situacijo (število krajanov na varovanih oddelkih, njihove potrebe, nabor lokalnih izvajalcev ipd.), načrtovati odpuste oz. preselitve, najti izvajalce za njihovo oskrbo in usklajevati delovanje akterjev, še posebej sodišča. V scenariju B sta dve možnosti, kako se bo protagonist operacij preprečevanja sprejemov in spodbujanja odpustov vpletel v delo zavoda. Prva je, da v polje stopa kot zunanji organizator preselitev, oz. da zagotovi možnosti za odpust. Druga, podobna preobrazbi oddelka, je, da prevzame varovani oddelek, z njim upravlja in omogoča preselitve oz. odpuste tako, da v izvornih okoljih stanovalcev najde izvajalce intenzivne oskrbe glede na potrebe in želje posameznih stanovalcev, jih opremi in podpre za tako delo.

Pri preprečevanju sprejemov je vloga akterjev (pa tudi potek operacije) manj jasna. Odpusti namreč zadevajo konkretne ljudi, ki so na varovanem oddelku, gre za povsem določeno skupino, medtem ko je kandidat za sprejem lahko kdorkoli. Našli bi jih lahko na čakalnih listah, v postopkih, ki že potekajo na sodiščih, ali pa med ljudmi, ki bi jih lahko ocenili, da imajo hude stiske, ki zahtevajo intenzivno oskrbo. V scenariju A bi lahko za prvi dve kategoriji (čakalne liste, postopki pred sodiščem) ugotovili število takih primerov na določnem področju, jih lahko celo

[64] Ukinjanje varovanih oddelkov lahko sovpada s praznjenjem celotnega zavoda, a ne nujno. Akcija je lahko usmerjena tudi samo na varovane oddelke – v prvem scenariju (A) bi šlo za stanovalce varovanih oddelkov z določenega območja in uporabnike z intenzivnimi težavami na tem območju, v drugem scenariju (B) pa pač za izpraznitev oddelka v določenem zavodu ne glede na poreklo oz. destinacijo uporabnika. V tem scenariju je dejavnost seveda bolj razpršena in bo protagonist preselitev potreboval večje število zaveznikov oz. sodelavcev v številnih okoljih. Sklenemo lahko, da je torej prvi scenarij laže izvedljiv, medtem ko je prednost drugega, če se ga posreči izvesti, da ima večji in obširnejši multiplikativen učinek.

identificirali, medtem ko je zadnja kategorija kandidatov za napotitev v zavod bolj izmuzljiva – najprej je težko določiti kriterij intenzivnosti potreb, potem pa take kandidate identificirati.[65]

V scenariju B pa je takšna ocena obsega težje določljiva. Glede na trende števila vlog bi sicer lahko ocenili število ljudi, ki bi jim bilo treba preprečiti sprejem, a bi jih glede na geografsko razpršenost zelo težko identificirali. V tem scenariju bi lahko sicer moratorij na sprejeme administrativno preprečil nove sprejeme, a to ne bi zagotovilo oskrbe tistim, ki bi jih sicer sprejeli (kar bi krnilo razvojni potencial takšnega projekta oz. akcije). To bi lahko povzročilo neko vrsto transinstitucionalizacije, nameščanje na varovane oddelke drugih zavodov. Ta učinek bi lahko deloma omejili tako, da bi v celotnem sistemu omejili sprejeme tako, da se ne bi povečevali. To bi rešilo problem transinstitucionalizacije, ne pa stisk ljudi, ki bi jih sicer sprejeli. To breme oz. naloga bi padlo na lokalne službe, razpršene po vsej državi. Pri tem obstaja možnost, da bi akcijska skupina, ki bi vodila akcijo, takim službam na daljavo zagotovila podporo pri oskrbi in dodatna sredstva za njeno izvajanje.

Medtem ko naj bi financiranje preobrazbe varovanega oddelka potekalo predvsem prek zavoda, v katerem se oddelek preobraža, gre v modelu praznjenja za organiziranje finančnih tokov med udeleženci. Gre pa tudi za zagotovitev in dotok novih sredstev za premostitvene in zagonske stroške. Glavni premostitveni strošek je financiranje obstoječih kapacitet, medtem ko se praznijo. Delovanje oddelka, ki je na pol prazen ali celo povsem prazen, je kljub temu treba financirati (stroški vzdrževanja prostora, stroški osebja; zmanjšajo se le stroški preskrbe (hrane) stanovalcev). Nastanejo zagonski stroški dveh vrst. Na ravni posameznih uporabnikov nastanejo preselitveni stroški (ureditev življenjskih razmer, zagon paketa storitev), na organizacijski ravni pa nastanejo tudi mimo premostitvenih še stroški priprave in izvedbe akcije, kar utegne poleg dodatnega dela nekaterih akterjev tudi pomeniti vzpostavljanje nekaterih novih struktur. Predvidevamo lahko, da bodo taki stroški v obeh scenarijih podobni.

Tudi dotok in pretok sredstev bi lahko bila v glavnih potezah podobna. Smiselno bi bilo, da bi s proračunom akcije upravljal nosilni partner in iz tega financiral tako prazna mesta v zavodih, kakor tudi zagonske stroške na ravni uporabnikov in dodatnih organizacijskih dejavnosti. Za

[65] To je deloma rešljivo z upoštevanjem statistike namestitev na varovane oddelke s tega področja. Glede na časovne trende bi lahko ocenili, koliko uporabnikov na leto lokalne službe namestijo na varovane oddelka. Če bi to število bilo večje od tistih na čakalnih listah in v postopkih pred sodiščem, bi lahko na območju poiskali uporabnike z najbolj perečimi stiskami.

zagonske stroške oskrbe uporabnikov bi kazalo ustanoviti iz temu namenjenih sredstev sklade za financiranje intenzivne oskrbe, iz katerih bi na način neposrednega financiranja ali podoben način črpali oz. dodeljevali sredstva za posamezne osebne pakete ali druge oblike nadomestne oskrbe. Razlika med scenarijema bi bila predvsem v tem, da bi bilo financiranje praznih mest v zavodih v scenariju A razpršeno na več zavodov, v scenariju B bi pa bilo razpršeno financiranje oskrbe na več izvajalcev na širšem območju. V scenariju A bi bil sklad za oskrbo lokalen, v scenariju B pa dostopen po vsej državi. Podobno bi veljalo za organizacijska sredstva, ki bi v scenariju A bila namenjena lokalnim organizacijam, v scenariju B pa brez take omejitve.

V takem poskusnem oz. pilotnem mini sistemu obstaja tudi vprašanje formalnega statusa uporabnikov, s tem pa tudi vloge sodišč. V sedanjem sistemu na ravni financiranja sprejem pomeni upravičenost (zavoda) do sredstev za oskrbo, odpust pa prenehanje take upravičenosti. Na ravni statusa pa sprejem pomeni delno izgubo državljanskih pravic, odpust pa njihovo povrnitev. V novem sistemu, tudi poskusnem, bi moralo biti drugače. Ob odpustu bi moral stanovalec po vrnitvi osebne suverenosti državljana obdržati pravico do oskrbe. Dogovor o storitvah oz. potrditev osebnega paketa (ekvivalent sprejema) pa mu ne bi smela odvzeti nobenih državljanskih pravic. Z vidika vloge sodišča odpust ni problematičen, nadaljevanje oskrbe pa je stvar dogovora s financerjem oskrbe oz. ureditve, za zdaj delovanja pilotne akcije. Pri »sprejemu« oz. njegovi alternativi pa se zastavi vprašanje, kakšna je lahko oz. bi morala biti vloga sodišča.

Sodišče namreč zdaj ob namestitvi oz. sprejemu na varovani oddelek opravlja trojno vlogo oz. ima hkrati tri naloge: da ukrepa proti volji človeka, da ga omeji (z zapiranjem) in mu hkrati dodeli upravičenost do oskrbe. Tega pa ne stori z ugotavljanjem intenzivnosti potreb (kot se npr. stori pri dolgotrajni oskrbi), temveč na podlagi presoje prisebnosti in ogrožanja. V ureditvi, v kateri je intenzivna oskrba dostopna brez odločbe sodišča, sodišču ostaneta drugi dve nalogi – če je kljub nasprotovanju človeku treba zagotoviti oskrbo in če je kljub vsemu človeka treba omejiti. Predvidevamo lahko, da bo v razmerah dostopnosti oskrbe takih primerov odločilno manj, a se bodo še vedno pojavljali. Sodišče bi v takem primeru lahko odločilo, da mora neka služba kljub nasprotovanju uporabnika v situaciji vztrajati, biti na voljo uporabniku in ga spremljati,[66] če pa to ni dovolj, uporabniku zapovedati, da oskrbo sprejme. Ob tem, če je nujno,

[66] V takem primeru sodišče postane naročnik storitev namesto uporabnika.

lahko določi tudi fokusirane omejitve ali druge ukrepe, ki odvrnejo nevarnost. Tako ravnanje sodišča je analogno ravnanju pri določanju nadzorovane obravnave v skupnosti, le da bi takšna obravnava v okviru, ki ga tu obravnavamo, morala biti socialna, se pravi temeljiti na socialnem izvedenstvu in ukrepih (analiza tveganja in osebno načrtovanje). Glede na scenarija, ki smo ju predvideli, je tak dogovor oz. ureditev s sodiščem bolj izvedljiva v scenariju A, oz. z enim lokalnim sodiščem.

9.2.6 Poskusna pravila

Takega poskusa seveda ni možno izvesti po obstoječem pravnem redu. Zato je potreben pilotski red, ki za pilotiranje sistemskih sprememb vzpostavi nova pravila za omejen čas in področje. Za pripravo take akcije je torej treba pripraviti nova pravila, njen statut oz. pravilnik, ki bo določal razmerja med akterji, moratorij, način delitve sredstev in nov način odločanja sodišča. Uveljavljanje pravil je treba spremljati, ovrednotiti njihovo učinkovitost, to pa je v nadaljevanju dobra popotnica za prenovo zakonodaje, ki ureja varovane oddelke.

9.2.7 Politika

Za preskus načina izpraznitve varovanih oddelkov je potrebna odločna politična volja. Ustvariti jo je treba od spodaj navzgor, to pa pomeni večjo angažiranost zainteresiranih akterjev (uporabnikov, angažiranih strokovnjakov), pomeni pa tudi večje vpletanje odločevalcev v polje akcije. Sam poskus pa lahko prispeva h krepitvi takega polja oz. polja dezinstitucionalizacije, k mobilizaciji akterjev za poznejšo obsežnejšo reformo.

Tak poskus vzpostavlja tudi nove obrazce v politiki socialnega varstva. Pilotiranje je premik od racionalističnega ravnanja, v katerem predpostavke postavimo glede na nepreverljive aksiome in postulate, ki jih torej tudi ni treba preverjati, k bolj empiričnemu, eksperimentalnemu ravnanju, ki ne postavlja strukture in sistema, temveč ju razvija s tem, da vzpostavi polje skupnega delovanja.

Pomeni pa tudi spodjedanje kvarnih učinkov predstavniške logike in fragmentacije sistema. V delujočem polju je manj prostora za uveljavljanje parcialnih interesov te ali one organizacije, korporativnih interesov povezav, ki so se vzpostavile. Več je prostora za pobude ljudi, neposrednejše odločanje in dialog med udeleženci.

***

Presečišče med načinoma, kako odpraviti varovane oz. zaprte oddelke, je razmeroma obsežno. Videli smo, da so metode dela, ki bodo učinkovito prispevale k spremembam, zelo podobne, skoraj identične, razlikuje se predvsem njihova umestitev in to, kdo jih bo izvajal. Oblike dela se tudi ujemajo, le pot njihovega nastanka je drugačna. V obeh primerih smo poudarili množenje pluralnosti izvajalcev. Razlika je v tem, da je to v drugem primeru treba storiti že od začetka, medtem ko je zavod v preobrazbi na začetku precej osamljen v svojih dejanjih in mu je, tudi zaradi dediščine logike azila, tvorne vezi v okolju, v katero se seli, teže vzpostaviti. Razprava o pretoku sredstev in statusu uporabnika, vlogi sodišča je v drugem primeru očitno neizogibna, v prvem pa se je zaradi inertnosti sistema tega težje lotiti in vzpostaviti ustrezne, emancipacijske rešitve. Pri snovanju nadaljnjih korakov je torej treba upoštevati obe perspektivi, saj vsebujeta elemente, ki so pomembni tako za eno ali drugo. Še več, predvidevamo lahko, da bo vsak dejanski poskus vseboval elemente obeh, oz. da se bomo gibali nekje vmes med opisanima (idealno tipskima) pristopoma.

***

Odpravljanja družbene anomalije, ki ji pravimo »varovani oddelek«, se je treba lotiti predvsem aktivno, na terenu. Izbrati je treba lokacije prvih poskusov in tam začeti delo. Za preobrazbo oddelkov sta logični izbiri Dutovlje in Hrastovec. V Dutovljah je preobrazba varovanega oddelka nujna za dokončanje procesa preobrazbe zavoda,[67] Hrastovec[68] pa naj bi bil za tak podvig naslednji na vrsti. Izbira lokacij za drugi način razformiranja varovanega oddelka je manj na dlani. Morda je najboljši način izbire razpis, na katerega bi se prijavili tisti, ki so za kaj takega zainteresirani.

Za izvedbo obeh vrst pilotiranja je potrebna temeljita priprava, ne le izdelava projekta, temveč tudi njegova dejanska konceptualizacija v dialogu udeležencev. Pri zasnovi projekta ne gre

[67] V Dutovljah so namreč preselili večji del stanovalcev, nekaj pa jih je še ostalo kot usedlina na varovanem in negovalnem oddelku. To se je zgodilo kljub vloženi energiji v preobrazbo oddelka in tudi, vsaj v nekem obdobju, soglasju, da je to ključna naloga projekta preobrazbe. To nas opozarja na to, da se je težko izogniti »snemanju smetane«. Zato bi morali strateško zastaviti kot prioriteto in začetek dela v vsaki preobrazbi zavoda ukinitev oz. preobrazbo takega oddelka. S tem se bomo izognili situaciji, ki jo imajo zdaj v Dutovljah, okrepili proces z znanjem, ki bi ga preobrazba oddelka ustvarila, hkrati pa, kar ni zanemarljivo, spremenili zavod v njegovem disciplinskem bistvu – drugim stanovalcem ne bi več grozila premestitev nanj oz. bi pomenila nagrado – ekspresni vlak na prostost. Stanje v Dutovljah pa nas opominja tudi na problem negovalnih oddelkov, na to, da so tudi ti v svojem učinku zaprti, pa tudi na to, da zahtevajo prilagojeno »tehnologijo« preseljevanja – tehnologijo, ki bo uporabna tudi za dezinstitucionalizacijo domov za starejše.

[68] Hrastovec ima zaradi svoje tradicije velik preobrazbeni potencial, tudi ključni del vodstva je temu naklonjen, zaradi velikosti pa je tudi simbolno pomemben in bi imel velik multiplikativen učinek. Senco dvoma na njegov potencial meče postopek izbire strokovne vodje, saj niso izbrali najbolj pripravljene kandidatke.

upoštevati le doktrine, evropskih in drugih smernic, strategije dezinstitucionalizacije, temveč tudi izkušnje iz Dutovelj in še prej iz Hrastovca, se učiti tako iz dosežkov kot napak. Da se bomo izognili preveč tehničnemu, papirnatemu pristopu, se je pri pripravah treba tudi vračati k virom dezinstitucionalizacije, predvsem k izvornim bazaljanskim zamislim in izkušnjam.

Strategija dezinstitucionalizacije vsebuje tudi dva ključna elementa, brez katerih bi ukinjanje varovanega oddelka na en ali drug način bilo težavnejše. To sta predvidena centra – za dezinstitucionalizacijo in zagovorništvo. Vloga prvega je očitna – zunanja podpora procesom, vključevanje vanje in spodbujanje v zastojih (ne le spremljanje in vrednotenje). Vloga drugega je lahko v nekaterih ozirih podobna, je pa lahko ključna pri dinamiziranju dogajanja na oddelku (npr. zunanji člani skupščine), težavnih preselitvah, preprečevanju sprejemov, vzpostavljanju odnosov s sodiščem in z drugimi organi odločanja.

Vendar pa to ne bi smelo vzpostaviti strokovnjaške logike, ki bi onemogočala sodelovanje drugih akterjev po načelu pristojnosti. Poskusi, ki jih tu spodbujamo, potrebujejo ne le veliko, temveč tudi raznovrstno podporo. Idealno naj bi vsak poskus ustvaril svoje polje delovanja in sodelovanja, ta pa bi morala (skupaj z drugimi procesi prehoda v skupnost) tvoriti skupno polje. Na lokalni ravni bi morali biti vir nastanka polja skupnostni timi (ponesrečeno poimenovani »multidisciplinarni timi«), na nacionalni pa omenjena centra.

Na preobrazbo oz. nadomeščanje varovanih oddelkov moramo namreč gledati kot na ključni del širšega procesa ne le dezinstitucionalizacije socialnih zavodov in drugih podobnih ustanov, temveč tudi kot ključno dimenzijo ne le sistema, temveč tudi metod in oblik dela in organiziranja. Na praktični ravni to pomeni tudi več spremljevalnih sistemskih ukrepov, ki bodo delo na terenu podprli, hkrati pa tudi to, da bo delo na terenu podprlo podobne spremembe na sploh.

Spremembe varovanih oddelkov ne bodo namreč spremenile življenja samo nekaj sto ljudem, ki so zdaj na njih, temveč precej večjemu delu prebivalstva. Metode, ki se bodo razvijale, utrjevale in potrjevale v tem procesu, bodo uporabne tudi v številnih drugih službah in jih bo treba radialno širiti (npr. vabiti na izobraževanje tudi druge udeležence), posredovati svoje izkušnje širšemu krogu ljudi.

Omogočiti bi bilo treba ustanavljanje nadomestnih oblik (kot smo jih prej očrtali, še zlasti tistih pomembnih, ki jih ne bodo razvijali v pilotskih okoljih) tudi onkraj izbranih projektov (npr. z mikro projekti). Te oblike pa tudi kodirati kot del ponudbe socialnega varstva.

Predvidevamo, da bodo organizacijske rešitve, ki bodo nastajale, lahko izziv, zgled ali podlaga za drugačno – demokratično organizacijo in timsko delo – tudi v drugih organizacijah tako, da bodo prispevale k avtonomnejšim oblikam organiziranja, mrežnim in nehierarhičnim povezavam.

Odpravljanje varovanih oddelkov bo imelo, upajmo, neposredne posledice za delovanje sistema, a ga je treba že zdaj začeti spreminjati v smeri in na način, ki ga ta proces predvideva – torej v skupnost in k večji stopnji avtonomnosti, samoupravljanja enot sistema.

Zato se je treba lotiti že zdaj spreminjanja zakonodaje. Očitno je, da je z vidika odpravljanja zapiranja in prisile Zakon o duševnem zdravju zastarel in da ga je treba korenito preoblikovati. Začeti pa je treba spreminjati tudi drugo temeljno področno zakonodajo. Z vidika naše razprave je nujno v zakonodajo, ki ureja dolgotrajno oskrbo, dodati ukrepe, ki bodo omogočali zelo intenzivno in bolj raznovrstno oskrbo, v zakonodajo, ki ureja socialnovarstvene dejavnosti, pa tudi oblike, ki smo jih našteli, in načine njihovega povezovanja z vidika uporabnika. Po vsej verjetnosti bi bilo treba začeti delati tudi na posebnih zakonih prehoda v skupnost, kakor tudi zagovorništva.

Vse to pa zahteva drugačno politiko na tem področju. Na eni strani večji vpliv in možnosti angažiranja uporabnikov in neformalne sfere, na povsem drugi pa večji stik odločevalcev s terenom.[69] Vmes pa resnično, eksistencialno angažiranje vseh drugih akterjev, njihovo nesebično povezovanje in skupno delovanje.

Pregled korakov in njihovo časovno opredelitev predstavljamo v naslednji tabeli. Naredili smo jo samo za ponazoritev.

Tabela 22 Razvoj dejavnosti za ukinjanje varovanih oddelkov

Dejavnost	Tip	leto 1	leto 2	leto 3	leto 4	leto 5
Pilotiranje ukinjanja varovanih oddelkov	preobrazba	P	X	XX	XXX	X
	izpraznitev A	P	XX	XX	XX	XX

[69] Sestanek sveta za socialno varstvo ali kakšnega podobnega organa na varovanem oddelku ne bi bil le pomembna simbolna gesta, temveč tudi priložnost vsaj bežne izkušnje oddelka in stika z njegovimi stanovalci in torej bolj resničnega vtisa ne le o varovanih oddelkih, temveč o posledicah delovanja celotnega sistema.

	izpraznitev B	P	XX	XXX	X	
razvoj oblik in metod	lokalni projekti (razpršeni)	P	X	XX	XX	XX
ustanovitev podpornih teles	center za dezinstitucionalizacijo	U	XX	XXX	XXX	XXX
	center za zagovorništvo	U	X	XX	XXX	XXX
revizija pravnih okvirov	Zakon o duševnem zdravju	X	X	XX	XX	X
	Zakon o dolgotrajni oskrbi	X	XX	X	XX	X
	Zakon o socialnem varstvu	X	XX	X	X	XX
	Strategija dezinstitucionalizacije[70]	XX				
ozaveščanje	posveti, konference, okrogle mize, kulturni dogodki in manifestacije	X	XX	XX	XX	XX

Legenda: P1 – priprav pilotov (izbor lokacij oz. akterje, skupne priprave projekta ipd.); P2 – priprava manjših projektov (izbor tem, razpis, izbor izvajalcev in lokacij); U – ustanovitev; X – dejavnost (več znakov – intenzivnejša dejavnost).

S tabelo hočemo ponazoriti, da gre za več plasten proces, v katerem se morajo dejavnosti dopolnjevati in medsebojno krepiti. Med seboj se morajo tudi povezovati, ne samo vsebinsko in tematsko, temveč tudi personalno oz. tako, da udeleženci posameznih dejavnosti sodelujejo tudi v drugih, da avtonomno ustvarjajo povezave, se med seboj podpirajo in krepijo. Na takšen način lahko ustvarimo skupno polje delovanja, ki se ne sme drobiti na »vrtičke«, osamljene projekte.

[70] Uvrstitev ukinitve varovanih oddelkov v strategijo.

PRILOGA 1: SLOJI ALTERNATIV VAROVANIM ODDELKOM (ESEJ) (Vito Flaker)[71]

Treba se je lotiti vprašanja, kakšne so alternative varovanim oddelkom. Polemičnim ugotovitvam iz drugih poglavij tega poročila morajo slediti programske zamisli.

Najkrajši odgovor na vprašanje prihodnosti varovanih oddelkov je, da jih je treba ukiniti.

Ta ugotovitev drži, a poraja nova vprašanja. Najprej se postavi vprašanje, kako to storiti. Hkrati pa se bo marsikdo spraševal, kaj jih bo zamenjalo. Odgovor na to vprašanje bomo iskali s pomočjo novega vprašanja – kaj ljudje, ki jih je (ali bi jih) življenjska pot pripeljala na zaprti oddelek, zares potrebujejo.

Izhajamo iz dveh tez:

a) Varovane oddelke je treba ukiniti;
b) in jih nadomestiti ali preobraziti v odgovore, ki bodo resnični odgovor na hudo človeško stisko oz. zelo zapletene socialne (družinske, delovne, sosedske ipd.) situacije.

Ob tem si postavljamo programska vprašanja:

1) Kaj bo varovane oddelke nadomestilo?
2) Kaj zares ljudje v hudi stiski oz. v nevzdržnih razmerjih in razmerah zares potrebujejo oz. česa si želijo?
3) Kako varovane oddelke ukiniti?

Kljub temu, da varovani (in drugi zaprti) oddelki, delujejo tako, da se nam mora zdeti, da so nujni (tako nam pravi tudi zakon, saj varovani oddelki delujejo, če ogrožanja sebe ali drugih »ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči«), pa je praksa dezinstitucionalizacije oz. skupnostne oskrbe pokazala s številnimi primeri, da to ne drži (Toresini, 2017; Škraban, 2024).

To pomeni, da varovani oddelki niso samo etično sporni in strokovno neučinkoviti, temveč da so tudi nepotrebni. Obstaja namreč množica pristopov k hudi človeški stiski in kriznim situacijam, veliko oblik intenzivne podpore, ki so se razvile v okviru prizadevanj za skupnostno oskrbo. Te je treba dodatno razvijati, okrepiti in povezati v delujočo celoto.

[71] Besedilo ni lektorirano.

Pri tem je treba izhajati iz potreb ljudi, situacijskih momentov, ki sprožajo kritične odzive, jih obravnavati skupnostno, ne zgolj kot pomanjkljivosti posameznikov, temveč kot zadeve, ki jih lahko rešimo le skupaj.

Življenjski svet

Na ravni življenjskega sveta nas zanimajo dogodki, ki bi sicer eventualno sprožili namestitev na varovani oddelek. Zanima nas njihovo pojavljanje in konstelacije, v katerih se pojavljajo, pa tudi ravnanje z njimi, ko se že pojavijo, oziroma njihovi razpleti, odziv nanje in nova razmerja sil, ki jih ustvarijo.

Zanimajo nas tudi spremembe varovanega oddelka kot življenjskega sveta, ki se lahko zgodijo kot posledica preobrazbe ustanov oz. samih varovanih oddelkov. In tudi življenjski svet, ki ga človek po odpustu s takega oddelka ustvari.

Zanima nas tudi, kakšen bi bil življenjski svet brez grožnje varovanega oddelka, torej brez premestitve; kako se razpletajo medosebni zapleti, krepi gotovost ali presega takšno ali drugačno oženje življenjskega prostora.

Razpletanje

Razpletanje situacije, ki je tako ali drugače dobila večje ali manjše dramatične razsežnosti, se utegne zdeti težko in naporno, včasih skorajda nemogoče brez posredovanja nekoga tretjega.

Ko se znajdemo v takšni situaciji, si pogosto želimo preboja, čudežne in hipne razrešitve zapletene in obremenilne situacije. To je treba tudi omogočiti – s hipno razbremenitvijo najbolj obremenjenih akterjev situacije, pa naj bo to sam človek, ki mu pripisujemo to, da povzroča zaplete, dramo, ali drugi, bližnji, ki jih situacija najbolj obremenjuje in ki skupaj s prvim akterjem situacijo doživljajo kot brezizhodno.

Ko se srečamo z dramatično situacijo take vrste, lahko (tako na ravni srečanja v življenjskem svetu, kakor na ravni metode[72]) ravnamo produktivno na dva nasprotna načina. Ali lahko zaplet, incident dedramatiziramo, ga povsakdanjimo, banaliziramo ali pa ga poskušamo razumeti, pokažemo zanj zanimanje, saj gre za nekaj nenavadnega, izjemnega, iz česar lahko izvemo tudi nekaj novega (tudi zase) (Flaker idr., 2008, str. 239–253). Temu lahko rečemo

[72] Gre za bolj ali manj spontan, refleksen odziv ali pa sistematični pristop. Vsekakor pa na ravni življenjskega sveta samega »metode« na moremo razumeti kot zgolj strokovno ravnanje, temveč zavestno odločitev, da v situaciji ravnamo drugače kot sicer.

»fenomenološki pristop«, za katerega je značilna izkušenjska odprtost (ravnanje mimo predsodkov oz. vnaprejšnjih idej o tem, kaj je treba v »takšni situaciji« storiti), predvsem pa zahteva vztrajanje v situaciji (to velja tako za označenega akterja kot za druge) (Lamovec, 1994; glej tudi Flaker, 2024). Tam, kjer varovani oz. zaprti oddelki kot sredstvo premestitve ne obstajajo, je to pač nuja (Toresini, 2017; Felc in Toresini, 2010).[73]

Širitev možnosti

Zoženi življenjski prostor varovanega oddelka lahko širimo navznoter in navzven. Navznoter ga širimo z odpravljanjem splošnih, za mnoge stanovalce nesmiselnih omejitev, ki jih po potrebi zamenjamo s fokusiranimi, na grožnjo in nevarnost usmerjenimi ukrepi. Tako lahko širimo možnosti delovanja in dejavnosti že na oddelku. Navzven pa ga širimo z večanjem možnosti zapuščanja oddelka in udeleževanja zunanjih dejavnosti – stanovalcem omogočimo izhode, obiske, izlete, letovanja in druge dejavnosti, tudi tiste, ki jih imajo stanovalci kot posamezniki (Toresini, 2017).

Na kolektivni ravni k širitvi prostora delovanja lahko odločilno prispeva samoupravljanje oddelka, oddelčne skupščine, na katerih se vsi udeleženi skupaj pogovarjajo o urejanju življenja na oddelku in onkraj njega. Poudariti je treba, da morajo takšne skupnosti biti avtentične, ne pa institucionalne ceremonije, morajo omogočati stanovalcem, da spregovorijo brez zadržkov (brez bojazni pred posledicam), pa ne le tako, da dajejo predloge, temveč tudi da lahko delovanje oddelka in delo osebja kritizirajo; morajo pa tudi angažirati osebje, biti resničen prostor odločanja, tudi o njihovem delu, to pa zahteva njihovo angažirano sodelovanje. (Jones, 1952; Basaglia, 1968)

Glavni dejavnosti pri širjenju življenjskega prostora, njegovih možnosti sta torej krepitev dejavnost in družbeno vključevanje, še zlasti odločanje, ki zadeva potek življenja. Z drugimi besedami, gre za krepitev moči. To lahko poraja življenjska situacija, prostor sam po sebi, ali pa jo najdemo onkraj situacije, jo vanjo »uvozimo«. (Prav slednje nas napoti na abstraktnejše ravni delovanja – metodo in obliko dela).

[73] Že obstoječa alternativa premeščanju na zaprti oddelek, je za posamezne akterje, da obremenjujočo situacijo zapustimo (kar je pogost refleks v vsakdanjem življenju). Posledica zapuščanja prizorišča, situacije, je ta, da nas tam zamenja nekdo drug, ali pa, da človek ostane sam. V slednjem primeru lahko pride do radikalne osamljenosti ali pa se človek znajde na cesti.

Gotovost (ob odpustu)

V primerjavi z odpusti po hospitalizaciji v somatski bolnišnici, pri katerih se večina odpuščenih vrača v urejeno, stabilno izvorno okolje (pa morajo kljub temu pogosto poskrbeti za manjše prilagoditve in oporo drugih), se večina tisti, ki bi bili odpuščeni z varovanih oddelkov socialnih zavodov, mora spopasti z veliko negotovostjo – veliko je takih, ki se pravzaprav nimajo kam vrniti oz. bi se moralo vrniti v situacijo, ki jih je izvrgla. Glavni instrument, tako preselitve kot zmanjševanja negotovosti ob njej, je preselitveni načrt (v kakršnikoli obliki): gotovost se veča, če vemo, kam se bomo preselili, v kakšnem domovanju in s kom bomo živeli, kaj bomo delali, od kod bomo dobili sredstva za življenje, kdo nam bo v oporo in nenazadnje, kako nas bodo videli drugi, kako bo delovala stigma, ki jo bomo s seboj prinesli. Ob načrtu pa gotovost lahko povečajo tudi predhodna dejanja, kot so, denimo, obiski bodočega domovanja, poskusne ali začasne preselitve in drugi načini (omenili smo letovanja), s katerimi človek poskusi živeti zunaj zavoda oz. na samostojnejši in bolj običajen način. V oporo ob preselitveni negotovosti je tudi navezava stikov in ustvarjanje odnosov z ljudmi, ki nam bodo na voljo za pomoč. Ne le zaradi negotovosti, tudi zaradi stigmatizirane kariere, je odpust oz. preselitev treba proslaviti kot nov začetek.

Opomba: V drugi in tretji točki smo pozornost usmerili v širitev možnosti na zaprtem oddelku in gotovosti ob odpustu z njega. Hkrati pa sta oženje življenjskega prostora in vse večja negotovost tudi momenta, ki človeka izvržeta iz njegove siceršnje življenjske situacije. Zato ju moramo misliti ne le kot preobrazbeni moment ukinjanja varovanih oddelkov, ampak tudi alternativno ravnanje v situaciji.

K drugi točki je torej treba dodati alternativo oženju življenjskega prostora – več dejavnosti, družbenih vlog, stikov. K tretji pa krepitev (bivanjske) gotovosti. Slednje je v »družbi negotovosti« videti kot skoraj nemogoča naloga. Pa vendar lahko vidimo nekaj oprijemov gotovosti: stabilne življenjske ureditve in rutine (vključno stabilno in zadostno finančno preskrbljenostjo, stabilnim stanovanjskim razmerjem); družbena in družabna podpora skupnosti, na katero se lahko zanesemo, in nenazadnje močna volja in želja in njen izraz.

Stabilnost in opora skupnosti sta vira moči, močna volja pa moč združuje z željo, življenjskimi cilji, ji podeljuje smer. (Tudi smer, intenca je oprijemališče metode.)

Metoda

Glede na to, da je varovani oddelek oblika dela, ki pravzaprav onemogoča razvoj in izdatnejšo uporabo kreativnih in produktivnih metod, je glavni imperativ na tej ravni prav v razvoju metod, ki lahko nadomestijo izločanje iz okolja oz. namestitev v zaprt prostor. V številnih primerih ni treba varovanega oddelka nadomeščati z alternativno obliko dela, nadomesti jih lahko situaciji ustrezna uporaba take ali drugačne kombinacije metod. Gre torej za krepitev pa tudi množenje metod.

Pristop

Glavna paradigmatska sprememba na ravni metod je premik od »ukrepov« k »pristopu«. Torej od objektifikacije človeka k intersubjektivnosti, od mehaničnega postopanja k organskemu pristopanju; od podrejanja k prirejanju; od zunanjega pogleda na človekovo situacijo k uzrtju te iz nje same, od strokovnega napuha (*hybris*) k spoštljivosti (celo ponižnosti) do sočloveka.

Spoštljivo poseganje

Poseganje v življenjski prostor drugega je tako rekoč bivanjska nuja. Civilno obzirnost in vljudnost, ki je pravilo v vsakdanjem življenju (Goffman, 1963; 1971), je treba v strokovnih posegih (torej na podlagi posebnega družbenega mandata) ne samo upoštevati, temveč nadgraditi s pozornostjo in upoštevanjem značilnosti več stopenj posega v življenjski svet drugega (Flaker, 2024, str. 65–70). Na pojave premoči, vsiljevanja (in prisile), izgube tal pod nogami je treba biti pozoren in jih sproti popravljati ne le pri premestitvah, temveč tudi pri pogovoru, opori, pomoči in koordinirani oskrbi.

Metoda »krizne intervencije« (Caplan, 1964; Kurre in Bose, 2020; Ghelani, 2022; glej tudi Lamovec, 1997; 1998, str. 197–312), ki je metodični poseg v dramatične in krizne situacije z namenom situacijo vsaj začasno razrešiti pa tudi zagotoviti podlago za nadaljnje dolgotrajnejše delo, se pri nas doslej ni razvila.

Biti doma

Glavni cilj metod, še posebej z vidika razprave o varovanih oddelkih, je, da človek ohrani ali pridobi karseda največ suverenosti v svojem življenju – to pa se najbolj izrazi v tem, da ima *svoj dom*. Praktično to pomeni ali ostati doma oz. vsaj v domačem okolju ali da se z varovanega oddelka vrne tja.

V primerih, ko je zamenjava prostora nujna – npr. zaradi prediha, odmika ali počitka od obremenjujoče situacije – morajo v ta namen biti takšne premestitve kratke, omogočati morajo nadaljevanje (vsaj nekaterih) pomembnih dejavnosti v življenju (npr. nadaljevanje šolanja, opravljanje svojega dela, poklica, vzdrževanje stikov s pomembnimi drugimi (starši, otroki, partnerji, prijatelji, tudi sosedi) in pripraviti človeka, da se vrne v domače okolje in znova spopade z izzivi v njem.

Ko pa gre za stalno preselitev (premestitev na lastno željo), pa si mora ustvariti nov dom. Prostor, ki ga v ta namen zagotovi sistem, mora biti karseda vsakdanji, novo došli stanovalec ga mora udomačiti in ga urediti po svoji meri in okusu. Metodo, ki nam pri tem pomaga, pogosto imenujemo normalizacija (Wolfensberger, 1983; Dekleva, 1993; Flaker in Rafaelič, 2023, str. 109–126).

Direktno delo

Direktno delo ne pomeni le neposrednega stika z uporabniki, temveč tudi delo, ki temelji predvsem na mandatu uporabnika, pa tudi skupnosti (Flaker@Boj za, 2012, 35–47). V metodični izvedbi glede na snov varovanih oddelkov to pomeni v prvi vrsti *pričevanje* – neobremenjeno navzočnost in sprejemanje uporabnika takega, kot je. Pomeni tudi odprti prostor (in odprti dialog), prostor, ki udeležence situacije ne sili že sam po sebi v karkoli drugega kot v to, kar nastane v sami interakciji, v prepletu želja in namenov udeležencev. Del takega dialoga je lahko, v namen zmanjševanja verjetnosti neželenih dogodkov analiza tveganja in, če so potrebni, fokusirani omejevalni ukrepi. Glavno metodično orodje je medčloveško SREČANJE.

Oblika dela

Razpršitev

Alternativa zgostitvi restriktivnih prijemov v varovanem oddelku je razpršitev. To pa ne pomeni razpršene uporabe teh istih prijemov na več lokacijah, temveč razpršeno uvajanje afirmativnih pristopov, ki potrjujejo človeško vrednost, omogočajo izraz volje in krepijo moč udeležencev.

V ta namen je mogoče vzpostaviti številne oblike, med njimi krizne centre, krizno bivanje v drugi družini, krizne time – tako tistih, ki se zberejo v oporo človeku v krizi (Zaviršek, 1997), kot takih, ki povezujejo več služb in drugih udeležencev za reševanje konkretnih zapletov. Med oblike skupnostnega pristopa h krizam kakor tudi k dolgotrajnejšim izzivom oskrbe sodijo tudi razne oblike skupnostnih konferenc (družinske konference, odprti dialog ipd.).

Med osnovnimi oblikami, ki lahko intenzivno podprejo uporabnika, so tudi krepki osebni paketi, ki združujejo več storitev v celostno, koordinirano in nosilno obliko. To pa je tudi oblika, ki omogoča največjo možno mero razpršitve in ima zmožnost vsebovanja širokega nabora raznih oblik opore in pomoči - npr. *Small supports* (Kelly, 2009, glej prilogo 2) ali podporni krogi (Perske, 1988).

Storitveni model

Storitveni model, ki je na varovanem oddelku podrejen drugim trem osnovnim oblikam socialnega varstva (ukrepom, sredstvom in programu), mora v alternativnih oblikah prevladati oz. biti glavno načelo oblikovanja odgovorov. Razlog: a) postavi uporabnika v vlogo naročnika (krepi njegovo moč); b) omogoča tkanje finih odgovorov, oskrbo po osebni meri; c) storitve so oblika, ki je manj vezana na eno določeno organizacijo izvajanja.

Pri tem naj bi bila značilnost izvajanja storitev, v nasprotju s klasičnim popravljalnim storitvenim modelom, ustvarjalna oz. produktivna. Hkrati pa naj bi prehod v skupnost tudi preoblikoval storitveni model iz izrazito individualističnega v takega, ki vsebuje tudi skupnost kot akterja (Flaker, 2025).

Seveda pa storitve morajo omogočati tudi drugi oblike, a v podredni skladnji – morajo biti okvir, ki omogoča a) dostop do potrebnih sredstev (za izvajanje storitev kakor tudi za krepitev dejavnosti in vključevanja); b) vključevanje v programe (predvsem tiste, ki so namenjeni splošnemu prebivalstvu (zdravstvene, izobraževalne, razvedrilne, …); c) afirmativne ukrepe, ki preurejajo razmerja v smeri krepitve moči.

Afirmativni ukrepi

Kljub temu, da naj bi ukrepi (kot oblika) bili podrejeni storitvenemu modelu, so v momentu, ko zapuščamo oz. opuščamo varovane oddelke, pomembna oblika, vzvod krepitve moči. Kot smo že večkrat poudarili, morajo *omejevalni* ukrepi biti fokusirani, človeka naj minimalno omejuje, in morajo dopuščati, celo vzpostavljati dialog. Med nujnimi ukrepi v hudih ali dolgotrajnih stiskah morajo biti taki, ki vzpostavljajo *upravičenost* (in torej dostop) do storitev in sredstev, pa tudi taki, ki omogočajo varstvo *pravic* oz. prehod iz diskriminiranega položaja (razrešitev skrbnika, preselitev iz zavoda, z oddelka ipd.). Hkrati pa morajo ukrepi omogočati tudi siceršnje družbeno *napredovanje* (izobrazbeno, družabno, osebno ipd.). Skratka, ukrepi morajo biti taki, da omogočajo čim večjo človekovo samostojnost.

Ničelna toleranca zapiranja in prisile.

V nasprotju z ničelnimi tolerancami do človeškega početja, ki so zares predvsem ideal, ki si ga prizadevamo doseči, pa vemo, da ga povsem nikoli ne bomo (npr. ničelna toleranca do uživanja drog, do nasilja), moramo ničeno toleranco do zapiranja in prisile vzeti dobesedno. Tu (na tem registru) gre za formalna, institucionalna dejanja, ki naj ne bi bila osebno motivirana oz. dejanja po takšnem ali drugačnem družbenem mandatu (in pravilih). V takem okviru je mogoče pričakovati, da bomo izkoreninili zapiranje in prisilo, kakor smo npr. izkoreninili telesno kaznovanje v šolstvu. Tudi empirične izkušnje (pilotske izkušnje v Italiji in drugod) kažejo, da je mogoče zvesti vsaj uporabo zapiranja in fizičnih prisilnih sredstev zvesti na nič.[74]

Organizacijska oblika

Skupnostne službe

Varovani oddelek bi se naj preobrazil v skupnostne službe oz. naj bi ga te nadomestile. Na dva načina. Najprej s splošno okrepitvijo in večjo nosilnostjo osnovnih služb na terenu, ki bi morale zdaj ustrezno, intenzivneje in učinkoviteje odgovoriti na razne zaplete v osebnih in medosebnih situacijah. Preostanek oz. tiste, ki bi zahtevajo več angažmaja ali pa posebnega znanja, bi lahko »reševale«, še vedno v sodelovanju z generičnimi, posebne službe, kot so npr. timi za krizno posredovanje, avtonomne namestitvene enote, ki zagotavljajo večjo stopnjo varnosti, službe za organizacijo (osebnih) timov za intenzivno podporo pa tudi zagovorniške službe. Vse naštete in podobne službe morajo imeti precejšnjo avtonomijo, organizirane pa so lahko kot posebna služba večje organizacije (npr. zavoda v preobrazbi, centra za socialno delo, nevladne organizacije) ali pa kot neodvisne, samostojne službe (to pa je skorajda nuja za neodvisno zagovorništvo).

Demokratičnost

Demokratizacija varovanega oddelka je nujni predpogoj za njegovo resnično preobrazbo. Subjektivacija in krepitev glasu stanovalcev in osebja z nižjim statusom sta njen imperativ pa tudi popotnica za delovanje v prihodnosti oz. na terenu. Da bi delavci novo nastalih služb lahko učinkovito delovali v zapletenih in intenzivnih situacijah, morajo imeti največjo možno

[74] Prisile, v širšem pomenu tega izraza, zelo verjetno s formalno prepovedjo ni mogoče povsem izničiti. Izsiljevanje določenega vedenja, manipulacija, logika nagrad in kazni, niso vgrajene le v varstveni institucionalni sistem, so tudi pogosti načini delovanja v povsem medosebnih odnosih. A taki pojavi, ko se zgodijo v odprtem prostoru, ki ga okrepljeni uporabnik lahko zapusti, niso »zadnja beseda«, imajo lastnost, da lahko postanejo predmet pogajanja, celo dialoga.

avtonomijo, za svoja konkretna dejanja ne smejo biti omejeni z »odgovornostjo« nadrejenim, temveč uporabniku in svoji lastni strokovni etiki (Flaker, 2023). Slednje pogosto pooseblja tim, ki mu pripadajo. Ta mora, po definiciji in zaradi narave svoje naloge imeti demokratični slog delovanja in vodenja (Flaker, 2025). Potrebna je torej dosledna in korenita demokratizacija varovane enote v preobrazbi kakor tudi takšna demokratičnost v delovanju skupnostnih, terenskih služb.

Dispozitiv enakopravnosti

Namesto disciplinskega dispozitiva, ki vedno ustvarja diskriminativno razliko med »vrednimi« in »nevrednimi«, morajo nove službe zagotavljati storitve in druge posege vsem enakovredno, ki ne smejo biti utemeljeni na povprečju ali idealu, temveč na potrebah in pravici do dostojnega življenja v skupnosti.

Akumulirana rezerva

Ključna lastnost varovanih oddelkov, ki jo je treba v njihovi še tako koreniti preobrazbi oz. prevratu ohraniti, so akumulirana sredstva, ki so zbrana za to posebno obliko. Še posebej za posebne službe, ki naj bi tudi občasno okrepile generične službe, morajo obstajati viri za njihovo razpršeno delovanje. V nasprotju z zdajšnjo togo uporabo pa je treba omogočiti njihovo fleksibilno plasiranje v kritičnih situacijah.

Povezovanje (ukinitev odlagališča)

Posebne službe, ki naj bi bile nadomestilo za varovane oddelke, ne smejo sprejeti vloge odlagališče problemov za druge akterje, morajo se izogniti »podajanju kukavičjega jajca«. To pomeni, da morajo na eni strani sprejeti vlogo strokovnjaka, ki je zmožen posredovanja v zapletenih situacijah, hkrati pa mora poskrbeti, da njegova dejavnost ne postane ekskluzivna, v polje svojega delovanja mora vedno vključevati še druge akterje, tisto, kar je bilo skrbniško delo se mora spremeniti v skupno akcijo (kot to npr. velja za družinske konference; *cf.*, Horvat, 2024).

Sistem

Dezinstitucionalizacija je nuja obstoječega sistema. Je tudi nujni pogoj za uspešno uvajanje dolgotrajne oskrbe, ta je pa podlaga za nov sistem, ki bo temeljil na skupnostnih odgovorih.

Dezinstitucionalizacija je korenita sprememba sistema, a jo je bolje pojmovati kot spremembo polja oz. v njem. Med drugim tudi zato, ker so varovani oddelki količinsko le majhna struktura

v sistemu, imajo pa v njem pomembno funkcijo. Njihova ukinitev bo v polju oskrbe imela multiplikativne učinke na razvoj in krepitev terenskih služb.

Dekoncentracija

Imperativ preobrazbe sistema je ukinitev vsakršnih koncentracij ljudi na omejenem prostoru, še zlasti prisilnih. Ničelne tolerance zapiranja in prisile ni mogoče učinkovito uveljaviti, če ne velja za ves sistem. V prehodni fazi je zato treba uveljaviti moratorij na sprejeme v zaprte strukture, kakor tudi moratorij na uporabo prisilnih sredstev.

Zagovorništvo in integracija

Ne bo dovolj vzpostaviti zagovorniške službe in storitve, zagovorništvo mora postati operativno oz. metodično načelo celotnega sistema (Brandon, Brandon, in Brandon, 1995; Flaker, 2024). Ključni delavci in službe se morajo v izhodišču postaviti na stran uporabnikov, delovati v njihov prid in z njihovim jasnim mandatom, si prizadevati za ohranjanje in krepitev njihovih pravic – ne le v formalnih postopkih (pred sodiščem), temveč v vseh potencialno konfliktnih situacijah oz. tam, kjer uporabnik utegne izgubljati moč oz. je nima dovolj, da bi se zoperstavil pritiskom okolja.

Nov sistem mora odpraviti fragmentacijo sistema. Vzpostaviti mora zveznost služb na več ravneh delovanja. Splošna zahteva po timskem delu, med-institucionalnih in interdisciplinarnih timih bržkone ni dovolj. Že same oblike je treba načrtovati tako, da vsebujejo metode timskega dela, da zagotavljajo sodelovanje drugih v timih in da v sami organizaciji obstajajo rešitve, ki to omogočajo, celo zahtevajo.

Z vidika uporabnikov pa mora sistem v ospredje postaviti tiste oblike, ki uporabniku omogočajo preglednost oskrbe, vključevanje njegovih bližnjih, povezovanje s skupnostjo in nenazadnje, nabor najbolj ustreznih izvajalcev storitev – po njegovi meri.

Prevlada socialnega modela in transformativna vloga sodišč

Službe in instance drugih sektorjev, ki stopajo v polje socialnega varstva oz. dolgotrajne oskrbe, morajo na vstopnih točkah (vmesnikih) prevzeti njegovo (novo) logiko. Prizadevati si morajo za čim boljšo oskrbo oz. da bo uporabnik prejemal tisto, kar on ali ona meni, da bo najbolje odgovorilo na njegovo ali njeno situacijo oz. izboljšalo njuno življenje. Postati morajo timski igralci v timih uporabnikov.

S tem v skladu se mora transformirati vloga sodišč – postati mora *transformativna*. Sodišča so namreč že tako vpletena v reševanje stisk ljudi in tako je treba tudi njihovo vlogo definirati. Ne bi smela več odločati o omejevanju človekove svobode oz. ne presojati pogojev za zapiranje (represivna – skoraj retributivna funkcija), temveč iskati načine, kako bo človek v stiski ohranil svoje dostojanstvo oz. okrepil moč svojega delovanja (restitutivna funkcija). Sodišča morajo dobiti moč in drznost odločanja o oskrbi, na podlagi presoje človekove situacije, ne le odločati, temveč določati, ko je treba, nosilce in vrste oskrbe, torej aktivno (a spoštljivo) posegati v življenjsko situacijo človeka pred sodiščem, spreminjati razmerja v njej – torej spreminjati življenjsko situacijo, ne pa je negirati s premestitvijo v izoliran družbeni prostor. V tej smeri bi narok pred sodiščem moral zares postati formaliziran timski sestanek, sestanek osnovne mreže človekovih pomočnikov ali podpornikov. Izrek sodišča (po takem shodu) bi moral biti preskriptiven tako, da bi udeležence (predvsem izvajalce oskrbe) obvezoval k zagotavljanju storitev, sredstev in izvajanju (karseda soglasno sprejetih) ukrepov.

Spremenjena vloga sodišča in sodnih postopkov zahteva socialno izvedenstvo – najprej na področju analize tveganja, a tudi glede načrtovanja oskrbe, timskega dela, pogajanj med udeleženci ipd. V tako spremenjeni konstelaciji psihiatri ohranijo svoje izvorno izvedenstvo (niso pa več proksiji sodišča), ki ga imajo o duševnih procesih, motnjah, prisebnosti, kakor tudi zdravstvenih posegov (zdravila, psihoterapija) in delovanja zdravstvenega sektorja. Njihova funkcija, tudi sicer, zunaj sodnih postopkov, ne more biti več vratarska (gate-keeper), postati mora posredniška, povezava med socialnim in zdravstvenim sektorjem – tako na ravni delovanja in sodelovanja služb v obeh sektorjih, kakor tudi izmenjave drugačnih strokovnih pogledov.

Ukinitev varovalnih oddelkov in okrepitev skupnostnih služb

Končni sistemski učinek naj bi bilo to, da varovani oz. zaprti oddelki sploh ne bi več obstajali, nadomestile naj bi jih bolj učinkovite metode, več oblik, ki bi prevzele njihovo funkcijo oskrbe v zapletenih situacijah. Pri tem ni toliko pomembno, ali gre za samostojne službe ali del neke splošnejše organizacije, razen ko gre za službe neodvisnega zagovorništva (center za zagovorništvo).

Službe, ki bi v sistemu delovale s storitvami visoke intenzivnosti, naj bi nastale bodisi s preobrazbo varovanih oddelkov bodisi kot nove službe v skupnosti (tam, kjer zemljepisnega območja ne pokriva nekega zavoda v preobrazbi oz. če zavod tega ne bi mogel zagotoviti). A je

treba znova poudariti, da ne gre zgolj za premočrtno preobrazbo oz. ustanavljanje skupnostnih ekvivalentov varovanih oddelkov, temveč naj bi šlo za širši, bolj razpršen proces, ki naj bi okrepil osnovne terenske službe (centre za socialno delo, zavode za oskrbo na domu, varstveno delovne centre, …). Krizne, intenzivne službe naj bi delovale skupaj z njimi, ne od njih prevzemale »težke primere«, temveč bi v takih primerih predvsem kot mobilne službe okrepile delovanje osnovnih terenskih služb – bodisi s krepitvijo delovne sile, kadrovske zasedbe bodisi s svojim posebnim znanjem in izurjenostjo.

Sistem pa ne sme delovati zgolj po službah, ki jih vzpostavlja in vzdržuje, temveč tudi z ukrepi, ki naj bi odpravljali tiste okoliščine, ki sicer prispevajo hudim zapletom. To so na eni strani ukrepi, ki posredno večajo človekovo suverenost oz. manjšajo nastajanje nevzdržnih situacij (večji dostop do stanovanj, večja finančna neodvisnost, večje možnosti dejavnosti (tudi zaposlitve) in vključevanja v procese, ki sicer potekajo v skupnosti (ali pa jih je treba na novo vzpostaviti). Na drugi strani pa gre za spreminjanje odnosa do duševnih stisk, norosti, družbene onemogočanosti (invalidizacije) in vzpostavljanja vrednot solidarnosti, vzajemnosti – bratstva.

Hkrati pa bo tudi v optimalno izboljšanem sistemu (delujočega polja) vedno potreba po boju proti vsem oblikam zapiranja in prisile – takim, ki se bodo še pojavljale kot prikriti vzorci v polju socialnega varstva, kakor proti tistim, ki bodo vztrajale v zdravstvenem, pravosodnem pa tudi izobraževalnem sektorju.

Zakonodaja

Zakonodaja bi morala tudi v resnici varovanje svobode postaviti na prvo mesto. Hkrati pa tej pravici ob bok postaviti, tudi kot ključni njen del, tudi pravico do življenja v skupnosti in do opore v ta namen. (Represivno funkcijo pa prepustiti represivnim organom in kazenski zakonodaji).

Prepoved zapiranja

Zakonodaja bi morala izrecno prepovedati zapiranje in prisilo (tudi v drugih sektorjih), hkrati pa ob moratoriju določiti rok za ukinitev zaprtih prostorov obstoj zaprtih struktur.

Zagotavljanje intenzivne oskrbe

Podlaga za zagotavljanje takšne oskrbe bi morala biti zakonsko zagotovljena pravica do oskrbe glede na osebne potrebe upravičenca. Področna zakonodaja (ne zgolj na področju duševnega zdravja) bi morala zagotavljati vse možne oblike intenzivne oskrbe vključno z vzpostavljanjem

medinstitucionalnih timov, terenskih mobilnih služb ipd. To pomeni ne le kvalitativno, temveč tudi kvantitativno večanje obsega pravic. S tem pa tudi drugačno naravo upravičenosti – nižanje praga subsidiarnosti na eni strani in višanje plafona intenzivnosti oskrbe.

Skupnostno zagotavljanje varnosti

Zagotavljanje varnosti bi moralo postati predvsem stvar skupnosti. Moralo bi se na eni stran preoblikovati iz ukrepa v storitev, na drugi pa postati skupnostna zadeva. Upravičenci bi torej lahko glede na svoje potrebe naročili varnostne oz. varstvene storitve (npr. bdenje ob postelji, spremstvo, varovanje na daljavo, …). Hkrati pa bi vprašanja varnosti morala postati zadeva, ki naj bi bila v pristojnosti skupnosti (sorodniških, sosedskih, prijateljskih in vrstniških mrež).

S tem bi se okrepile možnosti za dogovorno, dialoško reševanje medosebnih zapletov, okrepila pa bi se tudi podporna vloga (namesto presodne) strokovnjakov pri takih vprašanjih, tudi odzivnost akterjev na dejansko stisko, okrepila bi integriteta posameznika, ki je (hkrati) ogrožen in ogroža, tudi odzivnost okolja in odgovornost akterja (Flaker, 2023).

Krepitev proaktivnosti

Storitve varovanja bi morala zakonodaja usidrati v človekovem namenu, volji, skrb za varnost bi morala biti potemtakem funkcija uresničevanja take volje (ne njenega izničevanja). Pravni temelj za to je *pravica samoodločanja* (12. člen *Konvencije o pravicah invalidov*, v nadaljevanju Konvencija) in zagotavljanje opore in varnosti s storitvami (19. člen).

Varno prevzemanje tveganja

Zakonodaja mora torej omogočati ljudem, da prevzamejo tveganja, ne pa jih omejevati oz. se tveganju izogibati. Z drugimi besedami, analizo tveganja velja uporabiti kot krepitev človekove volje z varno izvedbo želenih dejanj.

Afirmirati hierarhijo aktov

Treba je upoštevati hierarhijo aktov oz. neupoštevati (nasprotovati) pravilnike in drugo regulativo, ki ni v skladu s Konvencijo in ustavo. To pomeni dosledno uskladiti zakonodajo, še zlasti pa pravilnike, z ustavo in še zlasti Konvencijo. Lahko pa pomeni tudi zakonsko omogočen »ugovor vesti« oz. nasprotovanje določbam pravilnikov, ki so v očitnem nasprotju z pomembnejšimi pravnimi akti.

Promovirati sporazumevanje in dogovarjanje

Ne le naravnanost akterjev, tudi zakonodaja mora omogočati sporazumevanje, dogovarjanje in iskanje skupnih rešitev – dialog. Zakonodaja lahko predlaga, celo zahteva oz. daje podlago (ne le pravno, tudi prostorsko in kadrovsko), ki krepi zunaj zakonske možnosti razpletanja situacij. V takem okviru so lahko pravila sredstvo za orientacijo, pripomoček, ko dogovor ni možen. Zakonodaja pa naj bi tudi omogočala in določala možnosti za čim večjo stopnjo svobode (to je tudi pogoj dialoga) v pravno določeni oz. omejeni situaciji.

Politika

Politika dezinstitucionalizacije mora imeti razsežnost od »spodaj navzgor«, če naj uveljavi vse svoje imperative. Zato mora vedno potekati tako, da mobilizira svojo bazo, vključi v proces kot odločevalce predvsem stanovalce oz. po preselitvi uporabnike, pa tudi delavce v ustanovah in zunaj njih, kakor tudi druge akterje. Je tudi prispevek k preobrazbi politične krajine v tej smeri.

Pravice in krepitev moči

Klasičnim temam socialne politike so se v zadnjih desetletjih pridružile tudi teme pravic in krepitve moči, a prav fenomen varovanih oddelkov kaže na to, da so ostale »na papirju«, le nominalno naštete, formalno varovane in individualizirane v postopkih njihovega uveljavljanja (redko uporabljene možnosti nasprotovanja ukrepom, nemoč zagovornikov oz. zastopnikov).

Za resnično uveljavljanje človekovih pravic in okrepitev uporabnikov, pa tudi skupnosti, se je v socialni politiki treba lotiti tudi »mezo« tem spreminjanja služb in sistema socialnega (tudi zdravstvenega) varstva. Pravice morajo še zlasti na tem področju poleg varovalnega dobiti tudi transformativen potencial.

Socialno varstvo se mora »politizirati«, mora preseči sedanje politikantstvo. To pa lahko stori z graditvijo vizije in mobilizacijo baze, tistih, ki jih socialno varstvo res zadeva (ne pa njihovih predstavnikov) – uporabnikov, izvajalcev storitev in, kar pogosto pozabimo, skupnosti. Kot smo predlagali (Flaker, 2022), naj bi vizijo gradili okoli treh osi, ki so pomembne za razvoj socialnega varstva: dolgotrajne oskrbe, dezinstitucionalizacije in prenove socialnega dela (še posebej na centrih za socialno delo).

To tudi na ravni politike pomeni ustvarjane oz. porajanje polja participativne socialne politike in tudi polja socialnega varstva.

Samoupravno polje socialnega varstva

Okrog teh osi se lahko ustvari aktivno polje udeležencev, ki se v njem znajdejo.[75] S tem bi lahko presegli pojmovanje socialnega varstva kot zgolj sistema in ustvarili skupno polje delovanja. To polje si lahko predstavljamo kot odprto polje, polje, v katerem vre, polje pobud in delovanja. Tako polje bi moralo omogočati izraz volje in delovanje, ki jih socialno varstvo neposredno zadeva – glas v njem bi morali dobiti uporabniki in njihovi neposredni pomočniki, oskrbovalci. Tisti, ki zdaj odločajo, pomembne točke v polju, bi se morali spremeniti v »Uho«, morali bi *slišati glasove*. Vstop v polje ne bi smel biti zgolj vstop v sistem, v določene vloge in njim pripadajoča opravila; uporabniki naj ne bi bili zgolj pasivni prejemniki storitev, neposredni izvajalci pa tudi ne zgolj orodje izvrševanja programa, protokolov, navodil od zgoraj. Vstop v polje bi morali ljudje izkusiti kot izziv, da stopajo v delujoče tkivo, da se vključujejo v nekaj življenjsko pomembnega za njih in za druge.

Logiko, ki smo jo v socialnem delu že davno sprejeli, da mora biti uporabnik gospodar svoje usode, je treba podaljšati onkraj samega srečanja med uporabnikom in izvajalcem storitve. To naj bi veljalo na ravni metode mora biti načelo tudi na ravneh oblik, organizacije, sistema in politike. Na ravni politike to pomeni nastajanje in množenje številnih žarišč delovanja – povezujočih se v rizomsko tkivo polja – odpiranje lokalnih, tematskih in projektnih polj.[76]

---

[75] Omenjene tri osi dobro zajemajo celoto potrebnih sprememb na vseh ravneh, ki jih tukaj obravnavamo. Vsaka od teh osi preči vse sloje in jih v medsebojni odvisnosti in interakciji povezuje v enoten več dimenzionalen prostor (tako da poljuben dogodek lahko odčitamo na več dimenzijah). Odpust z varovanega oddelka je zdaj »strel v prazno«. Odpuščeni ni več stanovalec ustanove in če ne gre za »preselitev« tudi ni del »dezinstitucionalizacije«, nima zagotovljene dolgotrajne oskrbe, center ga pa je že tako prej, z namestitvijo, odpisal in nima nobene obveznost skrbeti zanj. To je posledica skrajne (in skrbniške) fragmentacije sistema. Če bi sistem bil zvezen oz. če bi deloval kot polje, bi vsak odpust lahko registrirali na vseh treh oseh. Dejavna dolgotrajna oskrba bi lahko npr. zagotavljala materialno podlago za oskrbo, dezinstitucionalizacija obliko oskrbe, prenovljeno socialno delo pa način, kako to narediti. [Primer je tipičen, a poljuben. Koncept polja omogoča tudi številne druge kombinacije. Uporabnika tudi ne zanima, od kod pridejo sredstva, kdo zagotovi obliko dela pa tudi od kod izvira način dela, pomembno mu je, da je sredstev toliko, kolikor jih potrebuje, da mu oblika ustreza in da način dela upošteva njegovo voljo.]

[76] Za multiplikativni učinek neke spremembe, inovacije se mora zgoditi kaj več kot le uspešno izveden pilot. Izkušnje iz preteklosti kažejo, da se, če ni ugodne klime in organskega prenosa znanja, lahko še tako odlične izkušnje (v žargonu »primeri dobre prakse«), lahko razvodenijo, postanejo skorajda svoje nasprotje. Organski prenos naj bi bil tak, ki prinaša na nov teren ne le izkušnjo in znanje iz drugega prostora, temveč ga v dejavnem sodelovanju gostiteljev organsko umesti v novo okolje. Ugodna klima pa je tista, ki jo ustvari delujoče polje, polje, ki usmerja težnjo (trend) dogodkov. Ustrezen primer za to je polje, ki se je v nekem obdobju ustvarilo okoli Hrastovca in ko so se po začetnih težavah iz okolja kar vrstile ponudbe za vzpostavljanje novih enot pri njih. Kot kaže v Dutovljah deluje »negativno polje«, se pravi, silnice, ki zavračajo sprejemanje stanovalcev zavoda. Nastanek takega polja je hkraten rezultat silnic v celotnem družbenem polju (ksenofobija, težnja pa regulaciji, naraščajoči bivanjska tesnoba in nezadovoljstvo) in »nerodnega« ravnanja akterja preselitev (pomanjkljivo spoznavanje in povezovanje s skupnostjo, nesporazumi in konflikti pri vodenju projekta, nenazadnje tudi pomanjkljiva okrepitev stanovalcev).

Zapiranje – javna zadeva?

En od načinov zoperstavljanja samoumevnosti zapiranja in zaprtih oddelkov je njihova problematizacija v javnem govoru. To kar sicer odeto v plašč sramu pojmujemo kot osebno nezgodo in s podmeno zaupnosti in posebnega znanja zastrto domeno strokovnjakov, je pravzaprav javni škandal in nekaj, kar nas zadeva vse. Izziv je, kako tehtno in nesenzaciolistično vzbuditi zanimanje za nekaj, česar se javnost nojevsko izogiba (noče iztrgati iz področja samoumevnosti). Pri tem nas ovira tudi strokovnjaška težnja po tem, da to artikuliramo kot tehnični problem, ki ga urejamo le strokovno in z lažnim upanjem, da bo to potekalo gladko.

Tematizacijo zapiranja je treba povezovati z družbenimi protislovji, ki so v pojavu zapiranja udeleženi (revščina, patriarhalni vzorci, nezmožnost uveljaviti svojo voljo, odvisnost itn.).

Doslednost

Čeprav lahko razumemo razloge za dvoličnost politike, je ni treba sprejemati, temveč jo razgaliti in zahtevati doslednost. Konsistenca je namreč tisto, kar omogoča delovanje polja.

Vzpostaviti načelo brez zapiranja in prisile

Zahteve po večjem številu mest na zaprtih oddelkih, zaprtih oddelkih za otroke in podobno je treba razgaliti v njihovi ekonomski in gospostveni funkciji, hkrati pa uveljaviti nasprotno – ukinitev zaprtih oddelkov in pa načelo brez zapiranja in prisile kot vodilno politično načelo v socialnem varstvu pa tudi socialni politiki.

Krepitev civilne sfere

Bolj ko se bo razvilo polje socialnega varstva (s pod-polji dezinstitucionalizacije, v katerem je tudi njeno pod-polje zoperstavljanja zaprtim oddelkom), laže bodo na tem polju vzniknila razna gibanja. Tako kot obstoj polja omogoča gibanje, tako gibanje vzpostavlja samo polje. Tako kot fizično gibanje s premikanjem vzpostavlja svoj prostor, tako tudi družbena gibanja s premikanjem idej, razmerij ustvarjajo družbeni prostor.[77] Za izpraznitev zaprtega prostora varovanih oddelkov je morda dovolj premestitev, za resnični prehod je potrebno gibanje – mikro-gibanje, ki se rodi na oddelku, okrepi v organizaciji zavoda, a ko stopi na plano, potrebuje povezave z gibanji zunaj. Tudi zato je treba sprejeti izziv nasprotujočih civilnih iniciativ, saj so odziv na prehod, (neposrečen, strupen) izraz protislovij, ki delujejo v skupnosti. Seveda je treba

[77] Sistem ni prostorska kategorija (oz. obstaja le v virtualnem prostoru), struktura pa ima sicer svojo prostornino (in dimenzije vertikalne in horizontalne mobilnosti v njej), a jo ohranja le s tem, da jo napolni. Zaprti oddelek je struktura, ki jo je treba utekočiniti, še bolje upliniti, da se lahko v prostoru začne premikati.

zanikati njihovo tendenco izključevanja, ni pa smiselno izničiti njihove sile, saj ta poraja krepitev sil, ki si za prehod prizadevajo, ali pa preusmerijo v svoje nasprotje – v sile, ki prehod podpirajo.[78]

Politična ekonomija in kultura

Aksiomatiko kot temelj ravnanja naj zamenja etično-estetska paradigma ravnanja oz. etika vzajemnosti in solidarnosti, etika neizključevanja in estetika preseganja mej (eksistence).

Odpravljati paradigmo zapiranja (ničelna toleranca zapiranja)

Splošne paradigme zapiranja kot oblastnega (in ekonomskega) dispozitiva verjetno ni mogoče odpraviti čez noč (zapori). Lahko pa odpravimo vsaj v sociali in zdravstvu – prekinemo vez med zdravljenjem in prisilo, med zapiranjem in oskrbo.

Zapiranje in prisilo (kot varstvena ukrepa) lahko nadomesti poudarek na socialni varnosti in na sodelovanju v skupnosti.

Produktivnost odklona

V postindustrijski družbe je manj razlogov za imobilizacijo rezervne in odvečne delovne sile oz. več možnosti za vključevanje v (ne zgolj ekonomske) družbene produktivne procese. Še več, odkloni so produktivni v razbijanju industrijskih standardov vedenja. Norost (in odklon nasploh) ima produktivno razsežnost, ki jo je treba afirmirati (ne le v umetnosti).

Produkt tega procesa naj bi bila nova delitev solidarnost, ki jo vključevanje »odpisanih« zahteva. To pomeni, da imajo neformalni oskrbovalci neodtujljivo pravico do oskrbovanja svojih bližnjih – da oskrbo pripoznamo kot pomembno delo (tudi z krepitvijo ugleda in višanjem plač formalnim oskrbovalcem). Gre torej za novo delitev dela in v tej delitvi za fleksibilnost med statusi in vlogami.

[78] Nasprotovanje prehodu okrepi ne le izvorne sile – protagoniste prehoda sili v bolj odločno nastopanje, krepitev argumentov in zagovorniške vloge. Krepi tudi reakcijo na reakcionarne sile v okolju – tudi v sami skupnosti se ob takih dogodkih pogosto začne oblikovati skupina, glas, ki prehod afirmira, ki hoče pokazati, da ta skupnost ni ksenofobična, da je sprejemajoča. Včasih pa se zgodi tudi to, da antagonisti *post factum* spremenijo svojo držo, kdaj pa kdaj postanejo tudi izrecni zagovorniki dezinstitucionalizacije oz. ljudi, ki so se v njihovo sosesko preselili.

Heterogeni prostori

Aksiomatski homogenizaciji (hibridnih) prostorov (oz. prilaščanju javnega, skupnega prostora in vdora v zasebni) se je treba dosledno upirati(Flaker, 2022b). To lahko storimo bodisi z njihovo heterogenizacijo (tudi oz. še zlasti delovnih prostorov) bodisi z njihovo avtonomizacijo.

Z vidika varovanih oddelkov in oskrbe je ključna razbremenitev neformalnih »pomočnikov«. Heterogeni in avtonomni prostori morajo omogočati, da bližnji ljudje vztrajajo v situaciji, a da v njej ne ostanejo sami v klinču z designiranim uporabnikom – omogočati morajo porajanje nove solidarnosti.

Debirokratizacija

Birokratizaciji se je treba vztrajno upirati, še posebno ko gre za birokratsko urejanje vsakdanjega življenja. Vzeti si moramo pravico do ugovora vesti pri nesmiselnih pravilih (tudi pravila, ki so praviloma funkcionalna, niso funkcionalna v vseh primerih). Nesmiselno gotovost pravil bi moralo zamenjati spodbujanje dogovarjanja in dogovornih rešitev, pogajanje namesto pogodb.

Humanizacija norosti – prevrednotenje vrednot

Kaj je norost? Najbrž ne bomo nikoli povsem dobro vedeli, kljub temu jo je vredno vedno spoznavati.

Norost je, ko nam podčlovek sporoča nekaj nadčloveškega!?

Dialog z norostjo je možen prek norih dejanj umnega človeka - prav on najbolj potrebuje pravico do norosti (odklopa).

Triptih delovanja

Esej o alternativah varovanim oddelkom bomo zaokrožili s preglednico, ki povzema kritiko oz. polemiko z varovanimi oddelki, alternative zapiranju in prisili in procese preobrazbe. Tak triptih je na mestu, saj je treba delovanje na tem področju oz. odpravljanje zapiranja in prisile temeljiti tako na polemičnem odnosu do obstoječega (kar hočemo spremeniti) kakor na viziji, kaj lahko

to obstoječe zamenja, hkrati pa si moramo predstavljati, kakšna pot nas čaka od enega k drugemu.[79]

Preglednico lahko beremo vodoravno kot progresijo idej od obstoječega k viziji, navpično pa kot sloje preobrazbe, plasti delovanja obstoječega, alternativ in preobrazbe.

[79] Avtor je ob konceptualnem raziskovanju fenomena napisal tri eseje (oz. trodelni esej) – za vsako linijo razmisleka. Da bi se izognili ponavljanju in se osredotočili prav na alternative, objavljamo le ta osrednji del. Preglednica pa povzema vse tri smeri razmišljanja (s tem pa bralcu ponuja vpogled v avtorjevo shemo oz. njeno vsebino).

Tabela 23 Triptih kritike, alternativ in preobrazbe varovanih oddelkov (VO)

Sloj (raven)	**Varovalni oddelki**	**Alternative**	**Prehod (preobrazba)**
A) življenjski svet	*grožnja premestitve – dogodki, konstelacija, kariera*	*Življenjski svet brez grožnje namestitve na varovani oddelek*	*preobrazba življenjskega sveta?*
Medosebni odnosi, interakcije, situacije	"nerešljiv" zaplet (drama institucionalizacije), nestrinjanje; negotovost; prejšnje hospitalizacije, banalnost premestitev v institucionalnem sistemu	razpletanje situacije, možnosti razbremenitve, spontani fenomenološki pristop, vztrajanje v situaciji [ne obstoj varovanega oddelka]	razvoj oz. porajanje novih vzorcev ravnanja ←
Obseg življenjskega prostora	radikalno zoženje življenjskega obzorja, prisilni ukrepi: oženje prostora kot preludij namestitvi in kot posledica ob odpustu (stigma)	širitev življenjskih obzorij, prostora: več dejavnosti, biti subjekt svojih dejanj (krepitev moči)	širitev možnosti na varovanem oddelku – manj omejitev, fokusirani ukrepi za varnost; izhodi, obiski, izleti, letovanja, samoupravljanje oddelka (avtentične skupščine)
Gotovost	negotovost, ki jo povzroča namestitev; izvorna negotovost življenjskega sveta oz. ob odpustu oz. premestitvi – stigma	stabilne življenjske ureditve in rutine (vključno stabilno in zadostno finančno preskrbljenostjo, stabilnim stanovanjskim razmerjem); družbena in družabna podpora skupnosti, na katero se lahko zanesemo, močna volja in želja in njen izraz.	preselitveni načrt, poskusne preselitve, destigmatizacija – nov začetek
B) Metoda	*Varovani oddelek – oblika, ki določa metodo; nemoč in krnitev metod zunaj*	*metode, ki nadomeščajo varovani oddelek (ne zgolj oblike)*	*razvoj okrepitvenih, kontekstualnih metod*
Paradigma	»prijem«: objektifikacija, mehanično, pogled na situacijo, strokovni napuh	PRISTOP: intersubjektivnost, organsko, uztrje iz situacije, spoštljivost	dosledna transformacija »prijemov« v »pristop«; razvoj kriznih intervencij.
Stopanje v življenjski svet	nasilen v vdor v človekovo življenje, izguba tal pod nogami	upoštevanje stopenj posega v življenjski svet, krizne intervencije	krepitev spoštljivosti, krepitev popravljalnih manevrov, krepitev moči
Premestitve	premestitev – prekinitev: revno in umetno okolje – provizorično bivanje	ostati v domačem okolju, kratke premestitve, normalizacija (povsakdanjenje, udomačevanje, poosebljanje) posebnih prostorov	zmanjševanje premeščanja, preobrazba premestitev v preselitve, preselitve z varovanih oddelkov
Posredno in neposredno delo	posredno delo: restriktivni ukrepi: namestitev v prostor, zaklepanje, vezanje, izolacija - nevtralizacija motnje brez človeškega srečanja.	direktno delo, pričevanje, odprti prostor (in odprti dialog), analiza tveganja in fokusirani omejevalni ukrepi; SREČANJE	(korenita) odprava zapiranja in prisile
C) Oblika dela	*prostorska kombinacija prijemov*	*razpršitev: krizni centri, krizno bivanje v drugi družini, skupnostne konference in krizni timi;* *krepki osebni paketi storitev; zagovorništvo*	*ukinitev zaprtih oddelkov, preskušanje številnih alternativ*

Sloj (raven)	Varovalni oddelki	Alternative	Prehod (preobrazba)
Tip A (delo)	ni storitev, disciplinski program	vztrajanje na storitvenem modelu: krepitev uporabnika kot naročnika, mnogoterost in ustreznost odgovorov, odvezanost mesta izvajanja; model ustvarjanja; omogočanje drugih oblik	uvajanje storitvenega modela na varovanem oddelku, ključni delavci, (neodvisno) zagovorništvo
Tip B (stvar)	ukrep in sredstvo	afirmativni ukrepi, ki spreminjajo razmerja; dostop do sredstev, ki omogočajo samostojnost.	vzpostavljanje uporabnika (stanovalca na varovanem oddelku) kot naročnika – osebni paketi storitev, uporaba finančnih sredstev varovanega oddelka za individualizirano (neposredno) financiranje
Zapiranje	nujna oblika institucionalnega varstva – »črna luknja, ki uravnava kozmos«	ničelna toleranca zapiranja in prisile.	problematizacija in odpravljanje zapiranja in prisile; demonstracija nepotrebnosti zaprtih oddelkov.
D) Organizacijska oblika	*varovani oddelek – enota zavoda*	nadomestijo ga močne službe na terenu timi za krizno posredovanje, avtonomne namestitvene enote, ki zagotavljajo večjo stopnjo varnosti, (osebni) timi za intenzivno podporo → enote večjih organizacij ali neodvisne službe	*preobrazba v mobilno krizno enoto in vzpostavitev enot z okrepljeno pozornostjo in varovanjem; razvoj zagovorništva!* *Krepitev terenskih služb*
Demokratizacija	izrazito hierarhična (del siceršnje hierarhije)	dosledna in korenita demokratizacija: strokovna avtonomija, odgovornost uporabniku, timsko delo in skupno odločanje organizacijsko načelo;	krepitev strokovne avtonomije, timskega dela Okrepitev skupščin na oddelku – zaveza vodstva za uresničevanje njihovih sklepov; uporaba avatarjev kot pripomočka za tiste, ki se težko izrazijo.
Preoblikovanje dispozitivov	disciplinski dispozitiv (deluje na zavod kot celoto)	dispozitiv enakopravnosti: storitve in drugi posegi utemeljeni na potrebah in pravici do dostojnega življenja v skupnosti.	preoblikovati oddelek kot kraj izvajanja storitev (osebni načrti), skupščina kot naročnik storitev za kolektiv
Zgostitev virov in sredstev	izraz moči vodstva (več sredstev)	akumulirana sredstva za fleksibilno uporabo v kritičnih situacijah	usposobiti osebje na oddelku za intenzivno delo v skupnosti; predvideti njihovo vlogo in naloge po ukinitvi oddelka:
Odlagališče	odlagališče problemov za zunanje akterje: slepo črevo skupnosti	ob sprejemanju vloge strokovnjaka, ki je zmožen posredovanja v zapletenih situacijah vključevanje drugih akterjev v skupno akcije (zgled družinske konference)	vključiti zunanje akterje v delo in preobrazbo oddelka; v timske konference, sodelovanje na skupščinah, medinstitucionalni timi na terenu.
E) Sistem	*Institucionalen, dvotiren*	*Skupnostni (sistem ↔polje)*	*Dezinstitucionalizacija (ustvarjanje polja)*
Distribucija	odlagališče – kukavičje gnezdo: register nezmožnosti strok v sistemu	mreža storitev in služb brez koncentracij in brez prisile, moratorij na koncentracije →	ukinitev koncentracij, še zlasti prisilnih; omejitev (uvajanje moratorijev) koncentracij pri

Sloj (raven)	Varovalni oddelki	Alternative	Prehod (preobrazba)
			vzpostavljanju služb (6 za nastanitve, 50 za oblike dela in preživljanja časa).
Načela delovanja	skrbništvo in fragmentacija: pristojnosti in »podaniki«, prilaščanje uporabnikov → nezmožnost sodelovanja; homogenizacija – heterogen skupek nalepk → VO kompenzacija fragmentacije	zagovorništvo in integracija – zvezne službe (nuja timskega dela), prednost preglednih in sodelovalnih oblik;	vzpostavitev neodvisne zagovorniške službe, krepitev zagovorniške naravnosti tudi sicer: Moralna in zakonska obveza sodelovanja pri izvajanju osebnih paketov in udeleževanju medinstitucionalnih timov.
Razmerja sektorjev	podrejen pravosodju in psihiatriji (podaljšek bolnišnice in substanca odločanja sodišč)	primat »socialnega modela«: transformativna vloga sodišč, ki so tako vpletena v reševanje stisk ne pa presojanje pogojev za zapiranja, socialno izvedenstvo, integracija psihiatrov v timsko delo.	»usposabljanje« sodišč, izvedencev – problemske konference; krepitev socialnega izvedenstva, vabilo psihiatrom.
Iluzija nujnosti VO	pritisk na varovane oddelke: prek čakalne vrste, birokratizacija	ukinitev VO, sinergija posebnih in splošnih služb, makro ukrepi, ki zagotavljajo dostojno življenje; boj proti vsem oblikam omejevanja in prisile;	ukinitev varovalnih oddelkov in okrepitev služb zmožnih posredovati v skupnosti
F) Zakonodaja	*varovanje vs. omejevanje svobode*	*varovanje svobode na prvem mestu, tudi pravica do življenja v skupnosti in opore v ta namen (represivno funkcijo prepustiti represivnim organom in kazenski zakonodaji);*	*problematizacija represivne funkcije*
Zapiranje (ZDZdr)	obstoj zaprtih struktur, legitimira zapiranje	prepoved zapiranja v sociali (zdravstvu, izobraževanju)	temeljita prenova ZDZdr – da bo preprečeval zapiranje, vzpostavljanje moratorijev
Oskrba	nadomešča pomanjkljivosti oskrbe, tudi skopost dajatev področnih zakonodaj	pravica do oskrbe (neomejene) glede na potrebe, kvalitativno in kvantitativno večanje obsega pravic; nižanje praga subsidarnosti in višanje plafona upravičenosti;	dopolniti področno zakonodajo, da bo omogočala intenzivno oskrbo; problematizirati pojem »biti nevaren samemu sebi«
Varnost	socialna ali fizična – zakonska ali medosebna snov; razcep osebnosti	varnost zadeva skupnosti, funkcija medosebnih dogovorov, zagotavljane varnosti – storitev; dialoško reševanje zapletov subsidiarna vloga državnih organov (in strokovnjakov);	pilotiranje alternativnih načinov odločanja oz. zagotavljanja varnosti
Skrbništvo	nuja institucionalnega reda; »institucija na prostem«; komplementarnost zapiranja in skrbništva (se izrazi na VO)	krepitev proaktivnosti (namen, volja) Pravica samoodločanja (12. člen) – zagotavljanje opore in varnosti s storitvami	vzpostavljanje skupnega odločanja (s podporo); afirmacija volje »varovanca«
Tveganje	sankcioniranje neobstoječih dejanj	analiza tveganja kot krepitev človekove volje z varno izvedbo želenih dejanj	vzpostaviti analizo tveganja kot zakonsko zahtevo

Sloj (raven)	**Varovalni oddelki**	**Alternative**	**Prehod (preobrazba)**
Hierarhija norm	razkorak med konvencijo in pravilniki; odpravljanje vs. obstoj VO – nuja regulacije	upoštevati hierarhijo aktov oz. ne upoštevati (nasprotovati) pravilnikom in drugi regulativi, ki ni v skladu s konvencijo in ustavo (ugovor vesti);	problematizacija stanja, usklajevanje navzdol
Urejanje življenja	protislovje med pravili in sporazumevanjem (komunikacijo)	promovirati sporazumevanje, pravila uporabiti za orientacijo, ko dogovor ni možen uveljaviti čim večjo stopnjo svobode v pravno določeni situaciji; zagotovljena zakonska podlaga za dialoško reševanje; zagotavljanje svobode ob ev. omejitvah;	debirokratizacija odnosov, prizadevanje za subsidiarno uporabo pravil, problematizacija zatekanja k pravilom.
G) Politika	*od zgoraj navzdol, videz racionalnega subjekta*	*ustvarjanje politike od spodaj*	*mobilizacija sil na terenu*
Socialna politika in politika socialnega varstva	velike socialnopolitične teme (posredni vpliv); notranja politika interesov v socialnem varstvu, brez vizije	poudarek na pravicah in krepitvi moči, tematizacija mezo ravni (organizacije, poslovanja, oblik): polje (participativne) socialne politike in ustvarjanje polja socialnega varstva;	vzpostavljanje tem srednjih ravni kot socialno političnih zadev? Politizacija socialnega varstva vzdolž treh osi
Delovanje političnega sistema	disfunkcionalnost predstavniške demokracije	samoupravno polje socialnega varstva: tri osi, odprto polje, glas podrejenih, »uho« oblasti, emancipatorni vstop v polje – pomembnost izziva; mnogoterost žarišč delovanja;	mobilizacija akterjev, odprti forumi, participacija odločevalcev na terenu, ustvarjanje pomembnih žarišč in pomembnosti socialnih zadev.
Tematizacija	pod političnim obzorjem (dezinstitucionalizacija)	problematizacija zapiranja in prisile → javna, ne zgolj strokovna zadeva; nova občutljivost medijev; tematizacija družbenih protislovij (revščine, patriarhalnih vzorcev, nezmožnosti uveljaviti svojo voljo ipd.)	zaprte oddelke, zapiranje in prisilo (iz)postaviti kot javno zadevo
Doslednost	nedoslednost politike	doslednost – konsistentnost polja	zahtevati doslednost
Pritiski (lobiji)	zahteve po več zaprtih oddelkih	vzpostavljeno načelo brez zapiranja in prisile	razgaliti takšne zahteve, uveljaviti nasprotno – ukinitev zaprtih oddelkov
Družbena gibanja in civilne iniciative	gibanja »za« in iniciative »proti«: univerzalizem vs. partikularno; svoboda vs. bivanjska negotovost; folklora vs. avantgarda	ključnost civilne sfere, (gibanja) temeljni akter socialne politike in socialnega varstva, sprejeti izziv »civilnih« iniciativ	krepitev civilne sfere
H. Politična ekonomija in kultura	*skladnost VO z obstoječo aksiomatiko*	*etika vzajemnosti in solidarnosti/ estetika preseganja mej;*	*prehod od racionalne paradigme k etično estetski*
Steber aksiomatike	zapiranje (varnost) + skrbništvo	ničelna toleranca do zapiranja, poudarek na socialni varnosti in na sodelovanju v skupnosti	problematizacija zapiranja, promocija solidarnosti
Delitev dela	rezervna in odvečna delovna sila	nova delitev dela – pravica do oskrbe in oskrbovanja	afirmirati produktivno razsežnost norosti (in odklona nasploh)

Sloj (raven)	Varovalni oddelki	Alternative	Prehod (preobrazba)
Narava dela	mir pri posvečanju delu	nova solidarnost, vrednost izkušenj z roba eksistence	heterogenizacija delovnih prostorov, razbremenitev neformalnega sektorja ob neprekinitvi vpletenosti v situacije – ustvarjanje nove solidarnosti
Vsakdanjost	birokratizacija vsakdanjega življenja	dogovarjanje vrednota; pogajanje namesto pogodb, ugovor vesti ob nesmiselnih pravilih →	boj proti birokratizaciji, spodbujanje dogovarjanja in dogovornih rešitev,
Norost	norost ni nekaj človeškega	dialog z norostjo, pravica do norosti, norost – nadčloveškost → afirmacija norosti umnih;	humanizacija norosti – prevrednotenje vrednot
Drugo			

Sklici

Basaglia, F. (ur.) (1968). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico.* Torino: Giulio Einaudi editore.

Brandon, D.. Brandon, A, & Brandon, T. (1995). *Advocacy: power to people with disabilities*. London: Venture.

Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

Felc, J., & Toresini, L. (2010). *Kletka strahu in smrti: medicinski in pravni vidik zblojenosti.* (prevod La testa tagliata). Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Flaker, V. (ur.) (2022a). *Socialno delo med ljudi, proti zapiranju in za dostojanstvo človeka: Tri osi razvoja socialnega varstva* (Verzija 1.0) (gradivo posveta) *Tri osi razvoja socialnega varstva*, ki ga je pripravila katedra za duševno zdravje na Fakulteti za socialno delo, 14. junija, 2022. (Pri pripravi posveta in gradiva so sodelovali Janko Cafuta, Vera Grebenc, Andraž Kapus, Vili Lamovšek, Lea Lebar, Juš Škraban, Mojca Urek, Marjan Vončina, Darja Zaviršek, Jelka Zorn in drugi. Izhodiščne teze lahko najdete v seriji blogov, ki se začne s Flaker, V. (2022). Socialno delo med ljudi, proti zapiranju in za dostojanstvo človeka (Tri osi razvoja socialnega varstva 1). *Vito Flaker agenda* [blog], četrtek, 18. avgust 2022, pridobljeno 27. 11. 2023 s http://vitoflakeragenda.blogspot.com/2022/08/socialno-delo-med-ljudi-proti-zapiranju.html).

Flaker, V. (2022b). Oblastna inertnost totalnih ustanov. V: S. Bezjak (ur.), *O skupnosti in dezinstitucionalizaciji onkraj obstoječih vrtov in vrtičkov*. Trate: Muzej norosti, str. 215-240.

Flaker, V. (2023). A maze of responsibility. Advances in Methodology and Statistics (Metodološki zvezki) Vol. 20 No. 2 (2023), str. 147–172, DOI: https://doi.org/10.51936/xxyy

Flaker, V. (2024). *Temeljne operacije socialnega dela: Prispevki k taksonomiji socialnega dela in varstva 2. del.* Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. DOI: https://doi.org/10.51741/9789612974350

Flaker, V. (2025). Razpotja timov. V T. Rape Žiberna in A. Jurček (ur.), *Timsko delo v socialnem delu,* str. 277 – 319. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V. @Boj za (2012). *Direktno socialno delo.* Ljubljana: Založba /*cf.

Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., & Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje,* Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.

Ghelani, A. (2022). Knowledge and Skills for Social Workers on Mobile Crisis Intervention Teams. *Clinical Social Work Journal* 50, 414–425. Pridobljeno 23. 3. 2025 s https://doi.org/10.1007/s10615-021-00823-x

Goffman, E. (1963). *Behaviour in Public Places.* New York: Free Press.

Goffman, E. (1971). *Relations in Public: Microstudies of the Public Order*. New York: Harper Colophon Books.

Horvat, G. (2024). *The role of a family group conference in child foster care from a social work perspective : doctoral dissertation.* Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Dostopno na: http://www.nbn.si/URN:NBN:SI:FSD:DOC-DIS_HORVAT, Repozitorij Univerze v Ljubljani – RUL.

Jones, M. (1952). *Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities*. London, Routledge and Kegan: Tavistock Publications Limited.

Kelly, D. (2009). Personalised support. V S. Newman (ur.), *Personalisation: Practical thoughts and ideas from people making it happen* (str. 61–70). Pavilion.

Konvencija o pravicah invalidov, Generalna skupščina Združenih narodov, 13. december 2006, Uradni list RS, št. 37/2008.

Kurre, A., & Bose, M. (2020). Crisis intervention in social work: a review of models and approaches. *International Journal of Early Childhood Special Education* 12(2). DOI: 10.48047/intjecse/v12i2.201177

Lamovec, T. (1994), Fenomenologija in duševno zdravje. *Socialno delo* 33(3), str. 201–206.

Lamovec, T. (1997). *Kako ravnamo z osebo v psihotični krizi*. Ljubljana: Altra.

Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Perske, R. (1988). *Circles of Friends*. Nashville: Abingdon Press.

Toresini, L. (2017) Zapiranje in pravice. *Socialna pedagogika: Deinstitucionalizacija* (tematska številka) 21(3/4), str. 309–324. Pridobljeno 15. 3. 2025 s https://revija.zzsp.org/pdf/SocPed_2017_03_04.pdf

Zaviršek, D. (1997). Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije. *Socialno delo* 36 (2), str. 101–110.

PRILOGA 2: ALTERNATIVNE OBLIKE ZAPRTIM ODDELKOM – PRIMERI IZ TUJINE (Juš Škraban)

V zgodovini velikih zdravstvenih in socialnih ustanov na področju duševnega zdravja je več primerov, ko so posamezne ustanove spremenile delovanje zaprtih oddelkov. Zmanjšanje ali celo popolno opustitev uporabe prisilnih ukrepov so dosegli na primer z odpiranjem vrat ali z odrekanjem zapiranja (v izolacijsko sobo) ali vezanja. V nadaljevanju predstavljamo primere praks, ki imajo sorodno funkcijo kakor varovani oddelki v Sloveniji, a uporabljajo alternativne pristope.

Verjetno najbolj znan pionirski primer predstavlja delo angleškega psihiatra Johna Conollyja, ki je leta 1856 napisal knjigo z naslovom *Obravnava duševno bolnih brez vezanja*, v njej pa opisal svoje 17-letne izkušnje v bolnišnici Hanwell (Conolly, 1856). Znani so še primeri odpiranja vrat v bolnišnici Dingelton na Škotskem (Bell, 1955) in o odpravi vezanja v nekaj bolnišnicah v Angliji (Stern, 1959). Politiko odprtih vrat je prakticiral tudi »oddelek za socialno in forenzično psihiatrijo« v Ljubljani (Kondža, 1976), ki je deloval kot »terapevtska skupnost«, namenjen pa je bil »neprištevnim« storilcem kaznivih dejanj. Primer delne opustitve prisilnih ukrepov v Sloveniji so uvedli v SVZ Dutovlje, kjer so se odpovedali uporabi vezanja in sobe za izolacijo, ohranili pa zaprta vrata na varovani oddelek (Flego idr., 2012).

Odpiranje vrat zaprtih oddelkov in odprava uporabe PVU je trenutno močan trend v tujini, dokumentirani primeri prihajajo predvsem z akutnih psihiatričnih oddelkov. Naj nanizamo samo nekaj primerov. Akutni psihiatrični del splošne bolnišnice v Heidenheimu v jugozahodni Nemčiji že od leta 1995 deluje po principu odprtih vrat (Zinkler, 2016). To pomeni, da so vrata vseh oddelkov psihiatričnega dela te bolnišnice odprta od 8.00 do 20.00 (Zinkler, 2023).

Politiko odprtih vrat dobro poznajo tudi na nam bližnjem Dunaju (Steinert & Scharfetter, 2018). Oddelek v bolnišnici Donauspital funkcionira z odprtimi vrati že od 80. let prejšnjega stoletja, ko je bil še na stari lokaciji, od 1996 pa je del te splošne bolnišnice in ohranja politiko odprtih vrat. Vrata so odprta med 7.00 in 20.00. Na oddelku uporabljajo vezanje, zapiranja pa izjemno malo.

V Švici so čez dan odprli vrata oddelka za odvajanje od drog in alkohola (Steinauer idr., 2020). Avtorji študije, ki je spremljala ta proces, menijo, da je v splošni psihiatriji že dosežen konsenz

o tem, da je prevzemanje sistema odprtih vrat dobro, oni pa so to dokazali tudi na področju zdravljenja odvisnosti od drog in alkohola.

Leta 2017 in 2018 so dva primerljiva oddelka v dveh različnih nemških mestih vzeli kot oddelka, kjer so preizkusili sistem odprtih vrat, v eksperiment pa so vključili še dva primerljiva »kontrolna« oddelka, kjer niso vpeljevali nobenih sprememb (Schreiber idr., 2022). V raziskavi so ugotovili, da so na obeh oddelkih uspeli bolj ali manj obdržati odprta vrata med 8.00 in 20.00 uro, kot je bil cilj. Število »neugodnih« dogodkov, kot so agresivni incidenti, pobegi z oddelka, poskusi samomora in uporaba prisilnih ukrepov se je na oddelkih z odprtimi vrati zmanjšala. Avtorji študije so zato sklenili, da se da vpeljati sistem odprtih vrat na akutnem psihiatričnem oddelku, ne da bi povečali tveganja.

Kot zadnje je treba omeniti italijanske psihiatrične oddelke v splošnih bolnišnicah. Obstaja jih več kot 320, vendar se jih le okoli 20 deklarira kot oddelki »no-restraint«, kar pomeni, da delujejo po principu odprtih vrat in ne uporabljajo vezanja s pasovi (Pocobello idr., 2024; Rossi & Toresini, 2015).

Podrobneje lahko opišemo tak oddelek v Trstu, ki ga je član raziskovalne skupine obiskal marca 2023. Psihiatrični oddelek je v prvem nadstropju splošne bolnišnice Ospedale Maggiore, ki leži v središču mesta. Oddelek deluje vse dni v letu 24 ur na dan – kot vsak drug primerljiv akutni psihiatrični oddelek. Čeprav leži v splošni bolnišnici, je oddelek organizacijsko gledano del služb duševnega zdravja, kar lajša koordinacijo z ostalimi službami.

Oddelek ima kapaciteto skupno sedem postelj (prevladujejo dvoposteljne sobe). Po potrebi eno dvoposteljno sobo spremenijo v enoposteljno. Tim sestavljata dva psihiatra in 15 medicinskih tehnikov. Na eno izmeno je prisoten en psihiater in dva oziroma trije tehniki. Povprečno imajo 50-odstotno zasedene kapacitete, torej imajo zasedene 3–4 postelje (od sedmih). Povprečna ležalna doba je tri dni, saj si prizadevajo za čim hitrejši odpust v centre za duševno zdravje ali pa domov. Daljše ležalne dobe (okoli 15 dni) beležijo pri migrantih, saj se pri kontinuiteti njihove oskrbe težje zanesejo na centre za duševno zdravje.

Sprejemi na oddelek so možni le prek posredovanja služb nujne pomoči. Oddelek je edini v regiji, ki je odprt za sprejeme ob večernem in nočnem času, saj podnevi to delo opravijo centri za duševno zdravje. Že naslednje jutro po sprejemu novega pacienta ga pride obiskat nekdo iz tima v centru za duševno zdravje, ki je odgovoren za področje, kjer živi ta pacient. Namen obiskov je načrtovanje odpusta, s tem pa dosežejo večjo kontinuiteto terapevtskega odnosa.

Kako jim uspe imeti dosledno odprta vrata in se odpovedovati vezanju? Ko kdo od bolnikov želi ven, ga pospremijo. Osebje jih spodbuja, da si bivanje na oddelku kar najbolj prilagodijo svojim potrebam, zato ni nenavadno, če si kdo od bolnikov naroči hrano iz najljubše restavracije kar na oddelek ali pa da si kdo prinese svoj računalnik ali druge pomembne osebne predmete (kdaj začasno tudi domače ljubljenčke), dobrodošli so tudi svojci in podobno. Ta fleksibilnost je mogoča zaradi ugodnega razmerja med zaposlenimi in uporabniki, kar omogoča dobro zaledje skupnostnih služb (centrov za duševno zdravje). Ta fleksibilnost pa je nujna, če naj se uspešno odrekajo uporabi zaprtih vrat in vezanja.

Na oddelek je možno priti po lastni volji ali proti njej. Obvezno zdravljenje, kot pravijo prisilni hospitalizaciji, je možno le, ko bi nekdo povzročil hujšo škodo (traja največ en teden, z možnostjo nekajkratnega podaljšanja), vendar je iz zakona 180 že leta 1978 izpadel pogoj »nevarnosti za druge«. Obvezno zdravljenje opravijo v okoli 10 odstotkih vseh primerov. Ukrep je osredotočen le na zdravljenje v najožjem smislu, torej na aplikacijo zdravil. Vodja oddelka je povedala, da so se z nekom pogajali šest ur, da bi vzel zdravila, da so se izognili nujnemu zdravljenju. To namreč pomeni, da na pomoč pokličejo policijo, ki lahko pacienta fizično drži, medtem ko mu zdravstveno osebje aplicira zdravila (navadno intramuskularno). Včasih je, kot pravi vodja oddelka, dovolj

že, če si sama nadene zdravniško haljo (ki je sicer ne uporablja) ali pa da uporabnik vidi policiste, kako stojijo pred vrati – tudi če ne posredujejo. Tudi med obveznim zdravljenjem vhodna (in nasploh vsa) vrata, pomembna za pacienta, ostanejo odprta (vključno s sobo, ordinacijo zdravnika). Policija pri obveznem zdravljenju sodeluje tudi tako, da pacienta privede na oddelek. Za posredovanje na tem oddelku je zdravstveno osebje policiste posebej izobrazilo.
Na oddelku ni splošnih pravil za zagotavljanje varnosti (na primer odvzem osebnih predmetov in podobno). Če je kdo samomorilen, mu odvzamejo stvari, s katerimi bi si lahko kaj naredil. Preventivno so na ključ le kljuke od oken, saj je oddelek v nadstropju. Na oddelku imajo telefon, ki ga pacienti lahko uporabljajo.

Modeli oddelkov s ciljem zmanjšati uporabo prisile

Kot prvi tak pristop naj omenimo Safewards (varne oddelke), ki izvirajo iz Velike Britanije, hitro pa so se razširili po več drugih državah (Gooding idr., 2018, str. 57–59). Ta model predstavlja spremembo institucionalne kulture v povezavi s spremembami fizičnega okolja, da je bolj prostorno in prijazno do stanovalcev. Evalvacija vpeljevanja tega pristopa v dveh okoljih v Nemčiji je pokazala, da se je zmanjšala uporaba prisilnih ukrepov, zmanjšal pa se je tudi povprečni čas njihove uporabe (Baumgardt idr., 2019).

Naslednji primer prihaja z Nizozemske (Van Melle idr., 2020). Od leta 2006 do 2012 je država veliko vlagala v programe zmanjševanja uporabe izolacijske sobe, vendar programi niso prinesli večjih učinkov, zato se je država odločila, da posodobi akutno psihiatrično obravnavo s konceptom »visoke in intenzivne obravnave« (angl. *high and intensive care,* v nadaljevanju HIC). Večina akutnih oddelkov je ta model prevzela. Temeljil naj bi na medicinskem modelu, a tudi modelu »okrevanja«, ne vključuje pa politike odprtih vrat. Delo z ljudmi naj bi utemeljevali na skupnem načrtu zdravljenja, ki naj ne bi trajalo več kot tri tedne. Če se uporabnikova kriza poveča, ga premestijo z visokega na intenzivni oddelek, ki se ponaša z individualnimi sobami in bolnišničnim okoljem, ki je še bolj prilagojeno in teži k zagotavljanju varnosti ob morebitnih izbruhih agresije in podobnega. Taki oddelki nimajo svojega stacionarnega osebja, zato uporabnika tja pospremi eden od zaposlenih na »visokem« oddelku. Intenzivni oddelki imajo izolacijsko sobo, ki ji rečejo »visoko varovana soba«. Raziskava je pokazala, da imajo oddelki, ki so prevzeli ta model, nižjo pogostost uporabe izolacijske sobe in nižji povprečni čas njene uporabe, hkrati pa se je zmanjšala tudi uporaba prisilnega zdravljenja (Van Melle idr., 2020).

Poudariti je treba, da gre tako pri Safewards kot pri HIC za strukture, namenjene akutnemu psihiatričnemu zdravljenju, na tem področju pa je z nekaj izjemami še vedno večina podpore organizirane institucionalno. Varovani oddelki v Sloveniji so za razliko predstavljenih modelov namenjeni dolgotrajni podpori, zato se je precej nesmiselno zgledovati po inovacijah, ki – kot

predstavljena primera – kljub spremembam ohranjata institucionalni model, saj dolgotrajna podpora ne sme biti organizirana institucionalno. Kljub vsemu bi kazalo bolje spoznati ta dva modela, če bi vzpostavljali varovani oddelek v stanovanjski skupini. Pri tem lahko kot zgled vzamemo tudi druge prakse, ki pa nikoli niso funkcionirale kot del javnega sistema služb na področju duševnega zdravja, temveč kot alternative izven sistema.

Soteria je prvi tak primer. Razvil jo ameriški psihiater Loren Mosher leta 1971 (Mosher, 1999). Po prvem poskusu v Kaliforniji so izkušnjo ponovili tudi drugje po ZDA. Trenutno deluje nekaj »Soteria hiš« tudi v nekaterih evropskih državah in v Izraelu. Glavne značilnosti pristopa Soteria so naslednje. Hiša je navzven kot vsaka druga hiša. Pomembno je, da lahko gosti največ 10 ljudi hkrati, da se ohrani občutek domačnosti. Tak mora biti tudi postopek sprejema, ki mora biti kar se da neformalen. Zaposleni niso tam zato, da bi ljudi, ki se zatečejo v Soterio, zdravili, temveč da »so z njimi«. »Being with« je namreč koncept, ki je pomembno vplival na to prakso. Mosher je imel pri tem v mislih vzporednice s podpornimi osebami za ljudi na »LSD tripu«, katerih naloga je zagotavljati varen in prijeten prostor za človeka, ki je vzel drogo (v primeru Soterie pa za človeka, ki je v akutni duševni stiski). Soteria se deklarativno ne predstavlja kot praksa, ki bi pomenila alternativo psihiatrični prisili, in prisile tudi ne uporablja (predvsem poudarjajo, da ne uporabljajo antipsihotičnih zdravil).

Naslednjo tako prakso predstavlja vrstniško voden krizni center v nemškem mestu Bochum (Russo & von Peter, 2022). Vodijo ga ljudje z lastno izkušnjo duševnih stisk. Center ponuja prostor za dva uporabnika hkrati, ki imata vsak svojo sobo. Najdaljši možni postanek v kriznem centru za vsakogar so trije meseci. Navedeni članek ne omenja, ali v centru uporabljajo prisilne ukrepe, vendar je to izjemno malo verjetno, saj gre za uporabniško voden center, uporabniške iniciative pa so navadno zelo kritične do uporabe prisile. Podobne prakse obstajajo tudi drugje: Windhorse projekt v ZDA, Hotel Magnus Stenbock na Švedskem, krizni hotel v New Yorku, Runaway House v Berlinu in tako naprej (Stastny & Lehmann, 2007, str. 146–251).

Onkraj oddelkov: intenzivna podpora v skupnosti

Stanovanjska skupina za ljudi z intelektualnimi ovirami (Stod, Češka)

Primer, ki ga bomo opisali v nadaljevanju, je del organizacije »Centrum sociálních služeb« v mestu Stod na jugozahodu Češke, nedaleč od mesta Plzen. To obliko pomoči smo spoznali tako,

da jo je član raziskovalnega tima obiskal maja 2023. O tej instituciji ni drugih zapisov v slovenščini in angleščini, dostopna pa je domača spletna stran v češčini.[80]

Na Češkem so posebni socialnovarstveni zavodi v bistvu del psihiatričnih bolnišnic, saj imajo te tudi oddelke za dolgotrajno namestitev. Ustanova v mestu Stod, ki smo jo spoznali, pa je del socialnega varstva, saj je namenjena predvsem ljudem z intelektualnimi ovirami (nekateri imajo tudi psihiatrične diagnoze in akutne krize, ki jih kdaj pripeljejo do hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici). Ustanova v Stodu je bila v času obiska edina socialna ustanova, ki se je v celoti preobrazila v regiji, v okolici mesta Plzeň (takrat so namreč v vsaki regiji uspeli preobraziti povprečno po eno tovrstno ustanovo).

Ustanova je na začetku obsegala eno veliko stavbo s 190 ljudmi. V času ogleda so imeli približno enako število uporabnikov, ki pa so živeli na okoli 50 naslovih, torej so jih preselili zelo razpršeno. Nekateri uporabniki živijo sami, večina pa jih živi v podprtih stanovanjih (torej z mobilno pomočjo), ki so razpršena po mestu. Obstajata le dve lokaciji, kjer koncentrirano živi več uporabnikov skupaj. Prva je večja večstanovanjska hiša, ki je namenjena izključno uporabnikom tega zavoda. Uporabniki živijo v svojih stanovanjih, v katere osebje praviloma ne vstopa, hiša pa ima skupne prostore, kjer se uporabniki družijo in kjer se odvija večina stikov z osebjem. Tako obliko namestitve so uporabili kot prvi korak pri selitvi iz velike stavbe bivšega zavoda. Druga lokacija, kjer živi skupaj več uporabnikov skupaj, pa je lokacija, kjer ležijo tri stanovanjske skupine in ena upravna hiša zavoda. Po direktorjevem mnenju ta kompleks štirih hiš na enem zemljišču ni najboljša rešitev, saj ustvarja »geto«, vendar v procesu preobrazbe niso našli primernejšega zemljišča. V tem kompleksu štirih hiš je ena, ki jo podrobneje opisujemo v nadaljevanju.

Ena izmed treh stanovanjskih skupin je posebej prilagojena in spominja na varovani oddelek v skupnosti, saj je oskrba tam še posebej prilagojena na intenzivne potrebe stanovalcev. Skupina predvideva šest stanovalcev. To so bili njihovi stanovalci že pred selitvijo, zato so dobro poznali njihove potrebe. Stanovanjsko skupino so zgradili posebej zanje, saj je ta zavod edini tovrstni zavod v regiji in so vedeli, da drugam kot k njim ti uporabniki ne bodo šli. Zavod ima čakalno vrsto, vendar v to stanovanjsko skupino ne morejo sprejeti sedmega človeka, saj nimajo sedme postelje. Namestitev, ki presegajo kapacitete, ne sprejemajo.

[80] https://www.cssstod.eu/

Sprejemi v skupino so, kot v vse ustanove v socialnem varstvu na Češkem, samo prostovoljni (saj zakonodaja ne predvideva prisilnih sprejemov v socialno varstvo). V to posebno skupino sprejmejo ljudi, ki imajo intenzivno potrebo po podpori in ki jih po njihovih ocenah v drugih stanovanjskih skupinah niso ali ne bi mogli oskrbovati. V glavnem gre za uporabnike s hujšimi motnjami avtističnega spektra, imajo tudi zgodovino sprejemov v psihiatrične bolnišnice in dolgo zgodovino institucionalizacije.

Uporabniki se v nekaj letih, odkar so vzpostavili tako skupino, niso menjali. To kaže, da stanovanjska skupina ni »vmesna«, prehodna rešitev, ki jo uporabniki čez nekaj časa zapustijo in se vključijo v bolj neodvisne oblike bivanja s podporo. Dopuščajo sicer možnost, da bi lahko kdo sčasoma odšel v drugo, manj intenzivno obliko bivanja, a se to do zdaj še ni zgodilo.

Stanovanjska skupina je arhitekturno prilagojena, in to je verjetno to, kar jo v največji meri dela »posebej varovano«.[81] Hiša je pritlična in samostojna, brez fizičnih ovir (stopnic, pragov). Okrog hiše je zelenica (vrt), okoli zelenice pa ograja. Kuhinja ima otok, da je vedno prehodna, s tem pa želijo olajšati ukrepanje, če bi kdo koga, ki je za pultom, napadel (ker je vmes ta otok). Noži v času našega obiska niso bili zaklenjeni, a jih za nek čas zaklenejo, če je to treba. Enako vhodna vrata – v času obiska niso bila zaklenjena, ob kriznih situacijah pa jih zaklenejo, a le za tako dolgo, kot presodijo, da je nujno.

Imajo šest enoposteljnih sob, enoto pa lahko z vmesnimi vratnimi krili razdelijo tako, da bi, če bi aktivirali vsa vratna krila, dobili tri dele enote, pri čemer sta v vsaki dve samostojni sobi. Hodnik je torej razdeljen s premičnimi pregradnimi stenami. Aktivirajo jih, ko je uporabnik v akutni krizi, in to zato, da je lahko v svoji sobi in ima izhod na vrt (ograjen z ograjo), čeprav je v krizi. Taka ureditev jim omogoča ravnanje v krizah tako, da ne uporabijo »izolacijske sobe« (ki je nimajo), saj uporabnik v akutni krizi ostane v lastni sobi in ima dostop do vrta, ne da bi motil ostale.

V ta namen so tudi vhodna vrata v sobo narejena na poseben način. Imajo namreč dva dela, zgornji in spodnji: vsak del je na svojih ločenih tečajih, en del tvori spodnjo polovico vrat, drug del pa zgornjo. Ta dva dela lahko sklenejo v enotna vrata, v akutnih krizah pa lahko zaprejo spodnji del vrat – s čimer uporabniku omejijo gibanje – zgornji del vrat pa pustijo odprt, da

[81] Tako zunanjost kot notranjost stanovanjske skupine spominja na Joshev primer z Nove Zelandije, ki so ga posneli v okviru iniciative Svetovne zdravstvene organizacije z naslovom QualityRights (le da Josh živi sam): https://www.youtube.com/watch?v=OjOXo9W68qQ&ab_channel=QualityRights (od 17.28 do 20.00).

lahko zaposleni vzdržujejo stik z uporabnikom, tudi če so izven sobe. Nekatera vrata so dodatno zaščitena (oblazinjena), podboji pa ne leseni, temveč železni, da so bolj trpežni. Take prilagoditve so naredili le za uporabnike, ki so zelo močni.

Notranjost sob je videti na prvi pogled precej »vsakdanje«, vendar ima nekaj posebnosti. Omara je recimo vselej iz masivnega lesa, da je bolj trpežna kot furnir, in pritrjena na steno, da je uporabnik v krizi ne more prevrniti. Tudi miza in postelja sta pritrjeni v tla. V kopalnici tuš nima ročaja (torej ni cevi), temveč imajo prho od zgoraj; klin za obešanje brisače je tak, da se ob večji teži ukloni in se zatakne v spodnjem položaju. Oboje je mišljeno kot preprečevanje samomora. Umivalnik je aluminijast, ne keramičen, da se ne zlomi; ogledalo ni stekleno, vendar še vedno služi svojemu namenu. Vsa okna so »neprebojna«, saj imajo eno uporabnico, ki želi iti ven čez okno, ko je v krizi. Tudi stoli so videti kot običajni stoli, vendar so dodatno oblazinjeni.

Na obiske in v vsakdanjem poteku dneva so dobrodošli drugi ljudje, na primer starši uporabnikov, vendar imajo pravilo, da obiskov ni po 20 h zvečer. Nekateri uporabniki gredo tudi sami ven ali pa v spremstvu, ko so dobro, na primer po nakupih in podobno.

Tako urejeno okolje in potek dneva je omogočil denimo to, da je na primer uporabnik, ki je pred selitvijo v to stanovanjsko skupino stalno krožil med zavodom in psihiatrično bolnišnico, zdaj že tri leta (od selitve dalje) brez psihiatrične hospitalizacije.

Hrano delno kuhajo zaposleni, večino pa jim prinašajo zunanji ponudniki (ker nimajo več zavodske kuhinje). Tudi zdravstveni kader prihaja iz splošnih služb, v timu pa imajo za vsakdanje vodenje terapij eno zdravstveno delavko, diplomirano medicinsko sestro.

Za šest uporabnikov sta dva delavca na izmeno, ponoči pa en do dva, odvisno od vsakokratnega stanja v stanovanjski skupini, oziroma potreb uporabnikov. Zaposleni v tej skupini svoje delo opravljajo samo tam, torej se držijo pravila, da osebja ne mešajo po različnih enotah, s čimer želijo doseči kontinuiteto odnosa med osebjem in uporabniki.

Osebje, ki dela v tej stanovanjski skupini, ni visoko izobraženo, vendar jih zavod dodatno usposablja. Metode, ki jih uporabljajo, so osebno načrtovanje, pozitivna vedenjska podpora (angl. *positive behaviour support*) in tehnike nežnega ukrepanja v krizah (predvsem deeskalacija).

Small Supports v Veliki Britaniji

Primeri, ki jih bomo opisali v nadaljevanju, prihajajo iz organizacij Beyond Limits in eLIVEate iz jugozahoda Anglije. Tem organizacijam rečejo tudi »Small Supports« v istoimenskem konzorciju pod okriljem National Development Team for Inclusion (NDTi) v Veliki Britaniji. Konzorcij je nastal ob povezovanju treh takih organizacij (Beyond Limits iz Plymoutha, C-Change iz Glasgowa in Positive Support for You iz Middlesbroughja). Konzorcij trenutno podpira nastanek in razvoj novih majhnih izvajalskih organizacij.

Vse Small Supports organizacije so ustanovljene in namenjene izključno ljudem z intenzivnimi in kompleksnimi težavami, navadno z intelektualnimi ovirami ali avtizmom; omogočajo jim prehod iz dolgotrajnih hospitalizacij na zaprtih psihiatričnih oddelkih v samostojno življenje.

V tem primeru ne bomo opisali sistemskega pristopa, temveč iniciativo nekaj organizacij. Izvorne tri organizacije so nastale po procesu dezinstitucionalizacije v Veliki Britaniji, vzpostavitev programa Small Supports pa je podprla nastanek novih organizacij.

To obliko podpore smo spoznali tako, da je član raziskovalnega tima oktobra 2023 za en teden obiskal vodilno osebje NDTi programa in dveh izvajalskih organizacij, pri tem pa spoznal tudi nekaj podpornih delavcev in uporabnikov.[82] Na teh obiskih so nastali gosti zapisi, ki so osnova za zapis tega besedila. O teh organizacijah ni dostopnega veliko pisnega materiala (za izjemo glej Kelly, 2009), zato zapis v nadaljevanju temelji na gostih zapiskih, ki smo jih naredili ob obisku.

Organizacije namenoma označujejo kot »male podpore«, saj želijo s tem pokazati na to, da gre za majhne organizacije. V povprečju namreč podpirajo okoli 20 uporabnikov, za katere zaposlujejo skupno okoli 80 podpornih delavcev. To pomeni, da vodja organizacije osebno pozna vse uporabnike in vse zaposlene. Vodja na nek način sodeluje pri načrtovanju podpore za vsakega uporabnika, pri tem spozna svojce, posledično pa tudi podporne delavce, ki jih zaposlijo točno za določenega uporabnika. Ko smo bili na obisku pri eni izmed uporabnic na domu, je denimo vodja organizacije vprašala, kako so kaj družinski člani te uporabnice, vendar ne na splošno, saj je vedela podrobnosti o marsikom iz uporabničine družine. To spodbuja zaupanje in sodelovanje tako znotraj organizacije kot tudi med zaposlenimi in svojci. Pri

[82] Obisk je omogočila Cost akcija Fostren (https://fostren.eu/).

»majhnosti« močno vztrajajo – ena organizacija, ki smo jo obiskali, je nastala tako, da se je odcepila od večje, saj je prejšnja postajala prevelika, da bi se širila, zato so rajši ustanovili novo.

Oglejmo si postopek njihovega dela. Pomemben element podpore je, da ob selitvi z zaprtega oddelka delajo z enim uporabnikom naenkrat. Navadno ga spoznajo na zaprtem oddelku. Začnejo ga obiskovati in načrtovati oskrbo v skupnosti. Načrtovanje v manjši meri vključuje individualno delo z uporabnikom, v večji meri pa gre za načrtovalske dneve, na katere povabijo uporabnika, njegove družinske člane in ostale pomembne ljudi v njegovem življenju. Srečanje vodita dve osebi, pri čemer ena vodi in povezuje srečanje, druga pa zapisuje načrt tako, da ga lahko vidijo vsi zbrani. Načrtu rečejo »service design«, torej načrt podpore v skupnosti. Podpišejo ga vsi (uporabnik, družina, tudi odgovorni zdravnik na psihiatričnem zaprtem oddelku, kjer je trenutno uporabnik), saj s tem potrdijo skupno odgovornost in skupni dogovor o tem, kakšna bo prihodnost tega uporabnika in kaj je treba narediti.

Pomembno je poudariti vlogo sodelovanja z družino in drugimi bližnjimi. Izhajajo iz prepričanja, da nihče ne pozna uporabnika bolje kot družina. Med načrtovanjem pregledajo življenjsko zgodbo uporabnika in to od rojstva dalje. Pri tem dobijo zgodbe o ljudeh, ki jih je imel uporabnik rad, in o ljudeh, ki mu izrazito niso ustrezali. Iz tega se učijo, kaj je funkcioniralo in kaj ne, kar je povedno o tem, kaj morajo in česa ne smejo ponavljati pri nadaljnji oskrbi. Z družinami najprej sklenejo močno zavezništvo, ker morajo najprej zgraditi dober odnos, tudi če se ne strinjajo s stališči, ki jih imajo družinski člani glede oskrbe. Prepričani so, da bo najkrajšo potegnil uporabnik kot najšibkejši člen, če se z družino glede oskrbe sporečejo. Sčasoma pa prek odnosa z uporabnikom in družino tako okrepijo uporabnika, da se lahko sam odloča in se postavi zase, če mu mnenje družine ne ustreza.

Ko potrdijo načrt, sledi postopna zaposlitev tima. Gre za okoli tri do šest mesecev spoznavanja, torej osnutek novega tima (okoli dva človeka) postopoma obiskuje uporabnika na psihiatriji, ga počasi pelje na sprehode, vozi ven in ga spoznava s svetom zunaj ustanove, ker so to nove situacije, v katerih zares spoznajo uporabnika. Izhodi so pomembna učna situacija za uporabnika, ki spoznava svet zunaj zaprtega oddelka, in za njegove prve podporne delavce, da se naučijo ravnati z njim.

Iskanje podpornih delavcev je v celoti prikrojeno potrebam uporabnika. Oglasi za prosta delovna mesta so vselej oblikovani tako, da (anonimno) opisujejo uporabnika, njegove močne

točke (praviloma ne omenjajo diagnoz), saj se od bodočega podpornega delavca pričakuje, da se z uporabnikom poveže prav zaradi skupnih interesov in močnih točk. Temu pravijo »matching«, torej ujemanje uporabnikov in podpornih delavcev. Če nek uporabnik rad ribari, bodo iskali podpornega delavca, ki mu je to v veselje. Oglasi in izbirni postopek za kandidate so oblikovani tudi na osnovi vrednot organizacije. Marsikdaj pri pisanju oglasov sodelujeta uporabnik in družina. Ključne kvalifikacije za podporne delavce so njihove vrednote in skupni interesi z uporabnikom, ne pa količina delovnih izkušenj v socialnem varstvu, izobrazba in podobno.

Ker formalna izobrazba kadra ni pomembna, organizacije veliko časa vložijo v dodatno usposabljanje. To je dvojno. Na eni strani svoje podporne delavce izobrazijo o splošnih znanjih, ki jih potrebujejo pri delu (na primer ravnanje z zdravili, prva pomoč, higiena pri pripravi hrane, …), na drugi strani pa jih izobrazijo o temah, ki so posebej povezane s potrebami konkretnega uporabnika. Eden izmed pomembnejših elementov tega izobraževanja je »shadowing«, torej to, da novi kandidat opravlja izmensko delo kot »senca« svojca ali izkušenejšega člana tima. S tem se izkustveno uči in pridobiva zaupanje uporabnika, hkrati pa svoje izkušnje reflektira, o njih poroča in jih predeluje z vodjo tima.

Vsi zaposleni v timu, ne glede na izobrazbo, delijo zdravila oziroma so vsi zaposleni usposobljeni za razdeljevanje zdravil. Predpisuje jih seveda zdravnik, ureja pa medicinska sestra (oba sta del splošnih skupnostnih služb).

Svoje delo skrbno beležijo. Beleženje je enostavno, a temeljito, za zapisovanje porabijo okoli 20 minut na izmeno. Te beležke potem enkrat mesečno pregleda vodja tima, s čimer zagotovijo sledljivost morebitnih napak, pa tudi sprotno sledenje poteku oskrbe.

Kako zaposleni delajo z uporabniki, se zrcali v skrbi, ki jo vodstvo posveča zaposlenim. Veliko imajo supervizij, vodja tima ima redne razgovore z vsakim članom tima in podobno.

Morebitnih »lukenj« v tedenskem razporedu, torej izpadov kadra zaradi bolezni in podobnega, nikoli ne krijejo z zaposlenimi v drugih timih, saj bi s tem kršili bistven del podpore, ki sloni na vzajemnem zaupanju med uporabnikom in podpornimi delavci. »Luknje« torej »pokrije« le tim, ki so ga oblikovali za posameznega uporabnika. V ta namen redno plačujejo zunanje sodelavce, ki so jih posebej izobrazili prav za delo z določenim uporabnikom.

V procesu preselitve uporabnikov iz institucionalnega okolja vzporedno z iskanjem prvih podpornih delavcev steče tudi proces iskanja stanovanja. Specifikacije so včasih precej zahtevne, saj je treba nov dom zelo dobro prilagoditi uporabnikovim potrebam. Ena organizacija je morala denimo preurediti hišo, ki so jo začeli najemati, tako, da so uredili talno gretje, saj je obstajalo tveganje, da bi v krizi uporabnik potrgal radiatorje. Ko najdejo pravi dom, gredo nekateri uporabniki takoj tja, drugi pa potrebujejo več časa, denimo da gredo najprej na obisk en dan, kasneje gredo prespat za podaljšan konec tedna in podobno. Močan poudarek dajo personalizaciji stanovanja, torej da ima uporabnik ves nadzor in vpliv nad tem, kako si uredi stanovanje (brisače, pribor, barva sten in podobno).

Imajo veliko različnih možnosti, kako priti do nastanitev. Razmeroma malo uporabnikov sklene zasebno pogodbo o najemu, saj je to najbolj tvegana, prekarna možnost. Enako malo je uporabnikov, ki jim organizacija kupi nepremičnino, uporabnik pa plačuje mesečno najemnino tej organizaciji. Veliko več uporabnikov ima urejen najem od javnih skladov, za nekaj uporabnikov pa plačajo najemnino starši ali pa so v solastniškem stanovanju s skladom, ki omogoča najem ljudem z ovirami.

Ko dobijo stanovanje, naredijo »kartografijo skupnosti«, kar pomeni, da iščejo zaveznike v kraju, kamor se uporabnik seli. Če je jasno, da se uporabnik na primer vedno v krizi zateče v »pub«, gredo tja in predstavijo situacijo, jim dajo morda kaj denarja, da mu v lokalu, če pride do tega, ponudijo pijačo, jim dajo svojo številko, da jih lahko pokličejo in podobno. V vse želijo kar najbolj vključiti uporabnika. V primerih, ko je uporabnik večkrat v krizi in takrat razbija inventar, je treba v ceno oskrbe vključiti tudi stalna popravila v stanovanju.

Ko se uporabnik preseli, naj bi bil »zaposlen«, torej da ima veliko stvari, ki so zanj pomembne, da jih dela čez dan. Vloga zaposlenih je ravno v tem, da uporabnika podpirajo pri opravilih, ki jih želi početi. Navadno traja od prvega načrtovanja z uporabnikom do selitve okoli šest mesecev.

Vsako leto naredijo revizijo izvajanja načrta v preteklem letu in načrt za naslednje leto. To naredijo na timski konferenci, ki podobno kot prva načrtovalska konferenca vključuje uporabnika, svojce in druge pomembne osebe v življenju uporabnika, tokrat pa tudi celotni tim podpornih delavcev. Na reviziji pogledajo, kako so uresničili zaveze iz prejšnjega načrta in kaj je treba spremeniti in osvežiti za prihodnje leto. Načrtovalske konference in revizije so zares

sproščene in nekakšne »ceremonije napredovanja«, saj ima glavno besedo uporabnik, ostali pa so tam zato, ker želijo pri tem njegovem napredovanju v življenju aktivno prispevati svoj del. Na to, do kakšne mere so načrtovalski in revizijski dnevi prilagojeni uporabnikom, kaže denimo dejstvo, da jih izvajajo na najrazličnejših krajih – bili smo prisotni na eni reviziji, ki se je dogajala v seminarski sobi nekega hotela; spet drugič jo naredijo v avtomobilskem muzeju (ker so uporabniku pomembni avti) in podobno.

Takoj po selitvi potrebujejo uporabniki navadno štiriindvajseturno podporo, torej v timu zaposlujejo okoli pet podpornih delavcev na uporabnika. Nekateri uporabniki dobivajo podporo 24/7 kar dveh podpornih delavcev hkrati, v takih primerih je tim ustrezno večji. Sčasoma pa potrebe po podpori postanejo manjše, saj uporabniki dobijo tisto, kar potrebujejo. Postanejo »manj kompleksni«, navadno je manj tudi agresije in kriz (tudi če jih je bilo na zaprtem oddelku veliko). S tem se kažejo rezultati oskrbe, ki je zares ukrojena po osebni meri.

Ker ima na začetku večina uporabnikov oskrbo 24/7, to pomeni, da mora podporni delavec v nočni izmeni spati v istem stanovanju kot uporabnik. Vedno imajo svojo, ločeno sobo, da se uporabniku zagotovi zasebnost. Ta primer smo videli, ko smo obiskali eno uporabnico na domu. Ima močno epilepsijo, ki se navadno začne kazati s krči na obrazu. Uporabnica ima v svoji sobi kamero, ki je usmerjena v njeno posteljo in ki zaznava njene gibe. Če se gibi ponavljajo, kamera sklepa, da gre za napad in sproži alarm. Poleg uporabničine sobe je soba delavca v nočni izmeni, ki takoj ukrepa. Tim ima lasten protokol ukrepanja v takih (za druge uporabnike pa v drugačnih) krizah. S tem je zagotovljen enovit odgovor in sklenjen timski dogovor o njem.

Poleg osebnega načrta, ki ga imenujejo »service design«, imajo za oskrbo še dva ključna dokumenta, to sta »working policy«, ki zapisuje, *kako* naj se izvaja oskrba, in »safety plan«, ki je načrt ukrepanja v krizah in podobnih tipičnih predvidljivih situacijah. Kot poudarjajo, pa ni poudarek njihovega dela eksplicitno na zagotavljanju varnosti, čeprav je to ena izmed pomembnih posledic. Pri oskrbi poudarjajo predvsem to, da je brezkompromisno osredotočena na potrebe in želje uporabnika. Pravijo, da to zagotavlja največjo varnost, saj uporabnik dela to, kar želi in se v tem dobro počuti. Oskrba po osebni meri je razumljena kot največji varovalni dejavnik. Tveganja dojemajo kot nalogo tima, da iznajde načine, kako uporabniku omogočiti to, kar si želi, na razmeroma varen način.

V Veliki Britaniji obstajajo vsaj trije načini financiranja, ki jih uporabljajo Small Support organizacije. Prvi vključuje posredovanje pooblaščenca; drugi je individualni paket storitev; tretji pa je neposredno financiranje.

Najprej o prvem načinu. Država prek naročnikov (angl. *commissioners*) »kupuje« storitve za posameznika. Navadno gre za alokacijo denarja v bolnišnice, v primeru Small Support organizacij pa vanje. Organizacije delajo s tistimi pooblaščenci, ki so jim že uspeli predstaviti in jih prepričati v pomen svojega dela, saj to od pooblaščencev zahteva nekoliko drugačno prakso naročanja storitev in večjo fleksibilnost.

Drugi način je individualni paket storitev. Če je oskrba urejena tako, dobi Small Support organizacija denar za oskrbo, ki ga potem razporeja glede na načrt. Pri tretji obliki gre za neposredno plačevanje, torej dobi denar od države uporabnik sam (oz. njegovi skrbniki), ki potem plačuje izvajalski organizaciji. Tretji način daje največ svobode pri razporejanju sredstev. Nek uporabnik je najel bivšega profesionalnega igralca rugbyja kot osebnega trenerja, saj so ugotovili, da je bil to edini način, da se je začel ta uporabnik gibati (ker mu je bil zelo všeč rugby). Prvi dve obliki česa takega ne bi omogočili, saj to ne bi bil »upravičen« strošek.

Glede stroškov je treba dodati še nekaj. Ko je uporabnik še na psihiatriji, mora denimo pooblaščenec odobriti, da Small Support organizacija že zaposli enega do dva podporna delavca. V prehodnem času (priprav na selitev) so torej stroški večji, a analiza stroškov oskrbe v teh majhnih organizacijah je pokazala, da je ta cenejša za med 36 % in celo do 65 % letno (Mason-Angelow, 2021).[83]

Kot je opaziti, imajo uporabniki veliko mero vpliva in nadzora nad oskrbo, ki jo prejemajo. To večinoma zagotovijo z njihovo vključenostjo v odločanje. Kljub temu se zgodi, da kdaj uporabniki niso vključeni v, denimo, timsko konferenco. Direktor ene izmed izvajalskih organizacij je dal primer, da je bil uporabnik v tako hudi krizi, da timske konference ne bi zdržal, zato so jo izpeljali brez njega (a z vključevanjem svojcev). Pri prisotnosti uporabnikov ne vztrajajo za vsako ceno, vendar pa imajo vzpostavljene mehanizme, kako stalno preverjati, ali

[83] Naj navedemo le tri primere iz citiranega vira. V prvem primeru je oskrba v bolnišnici stala 133.961 funtov letno, oskrba v okviru Small Support organizacije pa 85.985 funtov; v drugem primeru je stala bolnišnična oskrba 338.000 funtov letno, oskrba v okviru Small Support organizacije pa 54.774 funtov; v tretjem pa se je cena po prehodu iz bolnišnice v Small Support organizacijo zmanjšala z začetnih 158.037 na 54.774 funtov letno.

je oskrba, za katero so se zmenili brez uporabnikove prisotnosti, njemu zares v pomoč in po njegovi meri.

Te majhne izvajalske organizacije nikoli ne računajo na možnost, da bi uporabnika »oddali« kam drugam, oziroma odpustili iz svoje oskrbe. Način delovanja ne dopušča perspektive, da je uporabnik »pretežek«, da se z njim »ne da delati«. Ker vedo, da so oni edini, ki so zavezani preseljevanju ljudi iz dolgotrajnih hospitalizacij na zaprtih oddelkih, vedo tudi, da morajo iznajti vse možne in včasih težke načine, da uporabnika ohranijo v skupnosti.

Sinteza

Izkušnje iz tujine kažejo na to, da »intenzivni« oddelki v bolnišnicah ali zavodih lahko delujejo po principu odprtih vrat in brez vezanja. Prve tovrstne izkušnje segajo v 19. stoletje, intenzivirale pa so se od 50. let 20. stoletja, trenutno pa velja konsenz, da je to mogoče na vseh področjih psihiatrije. Ker to dokazujejo tudi psihiatrični oddelki za akutne stiske, je to še toliko bolj dosegljivo v SVZ.

Tabela 24 Shema ključnih ugotovitev dobrih praks iz tujine

	Ključne ugotovitve
Small Supports (Velika Britanija)	
	Tudi »najkompleksnejši« uporabniki lahko živijo samostojno.
	Vsi postopki morajo biti po meri uporabnika – iskanje stanovanja, podpornih delavcev, potek dneva, aktivnosti čez dan ipd.
	Brezkompromisna zavezanost oskrbi po osebni meri zagotavlja varnost.
	Pomen vključevanja družine v načrtovanje in oskrbo.
Psihiatrični oddelek v splošni bolnišnici (Trst, Italija)	
	Službe intenzivne pomoči morajo imeti malo posteljnih kapacitet.
	Tudi v akutni psihiatriji je možno delati brez zapiranja in vezanja.
	Intenzivna pomoč (s premestitvijo) mora biti kratkotrajna.
	Čimprejšnji odpust iz intenzivne oblike podpore je možen ob močnih službah v skupnosti.
	Službe v skupnosti imajo za intenzivne stiske poleg premestitve možnost tudi intenzivnega terenskega dela, ki prepreči premestitev.
Stanovanjska skupina (Stod, Češka)	
	Tudi uporabniki z najkompleksnejšimi potrebami lahko živijo v stanovanjski skupini.
	Arhitekturne prilagoditve v stanovanjski skupini glede na potrebe uporabnikov in za njihovo varnost.
	Inovativne arhitekturne prilagoditve odpravljajo potrebo po sobi za izolacijo.

Poleg tega obstajajo tudi ostale izvenbolnišnične prakse, kot so npr. Soteria in uporabniško vodeni krizni centri, ki prav tako ne uporabljajo prisilnih ukrepov. Te prakse se ponašajo s svojevrstnimi koncepti in naravnanostmi za delo (»biti z«, vrstniško podporno delo ipd.), ki so osnova za delo brez prisilnih ukrepov.

Viri

Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A., Schöppe, E., Mc Cutcheon, A.-K., Velasquez Lecca, E. E., Löhr, M., Schulz, M., Bechdolf, A. & Weinmann, S. (2019). Preventing and Reducing Coercive Measures – An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 340. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00340

Bell, G. M. (1955). A Mental Hospital With Open Doors. *International Journal of Social Psychiatry*, *1*(1), 42–48. https://doi.org/10.1177/002076405500100107

Conolly, J. (1856). *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*. Smith, Elder & Co.

Flego, M., Sorta, H. & Orel, K. (2012). Proces dezinstitucionalizacije in odprava prisile v posebnih socialnih zavodih: Primer Socialno varstvenega zavoda Dutovlje. *Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi, Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, *250*, 153–159.

Gooding, P., McSherry, B., Roper, C. & Grey, F. (2018). *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*. Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.

Kelly, D. (2009). Personalised support. V S. Newman (Ur.), *Personalisation: Practical thoughts and ideas from people making it happen* (str. 61–70). Pavilion.

Kondža, J. (1976). Svoboda in nesvoboda na oddelku za forenzično in socialno psihiatrijo. *Zdravstveni obzornik*, *1*, 58–59.

Mason-Angelow, V. (2021). *The costs and the benefits of Small Support organisations in England*. NDTi. https://www.ndti.org.uk/assets/files/Small-Supports-Cost-Benefit-FINAL-2021.pdf

Mosher, L. R. (1999). Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization: A Personal and Professional Review. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, *187*(3), 142–149. https://doi.org/10.1097/00005053-199903000-00003

Pocobello, R., Camilli, F., Rossi, G., Davì, M., Corbascio, C., Tancredi, D., Oretti, A., Bonavigo, T., Galeazzi, G. M., Wegenberger, O. & El Sehity, T. (2024). No-Restraint Committed General Hospital Psychiatric Units (SPDCs) in Italy – A Descriptive Organizational Study. *Healthcare*, *12*(11), 1104. https://doi.org/10.3390/healthcare12111104

Rossi, G. & Toresini, L. (2015). SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona. V S. Rossi (Ur.), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona* (str. 273–297). Edizioni Alpha beta Verlag.

Russo, J. & von Peter, S. (2022). Politicising crisis support: Learning from autonomous self-organising in Bochum, Germany. *Advances in Mental Health*, *20*(1), 64–73. https://doi.org/10.1080/18387357.2021.2000337

Schreiber, L. K., Metzger, F. G., Flammer, E., Rinke, H., Fallgatter, A. J. & Steinert, T. (2022). Open Doors by Fair Means: A quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 941. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08322-6

Stastny, P. & Lehmann, P. (Ur.). (2007). *Alternatives beyond psychiatry*. Peter Lehmann Publishing.

Steinauer, R., Krückl, J. S., Moeller, J., Vogel, M., Wiesbeck, G. A., Walter, M., Lang, U. E. & Huber, C. G. (2020). Opening the Doors of a Substance Use Disorder Ward – Benefits and Challenges From a Consumer Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 580885. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.580885

Steinert, T. & Scharfetter, J. (2018). Wie können psychiatrische Kliniken in Österreich vollständig offen geführt werden? *Psychiatrische Praxis*, *45*(06), 321–326. https://doi.org/10.1055/a-0597-8123

Stern, E. S. (1959). Open Wards in Large Mental Hospitals. *International Journal of Social Psychiatry*, *4*(4), 299–302. https://doi.org/10.1177/002076405900400408

Van Melle, A. L., Noorthoorn, E. O., Widdershoven, G. A. M., Mulder, C. L. & Voskes, Y. (2020). Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion use in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 469. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02855-y

Zinkler, M. (2016). Germany without Coercive Treatment in Psychiatry – A 15 Month Real World Experience. *Laws*, *5*(1), 15. https://doi.org/10.3390/laws5010015

Zinkler, M. (2023). Non-coercive techniques for the management of crises in mental health settings in Germany – A narrative review. *International Review of Psychiatry*, *35*(2), 201–208. https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2087493