

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 družijo 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 oživilja 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 dezinstitutizacije 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 osebo 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 osebe telesno ovira uporabnika, da ga lahko potem tudi kemično ovira (sedacija), vezanje pa izvedejo v izolacijski sobi in podobno.

Prisilo je torej najboljše 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 nepravilna 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 najpogostejše 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. RESTRRAIN 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 agansom, 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 dezinstucionalizacija (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 neporocionalno 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 dezinstitutionalizacijo pospremile z neoliberalnim kleščanjem 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 dezinstitutionalizacije 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 Dezinstitutionalizacija in neodvisno življenje

Tudi definicije dezinstitutionalizacije so bile povzete na več mestih, zato naj tu sporočimo le bistveno. Dezinstitutionalizacija 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). Dezinstitutionalizacija 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 deinstitutionalizacijo 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_framework_restrictive_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 Alpha beta 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 deistituzionalizzazione 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>