

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 prispeva 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 zanimalle 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 boljše 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 pogostejše samski ali pa nimajo trajnejših partnerskih vezi, pogostejše nimajo otrok in pogostejše nimajo izkušenj skupnega partnerskega življenja, pogostejše 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 namestitve

V okviru predpisov v RS je na varovane oddelke oseba sicer lahko nameščena prostovoljno, vendar pa zakonodaja predvideva tudi neprostovoljno namestitve, 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« namestitvev 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 pogostejše 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 pogloblja 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 presojujejo 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 naravnost nam lahko pomaga pri iskanju odgovora na vprašanje, kakšne so značilnosti skupnosti oziroma specifične družbene krajine, ki varovani oddelki uporabljajo kot kraj prisilnega nameščanja ljudi. Specifično naravnost našega pregleda dejavnikov odraža tudi tabela 4, v kateri smo povzeli dejavnike, ki smo jih s pregledom obstoječe literature prepoznali kot spodbujevalne v smeri nastanitve 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 smiselnosti institucionalne psihiatrične obravnave ljudi. Naša eksplicitna predpostavka je bila, da je treba institucionalne oblike obravnave ljudi zaradi vseh njihovih škodljivih vidikov odstranjevati iz družbenega polja, kar naj bi se uresničevalo s procesi deinstitutionalizacije. 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 zdravljenja. 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 oddelkih, 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; <u>kjer oseba dobi psihiatrično diagnozo;</u>			proces 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 <u>nastanitev v psihiatrično institucionalno okolje</u>	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 <u>dogodka</u> , v zvezi s <u>katerim je možno trditi</u> , <u>da je bilo nekaj ali nekdo ogrožen</u> (življenje, zdravje ali premoženje)		vidno nenavadno vedenje osebe – prisotnost »prič«, ki jim je vedenje lahko moteče, jim zbujajo 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 <u>prisilne nastanitve v zaprto</u> institucionalno okolje;	položaj (manjšine, brezposelnost idr.)	delovati podporno – izhaja iz ideje, da je hospitalizacija dobra oblika pomoči; ali ker poskuša prekiniti sebi neprijetne konfliktna 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 <u>ocena</u> , da v takšni nastanitvi potrebuje <u>stalno in dolgotrajnejšo</u> obliko obravnave v obliki <u>socialne oskrbe in varstva</u>		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 (osrediščenost 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 nastanitvev 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:

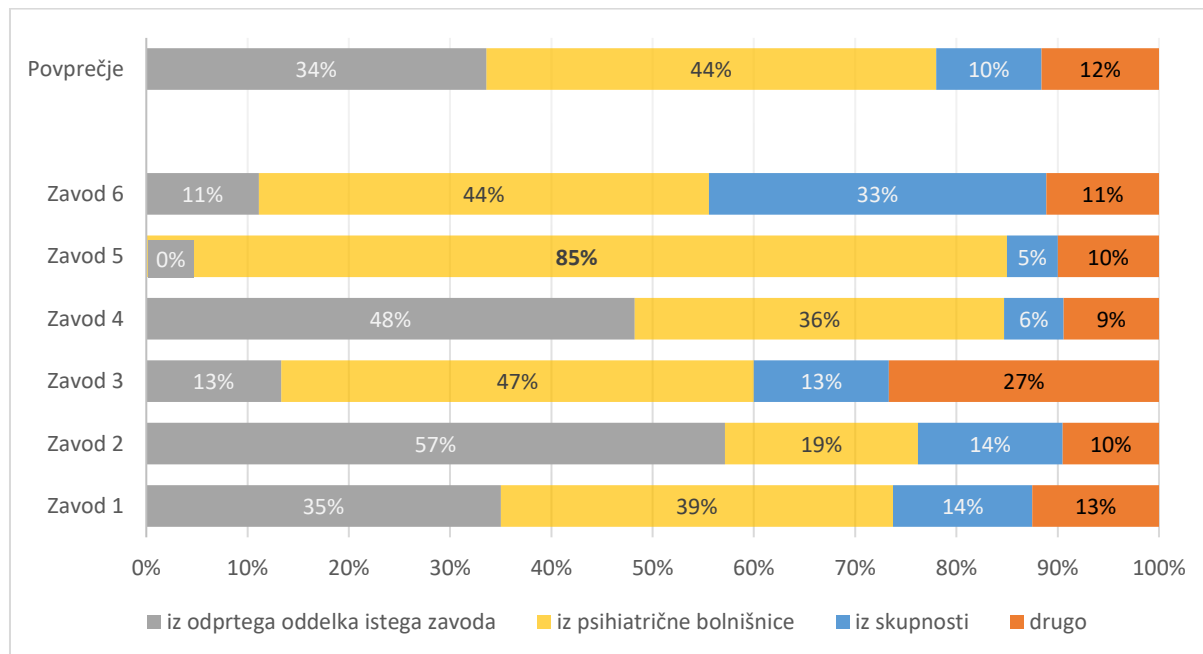
Večkrat se nam ponovijo neželjeni dogodki, ko odtava po cesti [...] stanovalci gredo lahko kadarkoli kamorkoli. Zaradi tega po navadi ... Zdaj smo imeli dva stanovalca, ki sta bila sama sebi nevarna, ker sta odtavala in se nista znašla. Ena stanovalka je bila pred leti, ki je kar odšla v mesto ob cesti. (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 nastanitve uporabnikov neposredno pred namestitvijo na varovani oddelki 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 oddelki (44 %) so bistveno bolj pogosti kot sprejemi od tam na odprte oddelke zavodov (29,7 %). Sprejemi od doma na varovani oddelki (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.

prememitev 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 kažejo, 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«. Dejavniki, 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. Dejavniki, ki utegne spodbujati namestitve iz psihiatričnih bolnišnic na varovane oddelke, je psihiatrična doktrina, ki ne prepozna 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 strnjivosti zapisov zbrali v tabeli 7.

Tabela 7 Dejavniki, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke – izhajajo 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 namešča 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 namešča 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 zapor. 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 nameščenih, 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 marsikatera 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 predstavljate, 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 naštevati 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 neuvide v svojo bolezen je vedno mislil, da bo šlo, a se je vedno znova ustavilo. (socialna delavka, POM_3_2).

Tudi *telesno zdravstveno stanje* 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 prejela od svojcev (npr. zaradi smrti, opešanja ali izčrpanosti družine) povzroči ali pa spodbudi namestitev na varovani oddelki – 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 oddelki; 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 okolščine 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 odprti oddelki 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 namestitve 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 – izhajajo 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)	uporabniki ne obravnavajo širših družbenih okoliščin in struktur, ki spodbujajo namestitve na varovane oddelke – odsotnost širše kontekstualne perspektive v uporabniški perspektivi
konfliktni družinski odnosi (konflikti v družini kot povod, ki sproži namestitve)	težnja prevajanja kontekstualnih dejavnikov in medosebnih situacij v probleme/primanjkljaje posameznikov od uporabnikov samih
stanovanjske težave	
finančne težave	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 oddelok 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 oddelok. 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 oddelok.

²⁶ OO: odprti oddelok.

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 oddelok 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 oddelok; 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 oddelok, 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 oddelok 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 oddelok 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 nameščenec v okviru deinstitutionalizacijskih 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 zlorabljal 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 želeči, da bi zapustil zavod. Skupina prijateljev mu je pri tem pomagala, a pot je bila zelo težka. Pogoji 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 živeti 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, prejemale 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 zblížala 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 ustražovali 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 oddelok 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 oddelok 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 prepozna 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 oddelok, 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 – »prestop« 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 sogovorniki 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 poslušáš 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 oslajena, 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 naravnani, 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 sogovorniki 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 sogovorniki 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« odsojna ali oslabljen, 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 »prestop«, 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 presojujemo »(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 sogovorniki 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 neproblematicirana; 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 namestitve 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 sogovorniki nakazali na potencialno pomanjkanje konceptualizacij o alternativnih (novih, še neobstojećih) 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. Konkretnije 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, namenjen 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 iti«; »tudi k nam na varovani oddelek jih dajejo iz psihiatričnih bolnic zato, ker ti ljudje nimajo kam iti«.*

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 ne vključene 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 namestitve 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 pogostejše 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 močnejše 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 namestitve 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	negotova stanovanjska politika	ideja strokovnjakov, da nekatere osebe potrebujejo zaprto okolje – varovani oddelek kot ustrezna oblika pomoči (nevarni, nestrukturirani in sami sebi grožnja)
»prestopki«: nezmožnost dohajati vsakodnevno življenje (gospodinjstvo, higiena, hrana, ...) – opuščanje skrbi zase	izključevalni, nedostopni trg dela	
okrnjena socialna mreža	pomanjkanje strokovne podpore, ki bi podprla ali nadomestila družino	
izključenost z dela	rigidnost, neprožnost, začasnost, neživljenjskost in nepovezanost obstoječih oblik pomoči – negotovi sistemi pomoči	humanitarni diskurz o reševanju ljudi pred njimi samimi
ekonomska šibkost in odvisnost od drugih	spremembe v politikah drugih institucij – preusmerjanje druge institucionaliziranih ljudi na varovane oddelke	pritisk, pričakovanja neposredne skupnosti, da se osebo »umakne« – varovani oddelek kot prostor za umik problematičnih članov skupnosti
šibke, ranljive družine – nakopičene težave v družinah		»pri nekaterih se nič ne da« – odsotnost perspektive izboljšanja
zavračanje ponujene pomoči		

5.3.7 Vloga strokovnjakov_njakinj, ki sodelujejo pri odločanju o sklepih za namestitve²⁸

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 ustrežno 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«* (predstavniki 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 prepíše«* (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 namestitve 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 šibkejšše 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 prestop – 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 našete 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 konkretnjših 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
<u>deprivilegiran družbeni položaj</u> 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) <u>šibka socialna mreža</u> 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. <u>ALI izključevalna socialna mreža (naklonjena institucionalizaciji svoje ga članice a)</u> v ožji socialni mreži so konfliktni (pogosto v družinskem kontekstu) odnosi; socialna mreža si prizadeva za hospitalizacijo, ker poskuša prekiniti sebi neprijetne konfliktno situacije – izhaja iz ideje, da umik osebe v institucijo lahko razreši konfliktno situacijo; ali pa je socialna mreža podpora do svojega družinskega člana, ki ga usmerja v institucijo, ker izhaja iz ideje, da je hospitalizacija dobra oblika pomoči. <u>prestopki (občutek, da oseba ogroža druge ali sebe; vidno in ponavljajoče se)</u> oseba počne ali je storila kaj, s čimer je pri drugih vzbudila strah ali pa je opuščala skrb, ki naj bi jo	<u>negotove, ogrožajoče družbene razmere:</u> – izraziteje prisotni različni procesi <u>socialnega izključevanja</u> oseb iz osrednjih družbenih struktur (kot so družina, delo, stanovanjska stabilnost ...); – <u>slabe družbenoekonomske razmere</u> (slaba ekonomija, revščina, neenakost ...); – poudarjena <u>osrednja vloga družine</u> 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 <u>šibka/odsotna socialna država</u>; – šibkost <u>splošnih</u> zdravstvenih, stanovanjskih, ekonomskih in drugih sistemov podpore; – šibkost bolj <u>specifičnih</u>, 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.	<u>psihiatrična družba</u> – <u>uveljavljenost psihiatričnega diskurza</u> (v strokovni in tudi splošni javnosti) – uveljavljenost specifičnih (institucionalnih in izključevalnih) diskurzov znotraj psihiatričnega – <u>osrediščena vloga institucionalne psihiatrije</u>; 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); – <u>specifične izključevalne ideje znotraj psihiatrične doktrine</u> ideja, da so kakšna človeška stanja neozdravljiva; da psihiatrija ni namenjena (dolgotrajnejši) skrbi in varstvu pacientov. <u>izključujoč družben odnos do drugačnosti</u> 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 <u>izključujoč strokovni diskurz do oseb s psihiatričnimi diagnozami</u> – prisotnost <u>diskurza primanjkljajev</u> (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.	<u>institucionalizirana družba</u> – 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); – <u>prevajanje kontekstualnih dejavnikov v probleme/primanjkljaje posameznika</u>; – 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 – <u>prevajanje nadzorovalnih in prisilnih ukrepov v jezik podpore in pomoči (skrb kot nasilje)</u>; – s tem povezan diskurz <u>paternalizma</u> (ideja, da je treba pomagati, pa čeprav na silo in proti volji posameznika); – <u>strokovna vdanost ali obup</u> – 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