

6 ZNAČILNOSTI VAROVANIH ODDELKOV, OBRAVNAVE STANOVALCEV IN ODPUST (Juš Škraban, Andraž Kapus, Katja Prevodnik in Lucia Jelenc)²⁹

Če smo v prejšnjem poglavju predstavili podatke o tem, kaj se dogaja z uporabniki pred namestitvijo na varovani oddelek, je to poglavje posvečeno dogajanju po tem, ko uporabnik prestopi prag varovanega oddelka. Najprej predstavimo podatke o statusu namestitev in težavah, ki nastajajo pri sprejemu. Poglavje nadaljujemo z nekaj vidiki obravnave, ki so povezani z varovanim oddelkom kot (institucionalno) obliko dela; predstavimo načine dela zaposlenih na varovanih oddelkih, ki segajo od pristopov in naravnosti zaposlenih pa do bolj kodificiranih, zaokroženih metod dela; na koncu pa se posvetimo načinom dela v kriznih situacijah, ki jih predstavimo vse od preventivnega dela do hospitalizacij v psihiatrični bolnišnici in uvedbe posebnih varovalnih ukrepov na varovanem oddelku. Poglavje končamo z analizo odpustov.

6.1 Podatki o (ne)prostovoljnosti namestitev v kontekstu socialnega in zdravstvenega varstva

Sprejem na varovani oddelek se lahko opravi s privolitvijo (ZDZdr, 74. člen) ali pa brez privolitve uporabnika na podlagi sklepa sodišča (ZDZdr, 75. člen). Zadržanje na varovanem oddelku na podlagi sklepa sodišča se lahko določi za največ eno leto (77. člen).

Velika večina uporabnikov, ki so leta 2023 bivali na varovanem oddelku, je bila tja nameščena proti svoji volji po sklepu sodišča (98 %), le 2 % pa je bilo prostovoljnih sprejemov. To pomeni, da so varovani oddelki predvsem prostori prisile, saj se zakonska možnost prostovoljnega sprejema skoraj ne uporablja.

Delež neprostovoljnih namestitev na varovane oddelke je veliko večji od deleža neprostovoljnih sprejemov na oddelke pod posebnim nadzorom v psihiatričnih bolnišnicah. Podatki na nacionalni ravni o tem sicer niso javno dostopni, vendar pa so dostopni podatki za nekatere bolnišnice. Podatki iz Slovenije pričajo o odstotkih prisilnih hospitalizacij med 2 % in 9,5 %, vendar se podatki nanašajo le na obdobje pred sprejemom ZDZdr (Korošec Jagodič idr., 2008; Turčin & Kores-Plesničar, 2008; Žmitek, 1995); v tujini pa se ti odstotki gibljejo med 3,8

²⁹ Hvala vsem, ki so pomagali pri terenskem delu: Nika Cigoj Kuzma, Aida Hajdarević Novak, Dora Koša, Andreja Rafaelič, Boštjan Slatnar, Kristina Stojmenova, Maruša Tomc Arko, Kaja Zoran.

% in 20 % (Dressing & Salize, 2004; Sheridan Rains idr., 2019). Kljub metodološkim težavam v teh primerjavah je razlika med deležem neprostoVOLjnih sprejemov na zaprte oddelke v psihiatriji in na varovane oddelke SVZ zelo velika.

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

6.2 (Ne)poznavanje uporabnika pred prihodom

Kot smo podrobneje predstavili v 5. poglavju, so uporabniki pred namestitvijo na varovani oddelok stanovalci odprtih oddelkov istih zavodov (34 %), hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici (44 %), ali pa živijo v skupnosti (10 %). V drugih dveh primerih osebje varovanega oddelka uporabnika pred sprejemom ne pozna, o čemer so iz večine zavodov poročali kot o oviri za svoje delo. V teh primerih se lahko zanašajo le na dokumentacijo, ki jo prejmejo, ta pa zajema navadno le sklep sodišča.

Mi ob sprejemu dobimo ali sklep sodišča oz. samo predlog in potem sklep. In iz tistega sklepa moraš razbrati vse. To pomeni od osnovnih podatkov, ali je oseba pod skrbništvom ali ni, iz kje je, za kakšno bolezen gre in zakaj je pravzaprav nameščena. Vsega ostalega nimaš. In to je podlaga za sprejem (socialna delavka, POM_2_1).

Zaposleni v zavodih ne poročajo samo o pomanjkljivih informacijah o človeku, pač pa tudi o vrsti informacij. V dokumentacijah so namreč predvsem tehnični in zdravstveni podatki o človeku, ne pa o tem, kdo ta človek zares je – kaj so njegove vrline, moči, kaj ima rad, česa ne, kdo so ljudje v njegovi socialni mreži in podobno.

Kar se tiče dokumentacije, jo dobimo, ko je stanovalec sprejet ali pa mogoče dan ali dva prej, ampak je to zelo skopo, tako da imamo redkokdaj informacije o tem, kako so živeli doma ali karkoli. Tudi, ko prihajajo s forenzike, dobimo samo zadnji izvid, ne pa dogajanja čez celih pet let ali karkoli. Samo tisto odpustno pismo, kjer je napisana ena stran in to je to (vodja varovanega oddelka, POM_1_2).

Ne izvemo uporabnih stvari, s katerimi bi jim lahko omogočili neko življenje. Kaj je človek recimo počel v življenju, katera so njegova močna področja, ker sigurno neka še so (diplomirana medicinska sestra, POM_3_2).

Posledično včasih med zaposlenimi zavlada strah: »*Ko dobimo sklep, smo vsi zelo obremenjeni s temi dejanji človeka. Pred sprejemom se celotna skupina seznani s tem, kdo prihaja k nam. Naredimo že grobo analizo tveganja, na kaj vse je treba biti pozoren*« (socialna delavka, POM_3_2). Taka reakcija osebja je še opaznejša pri uporabnikih, ki so na varovani oddelek premeščeni z enote za forenzično psihiatrijo. Zaposleni so torej soočeni s minimalnimi podatki o posameznikih, ki prejudicirajo nevarnost, o kateri pa lahko zaposleni le ugibajo.

Kljub začetnemu strahu pa se, ko uporabnika spoznajo po sprejemu, navadno izkaže, da so bile prve predstave osebja o novem uporabniku zmotne ali vsaj preostre.

Velikokrat se izkaže, da so odstopanja. Največkrat v pozitivnem smislu – da vidimo, da imajo dotične osebe v sebi še veliko močnih področij (socialna delavka, POM_3_2).

Ena sogovornica je izpostavila pomen specifične naravnosti pri delu z novo sprejetimi uporabniki in predvsem odnosa do branja sklepov sodišč:

Definitivno je dobro, če izveš (v sklepu) malo več, je pa pomembno, da ostaneš odprtega duha, da se ne osredotočiš samo na tisto napisano, ker vemo, da smo ljudje živi material, ki se oblikuje in potem včasih tisto, kar je napisano, se pri nas pokaže druga slika. Mogoče zato, ker se pri nas dobro počuti, ker mu je okolje všeč, potem tudi drugače funkcionira (individualna habilitatorka, POM_5_3).

Pomanjkanje informacij o uporabniku pred sprejemom je pokazatelj organizacije služb na področju duševnega zdravja, ki delujejo izrazito po načelih »conske obrambe« (Flaker idr., 2008, str. 25–26). To pomeni, da uporabnik spada v pristojnost navadno le ene službe, ki »pokriva« to cono (navadno je ta definirana z vrsto težav), npr. cona psihiatričnih bolnišnic so akutne, cona SVZ pa dolgotrajne težave v duševnem zdravju. Pristojnosti za uporabnike si službe navadno ne delijo, saj navadno ob izstopu iz cone ene službe preidejo v cono druge, kar otežuje zveznost oz. kontinuiteto oskrbe. To predstavlja oviro za delo v obstoječem sistemu, vendar bo to treba preseči tudi pri preobrazbi varovanih oddelkov – smiselno je, da si službe pri intenzivni oskrbi posameznika v skupnosti med seboj pomagajo.

6.3 Značilnosti varovanih oddelkov in obravnave stanovalcev

V tem poglavju bomo predstavili paleto značilnosti in elementov varovanih oddelkov, ki so se v raziskavi izkazali kot ključni tako za zaposlene, kakor tudi za uporabnike, ter najbolj definirajo varovane oddelke kot obliko zagotavljanja varovanja in oskrbe.

6.3.1 Splošni varnostni ukrepi

Varovani oddelek je oddelek v socialnovarstvenem zavodu, kjer so osebe zaradi svojih potreb nepretrgoma deležne posebne zaščite in varstva ter zavoda ne morejo zapustiti po lastni volji (17. odstavek 2. člena ZDZdr). V take oddelke prihajajo posamezniki, za katere so na sodiščih prepoznali, da »ogrožajo sebe ali druge«. Posledično to pomeni, da so splošni varnostni ukrepi ena ključnih lastnosti in izhodišče te oblike dela. Takim ukrepom v mednarodni literaturi pravijo »blanket restrictions« (v prevodu: splošne omejitve), s čimer opisujejo omejujoče ukrepe, ki so splošni in veljajo za vse stanovalce na oddelku, ne da bi upoštevali njihove individualne potrebe in tveganja (Care Quality Commission, 2019).

V okviru varnostnih ukrepov³⁰ stanovalcem na varovanih oddelkih ni dovoljeno imeti pasov, vezalk, kablov ali vrvic, stvari, s katerimi bi se lahko morda poškodovali. Krožniki so za vse iz nelomljivega materiala, kablov v prostoru ni, slušalke so dovoljene le izjemoma, ker omogočajo pogoje za to, da bi se z njimi kdo zadušil: *»Eden ali dva [uporabnika] imata slušalke. Saj veste, slušalka je potencialna vrvica, tako da se mora tudi to malo nadzirati«* (bolničar, POM_1_2). Cigarete delijo po urniku, prižigajo pa jih zaposleni ali pa so vžigalniki pritrjeni na ograjo na dvorišču, saj jih stanovalci ne smejo imeti pri sebi.

Vzpostavljene so tudi omejitve glede uporabe telefonov, saj so v preteklosti nekateri uporabniki snemali neprimerne vsebine, zato jih zdaj lahko uporabljajo le ob določenih urah. Nekateri uporabniki menijo, da so ukrepi prestrogi, na primer omejitev uporabe telefona na dvakrat dnevno po pol ure, zaposleni pa poudarjajo, da so vsi ukrepi sprejeti v najboljšem interesu stanovalcev, saj preprečujejo nevarne situacije.

Glede splošnih omejitev se je, kot smo ugotovili v raziskavi, pritožil en uporabnik med bivanjem na varovanem oddelku. Pritožil se je, da uporabo interneta in računalnika omejuje hišni red:

V [ime zavoda] sem bil seznanjen s hišnim redom, ki je tudi obešen na steni skupnih prostorov. Skladno s hišnim redom sta dostop do interneta in uporaba računalnika zelo omejena. V hišnem redu je zapisano, da so telefonski pogovori iz osebne mobilnega telefona in uporaba osebne računalnika dovoljeni dopoldne med 9. in 10. uro in popoldne med 15. in 16. uro. Hišni red omejuje tudi obiske, ki so omejeni na le eno uro.

³⁰ V enem zavodu je to zapisano v pravilih oddelka, ki so obešena na oglasni deski na oddelku in so del brošure, ki jo dobijo stanovalci in svojci ob sprejemu.

Pomembno je vedeti, da je omejitev pravic treba obravnavati individualno in natančno opredeliti obseg in trajanje predlaganih omejitev ter razloge, s katerimi se jih utemeljuje.³¹ S primerom je bilo seznanjeno tudi MSP, ki je 8. 7. 2024 odgovorilo, da bo izvajalce institucionalnega varstva z varovanimi oddelki pozvalo k pojasnilu, če oziroma zakaj so pravice njihovih uporabnikov, kot jih navaja 12. člen Zakona o duševnem zdravju, v njihovih internih predpisih strožje omejene. MSP naj bi po prejemu in preučitvi odgovorov po potrebi za izvajalce pripravilo podrobnejše usmeritve za ustrezno ukrepanje.

6.3.2 Kopičenje uporabnikov na enem mestu

Glavna težava varovanih oddelkov kot oblike dela je, da so ti oddelki namenjeni vsem uporabnikom s sklepom sodišča, ne glede na njihove potrebe, značilnosti in sposobnosti. V tem smislu problemi izhajajo že iz kopičenja stanovalcev na enem zaprtem mestu, hkrati pa različnost teh uporabnikov.

Težava je tudi v tem, da so naši varovani oddelki preveč mešani. Tu so zaradi demence, pa odvisniki, starejše osebe, mlajše osebe in vsak potrebuje specifično podporo, in tudi ljudje, ki so bili na forenzičnem zdravljenju (strokovna vodja, POM_1_1).

To so poudarili tudi nekateri uporabniki. Razlike v potrebah ljudi so izvir težav same po sebi, saj je nemogoče, da bi lahko zaposleni, sploh pa na zaprtem oddelku, prilagodili oskrbo glede na individualne potrebe posameznih stanovalcev (čemur pa je oskrba na varovanem oddelku sploh namenjena).³² Nastajajo namreč resnejši problemi, ko se zaposleni v takem okolju soočajo z izzivi, kako zagotoviti varnost stanovalcem:

On tolče po vratih cel dan, zdaj si pa zamislite druge, če želi kdo počivati ... Zdaj tolče, pada, meče se po tleh, joče, kriči ... In zamislite si, da vi tukaj živite – to poslušati vsak dan po dvanajst, trinajst ur. Ne samo en dan, vsak dan! (varuh, POM_1_2).

Na konkretnem varovanem oddelku se zaradi takega vedenja stanovalca začnejo prepiri, ki privedejo do uvedbe PVU:

Pri tem našem glasnem stanovalcu, ki moti cel oddelek – on je v večini primerov nameščen v prostor za omejitev gibanja ravno z razlogom, da zaščitimo njega. Umaknemo ga, da njega ne poškodujejo. Včasih

³¹ Glej sodbo Višjega sodišča v Ljubljani, opr. št. VSL Sklep I Cp 2021/2019.

³² Individualno obravnavo predpisuje 24. člen Pravilnika o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva. Glej tudi VSRS Sklep II Ips 102/2020 in povezano odločitev VSRS Sklep II Ips 45/2020. Iz odločitev izhaja, da imajo posamezniki, ki so prisilno zaprti, pravico do individualne obravnave.

bolj mirimo cel oddelek, da bi pustili njega pri miru in da se umakne (vodja varovanega oddelka, POM_1_2).

Namestitev, ki naj bi zagotovila varnost, zaradi kopičenja ljudi na enem oddelku pomeni varnostno tveganje. Zaradi medsebojnega ogrožanja kot posledice kopičenja ljudi z različnimi težavami in potrebami smo v raziskavi izvedeli še za več primerov.

Ko ima npr. nekdo zdravniško predpisano sesekljano ali pasirano hrano in mu sostanovalec iz nekega razloga ponuja cele kose, nepasirano hrano, to ogroža zdravje in življenje tega uporabnika.

Iz naslednjega primera je razvidno, da je zaradi namestitev stanovalcev na isti varovani oddelek lahko resno načeta varnost stanovalk:

Na primer imamo deklico, ki je res duševno manj razvita. Ona se slači, ona se sleče in potem imaš mladega fanta s forenzike, ki ga lahko »iritira« ena malenkost (namestnica direktorja za področje zdravstvene nege, POM_2_1).

Primer spolnega nasilja so zaznali v drugem zavodu, kjer so poudarili, da imajo težave s tem, ker varovani oddelek ni ločen po spolu, kar se je izkazalo za poseben izziv, ko je nek stanovalec spolno nadlegoval svoje sostanovalke.

Podobnih primerov smo med raziskavo pridobili več, predstavljeni primeri pa ilustrirajo oziroma kažejo na to, da so varovani oddelki pogosto kraj, kjer se nevarnosti ne samo generirajo, temveč pravzaprav potencirajo.

Da se težave uporabnikov večajo zaradi kopičenja ljudi na enem mestu, priča tudi primer, ki ga opisujemo bolj podrobno v nadaljevanju:

Uporabnik je v svojih poznih 20. letih in ima intelektualne ovire. Sprva je živel doma, približno ob polnoletnosti pa je bil prvič hospitaliziran zaradi agresivnega vedenja. Temu je sledila namestitev v zavod, pred nekaj leti pa je bil premeščen na varovani oddelek drugega zavoda. V okolju z veliko ljudmi na kupu se težko znajde. Dobro razume, kaj se z njim dogaja, vendar težko sporoča svoje želje, potrebe in frustracije. Ne zmore reči, na primer, da je žejen, lačen ali kaj podobnega. Zato ga je treba dobro poznati in redno spremljati ter tudi predvidevati, kaj potrebuje in mu to tudi predlagati. To vzame čas, vendar tak trud drugih sprejema. Če ostane nerazumljen, postane najprej nemiren, nato začne tepsti druge, kar lahko preraste v hujše nasilje. V dveh letih namestitve je prišlo do okoli 20 takih napadov, malo manj kot polovica se je končala s težjimi poškodbami drugih ljudi na oddelku. Zaradi teh epizod je njegove sostanovalce na oddelku postalo strah, eskalacije pa so zaposleni reševali s psihiatričnimi

hospitalizacijami. Zaposleni so bili kljub temu včasih uspešni – torej so uspeli te napade preprečiti in uporabnika razumeti – kar so lahko naredili, ko so mu dodelili nekoga, ki ga je spremljal ena na ena, torej je celotni delovnik preživel bolj kot ne le z njim. Kljub temu to ni rešilo vseh težav, saj je še vedno ostajal na oddelku, ki je poln ljudi in je občasno precej hrupen, česar pa on res ne prenaša dobro. Strokovna delavka na oddelku pravi, da bi uporabnik potreboval nastanitev v mirnem okolju (bodisi sam bodisi z res majhno skupino) in to, da bi imel spremljanje zaposlenih ena na ena, a to ne »varnostno«, temveč zato, da bi ga bolje razumeli in tako sproti odgovarjali na njegove potrebe (vodja varovanega oddelka, POM_8_2).

Iz primera lahko potegnemo več pomembnih ugotovitev. Prvič, namestitev na varovani oddelek je za tega in podobne uporabnike neprimerna, saj ga to okolje zaradi njegovih specifičnih potreb ne podpira, temveč celo iritira oziroma slabša njegovo situacijo. Ta uporabnik torej ne »potrebuje« namestitve na varovani oddelek (ta je zanj celo škodljiva), temveč podporno okolje, ki bi bilo prilagojeno njegovim potrebam. To bi pomenilo predvsem individualno namestitev z zanj prilagojenim podpornim timom. Tak podporni sistem se torej ne bi v prvi vrsti posvečal varnosti (PVU, deeskalaciji in podobno), temveč predvsem razumevanju potreb uporabnika in zanj prilagojeni podpori, kar bi zmanjšalo varnostna tveganja.

Varovani oddelki so zaradi značilnosti, ki smo jih opisali, in prostorskih omejitev, torej pogosto prostor, ki ni prijazen ali pomirjujoč za stanovalce, kakor je povzel stanovalec varovanega oddelka v enem izmed pogovorov: »Težko imamo mir, ker nimamo prostora, edino če bi šel v sobo za pomiritev, samo tam je kamera« (uporabnik).

6.3.3 Odnosi na varovanih oddelkih

V kontekstu omejitev varovanih oddelkov ima po mnenju zaposlenih dober odnos z uporabniki pomembno vlogo pri zagotavljanju kakovostne obravnave in prijetnega okolja. Poudarek dajo na prilagajanje potreb posameznikov, ustvarjanje zaupanja in pozitivnega vzdušja, ki omogoča sodelovanje.

Zaposleni so povedali, da se trudijo vzpostaviti individualen pristop do vsakega stanovalca posebej, da so pozorni na specifične potrebe, način komunikacije in osebne značilnosti uporabnikov. Pomembno se jim zdi, »da ob pravem času pohvališ, da ob pravem času tudi poveš, kaj je prav in kaj ne« (diplomirana medicinska sestra, POM_1_1), ter da stanovalcem omogočijo, da ohranjajo vrednote iz domačih okolij.

Ključ do uspešnega odnosa vidijo v prilagodljivosti zaposlenih in poznavanju stanovalcev. Ker so z njimi ves dan, imajo vpogled v trenutno razpoloženje uporabnikov in se osredotočajo na tisto, kar je pomembno v tistem trenutku, ne na pretekle dogodke. Zaposleni pogosto *»practiciramo ogromno pogovora in stremimo k sodelovanju. Samo na tak način lahko funkcioniramo«* (vodja, POM_3_2).

Da bi ustvarili prijetno vzdušje, zaposleni z uporabniki preživljajo čas tudi pri skupnih aktivnostih: *»Drugače smo pa tukajle ali z njimi, se res družimo čim več, ping pong; človek, ne jezi se, te igre imajo radi. Včasih se usedemo tamle z njimi, ko so skoki. Skoke gledamo, kolesarske dirke, to navijamo«* (vodja, POM_2_3). Poleg tega se ponekod vključujejo tudi druge službe, na primer fizioterapevti in delovni terapevti, ki uporabnike odpeljejo z oddelka. V enem zavodu na primer *»recimo prihaja na oddelk sekundarna referenčna oseba, imam tukaj dva moška, ki jima je sekundarna referenčna oseba recimo naš glavni kuhar in on pride k njima dol, ju vzame, povabi na kavico, to je veselje tista kavica«* (vodja, POM_2_3).

Kljub pozitivnim zgodbam in pohvalam, da so zaposleni prijazni in da je okolje urejeno, pa imajo predvsem uporabniki tudi negativne izkušnje. V enem izmed zavodov so nekateri uporabniki zaposlene doživljali kot grobe. *»Nasilje je, se dogaja«* (uporabnik). Izpostavljena sta primera fizičnega nasilja zaposlenega *»Sprva ni želel priznati, potem pa so ga odpustili. To ga je tepel tam, kjer kamere ne posnamejo«* (uporabnik); in norčevanja zaradi spolne usmerjenosti: *»če si bi- ali homoseksualec, se osebje iz tega dela norca«* (uporabnik).

6.3.4 Vsakdan in dnevne aktivnosti

Stanovalci čas na varovanem oddelku pretežno preživljajo v dnevni prostorih ali na hodniku, kjer so kavči. Nekateri po zajtrku ostanejo v postelji do naslednjega obroka ali časa za kajenje. Zaposleni na eni strani za uporabnike zagotavljajo osnovne storitve, obenem pa jih vključujejo v različne aktivnosti: *»Da nekako zapolniš njihov prosti čas, da ni za njih poskrbljena samo tista osnova. Da nekaj poje, da ni lačen, da ga ne zebe, da je oblečen, da ima pospravljeno posteljo, da ima čisto sobo – to je tista osnova«* (bolničar, POM_1_2). Dnevne aktivnosti so vezane pretežno na prostor varovanega oddelka.

Zaposleni v enem zavodu pravijo, da je delovna terapija ena izmed najbolj priljubljenih dejavnosti. Uporabniki lahko rišejo, ustvarjajo ali izvajajo druge aktivnosti. Dneve zapolnjujejo

tudi z igrami, kot so pingpong, človek, ne jezi se, remi ali gledanje športnih prenosov, organizirali so tudi interni turnir v igranju remija. Nekateri pri delovni terapiji zaslužijo majhno žepnino z izdelavo objemk ali drugih izdelkov. Prostore delovne terapije si delijo z uporabniki odprtih oddelkov. Tistim, ki ne želijo ali niso sposobni obiskovati delovne terapije, zaposleni poskušajo ponuditi alternative na varovanem oddelku. *»Kar jim lahko nudiš, jim nudiš. Tudi vse kaj izrazijo, preveriš, če jim lahko omogočiš. Določenim željam ugodiš, določenim željam pa poveš, da niso možne«* (vodja, POM_5_2).

V zavodih več ali manj pozornosti posvečajo tudi aktivnostim izven varovanega oddelka. Ob obisku enega izmed zavodov so zaposleni na oddelku izpostavili, da uporabniki sodelujejo v skupinskih aktivnostih, kot so letovanja, izleti, natečaji in nastopi, kar naj bi jim pomagalo pri socializaciji. Imajo odprto kuhinjo, kjer si lahko pod nadzorom zaposlenih sami pripravljajo hrano, kar jih spodbuja k samostojnosti. V tretjem zavodu imajo v jedilnici možnost, da si skuhajo kavo.

Pomemben del aktivnosti so v zavodih tudi dnevni sprehodi in obiski, pri čemer pa ravno sprehodi kažejo na omejenost varovanih oddelkov za zagotavljanje individualizirane podpore. Na vprašanje, ali gredo z varovanega oddelka vsak dan na sprehod, so zaposleni delavci enega izmed zavodov poročali, da se trudijo, da bi šli stanovalci vsak dan ven, vendar to ne pomeni, da pride celoten oddelek ali da imajo stanovalci možnost iti vsak dan na sprehod. Kdor ne pride na vrsto določen dan, gre lahko na sprehod naslednjič (POM_1_2).

Nekateri stanovalci imajo redne obiske družinskih članov ali priložnost za večurne izhode, čeprav niso vedno zadovoljni z obsegom. V teh primerih grejo na *»kakšen sprehod okoli zavoda za dobro uro ali pa na kavo v bifeju«* (zdravstveni tehnik, POM_5_2). Pomanjkanje zaposlenih, značilnosti in specifična organizacija dela na varovanih oddelkih pa pomeni tudi, da imajo stanovalci omejene možnosti vključevanja in povezovanja s skupnostjo: *»Ne dovolijo. Meni še obiskov ne dovolijo brez njihovega spremstva. Če me pride kdo obiskat, grem lahko ven v času od 10.00 do 12.00, popoldan ni časa in čez vikend tudi ni časa, da bi bil kdo zraven. Tako da imam to zelo slabo urejeno«* (uporabnik).

Med raziskavo je bilo vključevanje v aktivnosti izven varovanih oddelkov večkrat izpostavljeno kot dobra praksa. Direktorica enega od zavodov je povedala: *»Res bi izpostavila velika prizadevanja kadra, da so uporabniki na varovani enoti vključeni v dogajanje in življenje izven*

enote, to nam je bil eden ključnih ciljev, ko smo vzpostavljali varovano enoto» (POM_3_1). Udeležujejo se prireditve, krožkov, sprehodov, izletov in interesnih dejavnosti, kjer so vključeni z ostalimi stanovalci zavoda: »Vse povsod jih vključujemo« (vodja, POM_3_3). Zaposleni so povedali, da uporabniki radi sodelujejo pri bralnih uricah, likovnem ustvarjanju, športnih aktivnostih in obiskujejo sveto mašo. Spodbujajo jih k samostojnemu odhodu v trgovino ali na bankomat: »Na bankomat hodijo sami, jih spremljamo, sami dvigujejo denar« (varuh, POM_2_2). Poleg tega uporabniki pomagajo pri vsakodnevnih opravilih, kot je zlaganje slinčkov ali čiščenje tal, za kar občasno prejmejo simbolične nagrade.

Iz teh rezultatov je razvidno, da so dejavnosti – predvsem tiste, ki imajo povezavo s svetom zunaj oddelka – za okrevanje stanovalcev ključne. Preobrazba varovanih oddelkov bo že sama po sebi olajšala in spodbujala tovrstne dejavnosti, saj bo podpora preselila zunaj zavodov, kljub temu pa je treba tudi v tem procesu zmanjševati dejavnike, ki bi takšno produktivno delo lahko ovirali.

6.3.5 Izhodi

Glede na to, da je pravica do gibanja na varovanih oddelkih stanovalcem omejena, je razumljiva posledica, da se v praksi pogosto zastavlja vprašanje izhodov z oddelka. V posebnem poglavju ZDZdr so urejene pravice oseb na varovanem oddelku, in sicer je v drugem odstavku 12. člena navedenega zakona določeno, da je osebi na varovanem oddelku zagotovljena med drugim tudi pravica do gibanja. Posebne določbe o možnosti začasnih izhodov oseb, nameščenih na varovanih oddelkih, ZDZdr nima.

Izhodi se lahko opravijo s spremstvom osebja, svojcev ali pa so samostojni (da gre stanovalec sam z oddelka). Glede izhodov s spremstvom osebja je opaziti razlike med zavodi, saj v nekaterih en član osebja na oddelku pospremi na izlet vse stanovalce z oddelka (ki ima kapaciteto 12 postelj), ponekod pa imajo interno pravilo, da posamezni zaposleni lahko spremljajo največ tri stanovalce.

V enem zavodu izhode potrdi strokovni svet, v nekaterih pa ima odločilno vlogo pri odobritvi zavodski psihiater, zato so odločitve odvisne predvsem od njegove/njene naravnosti: *»Ja pri prejšnjem psihiatru, on je dal samostojne izhode. Eno uro recimo je določil. Zdaj trenutna psihiatrinja se za to ne odloča. Da bi šel sam stanovalec ven«* (socialna delavka, POM_2_2). V

tem zavodu so imeli v času intervjujev na primer trije stanovalci možnost samostojnih izhodov brez spremstva, pri čemer je to na naroku predlagalo kar sodišče. Včasih se tudi zgodi, da strokovni svet že odobri izhod, pa se zaposleni, ki neposredno delajo z uporabnikom in ga opazujejo, v kakšnem stanju je, na koncu odločijo, če je izhod primeren ali ne. Dva stanovalca imata dovoljenje za vsakodnevne izhode ob določeni uri, eden pa lahko odide za celo dopoldne ali celo popoldne. Ostali uporabniki imajo izhode samo v spremstvu. Pri teh izhodih so za spremstvo strokovne delavke in animatorke, *»in potem gredo ali na kavico ali na tortico v mesto, po nakupih, tako, da tudi razno razne izlete se organizira s stanovalci, potem res individualno. Tudi projekt mora biti napisan za te stanovalce, more biti odobreno s strani sveta, da lahko gredo z njimi ven«* (vodja, POM_1_5).

V drugem zavodu imajo *»stanovalca, ki redno hodi domov, in to za par dni. Moram reči, da je to primer dobre prakse. Ne gre samo za izhod, da bi šel na kavo, ampak gre za več dni domov«* (strokovna vodja, POM_3_1).

Ti primeri iz zavodov kažejo na velik pomen izhodov z varovanih oddelkov tako za uporabnike kot tudi za zaposlene. Pri tem pa je pomembno opozoriti, da izhodi niso le na podlagi individualnih potreb stanovalcev, ampak se o njih opredelijo zaposleni v zavodu, ne samo glede izvedbe, ampak tudi glede samega dovoljenja za izhode.

V enem primeru smo med raziskavo zasledili, da se zavod sam ni odločil za enodnevni izhod stanovalca s spremstvom, temveč je odločitev o tem prepustil sodišču. To je naročilo, da stanovalca pregleda izvedenec s področja psihiatrije in po njegovem pozitivnem mnenju je odobrilo izhod, ki ga je omogočilo spremstvo dveh zaposlenih iz zavoda. Zavod je za istega stanovalca čez približno dva meseca predlagal sodišču izreden izhod na javni dogodek, vendar je v predlogu napisal, da zavod *»ne prevzema odgovornosti za čas njegove odsotnosti z varovanega oddelka«*. Sodišče je predlog zavrnilo, saj naj bi bila pravica do gibanja *»omejena na območje varovanega oddelka in osebi ni omogočena neomejeno«*. Stanovalec se je na ta sklep pritožil, sodišče druge stopnje pa je pritožbi ugodilo in zadevo vrnilo prvostopenjskemu sodišču v ponovno odločanje. Medtem je datum predvidenega dogodka in stanovalčevega izhoda nanj minil in tako se ga ni mogel udeležiti.

Glede vloge sodišč pri odobritvah izhodov je Vrhovno sodišče zavzelo stališče, da ima sodišče v postopkih po ZDZdr samo nadzorno vlogo. To pomeni, da nastopa v vlogi varuha osebnosti

svobode uporabnikov in zato preizkuša le, ali je predlagani ukrep v skladu s pogoji, ki jih določa ZDZdr, ter ali je odvzem osebne svobode sorazmeren z ustavno vrednoto, ki se na ta način varuje.³³ Zdi se torej, da je odločanje o izhodih stvar strokovne presoje v zavodih, njihovo prelaganje odločitev na sodišča pa je moč razumeti kot prelaganje odgovornosti.

Ministrstvo za solidarno prihodnost je dne 22. 1. 2025 poslalo »Usmeritve posebnim socialnovarstvenim zavodom glede izhodov uporabnikov z varovanih oddelkov«. V tem dokumentu se je ministrstvo sklicevalo na odločitev Ustavnega sodišča (št. U-I-477/18-19 z dne 23. 5. 2019), ki je razumelo funkcijo sklepa sodišča v varstvenem in terapevtskem cilju. Skladno s tem so po mnenju ministrstva »začasni izhodi [...] ključnega pomena, saj omogočajo pridržanim osebam, da ohranijo stik z zunanjim svetom, sodelujejo v družbenih in kulturnih dejavnostih ter gradijo in vzdržujejo socialne vezi«. Na ministrstvu so zapisali tudi, da se pravice do izhodov ne more omejiti samo zato, ker zakon določenega vprašanja ne ureja izrecno. Ministrstvo je sklenilo, naj zavodi »pri odločanju o začnih izhodih upoštevajo individualne okoliščine vsakega posameznika in presodijo, ali tak izhod prispeva k terapevtskemu cilju pridržanja brez ogrožanja varnosti pridržane osebe ali drugih.«

6.3.6 Sodelovanje uporabnikov pri odločitvah

Tako kot izhodi, ki smo jih opisali v prejšnjem poglavju, tudi drugi primeri jasno kažejo, da stanovalci na varovanih oddelkih nimajo dejanske moči pri odločanju o sebi. Ena uporabnica je na primer izrazila željo o zmanjšanju zdravil, vendar je o tem na koncu odločal psihiater, medicinska sestra pa po besedah stanovalke ni zagovarjala njenih interesov, temveč presojo samo prepustila psihiatru. Nekateri stanovalci so poročali o frustracijah, saj imajo občutek, da jih zaposleni ne upoštevajo: *»Saj vedo vse. Sem jim že povedal, psihiatrinji, doktorjem, vsem. Svoje želje sem povedal in ne upoštevajo nič od tega. Tako da sem si določil sam pri sebi, da se sploh ne bom več pogovarjal s psihiatrinjo, ker nima smisla. Nič ne dosežem. V bistvu je samo slabše, če ji [psihiatrinji] kaj omenim«* (uporabnik). Nekateri imajo vzpostavljen stik z zastopniki oseb na področju duševnega zdravja, a tudi ti po izkušnjah stanovalcev pogosto ne dosežejo sprememb, saj odločitve na koncu sprejema strokovni tim v dogovoru s psihiatrinjo.

Odločanje pa pri stanovalcih ni omejeno samo v razmerjih stanovalec-zaposleni, ampak tako kot na odprtih oddelkih zavodi determinirajo del njihovega življenja, ki se veže na urnik

³³ Glej odločbo II Ips 31/2018 z dne 22. 2. 2018.

aktivnosti, možnosti upoštevanja želja in druge okoliščine, predvsem pa na samo življenjsko okolje: *»Ne moreš si izbirat s kom si v sobi, dobiš tam kjer je prosto. Gleda se samo, da se ne meša moške in ženske«* (uporabnik).

Možnosti svobodnega odločanja uporabnikov v zavodih, še posebej na varovanih oddelkih, so torej omejene, vendar smo zaznali nekaj primerov, v katerih imajo uporabniki vpliv na odločitve. Zaposleni v enem izmed zavodov opažajo izboljšave pri izražanju želja stanovalcev, še posebej preko skupščin,³⁴ kjer imajo možnost povedati svoje želje in potrebe. Eden izmed stanovalcev je na primer na skupščini izrazil željo, da bi se več gibal zunaj, čeprav prej niti na kavo ni želel iti. Skupščine so torej zanj pomenile priložnost, da se je aktiviral. V drugem zavodu prakticirajo skupinske pogovore s stanovalci, kjer lahko ti izrazijo svoje počutje, mnenje o aktivnostih in predlagajo spremembe. Tudi tisti stanovalci, ki se ne izražajo verbalno, so vključeni. *»Ja, prisotni so zraven. Pri njih se opazuje mimika – saj neugodje zelo dobro izrazijo«* (diplomirana medicinska sestra, POM_3_2). Opazujejo njihove odzive ali vedenje, saj zaposleni izhajajo iz tega, da tudi oni vse razumejo.

V enem zavodu poudarjajo, da uporabniki sodelujejo pri vseh odločitvah, tudi pri porabi denarja. Dogovori o finančah za cigarete, kavo in druge osebne potrebščine zapišejo, uporabniki pa jih podpišejo. Te dogovore lahko uporabniki kadar koli pogledajo.

6.3.7 Druge metode dela na varovanih oddelkih

V raziskavi so sogovorniki na varovanih oddelkih sporočili, da poleg pristopov oziroma načinov dela, ki smo jih opisali prej, uporabljajo predvsem dve zaokroženi metodi, individualno načrtovanje in analizo tveganja. Obe metodi sta se razvili v skupnostnem delu in ne v ustanovah. Osebno načrtovanje se je razvilo najprej v Kanadi in ZDA na področju dela z ljudmi z intelektualnimi ovirami kot odziv na dejstvo, da so starši otrok z intelektualnimi ovirami dobili od države denar za njihovo alternativno oskrbo, ki bi bil sicer namenjen institucionalni obravnavi otrok, s katero so bili starši vse bolj nezadovoljni (Flaker & Rafaelič, 2023, str. 132–133). Načrt je bil torej način, kako dobiti vpogled v potrebe otrok in narediti pregled nad storitvami, ki jih potrebujejo in ki jih je treba plačati. Analiza tveganja se je razvijala bolj ali manj hkrati z osebnim načrtovanjem, eden izmed pomembnejših faktorjev za razvoj te metode

³⁴ Skupščine so srečanja stanovalcev in zaposlenih. Namenjene so demokratizaciji odnosov med njimi. V praksi so prostor za izražanje mnenj, v družbenih gibanjih pa tudi prostor skupnega odločanja (Flaker, 2013, str. 190–194).

pa je bila ravno deinstitucionalizacija (Kemshall, 2002, str. 93; Sawyer, 2009, str. 457), saj je podpora v skupnosti prinesla več svobode uporabnikom in implicirala kompleksnejše delo za osebje, predvsem pri ravnanju s tveganji (Sawyer, 2008, str. 327–328).

Osebnostno načrtovanje in analiza tveganja sta metodi, ki ju predpisujejo podzakonski akti. Tako denimo 24. člen Pravilnika o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva predpisuje, da se mora v 30 dneh po nastanitvi v zavodu izdelati »individualni načrt obravnave uporabnika, ki obsega najmanj navedbo storitev, ki bodo nudene uporabniku«. Priprava analize tveganja pa je zapisana kot storitev socialne oskrbe v institucionalnem varstvu (Podrobnejši standardi za izvajanje posameznih vrst oskrbe in kriteriji za določitev vrst oskrbe glede na potrebe uporabnikov storitve za področje institucionalnega varstva v posebnih socialnovarstvenih zavodih, 2022). Storitve oziroma socialno oskrbo, ki naj bi izhajala iz teh dveh metod, pa izvajajo zaposleni na mnogih delovnih mestih (oskrbovalka, gospodinja oskrbovalka, socialna oskrbovalka, varuhinja, delovni inštruktor, animator, skupinski habilitator, individualni habilitator, socialni delavec, psiholog).

Individualni načrti na varovanih oddelkih običajno nastajajo tako, da vsak član multidisciplinarnega tima prispeva s svojega strokovnega področja – od socialnih delavcev, fizioterapevtov, delovnih terapevtov do zdravstveno-negovalnega osebja. Te različne prispevke nato združijo v celovit dokument, ki naj bi odražal uporabnikove interese, potrebe in cilje. Uporabnike vključujejo v proces načrtovanja, kadar izrazijo svoje želje: *»Seveda vključimo tudi želje in cilje, ki jih izrazi uporabnik«* (socialna delavka, POM_3_2). Poleg tega so sogovorniki dodali, da se v pripravo načrtov včasih vključijo tudi svojci, skrbniki in referenčne oziroma ključne osebe, torej zaposleni, ki najbolj poznajo posameznike oziroma se z njimi najbolj razumejo. V nekaterih primerih načrti vključujejo specifične aktivnosti, ki temeljijo na opažanjih zaposlenih in preteklih uspehih. Ko ugotovijo, recimo, *»da mu je bila ta stvar tako fina, tako rad se vključuje, tako rad to dela«* (diplomirana medicinska sestra, POM_3_2), na tem gradijo naprej.

Praktični vidik načrtovanja pogosto prehaja v prilagajanje in eksperimentiranje. Zaposleni pravijo, da pri vsakodnevnem delu ugotavljajo, kaj posameznika pomirja ali razveseljuje, in te ugotovitve vnašajo v dejavnosti. Pomembno jim je, da si pri postavljanju ciljev prizadevajo za realističnost, da lahko cilje tudi dejansko dosežejo: *»Te, s katerimi cilje postavljajo, jih kar (spodbujamo), da si realne cilje postavljajo, ne zdaj, da bomo mi šli z njim v Ameriko, da so*

nerealni načrti. Damo realno, da si postavijo, pa da se jih res čim več poskuša realizirati» (vodja, POM_2_2).

Analize tveganja po besedah zaposlenih za uporabnike zaprtih oddelkov vključujejo prepoznavanje specifičnih tveganj, prilagajanje okolja in nudenje podpore glede na individualne potrebe uporabnikov. To naj bi omogočalo, da tveganja ocenijo na osebni ravni in upoštevajo posebnosti posameznika. Na primer, pri gospodu, ki je zaradi zdravstvenih težav pogosto padal, so izvedli analizo tveganja za uporabo posebnega počivalnika. Poskrbeli so, da je bil pravilno prilagojen, da je imel ustrezen medenični pas in da ni povzročal dodatnih poškodb.

Podobno pri preprečevanju padcev ocenjujejo obutev: *»od tega, da pogledamo, kakšne čevlje ima, če nima, če ni denarja, se s socialno službo stopi v kontakt, da zagotovijo denar, da mi lahko kupimo primerno obutev, da ni drseča ...«* (vodja, POM_1_5). Glede na analizo tveganja prilagodijo posteljo na nižjo višino in uporabljajo čelade, blazine ali ograjice, če je to potrebno. V primeru, da se izkaže, da je določena rešitev, kot na primer ograjica, za uporabnika nevarnejša, jo odstranijo in poiščejo alternativo. Izvajajo evalvacije in posodobitve analiz, še posebej ob spremembah stanja uporabnikov: *»Ja, pa zdaj, če recimo se spremeni, pa naredimo evalvacijo, pa spremenimo. Če so neka odstopanja po navadi, se potem evalvacija naredi«* (vodja, POM_5_2).

Zaposleni povejo, da je analiza tveganja ključna tudi pri načrtovanju premestitev uporabnikov. Ko stanovalec prehaja na drugo enoto, v zunanjo skupnost ali nazaj domov, izdelajo analizo tveganja: *»Vedno, vedno, brez analize tveganja sploh ne gre«* (strokovna vodja, POM_3_1). Ta vključuje identifikacijo morebitnih nevarnosti, kot so izguba orientacije, nevarnosti prometa ali zapiranje v dvigalu.

Glavni cilj analize tveganja je zagotoviti varnost uporabnikov, hkrati pa upoštevati njihove želje in potrebe. Zaposleni iščejo rešitve, ki kljub tveganjem omogočajo bolj samostojno in kakovostno življenje. *»Smisel tega je, da preučimo, kaj je prav za človeka, kljub temu da se mogoče ogroža, kaj so njegove želje, kaj mu lahko ponudimo, da je to njegovo delovanje bolj varno, kvalitetno in potem damo neke cilje, ki se jih poskusimo držati«* (vodja, POM_6_2).

6.3.8 Omejitve individualizacije podpore

Metodi osebnega načrtovanja in analize tveganja sta bili v socialnem varstvu razviti za individualizirano in celostno obravnavo posameznikov in posameznic, pri čemer pa so možnosti za tak pristop na varovanih oddelkih zelo omejene. Kot so na varovanih oddelkih skromne zmožnosti zadovoljitve individualnih potreb in želja za stanovalce, pa so omejene možnosti za izvajanje individualizirane podpore tudi za zaposlene.

V prvi vrsti imajo varovani oddelki specifično funkcijo izvajanja varovalnih ukrepov, ki so izhodišče obravnave, o čemer smo govorili že v prvem delu poglavja. Izvajanje varovalnih ukrepov zahteva prostorske prilagoditve varovanih oddelkov in fokus na preprečevanju incidentov, kar pomeni določitev določenega obsega časa zaposlenih tem aktivnostim, obenem pa postavitev strukture, ki tako delo na varovanih oddelkih omogoča: *»Obstaja hišni red, na varovanem oddelku je vendarle malo drugače, bolj je strukturiran čas in aktivnosti. Moramo zagotavljati mirno ozračje in stanovalci morajo imeti občutek, da je enakomerna obravnava /.../«* (strokovna vodja, POM_3_1).

Zaposleni zagotavljajo oskrbo stanovalcem znotraj določenega urnika in kapacitet, kar na eni strani stanovalcem zagotovi podporo, na drugi strani pa zaposlenim predpiše način izvajanja podpore. *»Jaz moram zjutraj urediti, da razdelim 21 uporabnikov na tri zaposlene. Če pa bom skrbela za dva stanovalca, pa je velika razlika, se vam ne zdi? Lahko jih bom veliko kvalitetnejše oskrbela. Zjutraj pa si vezan na določene ure, na primer že glede zdravil (vodja, POM_1_5).* V tej izjavi zaposlena pojasni, da vrste nalog in kapacitete zaposlenih, kjer moraš v kratkem času zagotoviti oskrbo večjemu številu ljudi, determinira, kakšno oskrbo bodo stanovalci dobili, kako bo organizirana in kaj so meje kakovosti oskrbe v danih okoliščinah.

Več zaposlenih je na intervjujih in fokusnih skupinah izpostavilo pomanjkanje časa in kadra na varovanih oddelkih. Zaposleni, ki izvajajo direktno podporo na varovanem oddelku, so na primer pojasnili, da bi si *»želeli več časa, da bi se osebno lahko z vsakim več časa ukvarjali«* (vodja, POM_6_2). Pomanjkanje časa in kadra so zaposleni izpostavili predvsem v kontekstu individualiziranega dela. Zaposlena je v intervjuju omenila primer, ko je prišel stanovalec na varovani oddelok za tri tedne, ker je bolj konflikten, potem pa je šel ponovno nazaj na prejšnji oddelok. Glede dela z njim je komentirala, da ni bilo možnosti za poglobljeno delo z njim. *»V bistvu, problem je v tem, tukaj se prav veliko, če smo iskreni, ne moreš se z njimi ukvarjat«* (vodja, POM_1_5). Tudi na tem mestu je treba poudariti, da izvirajo težave in omejitve

zaposlenih v veliki meri zaradi kompleksnih potreb stanovalcev in posledično zahtev po individualizaciji oskrbe, za kar pa zaposleni nimajo veliko možnosti: *»Tudi težave so raznolike – zakaj prihajajo na varovani oddelek. Sploh te interne selitve iz odprtih oddelkov na varovani oddelek. Vedno pridejo zaradi poslabšanja zdravstvenega oziroma psihičnega stanja – grožnje po samopoškodovanju ali pa tudi poskus samomora ali karkoli. Predvsem rabijo nas. Da si vzameš čas, ampak to je najtežje«* (vodja, POM_1_2). Zaposleni so pri svojem delu torej omejeni časovno: *»Nekateri stanovalci rabijo pogovore, a mi vseeno ne moremo nuditi toliko pogovorov, kot bi si želeli in velikokrat izrazijo željo po tem, da obiščejo psihiatra«* (vodja, POM_6_2).

To ne pomeni, da na varovanih oddelkih ni prostora za individualno delo, ampak samo, da je to omejeno. *»Če vidimo, da je nekdo res vržen iz tira, lahko rečemo, da se mu tudi individualno posveti en zaposlen, da poskušamo nekako preusmeriti, pa pomagati«* (vodja, POM_5_2).

Kot rešitev za krepitev individualizacije storitev so zaposleni v fokusni skupini izpostavili potrebo po več kadra in manjših skupinah: *»Če nas bo več in bo manjša skupina, bo verjetno tudi manj kriz, ker bi mi več opazili«*; *»Potem pa še vidijo, da se z njim ukvarjaš in potem: »Zakaj pa ne jaz?« – ne moreš biti na šestih koncih naenkrat«* (vodja, POM_1_2). V pogovoru je vodstvo zavoda omenilo tudi potrebo po boljših prostorskih pogojih:

Zagotovo bi morali biti boljši prostorski pogoji. Tu ne moremo govoriti o prenovi oddelkov, ampak kvečjemu o novogradnjah in pa kadrovski prilagoditvi. Naša zakonodaja, naši kadrovski standardi in normativi sploh ne predvidevajo potreb, ki jih imamo. Standarde za oskrbe imamo prilagojene na dnevne potrebe, standardi za zdravstveno nego pa so zelo ozko postavljeni samo na bazične potrebe. Mislim, da nihče o osebah na varovanih oddelkih, ne samo pri nas, tudi drugje, ne razmišlja o njihovih kadrovskih potrebah (direktorica, POM_6_1).

6.3.9 Delo v kriznih situacijah

6.3.9.1 Preventivni pristopi

Večina zavodov meni, da je ključno preventivno delovanje, ki temelji na dobrem poznavanju vedenja stanovalcev ter spremljanju stanovalcev. Večina zavodov torej izvaja preventivo s stalnim opazovanjem. Pravijo, da poznajo vedenje uporabnikov, kar jim omogoča, da prepoznajo potencialne znake napetosti, še preden pride do konflikta, in poskušajo misli uporabnikom preusmeriti drugam. Pozorni so na spremembe, bodisi telesne, spremembe v

neverbalni komunikaciji, bodisi na mimiki obraza, da bi prepoznali morebitne težave, preden privedejo do konfliktov:

Paziš, kaj ima oblečeno, kje se giba, diskretni nadzor, razbremenilni pogovori, poskušaš že iz mimike obraza, telesa razbrati, kaj je narobe, če ne želi povedati ali ne zmore povedati, ga bolj spremljamo. Smo bolj pozorni na njegovo vedenje (vodja, POM_5_3).

Pozorni so tudi na spremembe v vedenju, kot je umikanje na samo, takrat imajo tega stanovalca bolj pod nadzorom. *»Malo bolj jih opazuješ, ko vidiš, da spremeni vedenje, postane bolj tih, se odmika od nas ali karkoli in gremo potem v večji nadzor nad tem stanovalcem«* (vodja, POM_1_2). Prav tako so osredotočeni tudi na sprožilce, ki pri nekaterih izmed uporabnikov sprožijo napetosti. S tem, da vedo, katere pogovorne teme lahko sprožijo napetost in katere dejavnosti jim pomagajo pri sprostitvi, preprečujejo konfliktne situacije. *»Kot stalna ekipa veš, katere teme se lahko z uporabnikom pogovarjaš. Enega bo tema o domu, o rojstnem kraju zmotila, lahko privede do tega [krize]. Teh tem se izogibaš že v štartu, če jih dobro poznaš«* (vodja, POM_2_2). Zaposleni so povedali, da takšna pozornost do podrobnosti omogoča pravočasno posredovanje in preprečevanje kriz. Pozorni so na to, da prepoznajo zgodnje signale napetosti in tako preprečijo, da bi prišlo do »eskalacije«. S pomočjo rednih izmenjav informacij ob izmenah med zaposlenimi prepoznajo stopnjevanje napetosti in pravočasno ukrepajo, preden pride do večje krize. Zdi se jim pomembno tudi, da poznajo odnose med uporabniki in da spodbujajo ali preprečujejo interakcije med njimi: *»Aha, ta dva si gresta pa malo bolj na živce, ta dva sta si pa malo bolj simpatična«* (animatorka, POM_2_2). V enem od zavodov prednost vidijo v tem, da je *»naša enota majhna in je manj teh interakcij in dražljajev«* (diplomirana medicinska sestra, POM_3_2).

Zdi se torej, da je preventiva nekakšna spontana dejavnost, ki bi jo bilo morda produktivno nadgraditi z bolj metodičnim delom v tej smeri, npr. z uporabo kriznih načrtov (World Health Organization, 2019, str. 31–33; Zaviršek, 1997). Glede na rezultate bi lahko tudi rekli, da je fokus dela na opazovanju, ukrepanju ob eskalaciji in na deeskalaciji, težko pa je na varovanem oddelku zaradi že omenjenih omejitev delati na kakovosti življenja, ki bi zmanjšala te eskalacije.

6.3.9.2 V času krizne situacije

V večini zavodov je pogovor glavni pristop obvladovanja kriznih situacij. Izpostavili so pomen pogovora kot primarne tehnike obvladovanja, saj zaposleni uporabljajo razbremenilne pogovore in skušajo z individualnim pristopom umiriti stanovalce. Povedali so, da se zavedajo, da je včasih treba najprej preprosto pustiti stanovalca, da se umiri, šele nato pristopiti. Kljub temu pa v vseh zavodih uporabljajo tudi druge načine, če pogovor ni uspešen.

Za posebne varnostne ukrepe se odločijo, ko so stanovalci samopoškodovalni ali pa so v samomorilni krizi. Uporabniki v teh stanjih so pod stalnim nadzorom zaposlenih, v ambulantni pa je ponoči prižgan videonadzor. Pri njih so posebno previdni glede ostrih predmetov, steklene embalaže, kozmetike, zobnih ščetk, glede katerihkoli predmetov, ki bi jih lahko uporabili za samopoškodovanje. Zagotavljajo tudi stalni nadzor in prisotnost ob uporabniku, da preprečijo morebitne nevarnosti in samopoškodovanje: *»Drugi je bil bolj samopoškodovalen in sta dve hodili z njim po dvorišču, zato da se je umaknil, da je imel mir, ampak hkrati je imel dve ob sebi, da sta lahko to preprečili, ko se je želel vreči ali karkoli«* (vodja, POM_8_2).

Včasih so stanovalci med sabo agresivni. Takrat osebje uporablja tehnike, ki vključujejo preusmerjanje pozornosti, fizično ločevanje stanovalcev ter včasih tudi neposredno posredovanje zaposlenih. V primeru resnejših incidentov vključijo še ostale zaposlene. *»Prva stvar je bila vedno SOS tipka, tako da so z drugih oddelkov pritekli na oddelek«* (vodja, POM_8_2).

Kljub pomanjkanju kadra se jim zdi ključen pogovor ena na ena. *»To je nujno. To je pomembno, ne morejo zdaj agresivnega stanovalca pustiti, da bo sam sebi prepuščen, ker potem vznemirja ostale. Za to si pa vedno čas vzamemo, to je pa nujno«* (vodja, POM_1_5). Poleg pogovorov poskušajo stanovalce umiriti tudi na druge načine, kot na primer vključevanje v različne dejavnosti, krožke ali pa s sprehodi, s katerimi pomagajo stanovalcem, da se sprostijo in preusmerijo pozornost. V primerih, ko to ni uspešno, vključijo druge strokovne delavce, da stanovalcu nudijo podporo in pomagajo pri obvladovanju situacije tako, da ga odpeljejo iz enote, po navadi ven na kavo, v park ali k avtomatu. Povedali so, da pomaga tudi menjava okolja. Ker so po sobah razdeljeni tam, kjer je prostor, včasih pride tudi do konfliktov, takrat

potem naredijo menjavo po sobah. Povedali so tudi, da je pomembno, da se uporabniki v čim večji meri integrirajo v aktivnosti zavoda, kar pomaga pri preprečevanju napetosti in konfliktov. Zaposleni v enem izmed zavodov čutijo, da je ključno vzdrževati dober odnos s stanovalci ter individualno posvečanje pozornosti, saj jim to omogoča učinkovitejše obvladovanje kriznih situacij.

6.3.9.3 Hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici

Kljub temu, da so primarno osredotočeni na pogovor, pa v hujših primerih, ko to ne zadostuje, uporabijo tudi zdravniško pomoč, predpisane terapije in hospitalizacijo. Direktorica v enem izmed zavodov navaja: »Pogosto tudi uporabniki sami izrazijo potrebo po hospitalizaciji. Tu je sodelovanje res pozitivno, da se te hospitalizacije izpeljejo na tak sodelujoč način« (POM_3_1). Uporabnik istega zavoda pa priča o drugačni izkušnji hospitalizacije:

In potem po tistem [eskalaciji sostanovke] je pa bilo, kar je bilo. Eksplodirala je, dogajalo se je vse živo in potem so ji zvali roko, eden jo je prijel, ker je porinila tega. Rekli so ji, da jo morajo peljati k zdravniku roko slikat. Potem pa so prišli in jo odpeljali v psihiatrično bolnišnico. To je bilo že drugič (uporabnik).

Med namestitvijo na varovanem oddelku so bile hospitalizacije v psihiatrično bolnišnice leta 2023 razmeroma redke. 86 % vseh uporabnikov ni imelo hospitalizacije, 7 % je doživelo eno, 4 % dve, 2 % tri, 1 % pa štiri ali več. Največje število hospitalizacij za enega uporabnika je bilo devet. Glede na to, da so na varovanih oddelkih nameščeni ljudje z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, je delež tistih, ki leta 2023 niso imeli hospitalizacije, nizek. Hospitalizacije so navadno razmeroma kratke. Največ jih je krajših od enega meseca, nekaj hospitalizacij pa je trajalo daljši čas. V tej skupini so uporabniki z naslednjim številom ležalnih dni: 33, 51, 57, 82, 114 in 344. Podrobneje so podatki predstavljeni v tabeli 16.

Tabela 16 Število ležalnih dni v psihiatričnih bolnišnicah za uporabnike na varovanih oddelkih leta 2023

	Število	Delež
0	215	86 %
1–5	8	3 %
6–10	8	3 %
11–15	5	2 %
16–20	4	2 %
21–25	3	1 %
26–30	1	0 %
31 ali več	6	2 %
Skupaj	250	100 %

V intervjujih so nekateri zaposleni na varovanih oddelkih sporočili, da so hospitalizacije po njihovem mnenju neupravičeno kratke:

Velikokrat pokličemo z varovanega in prosimo, da pride nujna medicinska v spremstvu policije, da stanovalca hospitaliziramo. Ko smo to nazadnje naredili, smo čakali 40 minut z agresivnim stanovalcem na tleh, ker je poškodoval delavca in stanovalca. 40 minut smo čakali na spremstvo policije, da so gospoda odpeljali in ga hospitalizirali. Seveda smo ga dobili čez dan nazaj. Tudi oni rečejo: »Saj imate PVU, pa ga zvežite« (vodja varovanega oddelka, POM_1_2).

Tega vzorca sicer podatki iz tabele ne potrjujejo, težko pa je tudi na splošno presoditi, ali je dolžina hospitalizacij, ki jih kot potrebne ocenjujejo na varovanih oddelkih, upravičeno ali neupravičeno krajša.³⁵ Kar lahko razberemo iz teh podatkov, je, da so hospitalizacije potrebne za manjšino stanovalcev, vendar so to dogodki, v katerih si osebje na varovanih oddelkih želi boljše sodelovanje s psihiatričnimi bolnišnicami.

6.3.9.4 Uporaba posebnih varovalnih ukrepov

V Sloveniji poznamo dva »posebna varovalna ukrepa« (PVU): telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora (ZDZdr, 2008, 29. člen). Oba PVU se lahko uporabljata v oddelkih pod posebnim nadzorom (v psihiatričnih bolnišnicah) in varovanih oddelkih.

Socialnovarstveni zavodi morajo za namen spremljanja uporabe PVU voditi evidenco in jo v anonimizirani obliki poslati najpozneje do 15. marca tekočega leta za preteklo koledarsko leto ministrstvu za socialno varstvo (99. člen).

Podatke o PVU smo zbrali na dva načina. Za leta 2021, 2022 in 2023 smo zbrali podatke, ki jih je imel MSP, kvalitativni vpogled pa smo dobili z intervjuji na varovanih oddelkih, kjer smo del pogovorov namenili tudi tej temi.

6.3.9.4.1 Ocena obsega uporabe PVU

Obseg uporabe PVU, ki je bila osnovni cilj zbiranja sekundarnih virov, je težko analizirati natančno, saj zaradi prej omenjenih metodoloških težav ne razpolagamo z natančnimi podatki, zato nam ostane le možnost grobe ocene.

³⁵ Za primerjavo je bila povprečna ležalna doba v PB Idrija v letu 2023 22 dni (<https://pb-idrija.si/sites/default/files/Psihiatri%C4%8Dna%20Bolni%C5%A1nica%20Idrija-Strokovna%20poro%C4%8Dila-882.pdf> (str. 3)), v PB Vojnik v letu 2022 pa 28 dni (https://www.pb-vojniki.si/wp-content/uploads/2024/07/Strokovno-porocilo-2022_compressed.pdf (str. 11)).

Za leto 2021 imamo podatke iz štirih zavodov. Dva od njih PVU v tem letu nista uporabila nikoli. Prvi od drugih dveh zavodov ni nikoli uporabil oviranja s pasovi, omejitev gibanja na en prostor pa pri treh osebah. Drugi zavod, ki je uporabil PVU, pa je to storil 11-krat s pasovi in 30-krat z omejitvijo gibanja na en prostor.³⁶

Za leto 2022 imamo podatke le iz enega zavoda, ki PVU v tem letu ni uporabil. Za leto 2023 imamo podatke iz štirih zavodov. En zavod PVU v tem letu ni uporabil. Drugi zavod ni nikoli uporabil oviranja s pasovi, omejitev gibanja na en prostor pa pri dveh osebah. Tretji zavod je oviranje s pasovi in omejitev gibanja na en prostor uporabil pri 21 osebah. Četrty zavod ni nikoli uporabil oviranja s pasovi, omejitev gibanja na en prostor pa pri eni osebi.

Ti podatki pokažejo naslednjo sliko. Prvič, nekateri zavodi PVU ne uporabljajo. Drugič, nekaj zavodov uporablja PVU zelo redko. Tretjič, eden ali dva zavoda izstopata po uporabi PVU, ki bi jo lahko označili za precej pogosto (v primerjavi z ostalimi zavodi).

Te podatke je treba pazljivo interpretirati, saj lahko na (ne)uporabo PVU vpliva veliko dejavnikov. Zbiranje podatkov na ravni posameznega zavoda je pomembno, saj nam lahko podatki razkrijejo razlike med zavodi. Ugotovitve raziskav iz tujine so denimo pokazale na velike razlike v stopnji uporabe PVU znotraj posamezne države (Belayneh idr., 2024).

Podatke o uporabi PVU bi lahko poskusili interpretirati s križanjem s statističnimi podatki. Pomembno bi bilo na primer izvedeti, ali je uporaba PVU premo sorazmerno povezana s številom postelj na oddelku (da je torej na večjih oddelkih pričakovati več uporabe PVU). To namreč sugerira literatura, saj so v tujini povezali več agresije in posledične uporabe PVU na oddelkih, ki so imeli slabše prostorske pogoje (mdr. tudi brez izhoda na svež zrak), omejevalne ureditve (dostopa do telefona, stikov idr.) in prezasedenost kapacitet, kar krni načine dela, slabo vpliva na počutje uporabnikov in s tem vzpostavlja pogoje za agresijo in posledično uporabo PVU (Alexander & Bowers, 2004; Aluh idr., 2023; Janssen idr., 2013; Nijman & Rector, 1999; Van Der Schaaf idr., 2013; Weltens idr., 2021). Taka triangulacija rezultatov ni možna zaradi pomanjkljivih in neprimerljivih podatkov. Pri podatkih o uporabi PVU, denimo, nimamo informacije, na katerem varovanem oddelku v posameznem zavodu so jih uporabili (oddelki pa imajo lahko različno število postelj).

³⁶ Število uporabnikov, na katerih so bili izvedeni PVU, zaradi metodoloških težav ni znano.

Pomembno bi bilo izvedeti tudi, ali je manjša uporaba PVU povezana z večjim številom hospitalizacij (kar bi pomenilo, da v zavodih krizne situacije rajši rešujejo s hospitalizacijo kot pa s PVU). Tudi to zaradi metodoloških razlogov ni izvedljivo, predvsem zaradi majhnega vzorca. Glede PVU je na eni strani očitno le, da po uporabi PVU izstopa en zavod, na drugi strani pa ostali zavodi nič ali malo PVU, a izjemno različne deleže hospitalizacij. Dodatno je število hospitaliziranih stanovalcev nizko, v vzorcu pa se pojavlja odstopanje v primeru enega stanovalca s 344 dnevi hospitalizacije, kar bistveno oteži statistično sklepanje. Možen bi bil tudi hi-kvadrat test, ki bi pokazal na možne statistično značilne razlike med zavodi glede na to, ali je bila oseba vsaj enkrat hospitalizirana ali ne, vendar je tudi za to vzorec premajhen.

Podatke o uporabi PVU lahko interpretiramo tudi z vključevanjem izsledkov kvalitativnih metod. Nekaj oddelkov je takih, v katerih ne uporabljajo PVU. Razlog za to so sogovorniki, vodje teh oddelkov, videli v tem, da posamezen oddelek ni verificiran, zato naj uporaba PVU ne bi bila niti dovoljena. Potem se je izkazalo (glej 3. poglavje), da nekateri verificirani oddelki nimajo pasov ali pa sobe za vezanje. V nekaj zavodih so poročali, da sobe za izolacijo ne uporabljajo ali pa jo uporabljajo izjemno redko. V enem zavodu pa so sobo za izolacijo preuredili v bivalno sobo, tja pa nameščajo (z odklenjenimi vrati) uporabnike, ki »potrebujejo malo več miru«. Ta soba je edina enoposteljna soba na oddelku. Neuporaba PVU je torej v nekaterih zavodih posledica bodisi interpretacije pravil, ki na neverificiranih oddelkih prepoveduje uporabo PVU, bodisi odločitve zavoda, da tega ne bo izvajal. Različne prakse v zavodih kažejo na to, da je uporaba PVU v veliki meri odvisna od načina dela na varovanih oddelkih.

Na oddelkih, kjer uporabljajo PVU, se to po besedah sogovornikov zgodi v izjemnih situacijah, predvsem v primerih hudega samopoškodovanja, kontinuiranih poskusih samomora in agresije do drugih.

Grizenje roke do krvi na primer. Če takrat stanovalca vidimo, ga moramo v takem primeru nujno fiksirati (bolničar, POM_1_2).

Na primer samopoškodovanje, res močna agresija, ko se poškodujejo med sabo ali – seveda – tudi delavce so poškodovali (vodja, POM_1_2).

Glede na to, da po poročanju zavodov na varovanih oddelkih PVU uporabljajo razmeroma malo, bi bilo za stanovalce, ki jih navadno doleti PVU, smiselno narediti krizni načrt na zalogo

(World Health Organization, 2019, str. 31–33). V tem načrtu bi lahko analizirali krizne situacije s konkretnim uporabnikom in načrtovali take odzive nanje, ki v največji meri odgovarjajo posameznikovim željam in preferencam. S takšnimi načrti bi se morda lahko izognili situacijam, ki eskalirajo do te mere, da zaposlenim ne preostane drugega, kot uvesti PVU.

V intervjujih smo enkrat zaznali, da se zaposleni rajši odločajo za uporabo sobe za izolacijo kot za vezanje.

Ker se je zaenkrat izkazalo je, da je zadoščala soba za umirjanje, ker se je posameznik tam umiril in ni bilo treba [vezati]. Včasih se je tudi zgodilo, da je bila potrebna hospitalizacija, največkrat pa ne. Je ostal tukaj. Je prišel ven, dan se je normalno nadaljeval (diplomirana medicinska sestra, POM_3_2).

Kot je omenila druga sogovornica v istem intervjuju, izolacijo dojemajo kot »mehkejši« način omejevanja, sogovorniki v več drugih zavodih pa so nam povedali, da je vezanje tudi organizacijsko zahtevnejše izvesti (zahteva vsaj pet zaposlenih), kar bi utegnil biti naslednji dejavnik za to, da se zaposleni rajši odločijo za izolacijo. V enem zavodu so poročali še o tem, da se jim je z izolacijo uspelo izogniti hospitalizaciji.

Zasledili smo tudi prakso, ki bi jo bilo treba dodatno raziskati. V enem od zavodov so sporočili, da sobo za izolacijo, ki so jo imenovali »soba za sproščanje«, uporabljajo tudi za uporabnike z odprtih oddelkov, ko pride »do kakšnega neželenega dogodka« (predvsem agresije). Ni jasno, ali sobo pri tem tudi zaprejo ali ne. Če se to dogaja, potem to pomeni hudo kršitev zakonodaje in neupravičeno odvzemanje svobode gibanja stanovalcem, ki živijo v zavodu.

Zavodi uporabljajo tudi druge oblike omejevanja, kot so ograjice na postelji, mizica na vozičku in pajac (za preprečevanje samopoškodovanja). Ti ukrepi trenutno niso formalizirani kot PVU, so pa vseeno načini omejevanja uporabnikov.

6.3.9.4.2. Vprašanja metodologije poročanja in zbiranja podatkov

Na zbiranje podatkov je vplivalo več dejavnikov. Kot prvega lahko omenimo reorganizacijo vlade januarja 2023, po kateri se je ustanovilo MSP, ki je od MDDSZ prevzelo pristojnost za institucionalno varstvo. Če so pred to spremembo zavodi po 99. členu letna poročila o PVU pošiljali na MDDSZ, so od te spremembe poročila pošiljali na MSP. Ko je zaposlena na MSP v elektronskem sistemu želela dostopati do letnih poročil, je imela težave, »ker je novo ministrstvo in ne moremo imeti vpogleda v zadeve, ki so nastale še na starem ministrstvu«.

Zato je morala pisati vsem zavodom, da bi ji oni preposlali svoja poročila, ki so jih pred tem poslali že na MDDSZ.

V raziskavi smo zaznali nedoslednosti pri poročanju zavodov o uporabi PVU (za analizo podobnih težav v tujini glej Savage idr., 2024), obenem pa kaže tudi na pomanjkljivo metodologijo zbiranja teh podatkov v zavodih, ki onemogoča jasn vpogled v uporabo PVU. V raziskavi smo torej ugotovili, da v tem trenutku nimamo zanesljivih podatkov o uporabi PVU v Sloveniji in da bi se bilo treba tega resno lotiti.

Analiza podatkov, ki jih o PVU zbira ministrstvo, je pokazala, da so zavodi za leto 2023 različno poročali o uporabi PVU, oziroma ni bilo konsistentnega in standardiziranega poročanja podatkov. En zavod je na primer poročilo oddal za obdobje od 1. 3. do 31. 12., čeprav je zakonsko predpisano obdobje poročanja koledarsko leto. Drugi zavod je v istem letu uporabil malce drugačno tabelo kot prvi zavod v istem letu. Tretji zavod ne uporablja tabele, ki jo predlaga ministrstvo, temveč zapisuje poročilo v svojem dokumentu itd. Razumljivo je, da lahko pri zbiranju podatkov od več izvajalcev vselej pride do odstopanj, prav zato je toliko pomembneje, da zbiralec podatkov njihovo kakovost pregleduje in izvajalce po potrebi pozove k dopolnitvam. Glede na nedoslednosti, ki smo jih zaznali, se zdi, da takšnega pregleda kakovosti podatkov v preteklosti ni bilo, kot rezultat pa imamo nedosledne in pomanjkljive podatke o PVU na varovanih oddelkih v Sloveniji.

Poleg nedoslednosti pri poročanju o PVU na pristojno ministrstvo pa smo zaznali tudi pomembne metodološke pomanjkljivosti pri samem načinu beleženja PVU na varovanih oddelkih. Način spremljanja in poročanja namreč od zavodov ne zahteva sporočanja vsake epizode PVU, kar je v nasprotju s priporočili in smernicami, ki temeljijo na najnovejših znanstvenih prispevkih (Savage idr., 2024, str. 7), temveč zahteva vnos podatkov, ki jih izvajalci kopičijo sami.³⁷ Zavodi v trenutnem sistemu PVU vsako leto preštejejo »peš« in podatke ročno vnesejo v tabelo (pri čemer smo opazili kar nekaj napak). Ministrstvo tako nima nadzora nad kakovostjo podatkov. Pri nizkih absolutnih številkah uporabe PVU (kakor kažejo številke) bi bilo veliko bolj učinkovito in natančno, če bi zavodi beležili podatke o vsaki epizodi uporabe PVU, analitsko delo pa bi prepustili zbiralcu podatkov. Metodološke težave pa bi bilo smiselno

³⁷ Denimo z zahtevo po vpisu podatka o povprečnem številu ukrepov na osebo in povprečnem času trajanja ukrepov na osebo.

reševati tudi z elektronskim zbiranjem podatkov, saj bi to omogočilo večjo standardizacijo in natančnost pri zbiranju podatkov.

Za uspešno spremljanje PVU na varovanih oddelkih bi bilo treba razmisliti o možnih spremembah nabora podatkov, saj so ti, ki jih zavodi pošiljajo vsako leto ministrstvu, razmeroma skopi. Primeri podobnega beleženja podatkov iz tujine kažejo na pomembnost zbiranja kompleksnejših podatkov, npr. beleženje posameznih incidentov s podatkom dneva in ure uporabe PVU (Mental Health Commission, 2020). Tovrstni podatki lahko omogočijo vpogled v vzorce uporabe PVU, kar je pomemben korak k zmanjševanju ali odpravi uporabe PVU. In prav to mora biti končen smoter beleženja in analize uporabe PVU. Dosledno zbiranje podatkov o uporabi PVU se je v tujini izkazalo za dokazano uspešen način za zmanjševanje uporabe prisile (Goulet idr., 2017, str. 6). »Uporaba podatkov za informiranje prakse« je postala ena od šestih temeljnih strategij za zmanjšanje prisile, ki so jih razvili v ZDA, uporablja pa se jih v svetovnem merilu (National Association of State Mental Health Program Directors, 2008).

Kljub temu da torej način izpolnjevanja in pošiljanja podatkov z obrazci združenih podatkov nista optimalna, pa nam je trenutna »fleksibilnost« zbiranja podatkov prinesla nekatere pomembne informacije. En zavod na primer poleg izpolnjenega obrazca doda tudi dodatna pojasnila. V njih navadno sporoči tudi obseg drugih varovalnih ukrepov (npr. posteljna ograjica, varovalni pas na vozičku). Drug zavod je v enem poročilu sam sporočil pomembno informacijo, da do uporabe PVU pride zaradi »heterogene skupinske dinamike«. Zavod, ki ni uporabljal predpisanega obrazca, je poročal veliko natančneje, kot če bi uporabil ta obrazec. Podatki so namreč veliko bolj razdelani, saj prikažejo na primer uporabo PVU po mesecih, hkrati pa podatke iz trenutnega poročila primerjajo s podatki za zadnja tri leta, tako da se lahko prikažejo morebitni trendi. Ti podatki sami po sebi pa ne morejo pripeljati do zaključkov, vseeno pa so pomembno dopolnili druge podatke, pridobljene v raziskavi, obenem pa bodo prispevali k oblikovanju predloga za drugačno beleženje in sporočanje PVU.

6.3.10 Trajanje namestitve

Povprečno trajanje namestitve na varovanem oddelku je bila 64 mesecev (5 let in 4 mesece). Kar 40% stanovalcev je na varovane oddelke nameščenih več kot 5 let. Tabela 17 prikazuje podatke, ki so organizirani v kategorijah po eno leto.

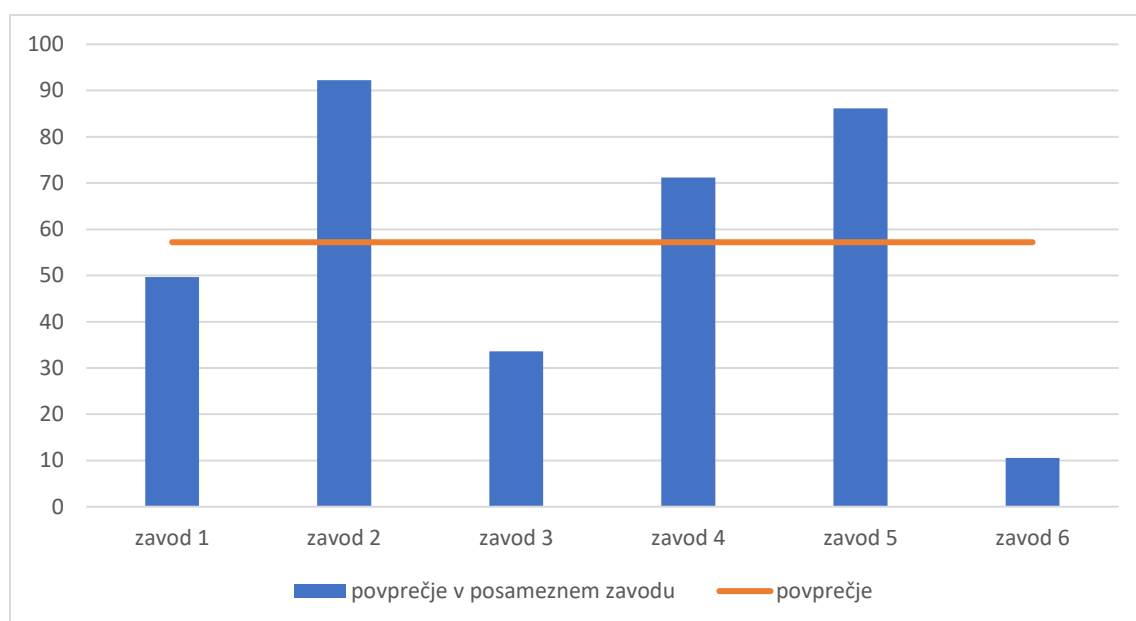
Tabela 17 Število mesecev namestitve uporabnikov na varovanih oddelkih v letu 2023

	Število	Delež
Do 1 leto	46	18%
13 do 24 mesecev	39	16%
25 do 36 mesecev	29	12%
37 do 48 mesecev	20	8%
49 do 60 mesecev	16	6%
61 do 72 mesecev	16	6%
73 do 84 mesecev	4	2%
85 do 96 mesecev	10	4%
97 do 108 mesecev	23	9%
109 do 120 mesecev	13	5%
več kot 121 mesecev	34	14%
Skupaj	250	100%

Povprečno trajanje namestitve je precej dolgo. Posebno pozornost zbuja podatek o relativno velikemu deležu uporabnikov, ki so nameščeni več kot 10 let (14%). Gre za skupino oseb (n = 34), ki bi morala dobiti prednost pri dezinstitutionalizaciji varovanih oddelkov, saj so njihove pravice kršene največ časa.

Trajanje namestitve variira glede na posamezni zavod (graf 3). Najmanjši povprečni čas namestitve ima varovani oddelek v zavodu, ki se je vzpostavil najkasneje, drugih odstopanj od povprečja pa ni moč razložiti s kvalitativnimi podatki.

Graf 3 Povprečni čas namestitve glede na zavod (v mesecih)



6.3.11 Razprava

V poglavju smo predstavili rezultate, ki so pomembni za razumevanje varovanega oddelka kot prostora oziroma oblike dela. Kot prvo stvar naj omenimo aktivnosti na oddelku. Zdi se, da osebje dela največ, kot lahko, vendar v okvirjih, ki jih omogoča ta oblika dela. Iz perspektive uporabnikov zadrževanje na oddelku vključuje vsakodnevne aktivnosti na oddelku, ki pa se ne umeščajo v njihov življenjski svet, kot so ga imeli pred premestitvijo, temveč v posebnem prostoru, kjer naj bi se »rehabilitirali« in pripravili na vračanje v skupnost. Taka oblika dela bi bila ustrezna za kratkotrajno delo z nekom, ki za to, da okreva, potrebuje odmik od tam, kjer živi, daljše bivanje na oddelku (v povprečju kar 5 let in 4 mesece) pa že po definiciji težko prispeva k ponovni integraciji v lokalno okolje. Dosežek aktivnosti na oddelku je v tem kontekstu lahko največ v tem, da krajšajo čas, medtem ko je težko doseči vračanje v lokalno okolje. Enako velja za spodbujanje izhodov – to naj bi bilo samoumevno opravilo, če naj bi varovani oddelki spodbujali vračanje uporabnikov v okolje, a pri tem nastanejo težave, ki izhajajo z varovanega oddelka kot oblike dela, pa tudi njegove umeščenosti v mrežo služb.

Enake težave so pri uporabi metod. Varovani oddelek ima funkcijo izločanja tistih, ki jih ne želijo ali ne zmorejo podpreti druge službe. Osebno načrtovanje in analiza tveganja imata, če ju uporabljamo v ustanovi, potencial aktivacije uporabnika in zaposlenih, tudi krepitev stikov z zaposlenimi v skupnostnih službah, vendar le z namenom preselitve. Rutinska uporaba teh metod pa ne more prinesiti kaj več, kot le majhne prilagoditve oskrbe na oddelku. Tako rabo načrtov so mnogi avtorji kritizirali že v preteklosti, saj se v bistvenih točkah odmika od vrednot,

na katerih je nastala ta metoda (Mali, 2019; Škerjanc, 2010, str. 115–116; Videmšek & Mali, 2018, str. 38). Individualni načrt obravnave v zavodu je namreč večinoma formularičen in narejen z vidika osebja, zato v takih načrtih večinoma manjka uporabnikova perspektiva.

V načrtih iz domov smo zasledili cilje, ki se nanašajo na ta opravila: menjava plenice, uživanje terapije s pomočjo zaposlenih, nadzor in vodenje. Gre za značilne cilje, ki jih je določil načrtovalec, strokovnjak. Če cilje določi strokovnjak, je posledica tega neučinkovita pomoč, pogosto tudi stigmatizacija uporabnikov, hkrati pa je to tudi etično sporno, saj strokovnjak upošteva svoje interese, ne pa koristi uporabnika (Videmšek & Mali, 2018, str. 39).

Na to pomembno razliko so opozorili tudi v tujini. Izpostavili so tri razlike med osebnim načrtom in »individualnimi načrti obravnave« znotraj določene organizacije (Mansell & Beadle-Brown, 2005, str. 20–21). Prva je, da mora osebni načrt izhajati iz vrlin uporabnika, načrti obravnave pa so večinoma usmerjeni na uporabnikove primanjkljaje in poudarjajo njegove diagnoze. Drugič, osebni načrti skušajo mobilizirati vse vire v uporabnikovem okolju, vključno z družino in neformalnimi viri. Individualni programi obravnave pa se v nasprotju s tem večinoma omejujejo na načrtovanje tega, kar že obstaja v ponudbi nekega programa oziroma oskrbe. In tretjič, cilji v osebnih načrtih so lahko precej podjetni in se ne ustavijo pri tem, kar lahko ponudi določeni program v svojih že obstoječih storitvah. Za produktivno delo je torej treba preobraziti varovani oddelek kot obliko dela, in jo hkrati na novo umestiti v mrežo služb.

Varovani oddelek kot oblika dela ima pomembne implikacije za ravnanje s tveganji. Tveganja se pred premestitvijo vselej dogajajo v situaciji, kontekstu, v sklepu sodišča pa kot ogrožajoče označijo uporabnike, ki jih potem skupaj namestijo na isti oddelek. To povzroči, da mora osebje na varovanih oddelkih vzpostavljati predvsem varnost, težko pa »terapevtsko« odgovarja na tveganja pred namestitvijo, ker so bili uporabniki premeščeni iz tega konteksta. Hkrati kopičenje stanovalcev z različnimi potrebami in tveganji od zavodov terja, da vzpostavijo splošne varnostne ukrepe, ki ne odgovarjajo na potrebe in tveganja posameznikov, temveč naj bi zagotavljali splošno varnost na oddelku. Tudi v tujini se je pokazalo, da konteksti, v katerih se poudarja domnevno nevarnost in tveganja, pripeljejo do »defenzivnih praks«, torej do tega, da je primarni cilj obravnave izogibati se tveganjem, kar pa navadno pomeni slabšo oskrbo in kršenje pravic uporabnikom (Dixon, 2016, str. 135; Green, 2007, str. 400–401; Stalker, 2003,

str. 219–223). Varovani oddelek je torej oblika dela, v kateri je nemogoče ustrezno ravnati s tveganji.

Videti je torej, da tako sklep sodišča kot varovani oddelek spodbujata »defenzivno« prakso ali pa vsaj takšno prakso, ki ne spodbuja učinkovitega prevzemanja tveganja. Ker je »ogrožanje sebe ali drugih« postavljeno v ospredje, je s tem v praksi povezana pogosta dilema o tem, čigava je odgovornost ob izhodih. Odgovornost bi morala biti skupna, v trenutni delitvi pristojnosti med več službami pa je razumljivo, da prihaja do težav pri tem, kdo naj bi prevzel odgovornost.

Razpravo terjajo tudi podatki o uporabi PVU. Raziskovanja podatkov o uporabi PVU smo se lotili na ravni posameznih ustanov, kar je bil edini možen način ob obstoječih podatkih, kar pa ima svoje pomanjkljivosti. Velja namreč, da uporaba PVU ne kaže le na neuspeh posamezne obravnave, temveč na neuspeh celotnega sistema pomoči (Del Giudice, 2020; World Health Organization, 2019, str. 21). Varovani oddelki so vpeti v celoten sistem na področju duševnega zdravja, še najbolj v sistem psihiatričnih bolnišnic. V primerih hospitalizacij sicer ne vemo, ali je šlo za prisilne hospitalizacije in ali je bil v tem času uporabljen PVU. V obeh primerih gre za prenašanje neprostoVOLJNIH ukrepov, v prvem primeru namestitve, v drugem primeru pa PVU. Da bi v prihodnje dobili natančnejši uvid v te fenomene, bi lahko a) zbirnik, ki smo ga uporabili za zbiranje kvantitativnih podatkov, dopolnili tudi s podatki o (ne)prostovoljnosti hospitalizacij v psihiatrično bolnišnico in b) naredili nekaj študij primerov na ravni posameznikov (s čimer bi ugotavljali, ali je bil med hospitalizacijo uveden PVU ali ne). Vsekakor pa ima zmanjševanje uporabe PVU v praksi (tudi z raziskovanjem tipičnih situacij in možnih manj omejujočih odzivov nanje) prednost pred drugimi pristopi, pri katerih takega akcijskega dela ni.

6.4 Odpust

6.4.1 Zakonski okvirji odpusta

Odpust je v ZDZdr določen v 78. členu. Odpust je možen po pretečenem sklepu sodišča ali pa predčasno. Najprej si pogledjmo odpust po pretečenem sklepu sodišča.

Če v zavodu ugotovijo, da so še vedno izpolnjeni vsi pogoji za zadrževanje na varovanem oddelku, morajo vsaj 14 dni pred potekom sklepa sodišču predlagati podaljšanje sklepa. Če se v zavodu za to ne odločijo, pa sklep poteče in uporabnika je treba odpustiti z oddelka. Takrat sta možna dva scenarija: da se uporabnik prostovoljno vključi v drugo organizirano obliko oskrbe z nastanitvijo (npr. na odprti oddelek zavoda, v njegove stanovanjske skupine, v

stanovanjsko skupino nevladne organizacije) ali pa gre živet po svoje, pri čemer si morebitno podporo uredi sam.

Odpust pa je možen tudi predčasno. 78. člen ZDZdr namreč pravi, da se za postopek odpusta z varovanega oddelka smiselno uporabljajo določbe 71. člena, ta pa zapisuje predčasen odpust na dva načina. Prvi odstavek daje psihiatrični bolnišnici (oziroma zavodu v skladu z 78. členom) diskrecijsko pravico uporabnika odpustiti *pred* rokom iz sklepa sodišča:

Če se zdravstveno stanje osebe toliko izboljša, da ni več razlogov za zadržanje v oddelku pod posebnim nadzorom, jo psihiatrična bolnišnica še pred potekom roka iz sklepa sodišča odpusti iz oddelka pod posebnim nadzorom in o tem obvesti sodišče.

Drugi odstavek 71. člena pa zapisuje pravico, da tak predlog sprožijo tudi drugi:

Oseba ali njen odvetnik lahko pred potekom roka, določenega v sklepu sodišča o zadržanju, predlaga sodišču, da se osebo odpusti. Odpust osebe lahko predlaga tudi najbližja oseba in zakoniti zastopnik.

V prvem primeru je torej dovolj le, da psihiatrična bolnišnica (oziroma zavod) pisno obvesti sodišče o tem, da je uporabnika odpustila, v drugem primeru pa se sproži predlog, o čemer odloča sodišče.

Ko je socialnovarstveni zavod leta 2018 na Ministrstvo za zdravje poslal prošnjo za tolmačenje teh dveh členov, je dobil nedvoumen odgovor, ki so ga dobili vsi socialnovarstveni zavodi z varovanimi oddelki, saj so jim ga posredovali z MDDSZ:

V skladu s povedanim vaš zavod osebo, ki je bila neprostoovoljno sprejeta na varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda na podlagi sklepa sodišča, pa se je njeno zdravstveno stanje toliko izboljšalo, da ne izpolnjuje več pogojev po ZDZdr za zadržanje na varovanem oddelku, ne le smete, ampak celo morate odpustiti z varovanega oddelka, pri čemer pa zakon ne razlikuje med premestitvijo osebe na odprti oddelek ali odpustitvijo iz zavoda.

6.4.2 Podatki o odpustih za leto 2023

Leta 2023 je bilo odpuščenih 18 % stanovalcev varovanih oddelkov. Prevladovali so odpusti po izteku sklepa (n = 34, 76 % odpustov oziroma 14 % vseh uporabnikov), nekaj pa je bilo tudi predčnih odpustov, pred iztekom sklepa (n = 11, 24 % odpustov oziroma 4 % vseh uporabnikov) – to pa se je zgodilo le v dveh zavodih (pri čemer 10 v enem, 1 pa v drugem).

Tabela 18 Odpusti uporabnikov z varovanih oddelkov v letu 2023

	Število	Delež
Ni bilo odpusta	205	82 %
redno – ob izteku sklepa	34	14 %
predčasno – pred iztekom sklepa	11	4 %
Skupaj	250	100 %

V enem zavodu so sporočili, da navadno odpustijo uporabnika po preteku sklepa sodišča, saj imajo izkušnje, da sodišča ugodijo vsem njihovim predlogom za podaljšanje namestitve, zato je bolje, »da ne vprašaš. Ja, enostavno ne damo predloga za podaljšanje oziroma za izvedeniško mnenje« (vodja, POM_8_2). Več podatkov o strategijah zavodov pri ravnanju v postopkih odpustov nismo dobili, vendar pa lahko naredimo informirano oceno, da je citirana izkušnja enega zavoda praksa tudi v drugih zavodih, saj po preteku sklepa ni treba ponovno zaganjati sodnih postopkov, temveč se stanovalca samo odpusti.

Vodstvo enega zavoda je eksplicitno povedalo, da pri njih »ne vidijo potrebe« po predčasnih odpustih. To je v precejšnjem navzkrižju z interpretacijo Ministrstva za zdravje iz uvoda tega poglavja, ki sporoča, da ne samo, da zavodi lahko, temveč tudi *morajo* odpustiti stanovalca, če ne izpolnjuje pogojev za zadrževanje na varovanem oddelku.

Pri zbiranju statističnih podatkov nismo vključili podatka o tem, na čigav predlog je bil izveden predčasni odpust (na predlog stanovalca ali zavoda), vsaj iz enega zavoda pa so sporočili, da najpogosteje spodbujajo stanovalce, da sami predlagajo predčasni odpust (torej tega ne predlaga zavod), saj je to njihova pravica. V tem primeru jim uredijo brezplačno pravno pomoč. Socialna delavka iz tega zavoda je povedala, da potem, ko stanovalci predlagajo predčasni odpust, ona dobiva pisma s sodišča, češ naj kot strokovnjakinja »interpretira« pošto stanovalcev. Tak način zavrača, saj pravi, da bi morale sodišče resno vzeti pošto stanovalcev tudi brez njene dodatne razlage ali pojasnil. Ne glede na to, kdo je pobudnik za odpust, pa primer kaže na to, da ima pri tem ključno vlogo zavod.

6.4.3 Priprave na odpust

Kljub razmeroma nizki zabeleženi številki odpustov v letu 2013 (45 stanovalcev) smo zaznali več načinov, s katerimi se v zavodih s stanovalci pripravljajo na odpust. V enem zavodu so

omenili postopno omogočanje izhodov, s čimer naj bi se stanovalec navadil na bivanje zunaj varovanega oddelka:

Začeli smo jih počasi individualno voziti ven, enega po enega. Tudi, da je šel [stanovalec] recimo za pol ure sam [ven z oddelka], pri čemer smo se zmenili, da se ga je opazovalo. In potem zmeraj več ven iz zavoda. In potem se nekako ni dalo več predloga za podaljšanje, ampak da je bil preseljen na odprti del zavoda (diplomirana medicinska sestra, POM_8_1).

V drugem zavodu pa so povedali, da »zadnji mesec začnemo osebo pripravljati na bivanje izven institucije, to se pravi, da se bo oseba naučila jemati zdravila, da bo prepoznavala zdravila, da si jih zna prebrati in vse to jo naučimo« (diplomirana medicinska sestra, POM_5_1). V naslednjem zavodu na podoben način: »Veliko delamo na tem, da si lahko vse sami pripravljajo, tudi za urejenost okolice sami skrbijo, tudi oblačila zlagajo. Mi jih res pripravljamo na življenje zunaj« (vodja, POM_2_2).

Izkazuje se, da je pomembno aktivirati skupnostne službe že nekaj mesecev pred potekom sklepa:

Če so skrbniki center, jih že dva do tri mesece pred samim odpustom obveščamo, da ne bomo več imeli razlogov za podaljšanje in da naj se vključijo v iskanje rešitev in v načrtovanje, kam se bo premestil po poteku sklepa sodišča. Če centri niso skrbniki, to tudi naredimo. Imamo zdaj en primer, gospod gre čez manj kot en mesec nazaj domov, nima skrbnika, pa smo se obrnili na center. Center mu je pomagal urediti sodelovanje z določenim zavodom, tako da oni so prišli, z njim naredili načrt in gospod bo potem odšel od nas. Se pa zgodi, da centri ne najdejo možnosti bivanja v domačem okolju in potem prosijo, da se osebo za ta čas, ko se bo še to uredilo, premesti na odprto enoto. Seveda, če oseba bivanje na odprti enoti sprejme (socialna delavka, POM_5_1).

Pri sodelovanju s centri za socialno delo, ko so ti v vlogi skrbnikov, pa imajo zavodi tudi slabše izkušnje. Centri za socialno delo bi po mnenju sogovornikov lahko igrali pomembno vlogo pri iskanju alternativnih namestitev, vendar so, kot ugotavlja sogovornica, pogosto preobremenjeni in premalo dejavni pri iskanju dolgoročnih rešitev za uporabnike: »Tu vidimo tudi vlogo centrov za socialno delo, zelo so šibki. Razumem, da so preobremenjeni, ampak kot skrbniki, ko nastopajo v vlogi skrbnikov in namestijo na varovano enoto, naredijo kljukico, ampak v obdobju enega leta bi lahko oni marsikaj naredili in iskali druge načine namestitve, ampak ne« (socialna delavka, POM_2_1).

Pri odpustih se v praksi pojavlja vprašanje odgovornosti. V vsakdanjem življenju se to vprašanje ne bi pojavljalo, saj bi nanj hitro odgovorili s tem, da odgovornost prevzema ta, ki tvega. Pri

odpustih z varovanih oddelkov pa ni tako, saj prevladuje premisa, da naj bi odgovornost za uporabnika prevzel nekdo drug. V enem zavodu o rednih in predčasnih odpustih odloča strokovni svet. Tim na oddelku predlaga strokovnemu svetu, da se uporabnika odpusti, kar potem obravnava strokovni svet, na podlagi tega mnenja pa direktor odpust odobri ali ne. Gre torej za obliko skupinskega prevzemanja odgovornosti.

Iz istega zavoda pa so sporočili, da stanovalcev, ki so bili na varovani oddelki nameščeni z enote za forenzično psihiatrijo, ne odpuščajo drugače kot s postopkom na sodišču. Formalno gre za predlog za podaljšanje namestitve, ki mu dodajo mnenje, da je situacija morda zrela za odpust, o čemer naj odloči sodišče. Tu je vprašanje odgovornosti očitno preveliko, da bi jo prevzemal zavod, zato odločitev prenese na sodišče oz. na psihiatra izvedenca.

V nekaterih zavodih je bolj izražena vloga psihiatra, ki s svojim mnenjem bodisi odobri bodisi ne odobri odpusta. Ko raziščejo možnosti podpore v skupnosti, *»se to predloži psihiatru in on preuči, če je zadostna podpora ali ne. In kljub temu potem še izvedenec. Končna odločitev je pa na naroku s sodišča«* (socialna delavka, POM_6_2). V drugih zavodih pa so poročali o tem, da ima mnenje tima na varovanem oddelku prednost pred mnenjem psihiatra: *»Mi ugotovimo z našim individualnim načrtom, da gre uporabnik lahko ven, sodelujemo, pa mnenje [psihiatra] pridobimo samo za tisti del, kjer potrebuje oskrbo na zdravstvu, ko gre ven«* (direktorica, POM_5_1). Gre torej za razlike v kulturi in neformalni razporeditvi moči v organizaciji.

6.4.4 Lokacija odpusta

Uporabniki, ki so bili leta 2023 odpuščeni z varovanih oddelkov, so šli v največji meri na odprti oddelki istega zavoda (63 %), v manjši meri domov (15 %), na odprti oddelki drugega zavoda (1 %) ali kam drugam (6 %).

Tabela 19 Lokacija odpusta uporabnikov z varovanih oddelkov v letu 2023

	Število	Delež
Na odprti oddelki tega zavoda	33	63,5 %
na odprti oddelki drugega zavoda	1	1,9 %
v skupnost, domov	8	15,4 %
smrt ³⁸	7	13,5 %
drugo	3	5,7 %
Skupaj	52	100 %

³⁸ Primeri smrti so v zbirniku označeni tako, da odpusta ni bilo, zato velikost vzorca odstopa od vzorca v tabeli 18 glede odpustov z varovanih oddelkov v letu 2023.

Kaj pa o lokaciji odpusta govorijo kvalitativni podatki? Iz dveh zavodov so omenili, da bodisi predčasne bodisi redne odpuste izvedejo predvsem na negovalni oddelok. Razlogov za to je verjetno več, v enem zavodu pa so jih videli predvsem v tem, da stanovalci fizično oslabijo: *»Ko več ne hodijo, nimajo kam odtavati. Potem se to [namestitev na varovanem oddelku] prekine in gre na negovalni oddelok«* (vodja, POM_1_5).

V enem zavodu so poročali o tem, da je odprti oddelok včasih nekakšna vmesna postaja med varovanim oddelkom in bivalno enoto ali stanovanjsko skupino: *»Enega gospoda imamo, ki je bil na varovanem oddelku, center je skrbnik; smo se dogovorili skupaj s centrom in z njim, da bo premeščen najprej na odprto enoto, pa v bivalno skupnost in potem se bo vračal v stanovanjsko skupino«* (socialna delavka, POM_5_1).

Razlogi za tako maloštevilne odpuste v skupnost so najverjetneje v pomanjkanju nastanitev in podpore v skupnosti. Strokovna vodja v enem zavodu je rekla, da odpuščajo na odprti oddelok lastnega zavoda, ker v skupnosti ni drugih možnosti: *»Sklep jim je pretekel, ostali so naši uporabniki, da se razumemo, kar je tudi slabo. Nimajo kam iti«* (POM_8_1). Zavodi so soočeni z dilemo, ali spoštovati zakonsko diktacijo, da morajo stanovalca odpustiti takoj, ko niso več izpolnjeni pogoji za zadrževanje na varovanem oddelku, ali pa stanovalca ne odpustiti kljub temu, da niso izpolnjeni vsi pogoji za zadrževanje na varovanem oddelku, ker nima urejenega bivanja in/ali podpore izven zavoda. Videti je, da pretehta drugo: *»Načeloma je naša usmeritev še vedno takšna, da mora imeti neko možnost bivanja v domačem okolju, če že gre od nas«* (socialna delavka, POM_3_2). Iz dveh zavodov pa so sporočili, da odpusti v skupnost uspejo le, ko uporabnika čaka možnost nastanitve in socialna mreža, ki je na odpust te osebe pripravljena. En odpust izven zavoda je bil mogoč, ker je bil svojec stanovalčev skrbnik in se je z odpustom strinjal in se zavzel za to, da bo skrbel za tega uporabnika. Podobno priča tudi drugi primer:

Ena varovanka je šla domov, ker je imela dovolj razvito socialno mrežo, da je lahko šla. Je imela kam iti, svojci so se strinjali. Če je tak primer, da se pokaže, da ima neko perspektivo iti, potem imamo multidisciplinarni sestanek. Skličemo center v okolju, svojce, kakšnega iz psihiatrične bolnice, če je imel prej psihiatrično obravnavo. Raziščemo možnosti, kakšne imajo za vrnitev v okolje (socialna delavka, POM_6_2).

To pomeni, da morajo zaposleni na varovanih oddelkih za uspešen odpust kdaj tudi prepričevati oz. delati s svojci ali skrbniki v tej smeri: *»Glede na to, kaj je bilo mnenje tima, smo*

se usedli s skrbniki, kaj in kako mi vidimo in smo jih poskusili malo prepričati. Ampak predvsem zaradi tega, ker vidimo, da človek ne rabi biti tukaj» (vodja, POM_8_2).

Pri odpustih prihaja do nekaterih razlik med zavodi, ki so prikazane v naslednji tabeli. Vrednosti na levi so deleži posameznega vzorca znotraj enega zavoda.

Tabela 20 Lokacija odpusta glede na delež tega vzorca med vsemi odpusti po posameznem zavodu

		Na odprti oddelek istega zavoda	V skupnost, domov
Zavod 1	število	8	4
	delež	62 %	31 %
Zavod 2	število	4	0
	delež	100 %	0 %
Zavod 3	število	0	2
	delež	0 %	100 %
Zavod 4	število	18	0
	delež	100 %	0 %
Zavod 5	število	0	2
	delež	0 %	100 %
Zavod 6	število	3	0
	delež	100 %	0 %
SKUPAJ	število	33	8
	delež	79 %	19 %

Zaradi nizkih vrednosti je težko potegniti trdne zaključke, pa vendar se nakazujejo trendi, da nekateri zavodi sicer odpustijo manj uporabnikov, a te v skupnost, nekateri zavodi pa jih odpustijo več, a na svoje odprte oddelke. V drugem primeru gre največkrat za tiste zavode, ki imajo tudi prevladujoč vzorec nameščanja na varovane oddelke s svojih odprtih oddelkov. V tem smislu lahko vidimo, da je večina uporabnikov odpuščena od tam, od koder so bili sprejeti na varovani oddelek.

V raziskavi smo ugotovili tudi nekaj razlik v postopkih odpustov med zavodi. Ponekod imajo uporabniki varovanega oddelka prednost pri sprejemu na odprto enoto: *»Če že imamo človeka pri nas (na varovanem oddelku), ima seveda prednost pri sprejemu v dom. Ne bomo ga poslali domov, da čaka doma,«* je pojasnila socialna delavka (POM_3_2). V nekaterih drugih zavodih pa so zaposleni sporočili, da morajo uporabniki oddati vlogo in čakati na sprejem, enako kot drugi, ki vložijo vlogo za sprejem na odprti oddelek.

6.4.5 Po odpustu

Po odpustu zaposleni na varovanem oddelku praviloma nimajo več stika z uporabnikom. To se zgodi tako v primeru odpustov na odprti oddelok istega zavoda, kot tudi v primeru odpusta v skupnost, saj zaposleni z varovanega oddelka nimajo mandata delati z nekom, ki tja ni nameščen.

Podobno šibko vlogo imajo pri odpustih skupnostne službe. V obstoječem sistemu je njihova vloga bolj nameščanje na varovane oddelke (glej 5. poglavje). To je skladno s kvantitativnimi podatki o razmeroma nizkem številu odpustov v skupnost.

Aktivnosti skupnostnih služb so sogovorniki iz skupnostnih služb strnili v naslednje primere. Predstavnica nevladne organizacije je povedala, da ohranja stike z eno uporabnico po telefonu:

Imamo in ohranjamo stike, dvakrat na teden smo dogovorjeni ali pa enkrat na teden, več ali manj nas potrebuje, ta stik, da ti nekaj zaupa, da ti pove, da se slabo počuti ali pa da je izboljšanje, mogoče tiste želje, da si pridobi drobiž za kavico, nek spontan pogovor, da se ti spet zaupa, to mi ohranjamo (POM_SKU_1).

Tudi socialna delavka iz ene od psihiatričnih bolnišnic pravi, da imajo uporabniki njeno številko, »glede povratnih informacij pa, ker mi toliko povprašujemo po prostih mestih, da smo tako vsak teden na telefonu s kolegicami v zavodu, in še med drugim vprašaš: 'Kako je naš [ime]?'« (POM_SKU_1).

Centri za socialno delo imajo več stika z uporabniki na varovanih oddelkih, če so njihovi skrbniki, sicer pa manj:

Za to osebo je poskrbljeno, urejeno je plačilo. V začetni fazi vse poskušaš urediti, pomagaš, če je potrebno objaviti kakšne stroške doma, ki jih je imel, potem pa je manj stika. [...] Kadar smo mi predlagatelji, če je potrebno smo v stiku, če je potrebno podati predlog, da je še vedno na varovanem, ali pa če so možnosti, da se izboljša situacija po enem letu in ni potrebno več varovanega oddelka (POM_SKU_2).

6.4.6 Razprava

Leta 2023 je bilo odpuščenih razmeroma malo stanovalcev (18 %) varovanih oddelkov, večinoma na odprte oddelke istega zavoda. Te podatke je smiselno primerjati s podatki o odpustih iz posebnih in kombiniranih zavodov (Inštitut RS za socialno varstvo, b. d.).³⁹ Odpust domov je tam precej višji (60,3 % vseh odpustov), precejšnji delež odpustov pa so tudi odpusti

³⁹ En zavod je sporočil vsoto vseh odpustov, ker naj ne bi razpolagali s podatki o lokacijah odpustov, podatki iz ostalih zavodov pa so kakovostni, zato je te podatke možno uporabiti za primerjavo.

v drug zavod (16,2 %). Podatki torej kažejo na to, da je odpust v skupnost veliko težji z varovanega kot z odprtega oddelka. Delno lahko to pripišemo kompleksnosti življenjskih situacij in potreb po oskrbi, delno pa tudi stigmi sklepa sodišča, ki otežuje odpuste, saj so uporabniki označeni za »nevarne«, ter drugim dejavnikom.

Kaže, da je omejevanje pristojnosti za uporabnika na eno službo (»conska obramba«, kot smo ugotovili že pri sprejemu), ovira pri odpustih, saj varovani oddelok kot organizacijska enota lahko le spodbuja odpuste, njihov uspeh pa je odvisen od drugih, ki pa so v trenutni sistemski ureditvi predvsem potencialni predlagatelji namestitve, ne pa storitev, ki bi omogočale oskrbo v skupnosti. Pri preobrazbi varovanih oddelkov bi torej kazalo spremeniti ureditev tako, da osebe z (preobraženega) varovanega oddelka na določenem geografskem območju podpre ostale službe, ki delajo z uporabnikom na terenu, s tem intenzivira oskrbo, zagotavlja dodatne ukrepe za varnost uporabnika in s tem zniža ali celo odpravi »potrebo« po premestitvi.

6.5 Literatura

- Alexander, J. & Bowers, L. (2004). Acute psychiatric ward rules: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 623–631. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00770.x>
- Aluh, D. O., Santos-Dias, M., Silva, M., Pedrosa, B., Grigaitė, U., Silva, R. C., De Almeida Mousinho, M. F., Antunes, J. P., Remelhe, M., Cardoso, G. & Caldas-de-Almeida, J. M. (2023). Contextual factors influencing the use of coercive measures in Portuguese mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 90, 101918. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101918>
- Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A. & Cornaggia, C. M. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: A systematic review. *Rivista di Psichiatria*, 48(1), 10–22. <https://doi.org/10.1708/1228.13611>
- Belayneh, Z., Chavulak, J., Lee, D. A., Petrakis, M. & Haines, T. P. (2024). Prevalence and variability of restrictive care practice use (physical restraint, seclusion and chemical restraint) in adult mental health inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 33(4), 1256–1281. <https://doi.org/10.1111/jocn.17041>
- Care Quality Commission. (2019). *Brief guide: The use of 'blanket restrictions' in mental health wards*. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20191125_900767_briefguide-blanket_restrictions_mental_health_wards_v3.pdf
- Del Giudice, G. (2020). ... e tu slegalo subito: Sulla contenzione in psichiatria. Edizioni AlphaBeta Verlag.
- Dixon, J. (2016). Balancing Risk and Recovery in Mental Health: An Analysis of the Way in Which Policy Objectives Around Risk and Recovery Affect Professional Practice in England. V J. M. Chamberlain (ur.), *Medicine, Risk, Discourse and Power* (str. 120–140). Routledge.
- Dressing, H. & Salize, H. J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 797–803. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0814-9>
- Flaker, V. (2013). *Direktno socialno delo*. Založba /*cf.
- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J. & Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje*. Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V. & Rafaelič, A. (2023). *Dezinstitucionalizacija II: nedokončana*. Založba Univerze v Ljubljani.

- Goulet, M.-H., Larue, C. & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019>
- Green, D. (2007). Risk and Social Work Practice. *Australian Social Work*, 60(4), 395–409. <https://doi.org/10.1080/03124070701671131>
- Inštitut RS za socialno varstvo. (b. d.). *Zbirnik podatkov o posebnih in kombiniranih socialnovarstvenih zavodih za leto 2020*. [Dataset].
- Janssen, W. A., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Bowers, L., Hoogendoorn, A. W., Smit, A. & Widdershoven, G. A. M. (2013). Differences in Seclusion Rates Between Admission Wards: Does Patient Compilation Explain? *Psychiatric Quarterly*, 84(1), 39–52. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9225-3>
- Kemshall, H. (2002). *Risk, social policy and welfare* (1. publ). Open University Press.
- Korošec Jagodič, H., Korošec, B., Lajlar, D., Winkler, V., Novak, V., Jagodič, K. & Pintarič, L. (2008). Hospitalizacija brez bolnikove privolitve. *Zdravniški vestnik*, 77(4), IV-45-IV-49.
- Mali, J. (2019). The method of personal planning and the implementation of services in social work with older people. *Annual of Social Work*, 26(1), 61–80. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v26i1.253>
- Mansell, J. & Beadle-Brown, J. (2005). Person Centred Planning and Person-Centred Action: A Critical Perspective. V P. Cambridge & S. Carnaby (ur.), *Person Centred Planning and Care Management with People with Learning Disabilities* (str. 19–33). Jessica Kingsley Publishers.
- Mental Health Commission. (2020). *The use of restrictive practices in approved centres: Seclusion, mechanical restraint and physical restraint (activities report 2019)*. <https://www.mhcirl.ie/sites/default/files/2021-01/Restrictive%20Practices%20Activity%20Report%202019.pdf>
- National Association of State Mental Health Program Directors. (2008). *Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use*. <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/2022-08/Consolidated%2520Six%2520Core%2520Strategies%2520Document.pdf>
- Nijman, H. L. I. & Rector, G. (1999). Crowding and Aggression on Inpatient Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 50(6), 830–831. <https://doi.org/10.1176/ps.50.6.830>
- Podrobnejši standardi za izvajanje posameznih vrst oskrbe in kriteriji za določitev vrst oskrbe glede na potrebe uporabnikov storitve za področje institucionalnega varstva v posebnih socialnovarstvenih zavodih, Pub. L. No. Uradni list RS, št. 96/22 (2022). <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=DRUG5052>
- Savage, M. K., Lepping, P., Newton-Howes, G., Arnold, R., Staggs, V. S., Kisely, S., Hasegawa, T., Reid, K. S. & Noorthoorn, E. O. (2024). Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: Overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. *BJPsych Open*, 10(1), e26. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.613>
- Sawyer, A.-M. (2008). Risk and new exclusions in community mental health practice. *Australian Social Work*, 61(4), 327–341. <https://doi.org/10.1080/03124070802428183>
- Sawyer, A.-M. (2009). Mental Health Workers Negotiating Risk on the Frontline. *Australian Social Work*, 62(4), 441–459. <https://doi.org/10.1080/03124070903265724>
- Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans, B. & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: An international comparative study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 403–417. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2)
- Stalker, K. (2003). Managing Risk and Uncertainty in Social Work: A Literature Review. *Journal of Social Work*, 3(2), 211–233. <https://doi.org/10.1177/14680173030032006>
- Škerjanc, J. (2010). *Individualizacija storitev socialnega varstva*. Fakulteta za socialno delo.
- Turčin, A. & Kores-Plesničar, B. (2008). Sprejem in zdravljenje brez privolitve na oddelku za psihiatrijo UKC Maribor. *Zdravstveno varstvo*, 47(3), 137–142.

- Van Der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A. & Noorthoorn, E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry*, 202(2), 142–149. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118422>
- Videmšek, P. & Mali, J. (2018). Od načrta skrbi in programa oskrbe do osebnega načrtovanja in izvajanja storitev. *Socialno delo*, 57(1), 27–42.
- Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberg, E., Domen, P., Van Amelsvoort, T. & Drukker, M. (2021). Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLOS ONE*, 16(10), e0258346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346>
- World Health Organization. (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training: course guide*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>
- Zakon o duševnem zdravju, Pub. L. No. Uradni list RS, št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – US (2008). <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>
- Zaviršek, D. (1997). Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije. *Socialno delo*, 36(2), 101–110.
- Žmitek, A. (1995). Pregled neprostovoljnih hospitalizacij na moškem oddelku Psihiatrične bolnišnice Begunje v letu 1993. V J. Romih & A. Žmitek (ur.), *Dileme ob neprostovoljni hospitalizaciji* (str. 66–74). Psihiatrična bolnišnica Begunje.