

PRILOGA 2: ALTERNATIVNE OBLIKE ZAPRTIM ODDELKOM – PRIMERI IZ TUJINE (Juš Škraban)

V zgodovini velikih zdravstvenih in socialnih ustanov na področju duševnega zdravja je več primerov, ko so posamezne ustanove spremenile delovanje zaprtih oddelkov. Zmanjšanje ali celo popolno opustitev uporabe prisilnih ukrepov so dosegli na primer z odpiranjem vrat ali z odrekanjem zapiranja (v izolacijsko sobo) ali vezanja. V nadaljevanju predstavljamo primere praks, ki imajo sorodno funkcijo kakor varovani oddelki v Sloveniji, a uporabljajo alternativne pristope.

Verjetno najbolj znan pionirski primer predstavlja delo angleškega psihiatra Johna Conollyja, ki je leta 1856 napisal knjigo z naslovom *Obravnava duševno bolnih brez vezanja*, v njej pa opisal svoje 17-letne izkušnje v bolnišnici Hanwell (Conolly, 1856). Znani so še primeri odpiranja vrat v bolnišnici Dingelton na Škotskem (Bell, 1955) in o odpravi vezanja v nekaj bolnišnicah v Angliji (Stern, 1959). Politiko odprtih vrat je prakticiral tudi »oddelek za socialno in forenzično psihiatrijo« v Ljubljani (Kondža, 1976), ki je deloval kot »terapevtska skupnost«, namenjen pa je bil »neprištevnim« storilcem kaznivih dejanj. Primer delne opustitve prisilnih ukrepov v Sloveniji so uvedli v SVZ Dutovlje, kjer so se odpovedali uporabi vezanja in sobe za izolacijo, ohranili pa zaprta vrata na varovani oddelek (Flego idr., 2012).

Odpiranje vrat zaprtih oddelkov in odprava uporabe PVU je trenutno močan trend v tujini, dokumentirani primeri prihajajo predvsem z akutnih psihiatričnih oddelkov. Naj nanizamo samo nekaj primerov. Akutni psihiatrični del splošne bolnišnice v Heidenheimu v jugozahodni Nemčiji že od leta 1995 deluje po principu odprtih vrat (Zinkler, 2016). To pomeni, da so vrata vseh oddelkov psihiatričnega dela te bolnišnice odprta od 8.00 do 20.00 (Zinkler, 2023).

Politiko odprtih vrat dobro poznajo tudi na nam bližnjem Dunaju (Steinert & Scharfetter, 2018). Oddelek v bolnišnici Donauspital funkcionira z odprtimi vrati že od 80. let prejšnjega stoletja, ko je bil še na stari lokaciji, od 1996 pa je del te splošne bolnišnice in ohranja politiko odprtih vrat. Vrata so odprta med 7.00 in 20.00. Na oddelku uporabljajo vezanje, zapiranja pa izjemno malo.

V Švici so čez dan odprli vrata oddelka za odvajanje od drog in alkohola (Steinauer idr., 2020). Avtorji študije, ki je spremljala ta proces, menijo, da je v splošni psihiatriji že dosežen konsenz

o tem, da je prevzemanje sistema odprtih vrat dobro, oni pa so to dokazali tudi na področju zdravljenja odvisnosti od drog in alkohola.

Leta 2017 in 2018 so dva primerljiva oddelka v dveh različnih nemških mestih vzeli kot oddelka, kjer so preizkusili sistem odprtih vrat, v eksperiment pa so vključili še dva primerljiva »kontrolna« oddelka, kjer niso vpeljevali nobenih sprememb (Schreiber idr., 2022). V raziskavi so ugotovili, da so na obeh oddelkih uspeli bolj ali manj obdržati odprta vrata med 8.00 in 20.00 uro, kot je bil cilj. Število »neugodnih« dogodkov, kot so agresivni incidenti, pobegi z oddelka, poskusi samomora in uporaba prisilnih ukrepov se je na oddelkih z odprtimi vrati zmanjšala. Avtorji študije so zato sklenili, da se da vpeljati sistem odprtih vrat na akutnem psihiatričnem oddelku, ne da bi povečali tveganja.

Kot zadnje je treba omeniti italijanske psihiatrične oddelke v splošnih bolnišnicah. Obstaja jih več kot 320, vendar se jih le okoli 20 deklarira kot oddelki »no-restraint«, kar pomeni, da delujejo po principu odprtih vrat in ne uporabljajo vezanja s pasovi (Pocobello idr., 2024; Rossi & Toresini, 2015).

Podrobneje lahko opišemo tak oddelok v Trstu, ki ga je član raziskovalne skupine obiskal marca 2023. Psihiatrični oddelok je v prvem nadstropju splošne bolnišnice Ospedale Maggiore, ki leži v središču mesta. Oddelok deluje vse dni v letu 24 ur na dan – kot vsak drug primerljiv akutni psihiatrični oddelok. Čeprav leži v splošni bolnišnici, je oddelok organizacijsko gledano del služb duševnega zdravlja, kar lajša koordinacijo z ostalimi službami.

Oddelok ima kapaciteto skupno sedem postelj (prevladujejo dvoposteljne sobe). Po potrebi eno dvoposteljno sobo spremenijo v enoposteljno. Tim sestavljata dva psihiatra in 15 medicinskih tehnikov. Na eno izmeno je prisoten en psihiater in dva oziroma trije tehniki. Povprečno imajo 50-odstotno zasedene kapacitete, torej imajo zasedene 3–4 postelje (od sedmih). Povprečna ležalna doba je tri dni, saj si prizadevajo za čim hitrejši odpust v centre za duševno zdravje ali pa domov. Daljše ležalne dobe (okoli 15 dni) beležijo pri migrantih, saj se pri kontinuiteti njihove oskrbe težje zaneajo na centre za duševno zdravje.

Sprejemi na oddelok so možni le prek posredovanja služb nujne pomoči. Oddelok je edini v regiji, ki je odprt za sprejeme ob večernem in nočnem času, saj podnevi to delo opravijo centri za duševno zdravje. Že naslednje jutro po sprejemu novega pacienta ga pride obiskat nekdo iz tima v centru za duševno zdravje, ki je odgovoren za področje, kjer živi ta pacient. Namen obiskov je načrtovanje odpusta, s tem pa dosežejo večjo kontinuiteto terapevtskega odnosa.

Kako jim uspe imeti dosledno odprta vrata in se odpovedovati vezanju? Ko kdo od bolnikov želi ven, ga pospremito. Osebe jih spodbuja, da si bivanje na oddelku kar najbolj prilagodijo svojim potrebam, zato ni nenavadno, če si kdo od bolnikov naroči hrano iz najljubše restavracije kar na oddelok ali pa da si kdo prinese svoj računalnik ali druge pomembne osebne predmete (kdaj začasno tudi domače ljubljence), dobrodošli so tudi svojci in podobno. Ta fleksibilnost je mogoča zaradi ugodnega razmerja med zaposlenimi in uporabniki, kar omogoča dobro zaledje skupnostnih služb (centrov za duševno zdravje). Ta fleksibilnost pa je nujna, če naj se uspešno odrekajo uporabi zaprtih vrat in vezanja.

Na oddelok je možno priti po lastni volji ali proti njej. Obvezno zdravljenje, kot pravijo prisilni hospitalizaciji, je možno le, ko bi nekdo povzročil hujšo škodo (traja največ en teden, z možnostjo nekajkratnega podaljšanja), vendar je iz zakona 180 že leta 1978 izpadel pogoj »nevarnosti za druge«. Obvezno zdravljenje opravijo v okoli 10 odstotkih vseh primerov. Ukrep je osredotočen le na zdravljenje v najožjem smislu, torej na aplikacijo zdravil. Vodja oddelka je povedala, da so se z nekom pogajali šest ur, da bi vzel zdravila, da so se izognili nujnemu zdravljenju. To namreč pomeni, da na pomoč pokličejo policijo, ki lahko pacienta fizično drži, medtem ko mu zdravstveno osebje aplicira zdravila (navadno intramuskularno). Včasih je, kot pravi vodja oddelka, dovolj

že, če si sama nadene zdravniško haljo (ki je sicer ne uporablja) ali pa da uporabnik vidi policiste, kako stojijo pred vrati – tudi če ne posredujejo. Tudi med obveznim zdravljenjem vhodna (in nasploh vsa) vrata, pomembna za pacienta, ostanejo odprta (vključno s sobo, ordinacijo zdravnika). Policija pri obveznem zdravljenju sodeluje tudi tako, da pacienta privede na oddelku. Za posredovanje na tem oddelku je zdravstveno osebje policiste posebej izobrazilo.

Na oddelku ni splošnih pravil za zagotavljanje varnosti (na primer odvzem osebnih predmetov in podobno). Če je kdo samomorilen, mu odvzamejo stvari, s katerimi bi si lahko kaj naredil. Preventivno so na ključ le kljuge od oken, saj je oddelku v nadstropju. Na oddelku imajo telefon, ki ga pacienti lahko uporabljajo.

Modeli oddelkov s ciljem zmanjšati uporabo prisile

Kot prvi tak pristop naj omenimo Safewards (varne oddelke), ki izvirajo iz Velike Britanije, hitro pa so se razširili po več drugih državah (Gooding idr., 2018, str. 57–59). Ta model predstavlja spremembo institucionalne kulture v povezavi s spremembami fizičnega okolja, da je bolj prostorno in prijazno do stanovalcev. Evalvacija vpeljevanja tega pristopa v dveh okoljih v Nemčiji je pokazala, da se je zmanjšala uporaba prisilnih ukrepov, zmanjšal pa se je tudi povprečni čas njihove uporabe (Baumgardt idr., 2019).

Naslednji primer prihaja z Nizozemske (Van Melle idr., 2020). Od leta 2006 do 2012 je država veliko vlagala v programe zmanjševanja uporabe izolacijske sobe, vendar programi niso prinesli večjih učinkov, zato se je država odločila, da posodobi akutno psihiatrično obravnavo s konceptom »visoke in intenzivne obravnave« (angl. *high and intensive care*, v nadaljevanju HIC). Večina akutnih oddelkov je ta model prevzela. Temeljit naj bi na medicinskem modelu, a tudi modelu »okrevanja«, ne vključuje pa politike odprtih vrat. Delo z ljudmi naj bi utemeljevali na skupnem načrtu zdravljenja, ki naj ne bi trajalo več kot tri tedne. Če se uporabnikova kriza poveča, ga premestijo z visokega na intenzivni oddelku, ki se ponaša z individualnimi sobami in bolnišničnim okoljem, ki je še bolj prilagojeno in teži k zagotavljanju varnosti ob morebitnih izbruhih agresije in podobnega. Taki oddelki nimajo svojega stacionarnega osebja, zato uporabnika tja pospremi eden od zaposlenih na »visokem« oddelku. Intenzivni oddelki imajo izolacijsko sobo, ki ji rečejo »visoko varovana soba«. Raziskava je pokazala, da imajo oddelki, ki so prevzeli ta model, nižjo pogostost uporabe izolacijske sobe in nižji povprečni čas njene uporabe, hkrati pa se je zmanjšala tudi uporaba prisilnega zdravljenja (Van Melle idr., 2020).

Poudariti je treba, da gre tako pri Safewards kot pri HIC za strukture, namenjene akutnemu psihiatričnemu zdravljenju, na tem področju pa je z nekaj izjemami še vedno večina podpore organizirane institucionalno. Varovani oddelki v Sloveniji so za razliko predstavljenih modelov namenjeni dolgotrajni podpori, zato se je precej nesmiselno zgledovati po inovacijah, ki – kot

predstavljena primera – kljub spremembam ohranjata institucionalni model, saj dolgotrajna podpora ne sme biti organizirana institucionalno. Kljub vsemu bi kazalo bolje spoznati ta dva modela, če bi vzpostavljali varovani oddelek v stanovanjski skupini. Pri tem lahko kot zgled vzamemo tudi druge prakse, ki pa nikoli niso funkcionirale kot del javnega sistema služb na področju duševnega zdravja, temveč kot alternative izven sistema.

Soteria je prvi tak primer. Razvil jo ameriški psihiater Loren Mosher leta 1971 (Mosher, 1999). Po prvem poskusu v Kaliforniji so izkušnjo ponovili tudi drugje po ZDA. Trenutno deluje nekaj »Soteria hiš« tudi v nekaterih evropskih državah in v Izraelu. Glavne značilnosti pristopa Soteria so naslednje. Hiša je navzven kot vsaka druga hiša. Pomembno je, da lahko gosti največ 10 ljudi hkrati, da se ohrani občutek domačnosti. Tak mora biti tudi postopek sprejema, ki mora biti kar se da neformalen. Zaposleni niso tam zato, da bi ljudi, ki se zatečejo v Soterio, zdravili, temveč da »so z njimi«. »Being with« je namreč koncept, ki je pomembno vplival na to prakso. Mosher je imel pri tem v mislih vzporednice s podpornimi osebami za ljudi na »LSD tripu«, katerih naloga je zagotavljati varen in prijeten prostor za človeka, ki je vzel drogo (v primeru Soterie pa za človeka, ki je v akutni duševni stiski). Soteria se deklarativno ne predstavlja kot praksa, ki bi pomenila alternativo psihiatrični prisili, in prisile tudi ne uporablja (predvsem poudarjajo, da ne uporabljajo antipsihotičnih zdravil).

Naslednjo tako prakso predstavlja vrstniško voden krizni center v nemškem mestu Bochum (Russo & von Peter, 2022). Vodijo ga ljudje z lastno izkušnjo duševnih stisk. Center ponuja prostor za dva uporabnika hkrati, ki imata vsak svojo sobo. Najdaljši možni postanek v kriznem centru za vsakogar so trije meseci. Navedeni članek ne omenja, ali v centru uporabljajo prisilne ukrepe, vendar je to izjemno malo verjetno, saj gre za uporabniško voden center, uporabniške iniciative pa so navadno zelo kritične do uporabe prisile. Podobne prakse obstajajo tudi drugje: Windhorse projekt v ZDA, Hotel Magnus Stenbock na Švedskem, krizni hotel v New Yorku, Runaway House v Berlinu in tako naprej (Stastny & Lehmann, 2007, str. 146–251).

Onkraj oddelkov: intenzivna podpora v skupnosti

Stanovanjska skupina za ljudi z intelektualnimi ovirami (Stod, Češka)

Primer, ki ga bomo opisali v nadaljevanju, je del organizacije »Centrum sociálních služeb« v mestu Stod na jugozahodu Češke, nedaleč od mesta Plzen. To obliko pomoči smo spoznali tako,

da jo je član raziskovalnega tima obiskal maja 2023. O tej instituciji ni drugih zapisov v slovenščini in angleščini, dostopna pa je domača spletna stran v češčini.⁸⁰

Na Češkem so posebni socialnovarstveni zavodi v bistvu del psihiatričnih bolnišnic, saj imajo te tudi oddelke za dolgotrajno namestitve. Ustanova v mestu Stod, ki smo jo spoznali, pa je del socialnega varstva, saj je namenjena predvsem ljudem z intelektualnimi ovirami (nekateri imajo tudi psihiatrične diagnoze in akutne krize, ki jih kdaj pripeljejo do hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici). Ustanova v Stodu je bila v času obiska edina socialna ustanova, ki se je v celoti preobrazila v regiji, v okolici mesta Plzeň (takrat so namreč v vsaki regiji uspeli preobraziti povprečno po eno tovrstno ustanovo).

Ustanova je na začetku obsegala eno veliko stavbo s 190 ljudmi. V času ogleda so imeli približno enako število uporabnikov, ki pa so živeli na okoli 50 naslovih, torej so jih preselili zelo razpršeno. Nekateri uporabniki živijo sami, večina pa jih živi v podprtih stanovanjih (torej z mobilno pomočjo), ki so razpršena po mestu. Obstajata le dve lokaciji, kjer koncentrirano živi več uporabnikov skupaj. Prva je večja večstanovanjska hiša, ki je namenjena izključno uporabnikom tega zavoda. Uporabniki živijo v svojih stanovanjih, v katere osebje praviloma ne vstopa, hiša pa ima skupne prostore, kjer se uporabniki družijo in kjer se odvija večina stikov z osebjem. Tako obliko namestitve so uporabili kot prvi korak pri selitvi iz velike stavbe bivšega zavoda. Druga lokacija, kjer živi skupaj več uporabnikov skupaj, pa je lokacija, kjer ležijo tri stanovanjske skupine in ena upravna hiša zavoda. Po direktorjevem mnenju ta kompleks štirih hiš na enem zemljišču ni najboljša rešitev, saj ustvarja »geto«, vendar v procesu preobrazbe niso našli primernejšega zemljišča. V tem kompleksu štirih hiš je ena, ki jo podrobneje opisujemo v nadaljevanju.

Ena izmed treh stanovanjskih skupin je posebej prilagojena in spominja na varovani oddelek v skupnosti, saj je oskrba tam še posebej prilagojena na intenzivne potrebe stanovalcev. Skupina predvideva šest stanovalcev. To so bili njihovi stanovalci že pred selitvijo, zato so dobro poznali njihove potrebe. Stanovanjsko skupino so zgradili posebej zanje, saj je ta zavod edini tovrstni zavod v regiji in so vedeli, da drugam kot k njim ti uporabniki ne bodo šli. Zavod ima čakalno vrsto, vendar v to stanovanjsko skupino ne morejo sprejeti sedmega človeka, saj nimajo sedme postelje. Namestitve, ki presegajo kapacitete, ne sprejemajo.

⁸⁰ <https://www.cssstod.eu/>

Sprejemi v skupino so, kot v vse ustanove v socialnem varstvu na Češkem, samo prostovoljni (saj zakonodaja ne predvideva prisilnih sprejemov v socialno varstvo). V to posebno skupino sprejmejo ljudi, ki imajo intenzivno potrebo po podpori in ki jih po njihovih ocenah v drugih stanovanjskih skupinah niso ali ne bi mogli oskrbovati. V glavnem gre za uporabnike s hujšimi motnjami avtističnega spektra, imajo tudi zgodovino sprejemov v psihiatrične bolnišnice in dolgo zgodovino institucionalizacije.

Uporabniki se v nekaj letih, odkar so vzpostavili tako skupino, niso menjali. To kaže, da stanovanjska skupina ni »vmesna«, prehodna rešitev, ki jo uporabniki čez nekaj časa zapustijo in se vključijo v bolj neodvisne oblike bivanja s podporo. Dopuščajo sicer možnost, da bi lahko kdo sčasoma odšel v drugo, manj intenzivno obliko bivanja, a se to do zdaj še ni zgodilo.

Stanovanjska skupina je arhitekturno prilagojena, in to je verjetno to, kar jo v največji meri dela »posebej varovano«.⁸¹ Hiša je pritlična in samostojna, brez fizičnih ovir (stopnic, pragov). Okrog hiše je zelenica (vrt), okoli zelenice pa ograja. Kuhinja ima otok, da je vedno prehodna, s tem pa želijo olajšati ukrepanje, če bi kdo koga, ki je za pultom, napadel (ker je vmes ta otok). Noži v času našega obiska niso bili zaklenjeni, a jih za nek čas zaklenejo, če je to treba. Enako vhodna vrata – v času obiska niso bila zaklenjena, ob kriznih situacijah pa jih zaklenejo, a le za tako dolgo, kot presodijo, da je nujno.

Imajo šest enoposteljnih sob, enoto pa lahko z vmesnimi vratnimi krili razdelijo tako, da bi, če bi aktivirali vsa vratna krila, dobili tri dele enote, pri čemer sta v vsaki dve samostojni sobi. Hodnik je torej razdeljen s premičnimi pregradnimi stenami. Aktivirajo jih, ko je uporabnik v akutni krizi, in to zato, da je lahko v svoji sobi in ima izhod na vrt (ograjen z ograjo), čeprav je v krizi. Taka ureditev jim omogoča ravnanje v krizah tako, da ne uporabijo »izolacijske sobe« (ki je nimajo), saj uporabnik v akutni krizi ostane v lastni sobi in ima dostop do vrta, ne da bi motil ostale.

V ta namen so tudi vhodna vrata v sobo narejena na poseben način. Imajo namreč dva dela, zgornji in spodnji: vsak del je na svojih ločenih tečajih, en del tvori spodnjo polovico vrat, drug del pa zgornjo. Ta dva dela lahko sklenejo v enotna vrata, v akutnih krizah pa lahko zaprejo spodnji del vrat – s čimer uporabniku omejijo gibanje – zgornji del vrat pa pustijo odprt, da

⁸¹ Tako zunanost kot notranost stanovanjske skupine spominja na Joshev primer z Nove Zelandije, ki so ga posneli v okviru iniciative Svetovne zdravstvene organizacije z naslovom QualityRights (le da Josh živi sam): https://www.youtube.com/watch?v=OjOXo9W68qQ&ab_channel=QualityRights (od 17.28 do 20.00).

lahko zaposleni vzdržujejo stik z uporabnikom, tudi če so izven sobe. Nekatera vrata so dodatno zaščitena (oblazinjena), podboji pa ne leseni, temveč železni, da so bolj trpežni. Take prilagoditve so naredili le za uporabnike, ki so zelo močni.

Notranjost sob je videti na prvi pogled precej »vsakdanje«, vendar ima nekaj posebnosti. Omara je recimo vselej iz masivnega lesa, da je bolj trpežna kot furnir, in pritrjena na steno, da je uporabnik v krizi ne more prevrniti. Tudi miza in postelja sta pritrjeni v tla. V kopalnici tuš nima ročaja (torej ni cevi), temveč imajo prho od zgoraj; klin za obešanje brisače je tak, da se ob večji teži ukloni in se zatakne v spodnjem položaju. Oboje je mišljeno kot preprečevanje samomora. Umivalnik je aluminijast, ne keramičen, da se ne zlomi; ogledalo ni stekleno, vendar še vedno služi svojemu namenu. Vsa okna so »neprebojna«, saj imajo eno uporabnico, ki želi iti ven čez okno, ko je v krizi. Tudi stoli so videti kot običajni stoli, vendar so dodatno oblazinjeni.

Na obiske in v vsakdanjem poteku dneva so dobrodošli drugi ljudje, na primer starši uporabnikov, vendar imajo pravilo, da obiskov ni po 20 h zvečer. Nekateri uporabniki gredo tudi sami ven ali pa v spremstvu, ko so dobro, na primer po nakupih in podobno.

Tako urejeno okolje in potek dneva je omogočil denimo to, da je na primer uporabnik, ki je pred selitvijo v to stanovanjsko skupino stalno krožil med zavodom in psihiatrično bolnišnico, zdaj že tri leta (od selitve dalje) brez psihiatrične hospitalizacije.

Hrano delno kuhajo zaposleni, večino pa jim prinašajo zunanji ponudniki (ker nimajo več zavodske kuhinje). Tudi zdravstveni kader prihaja iz splošnih služb, v timu pa imajo za vsakdanje vodenje terapij eno zdravstveno delavko, diplomirano medicinsko sestro.

Za šest uporabnikov sta dva delavca na izmeno, ponoči pa en do dva, odvisno od vsakokratnega stanja v stanovanjski skupini, oziroma potreb uporabnikov. Zaposleni v tej skupini svoje delo opravljajo samo tam, torej se držijo pravila, da osebja ne mešajo po različnih enotah, s čimer želijo doseči kontinuiteto odnosa med osebjem in uporabniki.

Osebje, ki dela v tej stanovanjski skupini, ni visoko izobraženo, vendar jih zavod dodatno usposablja. Metode, ki jih uporabljajo, so osebno načrtovanje, pozitivna vedenjska podpora (angl. *positive behaviour support*) in tehnike nežnega ukrepanja v krizah (predvsem deeskalacija).

Small Supports v Veliki Britaniji

Primeri, ki jih bomo opisali v nadaljevanju, prihajajo iz organizacij Beyond Limits in eLIVEate iz jugozahoda Anglije. Tem organizacijam rečejo tudi »Small Supports« v istoimenskem konzorciju pod okriljem National Development Team for Inclusion (NDTi) v Veliki Britaniji. Konzorcij je nastal ob povezovanju treh takih organizacij (Beyond Limits iz Plymoutha, C-Change iz Glasgowa in Positive Support for You iz Middlesbroughja). Konzorcij trenutno podpira nastanek in razvoj novih majhnih izvajalskih organizacij.

Vse Small Supports organizacije so ustanovljene in namenjene izključno ljudem z intenzivnimi in kompleksnimi težavami, navadno z intelektualnimi ovirami ali avtizmom; omogočajo jim prehod iz dolgotrajnih hospitalizacij na zaprtih psihiatričnih oddelkih v samostojno življenje.

V tem primeru ne bomo opisali systemskega pristopa, temveč iniciativo nekaj organizacij. Izvirne tri organizacije so nastale po procesu dezinstitutizacije v Veliki Britaniji, vzpostavitev programa Small Supports pa je podprla nastanek novih organizacij.

To obliko podpore smo spoznali tako, da je član raziskovalnega tima oktobra 2023 za en teden obiskal vodilno osebje NDTi programa in dveh izvajalskih organizacij, pri tem pa spoznal tudi nekaj podpornih delavcev in uporabnikov.⁸² Na teh obiskih so nastali gosti zapisi, ki so osnova za zapis tega besedila. O teh organizacijah ni dostopnega veliko pisnega materiala (za izjemo glej Kelly, 2009), zato zapis v nadaljevanju temelji na gostih zapiskih, ki smo jih naredili ob obisku.

Organizacije namenoma označujejo kot »male podpore«, saj želijo s tem pokazati na to, da gre za majhne organizacije. V povprečju namreč podpirajo okoli 20 uporabnikov, za katere zaposlujejo skupno okoli 80 podpornih delavcev. To pomeni, da vodja organizacije osebno pozna vse uporabnike in vse zaposlene. Vodja na nek način sodeluje pri načrtovanju podpore za vsakega uporabnika, pri tem spozna svojce, posledično pa tudi podporne delavce, ki jih zaposlijo točno za določenega uporabnika. Ko smo bili na obisku pri eni izmed uporabnic na domu, je denimo vodja organizacije vprašala, kako so kaj družinski člani te uporabnice, vendar ne na splošno, saj je vedela podrobnosti o marsikom iz uporabničine družine. To spodbuja zaupanje in sodelovanje tako znotraj organizacije kot tudi med zaposlenimi in svojci. Pri

⁸² Obisk je omogočila Cost akcija Fostren (<https://fostren.eu/>).

»majhnosti« močno vztrajajo – ena organizacija, ki smo jo obiskali, je nastala tako, da se je odcepila od večje, saj je prejšnja postajala prevelika, da bi se širila, zato so rajši ustanovili novo.

Oglejmo si postopek njihovega dela. Pomemben element podpore je, da ob selitvi z zaprtega oddelka delajo z enim uporabnikom naenkrat. Navadno ga spoznajo na zaprtem oddelku. Začnejo ga obiskovati in načrtovati oskrbo v skupnosti. Načrtovanje v manjši meri vključuje individualno delo z uporabnikom, v večji meri pa gre za načrtovalske dneve, na katere povabijo uporabnika, njegove družinske člane in ostale pomembne ljudi v njegovem življenju. Srečanje vodita dve osebi, pri čemer ena vodi in povezuje srečanje, druga pa zapisuje načrt tako, da ga lahko vidijo vsi zbrani. Načrtu rečejo »service design«, torej načrt podpore v skupnosti. Podpišejo ga vsi (uporabnik, družina, tudi odgovorni zdravnik na psihiatričnem zaprtem oddelku, kjer je trenutno uporabnik), saj s tem potrdijo skupno odgovornost in skupni dogovor o tem, kakšna bo prihodnost tega uporabnika in kaj je treba narediti.

Pomembno je poudariti vlogo sodelovanja z družino in drugimi bližnjimi. Izhajajo iz prepričanja, da nihče ne pozna uporabnika bolje kot družina. Med načrtovanjem pregledajo življenjsko zgodbo uporabnika in to od rojstva dalje. Pri tem dobijo zgodbe o ljudeh, ki jih je imel uporabnik rad, in o ljudeh, ki mu izrazito niso ustrezali. Iz tega se učijo, kaj je funkcioniralo in kaj ne, kar je povedno o tem, kaj morajo in česa ne smejo ponavljati pri nadaljnji oskrbi. Z družinami najprej sklenejo močno zavezništvo, ker morajo najprej zgraditi dober odnos, tudi če se ne strinjajo s stališči, ki jih imajo družinski člani glede oskrbe. Prepričani so, da bo najkrajšo potegnil uporabnik kot najšibkejši člen, če se z družino glede oskrbe sporečejo. Sčasoma pa prek odnosa z uporabnikom in družino tako okrepijo uporabnika, da se lahko sam odloča in se postavi zase, če mu mnenje družine ne ustreza.

Ko potrdijo načrt, sledi postopna zaposlitev tima. Gre za okoli tri do šest mesecev spoznavanja, torej osnutek novega tima (okoli dva človeka) postopoma obiskuje uporabnika na psihiatriji, ga počasi pelje na sprehode, vozi ven in ga spoznava s svetom zunaj ustanove, ker so to nove situacije, v katerih zares spoznajo uporabnika. Izhodi so pomembna učna situacija za uporabnika, ki spoznava svet zunaj zaprtega oddelka, in za njegove prve podporne delavce, da se naučijo ravnati z njim.

Iskanje podpornih delavcev je v celoti prikrojeno potrebam uporabnika. Oglasi za prosta delovna mesta so vselej oblikovani tako, da (anonimno) opisujejo uporabnika, njegove močne

točke (praviloma ne omenjajo diagnoz), saj se od bodočega podpornega delavca pričakuje, da se z uporabnikom poveže prav zaradi skupnih interesov in močnih točk. Temu pravijo »matching«, torej ujemanje uporabnikov in podpornih delavcev. Če nek uporabnik rad ribari, bodo iskali podpornega delavca, ki mu je to v veselje. Oglasi in izbirni postopek za kandidate so oblikovani tudi na osnovi vrednot organizacije. Marsikdaj pri pisanju oglasov sodelujeta uporabnik in družina. Ključne kvalifikacije za podporne delavce so njihove vrednote in skupni interesi z uporabnikom, ne pa količina delovnih izkušenj v socialnem varstvu, izobrazba in podobno.

Ker formalna izobrazba kadra ni pomembna, organizacije veliko časa vložijo v dodatno usposabljanje. To je dvojno. Na eni strani svoje podporne delavce izobrazijo o splošnih znanjih, ki jih potrebujejo pri delu (na primer ravnanje z zdravili, prva pomoč, higiena pri pripravi hrane, ...), na drugi strani pa jih izobrazijo o temah, ki so posebej povezane s potrebami konkretnega uporabnika. Eden izmed pomembnejših elementov tega izobraževanja je »shadowing«, torej to, da novi kandidat opravlja izmensko delo kot »senca« svojca ali izkušenejšega člana tima. S tem se izkustveno uči in pridobiva zaupanje uporabnika, hkrati pa svoje izkušnje reflektira, o njih poroča in jih predeluje z vodjo tima.

Vsi zaposleni v timu, ne glede na izobrazbo, delijo zdravila oziroma so vsi zaposleni usposobljeni za razdeljevanje zdravil. Predpisuje jih seveda zdravnik, ureja pa medicinska sestra (oba sta del splošnih skupnostnih služb).

Svoje delo skrbno beležijo. Beleženje je enostavno, a temeljito, za zapisovanje porabijo okoli 20 minut na izmeno. Te beležke potem enkrat mesečno pregleda vodja tima, s čimer zagotovijo sledljivost morebitnih napak, pa tudi sprotno sledenje poteku oskrbe.

Kako zaposleni delajo z uporabniki, se zrcali v skrbi, ki jo vodstvo posveča zaposlenim. Veliko imajo supervizij, vodja tima ima redne razgovore z vsakim članom tima in podobno.

Morebitnih »lukenj« v tedenskem razporedu, torej izpadov kadra zaradi bolezni in podobnega, nikoli ne krijejo z zaposlenimi v drugih timih, saj bi s tem kršili bistven del podpore, ki sloni na vzajemnem zaupanju med uporabnikom in podpornimi delavci. »Luknje« torej »pokrije« le tim, ki so ga oblikovali za posameznega uporabnika. V ta namen redno plačujejo zunanje sodelavce, ki so jih posebej izobrazili prav za delo z določenim uporabnikom.

V procesu preselitve uporabnikov iz institucionalnega okolja vzporedno z iskanjem prvih podpornih delavcev steče tudi proces iskanja stanovanja. Specifikacije so včasih precej zahtevne, saj je treba nov dom zelo dobro prilagoditi uporabnikovim potrebam. Ena organizacija je morala denimo preurediti hišo, ki so jo začeli najemati, tako, da so uredili talno gretje, saj je obstajalo tveganje, da bi v krizi uporabnik potrgal radiatorje. Ko najdejo pravi dom, gredo nekateri uporabniki takoj tja, drugi pa potrebujejo več časa, denimo da gredo najprej na obisk en dan, kasneje gredo prespat za podaljšan konec tedna in podobno. Močan poudarek dajo personalizaciji stanovanja, torej da ima uporabnik ves nadzor in vpliv nad tem, kako si uredi stanovanje (brisače, pribor, barva sten in podobno).

Imajo veliko različnih možnosti, kako priti do nastanitev. Razmeroma malo uporabnikov sklene zasebno pogodbo o najemu, saj je to najbolj tvegana, prekarna možnost. Enako malo je uporabnikov, ki jim organizacija kupi nepremičnino, uporabnik pa plačuje mesečno najemnino tej organizaciji. Veliko več uporabnikov ima urejen najem od javnih skladov, za nekaj uporabnikov pa plačajo najemnino starši ali pa so v solastniškem stanovanju s skladom, ki omogoča najem ljudem z ovirami.

Ko dobijo stanovanje, naredijo »kartografijo skupnosti«, kar pomeni, da iščejo zaveznike v kraju, kamor se uporabnik seli. Če je jasno, da se uporabnik na primer vedno v krizi zateče v »pub«, gredo tja in predstavijo situacijo, jim dajo morda kaj denarja, da mu v lokalu, če pride do tega, ponudijo pijačo, jim dajo svojo številko, da jih lahko pokličejo in podobno. V vse želijo kar najbolj vključiti uporabnika. V primerih, ko je uporabnik večkrat v krizi in takrat razbija inventar, je treba v ceno oskrbe vključiti tudi stalna popravila v stanovanju.

Ko se uporabnik preseli, naj bi bil »zaposlen«, torej da ima veliko stvari, ki so zanj pomembne, da jih dela čez dan. Vloga zaposlenih je ravno v tem, da uporabnika podpirajo pri opravilih, ki jih želi početi. Navadno traja od prvega načrtovanja z uporabnikom do selitve okoli šest mesecev.

Vsako leto naredijo revizijo izvajanja načrta v preteklem letu in načrt za naslednje leto. To naredijo na timski konferenci, ki podobno kot prva načrtovalska konferenca vključuje uporabnika, svojce in druge pomembne osebe v življenju uporabnika, tokrat pa tudi celotni tim podpornih delavcev. Na reviziji pogledajo, kako so uresničili zaveze iz prejšnjega načrta in kaj je treba spremeniti in osvežiti za prihodnje leto. Načrtovalske konference in revizije so zares

sproščene in nekakšne »ceremonije napredovanja«, saj ima glavno besedo uporabnik, ostali pa so tam zato, ker želijo pri tem njegovem napredovanju v življenju aktivno prispevati svoj del. Na to, do kakšne mere so načrtovalski in revizijski dnevi prilagojeni uporabnikom, kaže denimo dejstvo, da jih izvajajo na najrazličnejših krajih – bili smo prisotni na eni reviziji, ki se je dogajala v seminarski sobi nekega hotela; spet drugič jo naredijo v avtomobilskem muzeju (ker so uporabniku pomembni avti) in podobno.

Takoj po selitvi potrebujejo uporabniki navadno štiriindvajseturno podporo, torej v timu zaposlujejo okoli pet podpornih delavcev na uporabnika. Nekateri uporabniki dobivajo podporo 24/7 kar dveh podpornih delavcev hkrati, v takih primerih je tim ustrezno večji. Sčasoma pa potrebe po podpori postanejo manjše, saj uporabniki dobijo tisto, kar potrebujejo. Postanejo »manj kompleksni«, navadno je manj tudi agresije in kriz (tudi če jih je bilo na zaprtem oddelku veliko). S tem se kažejo rezultati oskrbe, ki je zares ukrojena po osebni meri.

Ker ima na začetku večina uporabnikov oskrbo 24/7, to pomeni, da mora podporni delavec v nočni izmeni spati v istem stanovanju kot uporabnik. Vedno imajo svojo, ločeno sobo, da se uporabniku zagotovi zasebnost. Ta primer smo videli, ko smo obiskali eno uporabnico na domu. Ima močno epilepsijo, ki se navadno začne kazati s krči na obrazu. Uporabnica ima v svoji sobi kamero, ki je usmerjena v njeno posteljo in ki zaznava njene gibe. Če se gibi ponavljajo, kamera sklepa, da gre za napad in sproži alarm. Poleg uporabnične sobe je soba delavca v nočni izmeni, ki takoj ukrepa. Tim ima lasten protokol ukrepanja v takih (za druge uporabnike pa v drugačnih) krizah. S tem je zagotovljen enovit odgovor in sklenjen timski dogovor o njem.

Poleg osebnega načrta, ki ga imenujejo »service design«, imajo za oskrbo še dva ključna dokumenta, to sta »working policy«, ki zapisuje, *kako* naj se izvaja oskrba, in »safety plan«, ki je načrt ukrepanja v krizah in podobnih tipičnih predvidljivih situacijah. Kot poudarjajo, pa ni poudarek njihovega dela eksplicitno na zagotavljanju varnosti, čeprav je to ena izmed pomembnih posledic. Pri oskrbi poudarjajo predvsem to, da je brezkompromisno osredotočena na potrebe in želje uporabnika. Pravijo, da to zagotavlja največjo varnost, saj uporabnik dela to, kar želi in se v tem dobro počuti. Oskrba po osebni meri je razumljena kot največji varovalni dejavnik. Tveganja dojemajo kot nalogo tima, da iznajde načine, kako uporabniku omogočiti to, kar si želi, na razmeroma varen način.

V Veliki Britaniji obstajajo vsaj trije načini financiranja, ki jih uporabljajo Small Support organizacije. Prvi vključuje posredovanje pooblaščenca; drugi je individualni paket storitev; tretji pa je neposredno financiranje.

Najprej o prvem načinu. Država prek naročnikov (angl. *commissioners*) »kupi« storitve za posameznika. Navadno gre za alokacijo denarja v bolnišnice, v primeru Small Support organizacij pa vanje. Organizacije delajo s tistimi pooblaščenči, ki so jim že uspeli predstaviti in jih prepričati v pomen svojega dela, saj to od pooblaščenca zahteva nekoliko drugačno prakso naročanja storitev in večjo fleksibilnost.

Drugi način je individualni paket storitev. Če je oskrba urejena tako, dobi Small Support organizacija denar za oskrbo, ki ga potem razporeja glede na načrt. Pri tretji obliki gre za neposredno plačevanje, torej dobi denar od države uporabnik sam (oz. njegovi skrbniki), ki potem plačuje izvajalski organizaciji. Tretji način daje največ svobode pri razporejanju sredstev. Nek uporabnik je najel bivšega profesionalnega igralca rugbyja kot osebnega trenerja, saj so ugotovili, da je bil to edini način, da se je začel ta uporabnik gibati (ker mu je bil zelo všeč rugby). Prvi dve obliki česa takega ne bi omogočili, saj to ne bi bil »upravičen« strošek.

Glede stroškov je treba dodati še nekaj. Ko je uporabnik še na psihiatriji, mora denimo pooblaščenec odobriti, da Small Support organizacija že zaposli enega do dva podporna delavca. V prehodnem času (priprav na selitev) so torej stroški večji, a analiza stroškov oskrbe v teh majhnih organizacijah je pokazala, da je ta cenejša za med 36 % in celo do 65 % letno (Mason-Angelow, 2021).⁸³

Kot je opaziti, imajo uporabniki veliko mero vpliva in nadzora nad oskrbo, ki jo prejemajo. To večinoma zagotovijo z njihovo vključenostjo v odločanje. Kljub temu se zgodi, da kdaj uporabniki niso vključeni v, denimo, timsko konferenco. Direktor ene izmed izvajalskih organizacij je dal primer, da je bil uporabnik v tako hudi krizi, da timske konference ne bi zdržal, zato so jo izpeljali brez njega (a z vključevanjem svojcev). Pri prisotnosti uporabnikov ne vztrajajo za vsako ceno, vendar pa imajo vzpostavljene mehanizme, kako stalno preverjati, ali

⁸³ Naj navedemo le tri primere iz citiranega vira. V prvem primeru je oskrba v bolnišnici stala 133.961 funtov letno, oskrba v okviru Small Support organizacije pa 85.985 funtov; v drugem primeru je stala bolnišnična oskrba 338.000 funtov letno, oskrba v okviru Small Support organizacije pa 54.774 funtov; v tretjem pa se je cena po prehodu iz bolnišnice v Small Support organizacijo zmanjšala z začetnih 158.037 na 54.774 funtov letno.

je oskrba, za katero so se zmenili brez uporabnikove prisotnosti, njemu zares v pomoč in po njegovi meri.

Te majhne izvajalske organizacije nikoli ne računajo na možnost, da bi uporabnika »oddali« kam drugam, oziroma odpustili iz svoje oskrbe. Način delovanja ne dopušča perspektive, da je uporabnik »pretežek«, da se z njim »ne da delati«. Ker vedo, da so oni edini, ki so zavezani preseljevanju ljudi iz dolgotrajnih hospitalizacij na zaprtih oddelkih, vedo tudi, da morajo iznajti vse možne in včasih težke načine, da uporabnika ohranijo v skupnosti.

Sinteza

Izkušnje iz tujine kažejo na to, da »intenzivni« oddelki v bolnišnicah ali zavodih lahko delujejo po principu odprtih vrat in brez vezanja. Prve tovrstne izkušnje segajo v 19. stoletje, intenzivirale pa so se od 50. let 20. stoletja, trenutno pa velja konsenz, da je to mogoče na vseh področjih psihiatrije. Ker to dokazujejo tudi psihiatrični oddelki za akutne stiske, je to še toliko bolj dosegljivo v SVZ.

Tabela 24 Shema ključnih ugotovitev dobrih praks iz tujine

	Ključne ugotovitve
Small Supports (Velika Britanija)	
	Tudi »najkompleksnejši« uporabniki lahko živijo samostojno.
	Vsi postopki morajo biti po meri uporabnika – iskanje stanovanja, podpornih delavcev, potek dneva, aktivnosti čez dan ipd.
	Brezkompromisna zavezanost oskrbi po osebni meri zagotavlja varnost.
	Pomen vključevanja družine v načrtovanje in oskrbo.
Psihiatrični oddelek v splošni bolnišnici (Trst, Italija)	
	Službe intenzivne pomoči morajo imeti malo posteljnih kapacitet.
	Tudi v akutni psihiatriji je možno delati brez zapiranja in vezanja.
	Intenzivna pomoč (s premestitvijo) mora biti kratkotrajna.
	Čimprejšnji odpust iz intenzivne oblike podpore je možen ob močnih službah v skupnosti.
	Službe v skupnosti imajo za intenzivne stiske poleg premestitve možnost tudi intenzivnega terenskega dela, ki prepreči premestitev.
Stanovanjska skupina (Stod, Češka)	
	Tudi uporabniki z najkompleksnejšimi potrebami lahko živijo v stanovanjski skupini.
	Arhitekturne prilagoditve v stanovanjski skupini glede na potrebe uporabnikov in za njihovo varnost.
	Inovativne arhitekturne prilagoditve odpravljajo potrebo po sobi za izolacijo.

Poleg tega obstajajo tudi ostale izvenbolnišnične prakse, kot so npr. Soteria in uporabniško vodeni krizni centri, ki prav tako ne uporabljajo prisilnih ukrepov. Te prakse se ponašajo s svojevrstnimi koncepti in naravnostmi za delo (»biti z«, vrstniško podporno delo ipd.), ki so osnova za delo brez prisilnih ukrepov.

Viri

- Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A., Schöppe, E., Mc Cutcheon, A.-K., Velasquez Lecca, E. E., Löhr, M., Schulz, M., Bechdorf, A. & Weinmann, S. (2019). Preventing and Reducing Coercive Measures – An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 340. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00340>
- Bell, G. M. (1955). A Mental Hospital With Open Doors. *International Journal of Social Psychiatry*, 1(1), 42–48. <https://doi.org/10.1177/002076405500100107>
- Conolly, J. (1856). *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*. Smith, Elder & Co.
- Flego, M., Sorta, H. & Orel, K. (2012). Proces dezinstitucionalizacije in odprava prisile v posebnih socialnih zavodih: Primer Socialno varstvenega zavoda Dutovlje. *Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi, Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 250, 153–159.
- Gooding, P., McSherry, B., Roper, C. & Grey, F. (2018). *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*. Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.
- Kelly, D. (2009). Personalised support. V S. Newman (Ur.), *Personalisation: Practical thoughts and ideas from people making it happen* (str. 61–70). Pavilion.
- Kondža, J. (1976). Svoboda in nesvoboda na oddelku za forenzično in socialno psihiatrijo. *Zdravstveni obzornik*, 1, 58–59.
- Mason-Angelow, V. (2021). *The costs and the benefits of Small Support organisations in England*. NDTi. <https://www.ndti.org.uk/assets/files/Small-Supports-Cost-Benefit-FINAL-2021.pdf>
- Mosher, L. R. (1999). Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization: A Personal and Professional Review. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(3), 142–149. <https://doi.org/10.1097/00005053-199903000-00003>
- Pocobello, R., Camilli, F., Rossi, G., Davì, M., Corbascio, C., Tancredi, D., Oretti, A., Bonavigo, T., Galeazzi, G. M., Wegenberger, O. & El Sehity, T. (2024). No-Restraint Committed General Hospital Psychiatric Units (SPDCs) in Italy – A Descriptive Organizational Study. *Healthcare*, 12(11), 1104. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111104>
- Rossi, G. & Toresini, L. (2015). SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona. V S. Rossi (Ur.), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona* (str. 273–297). Edizioni Alpha beta Verlag.
- Russo, J. & von Peter, S. (2022). Politicising crisis support: Learning from autonomous self-organising in Bochum, Germany. *Advances in Mental Health*, 20(1), 64–73. <https://doi.org/10.1080/18387357.2021.2000337>

- Schreiber, L. K., Metzger, F. G., Flammer, E., Rinke, H., Fallgatter, A. J. & Steinert, T. (2022). Open Doors by Fair Means: A quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. *BMC Health Services Research*, 22(1), 941. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08322-6>
- Stastny, P. & Lehmann, P. (Ur.). (2007). *Alternatives beyond psychiatry*. Peter Lehmann Publishing.
- Steinauer, R., Krückl, J. S., Moeller, J., Vogel, M., Wiesbeck, G. A., Walter, M., Lang, U. E. & Huber, C. G. (2020). Opening the Doors of a Substance Use Disorder Ward – Benefits and Challenges From a Consumer Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 580885. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.580885>
- Steinert, T. & Scharfetter, J. (2018). Wie können psychiatrische Kliniken in Österreich vollständig offen geführt werden? *Psychiatrische Praxis*, 45(06), 321–326. <https://doi.org/10.1055/a-0597-8123>
- Stern, E. S. (1959). Open Wards in Large Mental Hospitals. *International Journal of Social Psychiatry*, 4(4), 299–302. <https://doi.org/10.1177/002076405900400408>
- Van Melle, A. L., Noorthoorn, E. O., Widdershoven, G. A. M., Mulder, C. L. & Voskes, Y. (2020). Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion use in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 20(1), 469. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02855-y>
- Zinkler, M. (2016). Germany without Coercive Treatment in Psychiatry – A 15 Month Real World Experience. *Laws*, 5(1), 15. <https://doi.org/10.3390/laws5010015>
- Zinkler, M. (2023). Non-coercive techniques for the management of crises in mental health settings in Germany – A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 35(2), 201–208. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2087493>