

Tanja Lamovec

OB SPREMENBI ZAKONODAJE O PRIDRŽANJU OSEB
V PSIHIATRIČNIH ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJAH

Postopek o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah je določen v sedmem poglavju Zakona o nepravdnem postopku iz leta 1986. Celotno besedilo obsega eno stran in vsebuje 12 členov. Že to je podatek, nad katerim se velja zamisliti. Fizično nemogoče je, da bi na eni strani nedvoumno in poglobljeno opredelili vse bistvene vidike tega skrajnega dejanja, ki drastično posega v temeljne človekove pravice, za katere jamči ustava. Postopek s tako odločilnimi posledicami za človekovo življenje bi pač moral nekoliko bolj precizno predvideti posamezne faze njegovega izvajanja.

Za primerjavo si oglejmo angleško verzijo zakona o pridržanju oseb v psihiatričnih ustanovah. Imenuje se *Code of Practice: Mental Health Act 1983*. Besedilo ima 123 strani, pripomniti pa je treba, da je od tega nekaj strani namenjenih skrbništvu. V tej knjižici so natančno opisani vsi pregledi, ki so potrebni pred pridržanjem v bolnišnici, določeno pa je tudi, kdo naj jih izvede. Poleg psihiatrov so vključeni tudi psihiatrični socialni delavci, ki so se za to področje posebej specializirali. Sledi natančen postopek pregleda v bolnišnici, ki je dopusten samo, če so pregledi pred tem že opravljeni in so se vsi strokovnjaki, ki sodelujejo v komisiji, soglasno odločili, da je hospitalizacija zares nujno potrebna. Nato so opisani potek sprejema in minimalne zahteve o razmerah bivanja, ki morajo biti v vsakem primeru izpolnjene. Do potankosti je opisana izvršilna moč zdravnikov, medicinskih sester in tudi policije. Predviden je tudi način, kako ohraniti

zaupnost dokumentov. Posebno poglavje je namenjeno zdravljenju, oskrbi v bolnišnici in možnosti, da uporabnik zahteva dodatno zdravniško mnenje, predvideni pa so tudi načini, kako lahko uporabnik uveljavlja pritožbe. Naša zakonodaja ne vsebuje ničesar od tega, do podrobnosti pa so npr. opisane osebe, ki lahko delujejo v uporabnikovem imenu, npr. »pridržana oseba, njen zakoniti zastopnik ali skrbnik, pristojni organ občinske skupnosti socialnega skrbstva, zakonec oziroma oseba, s katero pridržana oseba živi v dalj časa trajajoči življenjski skupnosti, sorodnik v ravni črti in v stranski črti do drugega kolena ter zdravstvene organizacije«. Ker se ta tirada ponovi približno v vsakem tretjem členu, je dejanskega teksta še precej manj, kot bi ga sicer spravili na eno stran.

Tudi pri tej formulaciji se velja ustaviti. Izraža namreč skrajno birokratski odnos pisca, ki je želel svoj posel čimprej opraviti, pa je nasul balasta. Povsem dovolj bi bilo napisati, da je to katerakoli oseba, ki jo uporabnik pooblasti. Tako je vsaj v drugih evropskih zakonodajah. Te upoštevajo dejstvo, da je lahko komu bližja kakšna druga oseba, tudi če ni sorodnik v nobenem kolenu. Koga danes še brigajo take krvne zveze, ki imajo neredko svoje interese in tudi približno niso v korist uporabniku. Pri nas torej uporabnik ne more izbrati osebe, ki ji sam najbolj zaupa, če ne zadosti gornjim kriterijem, ki jih nimam namena ponavljati. Hočem reči, da je naša zakonodaja strahovit anahronizem, in to se izraža že v slogu pisanja.

Pa začnimo kar na začetku dogajanja, ki bo v zadnji fazi pripeljalo posameznika do izgube prostosti. V zakonodaji najprej naletimo na veliko vrzel. O samem postopku, ki bi opredeljeval vse ukrepe, ki morajo biti storjeni, preden lahko koga prisilno hospitaliziramo, zakonodaja molči, kot da je vse povsem samo-umevno. Z drugimi besedami: razen običajna sodnega izvedenca (a o tem pozneje) ne obstaja nikakršen pravno določen mehanizem, ki bi varoval posameznika pred možno napako ali izrabljanjem. Ko je ugotovljeno, da oseba potrebuje hospitalizacijo, njena beseda ne šteje več in nima sama prav nobene moči več, da kakorkoli vpliva na svojo nadaljnjo usodo. Navadno ji ne dovolijo niti telefonirati. Tudi če bi imela to možnost, ali naj po telefonskem imeniku išče advokata? Napravili smo manjšo raziskavo in pokazalo se je, da je le približno polovica odvetnikov pripravljena zastopati uporabnika psihiatrije. V angleški zakonodaji so pravice uporabnikov zapisane. V naši zakonodaji ne piše nič o kakšnih pravicah uporabnika, ne vem pa, ali zanje veljajo ista pravila kot za osebe, ki prestajajo zaporno kazen. Domnevam, da ne, saj ne velja niti to pravilo, da je mogoče odvzeti osebi prostost šele potem, ko stori kaznivo dejanje. Opravičujem se za pomanjkljivo pravno znanje in upam, da me boste opozorili na morebitne napake. Moj namen so izključno vsebinske pripombe, kakor jih lahko poda nekdo, ki ima veliko osebnih izkušenj s prisilno hospitalizacijo in je do potankosti seznanjen z vsemi točkami zapleta na poti do popolne brezpravnosti. Te izkušnje so vezni člen, ki lahko pomaga pravnim izvedencem malo bolje dojeti, kaj se v postopku prisilne hospitalizacije zares dogaja, tako da bodo lahko izdelali ustrežnejšo zakonodajo. Prepričana sem namreč, da avtor obstoječe zakonodaje ni nikoli od blizu videl psihiatrične bolnišnice, niti ni govoril s kakšnim neprosto-voljnim uporabnikom. Če bi to storil, ne bi mogel spregledati tako usodnih vrzeli.

Ker o teh postopkih zakonodaja molči, nekateri pravniki menijo, da morajo obstajati podzakonski, interni akti, ki

podrobneje opredeljujejo postopek pridržanja. Spraševala sem naše najuglednejše psihiatre, a so mi vsi zagotavljali, da takih aktov ni. Tudi če bi bili – od aktov, ki jih nihče ne pozna in nikogar ne obvezujejo, ni nobene koristi.

Pri osebah, ki še nimajo diagnoze »duševne bolezni«, so psihiatri pri sprejemu zelo pazljivi, to jim je treba priznati. Tisti hip pa, ko ima posameznik diagnozo, ga lahko svojci praktično kadarkoli strpajo v bolnišnico. Moč, ki jo imajo svojci nad osebo s psihiatrično diagnozo, je grozljiva. Če jim kaj ni prav, če zaznamovana oseba noče ustreči njihovim željam, če se začne z njimi o čem prepirati, je pri roki grožnja, za katero ve, da jo bodo z lahkoto uresničili. Tako živi kot ujetnik svoje družine, ko pa se znajde v bolnišnici, je enako brezpraven.

V praksi je stvar videti takole. Svojci pokličejo reševalca in dva krepka strežnika pospremita osebo, osumljeno »duševne bolezni« in ogrožanja življenja (svojega ali tujega) ali povzročanja hude škode. To je namreč pravna osnova za odvzem prostosti. V praksi tega seveda nihče ne jemlje resno, a kršilci za to nikomur ne odgovarjajo. Zase vem, da nisem nikoli ogrožala nobenega življenja, pa tudi nobene škode nisem povzročala, a sem bila kljub temu prisilno hospitalizirana. Res da bolnišnica zahteva od svojcev napotnico splošnega zdravnika, a to lahko prinesejo tudi čez nekaj dni. Splošni zdravnik je pripravljen napisati napotnico na osnovi tega, kar mu povedo svojci, čeprav prizadete osebe sploh ni videl. Menda to ni nič nezakonitega, saj zakon o tem, kot sem že rekla, molči. Take so moje izkušnje več kot desetih hospitalizacij in vsakič se je zgodilo, kot opisujem. Tudi od drugih uporabnikov sem slišala podobne zgodbe, čeprav pravijo, da se najde tudi kakšen zdravnik, ki želi obiskati osebo, predvideno za hospitalizacijo. Sama takega zdravnika še nisem spoznala. A to nima z zakonodajo nič opraviti; so ljudje, ki ne bi kradli, tudi če ne bi bilo kaznivo.

Pred kratkim so me povabili v Avstrijo, v Celovec, kjer so vpeljali službo

mobilnega kriznega tima in so ob tej priložnosti priredili konferenco, kjer so predstavili svoje delo. Mobilni krizni tim sestavljajo osebe različnih profilov, zdravnik, psiholog, socialni delavec pa morda še kdo, ki na domu obiščejo vsakega kandidata za prisilno hospitalizacijo. Pogovorijo se z družino in skušajo skupaj najti način, kako bi rešili nesoglasja, po potrebi pa se oglasijo še v naslednjih dneh. Učijo svojce, kako ravnati z osebo v stiski, ter po potrebi dajo medikamentozno terapijo. V 14 dneh, kolikor je minilo od začetka njihovega delovanja, so pomirili že precej svojcev in niso imeli še nobene prisilne hospitalizacije. Pravijo, da je prisilna hospitalizacija drastičen poseg v življenje človeka, zato naj bi jo uporabili le, ko vse drugo odpove, nikakor pa ne kot prvo možnost. Pri nas je prisilna hospitalizacija prva in zadnja možnost, saj druge ni.

V novi zakonodaji bi bilo treba torej jasno zapisati, da mora osebo pred privedbo v bolnišnico videti strokovnjak in presoditi na osnovi trenutnega stanja osebe, ne pa na osnovi dejstva, da je nekoč dobila diagnozo. Vemo namreč, da je večina »duševnih bolnikov« večino časa zdrava. Zakon, ki so ga pisali ljudje, ki se na te stvari ne spoznajo, zahteva, da gre za »duševno bolezen«. Ta izraz lahko ima dva pomena. Tega, da ima človek diagnozo katere od »duševnih bolezni«, ali pa, da je v stanju akutne psihotične krize. Mislim, da je jasno, da moramo upoštevati drugi pomen. Tako je treba napisati tudi v zakon. Strokovnjak mora torej vedno sprti ugotoviti, da gre za akutno psihotično krizo, ne pa poslati v bolnišnico človeka na podlagi diagnoze, stare morda 20 let ali več.

Drugo določilo, ki skupaj z »duševno boleznijo« opravičuje prisilno hospitalizacijo, je »ogrožanje življenja« itn. Ta formulacija je močno dvoumna, saj ne navaja nobenih kriterijev za ogrožanje življenja. V Italiji so določilo o »nevarnosti« že odpravili, saj statistični podatki kažejo, da uporabniki psihiatrije ne storijo nič več nasilnih dejanj kot drugi. »Nevarnost« je torej nekaj, kar se uporabniku pre-

prosto pripiše, praktična posledica pa je, da pogosto hospitalizirajo ljudi »za vsak primer«. Naši psihiatri nimajo nobenih enoznačnih kriterijev za določanje »nevarnosti« in jih ta točka zakonodaje spravlja v izrazito nelagodje, saj se zavedajo, da je njihova ocena povsem arbitrarna. Namesto o »nevarnosti« raje govorijo o tem, da je oseba potrebna pomoči. Pametno bi bilo, da zakonodajo v tem pogledu uskladimo s prakso in odpravimo določilo o »nevarnosti«.

Opredeliti se moramo tudi, v katerih primerih, če sploh, je dopustno prisilno zdravljenje. O tem ima evropska zakonodaja precej različne poglede, mislim pa, da bo prisilno zdravljenje toliko manj potrebno, kolikor več alternativ bo posamezniku na voljo. Zmotno je mnenje, da se uporabniki branijo zdravljenja zato, ker jim primanjkuje vpogleda, branijo se le položaja, ki jim odvzema vse dostojanstvo in jih naredi brezpravne. Z drugimi besedami: zdravljenja se ne branijo zato, ker je nekaj narobe z njimi, temveč zato, ker je nekaj narobe z zdravljenjem. Izkušnje iz tujine kažejo, da le redkokdo odkloni zdravlila, če pride zdravnik na dom in si vzame čas, da se pogovori s prizadeto osebo in njeno družino.

Ob tem bi rada opozorila na skrajno dvoličen odnos do »ogrožanja življenja drugih«, ki vlada v naši družbi. Če npr. alkoholizirani mož doma pretepa ženo in otroke, se policija navadno ni pripravljena odzvati, češ, da se ne želi vmešavati v družinske zadeve. Kazniva dejanja po mojem mnenju niso »družinske zadeve«, zato bi morali v tem smislu spremeniti zakon. O pridržanju naj bi odločalo izključno dejansko vedenje osebe, ne pa to, da ima diagnozo, ali pa domneve o tem, kaj bi utegnila storiti. Absurdno je, da lahko alkoholik nekaznovano pretepa člane svoje družine, medtem ko lahko oseba z diagnozo shizofrenije ali manično depresivne psihoze konča v bolnišnici že zato, ker je doma nekoliko povzdignila glas. Vsako nasilno osebo bi bilo treba pridržati, potem pa bi že psihiatrični in sodni izvedenci odločili, kaj bodo z njo počeli. Res je, da bi bilo s tem veliko dela,

a le na začetku, potem pa bi nasilneži ugotovili, da se jim tako početje ne splača. Prepričana sem, da se je vsaj velika večina ljudi povsem zmožna nadzorovati, če imajo za to dober razlog. Stroški za dosledno pridržanje vseh nasilnežev bi se kmalu bogato obrestovali, saj bi se zmanjšalo število telesnih in psihičnih poškodb, izostankov z dela, učnih težav otrok, pa še stroške zavetišč za pretepe ne ženske bi prihranili. Po drugi strani pa bi morala ista zakonodaja varovati pred nasilnim odvzemom svobode ljudem, ki nikomur ničesar nočejo.

Še vedno smo na začetku zgodbe o postopku pridržanja. Zdravnik, morda tudi psiholog in socialni delavec bi torej ob pozivu svojcev prišli na dom, kjer bi lahko razmeroma nepristransko ocenili, ali je hospitalizacija zares potrebna, se pravi, ali je oseba fizično nasilna.

Če se prvo in edino odločanje o hospitalizaciji izvaja v bolnišnici, je položaj uporabnika močno prejudiciran. Bolnišnica si je namreč s tem že naprtla stroške prevoza z reševalnim vozilom in spremstvom, zato si ne more privoščiti, da bi po vsem tem pustila večje število oseb domov. Položaj uporabnika je povsem drugačen, če se prva triaža izvaja na njegovem domu.

Večina zakonodaj razvitih evropskih dežel vsebuje zahtevo, da je poleg psihiatra dane ustanove navzoč tudi neodvisen psihiater. Vemo, da vse ustanove poskrbijo najprej zase, se pravi, da je na prvem mestu skrb, da bodo vse postelje vedno zasedene. Spomnimo se samo škandala iz ZDA, ko so predstavniki duševnih bolnišnic ljudi dobesedno ugrabljali s cest, da bi se polastili njihove zavarovalnine. Pri nas tega ne delajo, pač pa zelo radi ustrezajo svojcem, ki bi npr. radi v miru preživeli dopust.

Ponekod so v prizadevanju za varstvo pravic uporabnikov uzakonili zagovorništvo, tako da mora biti pri odločanju o hospitalizaciji obvezno navzoč tudi zagovornik. Kjer zagovorništvo ni uzako-

njeno, je ustanova dolžna zagotoviti neodvisnega zagovornika vsakemu uporabniku, ki to zahteva. Zagovornik je lahko na željo uporabnika navzoč tudi pri vseh pogovorih, lahko gre kamorkoli v bolnišnici in ima dostop tudi do vse dokumentacije. Šele tako lahko zagotovimo, da bo postopek pri odločanju za pridržanje izveden korektno in natančno. V sedanji situaciji je to pri nas gola formalnost, ki se konča v nekaj minutah, vsebina pogovora pa pogosto nima nič opraviti s psihičnim stanjem in vedenjem uporabnika (saj ni kaj dosti povedati), temveč je bolj podobna klepetu ob kavi. Psihiatri pa tudi družina se namerno in soglasno izogibajo vsem ključnim točkam, uporabnik pa ni deležen niti najosnovnejših informacij, ali pa si pomagajo celo z lažmi.¹

Pri nas še vedno premalo razmišljamo o tem, kako nezavarovan je posameznik v odnosu do ustanove, katerekoli ustanove, pri čemer je nemoč uporabnika psihiatrije skrajni primer. Morda smo še vedno tako navajeni premoči ustanov nad posameznikom, da jo jemljemo kot samoumevno in se s tem pač sprijaznimo. Če želimo, da bodo tudi naše ustanove duševnega zdravja kdaj prišle v Evropo, moramo uvesti vse potrebne varnostne ukrepe. Časi, ko smo slepo zaupali zdravnikom, so minili. Povsem drugače je namreč, če imate družinskega zdravnika, ki je zdravil že več generacij, ali pa koga, ki dolguje zvestobo predvsem instituciji. Verjamem, da tudi med slednjimi večina ne bi zavestno kršila moralnih standardov, a prisilna hospitalizacija v to kategorijo prav gotovo ne spada. Psihiatri se morda v resnici ne zavedajo, kako drastičen poseg je odvzem prostosti za osebo, ki ni ničesar zagrešila, hkrati pa naivno menijo, da ji s tem pomagajo. Človekove pravice so nekaj, s čimer se ni igrati. Žal lahko to razumejo le tisti, ki so bili sami žrtve njihovih kršitev.

Glede na specifičnost naših razmer, v katerih manjka izkušenj z demokracijo, je še toliko bolj nujno, da uzakonimo

¹ Za primer lahko navedem psihiatra, ki mi je zatrdil, da je v mojo korist, če podpišem, da sem prišla prostovoljno. Tako bom lahko tudi prostovoljno odšla. V nasprotnem primeru bi morala čakati na odobritev od sodišča. Šele veliko pozneje sem zvedela, da to ne drži.

zagovorništvo, podobno kot so storili v Avstriji. Tam deluje skupina zagovornikov različnih poklicnih profilov v vseh ustanovah, ki imajo zaprte oddelke. Seveda so od ustanove neodvisni, plačuje jih osrednje združenje zagovornikov, ki so mu tudi odgovorni. Poleg strokovne izobrazbe so za poklic zagovornika potrebni še posebni tečajji z izpiti, šele to daje pravico do opravljanja tega dela.

Pri nas že nekaj let opravljamo zagovorniške usluge v okviru društva Altra, sodelavci pa so pravniki, psihologi in socialni delavci. Mnogi so opravili dvoletni študij duševnega zdravja v skupnosti, kjer so se seznanili z delom zagovornika. Uporabnikom pomagamo uveljaviti pravice na najrazličnejših področjih življenja, največ pa je sporov s svojci, ki so pravne, psihološke ali socialne narave. Usluge smo ponudili tudi bolnišnici Polje, vendar so jih odklonili, čeprav nismo zahtevali nobenega plačila, saj nas financira Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Torej ne gre za denar. Med ugovori je bil tudi pomislek, zakaj bi to počela prostovoljna organizacija. S tem ugovorom se strinjam. Zagovorništvo ni stvar prostovoljnih organizacij, temveč je stvar družbe, ki mora podeliti tej službi ustrezen položaj in pooblastila.

Ker se po sistematičnih kršitvah najboljše vidi, kateri zakoni so neučinkoviti, se nameravam v nadaljevanju poglobiti v nekatere podrobnosti, ki nam bodo zelo jasno osvetlile odnos naše družbe do zakonodaje. Zakon določa, da mora bolnišnica v dveh dneh po pridržanju obvestiti sodišče, to pa mora v treh dneh poslati pooblaščen osebno, da obišče uporabnika in potrdi ali ovrže sklep ustanove. Vemo, da pooblaščen osebno le redko pride v Polje, rokov, ki so predpisani, pa se drži samo po naključju. Razloga sta vsaj dva. Eden je v tem, da bolnišnica obvešča sodišče o vseh osebah, tudi o tistih, ki pridejo na zdravljenje prostovoljno in jih namesti na zaprt oddelek, kjer ima popolno oblast nad njimi. Na ta način krši temeljne ustavne pravice, saj odvzema prostost osebam, ki jim prostost ni bila zakonito odvzeta, zavaruje pa se tako, da obvesti sodišče.

Drug razlog je samo sodišče. Zaradi opisane prakse bolnišnice se sodišče duši v pozivih, in namesto da bi raziskalo, od kod to nenavadno veliko število »nevarnih« ljudi, se za pozive večinoma ne zmeni. Povedati je treba tudi, da edina pooblaščen osebno, ki jo sodišče za te primere premore, živi v Idriji, ki je z vidika dostopnosti precej neustrezen kraj. Glede na to, da je v Ljubljani skoraj vsak dan kdo prisilno pridržan, bi bilo res treba najti kakšno drugo rešitev. Vidim jo le v uzakonitvi zagovorništva, ki bi bilo neodvisno tako od bolnišnice kakor od sodišča, saj obe ustanovi že iz komunističnih časov gojita tesno zavezništvo, pa čeprav pripadniki ene občasno izrečejo kakšno pikro na račun druge. Vidimo torej, da sodišče svojega poslanstva ne jemlje resno in da mu ni zaupati. Če ne moreš zaupati varuhu zakona, ker ga sam krši, komu pa boš?

Zelo problematično je tudi vprašanje informacij, ki so na voljo uporabnikom. V zakonodaji večine razvitih evropskih držav je jasno zapisano, da ima posameznik pravico do vseh informacij, ki ga zadevajo, od tega, kakšna zdravila prejema in kakšni so njihovi stranski učinki, do vpogleda v dokumentacijo o sebi. Čeprav se tudi tam pritožujejo, da osebje zakona ne izvaja dosledno, pa zakon le obstaja, kar je zelo pomembno, saj daje podlago, na kateri so pritožbe in zahteve sploh mogoče.

Pri nas imamo npr. poleg zaprtih tudi odprte oddelke, ki so to v fizičnem smislu sicer samo podnevi, v pogledu socialne realnosti pa so zaprti tudi tedaj, ko so odprti. Za vsak obisk bližnje trgovine, na primer, je potrebna dovolilnica. Vodstvo bolnišnice zagovarja te ukrepe z »odgovornostjo«, ki naj bi jo imelo do teh ljudi, in s skrbjo zanje. Njihova odgovornost naj bi bila v tem, da bolje skrbijo za razmere znotraj bolnišnice. Ko sta pred letom v požaru izgubili življenje dve uporabnici, ki sta bili zaprti v sloviti »mreži«, ni kazensko odgovarjal nihče. Iz zakonodaje po mojem mnenju logično izhaja, da morajo biti vse osebe, ki so prišle prostovoljno, in tudi vse tiste, ki jim ni bil

izdan sklep sodišča, povsem svobodne oditi, kadarkoli želijo, bodisi v trgovino ali pa domov. Ta informacija ni dostopna uporabnikom in tako so povsem odvisni od volje zdravnika, kdaj jih je pripravljen odpustiti. Pri odpuščanju se dogajajo precejšnje anomalije. Zgodi se, da je na isti dan odpuščen ves oddelek, prav tako so množična odpuščanja pred prazniki, kar kaže, da na odpust vplivajo še drugi dejavniki kot posameznikovo zdravstveno stanje.

Podobnih manipulacij z informacijami je še več. Redki so zdravniki, ki so uporabniku pripravljeni povedati, kakšna zdravila dobiva (že samo vprašanje obravnavajo kot znak nezaupanja!), s tem pa zavirajo težnje po aktivnem vključevanju v skrb za lastno zdravje, kar je pozneje tako zelo potrebno. Še redkejši so zdravniki, ki so pripravljeni pojasniti vse možne stranske učinke zdravil. Tudi to je zelo pomembno, saj uporabniki večkrat mislijo, da se jim je stanje poslabšalo, in postanejo močno zaskrbljeni, ali pa sploh ne znajo več razložiti svojih motenj od učinkov zdravil. V tujini to nalogo pogosto opravljajo zagovorniki, ki omogočijo tudi sporazumno odločanje o vrsti in količini zdravil. Znano je, da se odzivi posameznikov na različna zdravila močno razlikujejo, zato je nujno prisluhniti obveščnemu uporabniku in njegovim izkušnjam s posameznimi preparati. Le redki psihiatri resno prisluhnejo, kako zdravila delujejo na uporabnika, in v skladu s tem dozirajo zdravila.

V zakonodaji o pridržanju oseb je navedena tudi najdaljša dovoljena doba pridržanja. Predvideno je eno leto in to je odločno preveč. Nisem še videla akutne krize, ki bi trajala tako dolgo, tudi pol leta ne, razen kadar se pridružijo dodatne komplikacije, največkrat v obliki kroničnega alkoholizma. V praksi ostane večina ljudi na zdravljenju nekaj mesecev, večina tistih, ki ostanejo tam dlje, pa so ljudje s socialnimi problemi, ki nimajo kam. Za take ljudi bi morala družba predvideti razne oblike trajnih bivališč, stanovanjskih skupnosti in podobno, kakor delajo v drugih deželah. Podaljšano bivanje v

duševni bolnišnici, pa čeprav iz socialnih razlogov, skrajno neugodno vpliva na resocializacijo in vrnitev v skupnost. Takih oseb je po ocenah zdravnikov v Polju od polovice do treh četrtin. Bolnišnica se tako očitno spreminja v socialno ustanovo in se nezakonito okorišča s prispevki, ki so predvideni za zdravstveno organizacijo in so kar nekajkrat večji od prispevkov, predvidenih za ustanove, ki se ukvarjajo z reševanjem socialnih problemov. V zakonu bi bilo treba torej jasno opredeliti kriterije za bivanje v bolnišnici, ki se lahko po mojem mnenju nanašajo le na akutno psihozo, vsa drugo pa je stvar rehabilitacijskih služb. Te bi bilo treba nujno vpeljati kot sestavni del zdravljenja in bi morale delovati v skupnosti. V praktičnem smislu bi to pomenilo bistveno zmanjšanje števila postelj v bolnišnicah, s prihranjenim denarjem pa bi gradili stanovanjske skupine in klube uporabnikov ter ustanovili posredovalnico za delo. Socialni problemi uporabnikov so veliko bolj pereči od medicinskih oziroma tistih, ki jih lahko rešimo z zdravili, vendar na tem področju nismo storili ničesar. O tem bi želela opozoriti na obširno raziskavo Vita Flakerja in sodelavcev z Visoke šole za socialno delo, ki je bila izvedena po naročilu Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve. V njej je med drugim prikazana tudi vizija razvoja psihosocialnih služb v Sloveniji, ki je morda še nedorečena, vendar pa si zasluži ustrezno pozornost. Bojim pa se, da bo končala v kakšnem predalu.

V zakonu bi morale biti tudi eksplicitno navedene pravice uporabnikov psihiatrije, saj prihaja do nešteti nespoznamov, katere ustavne pravice jim pripadajo in katere ne. Čeprav spisek, ki ga podajam, ni dokončen, bi morali uporabnikom zagotoviti vsaj naslednje pravice, s katerimi bi morali biti obvezno seznanjeni ob prihodu v zdravstveno organizacijo:

- pravica do zagovornika,
- pravica, da osebe z njimi spoštljivo ravna,
- pravica do podrobnih informacij o učinkih prejetih zdravil,

- pravica do svojih stališč in vrednot in do opredeljevanja svojih potreb,
- pravica do stikov z zunanjim svetom (npr. uporaba telefona),
- pravica do pritožbe brez nevarnosti maščevanja,
- pravica do sodelovanja pri verskih obredih,
- pravica do zavrnitve zdravljenja, s katerim se oseba ne strinja, oziroma, do sporazumnega odločanja o njem,
- pravica do zamenjave zdravnika, ki se teh določil ne drži.

Prepovedati bi bilo treba uporabo »mreže« (postelje s kovinskim ogrodjem, ki je povezano z mrežo in ključavnico). To ni medicinski pripomoček, temveč mučilna naprava. Podobne instrumente so uporabljali v Aziji za vojne ujetnike. Uporaba »mreže« je v nasprotju z Ženevsko konvencijo. Zaradi načina, kako te naprave uporabljajo v Polju, kjer se tudi po 10 ur ne odzovejo na klice osebe, ki tako ne more na kulturnen način opravljati svojih bioloških potreb, lahko opredelimo te naprave kot skrajno nehumane in nevredne človeka. V zahodnih deželah so se uveljavile oblazinjene sobe, v katerih se posameznik lahko zravna in premika, v primeru potrebe pa pritisne na gumb. Seveda je mogoče tudi to zlorabiti. Še boljša rešitev je večje število prostovoljcev in prostovoljk, kar bi omogočilo, da ima vsaka močno vznemirjena oseba ob sebi koga, s komer lahko komunicira. Ker bi bili to prostovoljci, študentje ustreznih fakultetnih smeri, družbo ne bi stali nič, sami pa bi si pridobili dragocene izkušnje.

Prav tako je treba z zakonom določiti minimalne pogoje, ki jih mora bolnišnica zadovoljiti. Na zaprtem oddelku bolnišnice Polje so razmere docela nevzdržne. Od 20 do 30 oseb se gnete v prostoru velikosti malo večje sobe, poleg tega pa so jim na voljo še hodnik in sanitarije. Posebno travmatičen je čas čiščenja, ko uporabnike naženejo v predprostor sanitarij, kjer se zaradi pomanjkanja prostora fizično dotikajo in spotikajo drug čez drugega. Vemo, kako vpliva gneča na človekovo duševnost, celo tedaj, ko

niso v krizi. Število izgredov se močno poveča, problem pa osebje rešuje tako, da nekatere zapre v mrežo. Tudi v preostalem času je problem v tem, da so uporabniki prepuščeni sami sebi. Osebje se zapre v svoje prostore, da ima mir. Toliko ljudi v krizi ne bi smelo biti samih v enem prostoru. Predpisati bo treba standarde, kot jih imajo druge države, o katerih govorim; koliko kvadratnih metrov pripada posameznemu uporabniku, koliko jih je lahko v istem prostoru, koliko osebja mora biti dejansko zraven itn. Prav tako bi morali poskrbeti za zasebnost. Eno- ali dvoposteljne spalnice bi morale biti na razpolago, kadarkoli se posameznik želi umakniti v samoto, ne pa, da jih čez dan zaklepajo.

Še veliko stvari bi bilo treba spremeniti, med drugim tudi prakso, da uporabniku ob prihodu v ritualu degradacije odvzamejo civilno obleko. Argument, da je to bolniška ustanova, je dokaj birokratske narave, saj vidimo, da v nekaterih vidikih ni, razen tega se v njej ne opravljajo operativni posegi, ki bi zahtevali sterilno okolje. V Avstriji lahko posameznik obdrži svojo obleko, le v redkih primerih, ko jo oseba v krizi trga s sebe ali namerno onesnaži, se v soglasju z zagovornikom odločijo za drugačno rešitev. Obleka je izredno pomembna za samopodobo osebe, ki so ji odvzeli že vse, kar jo je spominjalo na prejšnjo identiteto. Obleka je še edino, kar jo veže na zunanji svet, zato so ob odvzemu neredki incidenti, ko se posameznik do zadnjega bori, da bi jo obdržal. Za to normalno potrebo je kaznovan z dodatno injekcijo, ki povzroči, da povsem otopi in postane nezmožen za kakršenkoli odpor, pa tudi za človeka vredno življenje.

Doslej sem opisovala predvsem nekatere konkretne vidike zakonodaje, njenih kršitev in prevladujoče prakse. S tem sem poskušala ustvariti okvir, v katerem si lahko zastavimo nekatera splošnejša vprašanja.

Načelnih vprašanj, ki se navezujejo na zakonodajo duševnega zdravja, je veliko in tu ni prostora, da bi se podrobno spuščala v njihovo razčlenjevanje. Želela

bi zlasti opozoriti na nekatera najnujnejša, ki zahtevajo poglobljeno proučevanje skupine ljudi, v kateri bi bilo poleg pravnih in medicinskih strokovnjakov tudi večje število uporabnikov, saj ti najbolje poznajo pomanjkljivosti dosedanjega sistema duševnega zdravja. Naj začnem kar s tem:

1. Uveljavitev udeležbe uporabnikov pri načrtovanju in evalvaciji služb duševnega zdravja kot tudi pri izdelavi nove zakonodaje. Sem bi morda sodila tudi vpeljava permanentne edukacije osebja bolnišnice, ki bi jo za ustrezno denarno nagrado opravljali uporabniki. V razvitih deželah se je to uveljavilo že pred dobrim desetletjem. Uporabniki seznanjajo osebe o svojih potrebah in o tem, kakšne načine ravnanja si želijo.

2. Mreža evropskih združenj uporabnikov in bivših uporabnikov v duševnem zdravju je odprla vprašanje enakopravnosti psihiatričnih uporabnikov z drugimi državljani. Je sploh treba, da zanje velja posebna zakonodaja, kar jih postavlja v položaj drugorazrednih državljanov? Zakoni o duševnem zdravju so seveda potrebni, toda ti naj se nanašajo na službe duševnega zdravja – opredelijo naj usluge, ki jih izvajajo – in na pravice uporabnikov. Vse bolj se uveljavlja mnenje, da naj prisilno pridržanje velja le za tiste primere, ko je bilo izvršeno kaznivo dejanje. To pomeni popolno enakopravnost uporabnikov z drugimi državljani.

3. S tem je tesno povezano tudi v več pogledih ključno vprašanje diagnoze. Z vidika zakonodaje naj bi se odpravile za vselej dane diagnoze kot npr. »shizofrenija« in »manično depresivna psihoza«, ki se posameznika držijo do smrti, pa čeprav je njegovo delovanje morda že desetletja v mejah normale. »Zdravje« mu kaj dosti ne pomaga, saj je v očeh družbe še vedno »duševni bolnik«, obsojen na socialno smrt, ker delodajalci oseb s takimi diagnozami ne zaposlujejo radi. V ZDA so se odločili za kompromisno rešitev, po kateri je mogoče osebi podeliti diagnozo »shizofrenija« le v primeru, če je akutno psihotična več kot šest mesecev. Edine diagnoze, ki so z znanstvenega stališča

smiselne in hkrati etično neoporečne, so diagnoze, ki se nanašajo na akutno krizo in prenehajo, ko je kriza mimo. Tako bi iskalec zaposlitve prinesel potrdilo, da je zdrav. Dejstvo, da so nekateri ljudje bolj nagnjeni k izrazitim krizam kot drugi, ne pomeni ničesar. Tudi ljudje, ki pogosto obolijo za gripo, ne nosijo potrdil o tem.

4. Dobro bo treba pretehtati pogoje za upokojevanje oseb z duševnimi motnjami, ki je postalo že prava epidemija. Vse več je oseb, ki so na tej osnovi upokojene že v dvajsetih letih starosti. V Angliji imajo poseben sistem za opisovanje psihičnega stanja oseb z dolgotrajnimi duševnimi motnjami, kjer so natančno opisane njihove preostale zmožnosti in vrste dela, ki ga lahko opravljajo, pa tudi dela, za katera niso primerne. Oseb, ki jim po končani krizi ostanejo še nekatere težave, je razmeroma malo, približno tretjina. Te osebe se navadno ne morejo v celoti preživljati same, lahko pa opravljajo manj zahtevna dela. Ljudi, ki ne bi mogli opravljati nobenega pridobitnega dela, je malo. Upokojitve je za večino ljudi potrditev popolne nezmožnosti in to postane sčasoma del njihove samopodobe. Zaradi lahke dostopnosti upokojitve in nobenih možnosti rehabilitacije marsikdo nepremišljeno izbere to rešitev; tako zapečati svojo ekonomsko situacijo in se odreče vsem poskusom osebnega razvoja.

5. Družba bi morala zagotoviti rehabilitacijo kot sestavni del pomoči pri duševnih krizah. Sem sodi izgradnja struktur duševnega zdravja v skupnosti, pa tudi omogočanje bolj fleksibilnih pogojev dela. Ustvariti bi bilo treba pogoje, da bi lahko nekateri delali le nekaj ur na dan ali pa izmenično v skupinah. V italijanskih kooperativah uporabnikov je za vsako delo predvidena ekipa, ki je zadolžena za izvedbo določenega opravila. Če se kdo ne počuti dobro, ga zamenjajo osebe, ki so v rezervi. Tako delo zahteva skrbno organizacijo in se zelo obnese pri čiščenju poslovnih prostorov, javnih površin itn. Če zakonodaja priznava zmanjšanje davkov organizacijam, ki najamejo uporabnike, ni potrebna nobena dodatna finančna pomoč, potrebna pa so določena začetna

sredstva. Tudi s tem se pri nas ukvarjajo nekatere prostovoljne organizacije, kar pa še zdaleč ni dovolj. Naša zakonodaja je neustrezna v več pogledih. Po eni strani ne priznava oprostitve davkov za delodajalce, »prisilno« upokojenim pa prepoveduje delo. Ne upošteva specifičnosti teh oseb, ki se pogosto v delo vključujejo postopno, najprej po nekaj ur na dan, pozneje pa bi nekateri zmogli tudi polni delovni čas, a tega ne smejo.

6. Razrešiti je treba tudi vprašanje »prisilnega zdravljenja«. Ali smo upravičeni prisilno zdraviti osebo, ki je že tako prisilno hospitalizirana in zato ne more nikogar več ogrožati? Morda lahko vprašanje postavimo tudi drugače: se ne bi dalo doseči sporazumnega zdravljenja? Prepričana sem, da bi ob izčrpnih razlagi pozitivnih in negativnih učinkov zdravil večina uporabnikov pristala na kakšno varianto. Psihiatri in tudi splošna javnost močno podcenjujejo prištevnost uporabnikov. Že res, da je lahko njihovo dojetje manjše moteno na specifičnih področjih, učinke zdravil pa lahko večinoma prav dobro razumejo. Ker o tem ne dobijo informacij, še več, pogosto je ta tema prav tabu, ni čudno, da tudi v zvezi z zdravili razvijejo svoje poglede, kot je npr. prepričanje, da so neke vrste poskusni zajci. Večina »zdravih« oseb, s katerimi bi tako ravnali, bi verjetno prišla do podobnega sklepa.

V zvezi z zdravili je treba pripomniti, da vprašanje ni izključno medicinske narave. Nezaželeni učinki so pogosto zelo neprijetni, moteči in včasih nepopravljivi (diskinezija tardiva). Minimalizacija in prikrivanje teh učinkov pred uporabniki etično ni sprejemljivo. Treba je pošteno povedati, da izbiramo med zlom in zlom, in se sporazumno odločiti. Uporabnik vsekakor mora imeti pravico odločati o svojem telesu.

Po drugi strani je treba povečati aktivno udeležbo uporabnikov pri skrbi za lastno zdravje in jim dati dovolj zdravil tudi na dom, da lahko sami uravnavajo ponavljajoče se spremembe. V Angliji so izpeljali zelo uspešne programe za preprečevanje krize; naučili so uporabnike,

da so pozorni na znake, ki napovedujejo njen začetek, in jo preprečijo z dodatno dozo zdravil.

7. Ker veliko vrzeli, ki jih naš sistem duševnega zdravja pušča odprte, zapolnjujejo nevladne organizacije, bi bilo treba ustrezno prerazporediti finančna sredstva, predvidena v te namene. V primerjavi z ustanovami duševnega zdravja dobivajo te organizacije le neznamen del sredstev. Pa ne le to. Ker je treba vsako leto znova zaprositi za sredstva in nikoli veš, ali bodo sploh prišla, koliko in kdaj, je vsako dolgoročno načrtovanje onemogočeno. Zato delo teh organizacij ne more biti tako sistematično, kot bi bilo treba. Vzemimo stanovanjske skupine. Recimo, da iz različnih ustanov pripeljemo nazaj v skupnost večje število ljudi in jim pomagamo, da se naučijo živeti vsakdanje življenje. Potem pa dotacije nenadoma prenehajo. Naj jih zdaj, ko so se že povsem vživeli v civilno življenje, pošljemo nazaj? To skrbi njih same, pa tudi vodje projektov, ki čutijo, da imajo zvezane roke.

8. Če želimo, da bo nova zakonodaja zares prinesla izboljšanje položaja uporabnikov, moramo seveda zagotoviti mehanizme, ki bodo uporabnikom omogočali, da bodo lahko dejansko uveljavili svoje pravice v praksi. Uzakonjeno in neodvisno zagovorništvo je zato ključno, saj edino zagotavlja, da se bodo načela nove zakonodaje zares tudi izvajala. Dosedanje izkušnje v tem pogledu namreč ne zbuja zaupanja niti v psihiatrijo niti v sodišče.

SKLEP

Zavedam se, da je to le uvod v uvod v izdelavo ustrežnejše zakonodaje o duševnem zdravju. A nekje je treba začeti. Vsaj iz zakonodaje bo treba pometati predsodke iz preteklosti in uporabnikom zagotoviti temeljne človekove pravice, hkrati z organom, ki jim bo pomagal te pravice uveljaviti. Absolutna oblast, kakršnakoli že, vedno pelje v zlorabe. To je prva lekciija demokracije, ki se je bomo morali naučiti. Druga pa je, da je vsakdo vreden

dostojanstva in spoštovanja. Če pristanemo na to, da se te pravice na kateremkoli koščku ozemlja naše države dnevno in sistematično kršijo, potem to ni pravna država. Taka bo postala šele, ko bodo človekove pravice dosledno zavarovane tudi v najbolj odročni ustanovi duševnega zdravlja.

Ponekod v svetu gredo celo v drugo skrajnost. Uporabnik, ki ga je na potovanju presenetila kriza, mi je pripovedoval, da je na Nizozemskem vse skupaj bolj podobno luksuznemu hotelu kot bolnišnici. Imel je svojo sobo z vsem udobjem, izbiral je lahko med več menuji in vsi so bili z njim spoštljivi. Rekel je, da to bolnišnici povzroča probleme, ker ljudje nočejo domov. To je resno vprašanje, še zlasti, ker tudi tam uporabniki le s težavo dobijo zaposlitev.

Ne prizadevamo si za nikakršen luksuz, temveč le za zadovoljitev temeljnih potreb. Treba je prevrednotiti stališča

ljudi do uporabnikov psihiatrije, treba se je otresti že davno ovrženega pojmovanja, ki enkratno krizo enači z dosmrtnim osebnostnim propadanjem, ki ga napoveduje pojem »duševne bolezni«. Za vsak primer psihosocialnega propada je kriva družba in ne kakšna nedokazana biološka entiteta. Kar je res pomembno, ni število kriz, temveč kvaliteta življenja.

V svetu se vedno bolj uveljavlja nova podoba uporabnika, ki ni več pasiven, odvisen, ubogljiv in prestrašen, temveč se aktivno bori za svoje pravice in ustanavlja svoje organizacije, da bi izboljšal svoj položaj v družbi. Na takega uporabnika moramo računati pri izdelavi nove zakonodaje. Njen poudarek naj ne bo na tem, kako zavarovati družbo pred osebami v psihični krizi, temveč na prizadevanjih, da jim zagotovimo možnosti za bolj produktivno življenje in jim omogočimo, da bodo po svojih močeh prispevali k razvoju družbe.

Literatura

- P. BARHAM (1992), *Closing the asylum: The mental patient in modern society*. Penguin, London.
- P. BARHAM, R. HAYWARD (1991), *From the mental patient to the person*. Tavistock/Routledge, London.
- A. GALIČ (1994), Pravna ureditev postopkov za pridržanje v psihiatričnih bolnišnicah, za odvzem poslovne sposobnosti ter za podaljšanje roditeljske pravice. Seminar o pravni zaščiti duševno prizadetih. Firis, *Povzetki*. Bled, 1994.
- V. FLAKER, G. ČAČINOVIČ-VOGRINČIČ, D. ZAVIRŠEK, B. MESEC, M. UREK, V. ŠVAB, T. LAMOVEC, B. LEŠNIK, N. TURNŠEK, N. RODE (1995), *Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju republike Slovenije*. Elaborat, Univerza v Ljubljani, VŠSD, januar 1995, Ljubljana.
- K. JENSEN (1993), *Mental Health Legislation in Europe*. WHO, Regional Office for Europe, april 1993.
- The Second European Conference of Users and Ex-users in mental Health*. Elsinor, Denmark, May 26-29, 1994. Report.
- Uradni list socialistične republike Slovenije*, 28. julija 1986. Zakon o nepravdnem postopku.