

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

KLAVDIJA ŠIRAJ MAŽGON

MODEL SOCIALNE SLUŽBE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI

magistrsko delo

**Mentorica:
prof.dr.Darja Zaviršek**

LJUBLJANA, 2006

PODATKI O MAGISTRSKI NALOGI

Ime in priimek: Klavdija Širaj Mažgon

Naslov naloge: Model socialne službe v psihiatrični bolnišnici

Kraj: Ljubljana

Leto: 2006

Št. strani: 205

Mentor: prof.dr.Darja Zaviršek

Deskriptorji:

psihiatrična bolnišnica, socialna služba, duševno zdravje, timsko delo, skupnostna skrb, socialno delo v psihiatrični bolnišnici

Povzetek:

Magistrska naloga opredeljuje delo socialne službe v psihiatrični bolnišnici in se ukvarja z socialnim delom na področju duševnega zdravja. Podrobneje je opisano socialno delo v psihiatriji, kjer se socialna služba aktivno vključuje v obravnavo uporabnikov in uporabnic duševnega zdravja, ki so sprejeti na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico.

Pomemben prispevek naloge je pregled nad delovanjem socialnih služb v šestih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji in predlogi za boljšo povezavo med bolnišnicami, našimi uporabniki in uporabnicami duševnega zdravja ter skupnostno obliko pomoči vsem, ki potrebujejo pomoč.

Title: Model of social in psychiatric hospital

Descriptors:

psychiatric hospital, social service, mental health, team work, community care, social work in psychiatric hospital

This master's degree thesis defines the work of social service in a psychiatric hospital and deals with social work in the area of mental health. Social work in psychiatry is described in greater detail, where social service is actively involved in working with the users of mental health who are admitted to psychiatric hospital.

An important contribution of this thesis is the overview of the social service activity in six psychiatric hospitals in Slovenia, and suggestions for a better communication between hospitals and users of our services, and thus bringing the community care closer to all people who need help.

ZAHVALA

Zahvalo dolgujem mentorici prof.dr.Darji Zaviršek, ki me je s svojim znanjem in izkušnjami vodila skozi proces raziskovanja magistrskega dela.

Hvala tudi Psihiatrični bolnišnici Idrija za izkazano zaupanje, še posebej direktorici ga. mag.Viktoriji Gorjup in vodji socialne službe g. Aleksandru Možetu in vsem kolegom in kolegicam iz psihiatričnih bolnišnic, ki so bili pripravljeni sodelovati pri izvedbi intervjujev.

Hvala mojim najbližnjim, ki so mi stali ob strani in me spodbujali, še posebej Sebastijanu, Jakobu in Matevžu.

PREDGOVOR 5

1 UVOD 8

2 SOCIALNO DELO V PSIHIATRIJI 15

2.1	Socialno delo – značilnosti socialnega dela kot stroke	16
2.2	Interdisciplinarnost socialnega dela	20
2.3	Socialno delo v psihiatrični bolnišnici	23
2.3.1	Socialna služba - vloga in delo socialnega delavca oz. socialne delavke	24
2.3.1.1	Naloge oz. storitve socialne službe	29
2.3.1.1.1	Najpogostejši problemi uporabnikov oz. uporabnic	34
2.3.2	Metode dela	43
2.3.2.1	Koncept delovnega odnosa v socialnem delu	45
2.3.2.2	Načela ravnanja v socialnem delu	48
2.3.2.3	Načini ravnanja v socialnem delu	50
2.3.2.4	Spretnosti socialnega dela	51

3 OBRAVNAVA UPORABNIKA OZ. UPORABNICE 63

3.1	Sprejem-hospitalizacija	66
3.2	Bolnišnično zdravljenje	75
3.2.1	Medicinski model	88
3.2.2	Socialni model	90
3.3	Timsko delo v psihiatrični bolnišnici	93
3.3.1	Timska obravnava uporabnikov oz. uporabnic	98
3.3.2	Učinkovit tim	103
3.3.3	Prispevek socialnega delavca oz. socialne delavke k timu	105
3.4	Sodelovanje z drugimi službami zunaj bolnišnice	106
3.5	Odpust	124
3.6	Obravnava uporabnikov in uporabnic s strani socialne službe	129

4 ZADOVOLJEVANJE INTERESOV UPORABNIKOV IN UPORABNIC 139

4.1.1	Pravice uporabnikov oz. uporabnic psihiatrične ustanove	140
4.1.2	Želje in potrebe uporabnikov oz. uporabnic duševnega zdravja	144

5 PREDLOGI 148

6 SEZNAM LITERATURE 167

INTERNETNE STRANI	176
--------------------------	------------

PRAVNI AKTI	177
--------------------	------------

DRUGI VIRI	178
-------------------	------------

7 PRILOGE 179

7.1	Seznam uporabnih izrazov:	179
7.2	Intervjuji	180

PREDGOVOR

Zaposlena sem v socialni službi Psihiatrične bolnišnice Idrija. Namen magistrske naloge je prikaz delovanja socialne službe v psihiatrični bolnišnici pri obravnavi in zdravljenju ljudi z duševnimi težavami. Gre predvsem za vprašanje, kako konceptualno zastaviti socialno službo v psihiatrični bolnišnici tako, da bi delovala čim kvalitetnejše. V Sloveniji deluje šest psihiatričnih bolnišnic: Psihiatrična klinika Polje-Ljubljana, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Psihiatrična bolnišnica Vojnik in Splošna bolnišnica Maribor – oddelek za psihiatrijo.

S teoretičnimi koncepti pomoči uporabniku in uporabnici duševnega zdravja, bom ponazorila naloge oz. pooblastila socialnih služb v psihiatričnih bolnišnicah. Predvsem bom opredelila, kako deluje socialna služba, kako timsko deluje z drugimi službami znotraj bolnišnice in z službami izven bolnišnice.

V nalogi bo uvodoma predstavljeno socialno delo kot samostojna veda in stroka v psihiatriji. Prikazan bo celoten postopek zdravljenja in obravnave uporabnika oz. uporabnice duševnega zdravja v psihiatrični bolnišnici. Opisano bo timsko delo med službami znotraj bolnišnice, ki le-te skupaj sestavljajo načrt pomoči za vsakega uporabnika oz. uporabnico duševnega zdravja posebej.

Posebej bo koncipirano delovanje socialne službe in s tem tudi opis nalog in del socialnih služb v psihiatričnih bolnišnicah. Navezovala se bom na skupnostne oblike pomoči uporabnikom in uporabnicam duševnega zdravja že v času zdravljenja in procesu spremljanja pacienta oz. pacientke po končanem zdravljenju.

Razvoj socialne službe znotraj psihiatričnih bolnišnic bi sledil socialnemu modelu na področju duševnega zdravja, ki je naravnan na uresničevanje potreb in interesov uporabnikov in uporabnic duševnega zdravja. S tem naj bi se bolj uresničil holističen pogled na duševno zdravje, ki vključuje medicinski in socialni model.

Kompleksna obravnava uporabnika oz. uporabnice duševnega zdravja v psihiatriji zahteva interdisciplinarni pristop, v katerem je vloga socialne službe zelo pomembna.

Njen pomen je v neprestanem prizadevanju, da se uporabnika oz. uporabnico duševnega zdravja, v skladu z njegovimi stvarnimi vrednotami in sposobnostmi socialnega funkcioniranja, primerno okrepi za življenje v njegovem primarnem okolju. Pri tem prizadevanju socialna služba deluje kot vmesni člen podpore, svetovanja in povezovanja med: uporabnikom oz. uporabnico, institucijo, mrežo pomoči, družino in skupnostjo.

Z magistrsko nalogo želim prispevati nov pogled na delo socialnih služb v psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji. Pokazati želim, kaj so dejansko naloge socialnih služb, kaj naj bi bile

ali kaj se dejansko dela, kaj prispevajo k obravnavi, zdravljenju in rehabilitaciji oseb z težavami v duševnem zdravju.

Nikjer ni natančno določeno in zapisano, kaj je sploh delo socialnih služb v psihiatričnih bolnišnicah, zato upam, da bo naloga prispevala k boljšemu razumevanju dela in jasnosti načrtovanja nalog pri obravnavi uporabnika oz. uporabnice duševnega zdravja v psihiatrični bolnišnici.

Kot sem poudarila pri zgornjem opisu socialnega dela je pri obravnavi uporabnika oz. uporabnice duševnega zdravja pomembno tudi samo timsko delo, razporeditev nalog, mnenja in uvidi posameznih strok kot tudi sodelovanje bolnikov samih in njihovih svojcev ali skrbnikov.

Bolnišnično zdravljenje pomeni obravnavo uporabnikov in uporabnic, ki imajo težave v duševnem zdravju. Pomembni so dejavniki zunaj bolnišničnega zdravljenja, okolje uporabnika oz. uporabnice duševnega zdravja, kakovost življenja, organizacija skupnostnih služb in sploh možnosti, ki jih lahko uporabnikom ponudimo, ko so iz bolnišnice odpuščeni. Ravno odpust in življenje zunaj bolnišnice je za uporabnike duševnega zdravja lahko velik problem, lahko zelo velik stresni impulz, zato je pomembno, da se razišče skupaj z uporabniki možnosti, da bi lahko zaživel in se aktivno vključevali v družabno okolje.

Samo delovanje in učinkovita socialna služba lahko prispeva k raziskovanju socialnomedicinskih aspektov, ki kažejo na to, zakaj se uporabniki oz. uporabnice duševnega zdravja z duševno diagnozo vračajo v bolnišnico, kje so razlogi za ponovitev bolezni in kje je skrita moč uporabnikov oz. uporabnic duševnega zdravja, da bi boljše in kvalitetnejše zaživel zunaj bolnišničnega okolja. Vse to bi lahko raziskovali z sodelovanjem z drugimi službami zunaj bolnišnice, predvsem pa z razumevanjem, zakaj je prišlo do ponovitve krize in kako v prihodnosti spremljati dejavnike, ki bi umirile stanje in da bi prihajalo do čim manjšega števila hospitalizacij.

Socialno delo, kot samostojna veda in stroka, ki s svojimi lastnimi metodami in zanj značilnim celostnim obravnavanjem stisk človeškega življenja, v psihiatriji zaseda nekoliko posebno mesto. Posebna je zato, ker izhaja iz specifičnih teoretičnih konceptov, ki osvetljujejo in pomagajo razumeti naravo problematike uporabnikov oz. uporabnic duševnega zdravja in zato, ker je prilagojena specifičnim in praktičnim metodam dela. Socialno delo v psihiatriji še ni dovolj razvito in uveljavljeno ali pa drugače, delavci socialnih služb v psihiatriji niso dovolj pogumni, da bi svoje znanje, metode dela lahko bolj vključili v proces obravnave uporabnikov in uporabnic duševnega zdravja. Medicinska stroka velja še zmeraj za

eno od avtoritativnih strok v psihiatriji, ki ne dovoljuje drugim strokovnjakom, da bi v proces dela vključevala mnenja in pooblastila drugih, ki niso psihiatri.

Moram pa dodati, da vloga socialne službe v psihiatrični bolnišnici ni dovolj cenjena. Še zmeraj se dogaja, da psihiatrična stroka prevzema uspehe na področju socialnega dela in ne opredeljuje socialno službo kot del tima. V vsej literaturi, ki je bila na voljo in v vseh člankih v dnevnih časopisih in v medijih, nisem niti enkrat zasledila, npr. kaj je socialna služba (v bolnišnici in zunaj nje) naredila na področju duševnega zdravja, kakšne so naloge socialne službe, kako lahko pomaga uporabnikom duševnega zdravja ipd. To je seveda kazalec nevednosti tako s strani strokovnjakov drugih strok, ali če sem ostrejša nepomembnosti socialnih služb s strani Ministrstev, pristojnih za to področje. Mislim, da je skrajni čas, da se javnosti, uporabnikom duševnega zdravja, njihovim svojcem, ostalim institucijam, pokaže, kaj delajo socialne službe v bolnišnici in zunaj nje, prav tako pa je pomembno, da se o storitvah, nalogah, uspehih govori tudi zunaj bolnišničnih vrat. Sama naloga gotovo ne bo prispevala k neki revolucionarni spremembi na področju socialnega dela v psihiatriji, prav gotovo pa lahko pokaže, da niso samo psihiatri oz. psihiatrinje tisti, ki lahko prispevajo k boljšemu zdravstvenemu stanju posameznikov in posameznic, ki se vračajo in prihajajo v psihiatrično bolnišnico.

Za konec pa bi dodala še mnenja socialnih delavk in delavcev v psihiatričnih bolnišnicah po Sloveniji, ki sem jih intervjuvala. Odgovori so napisani dobesedno tako, kot so jih kolegice in kolegi povedali in nam dajo splošni vtis in predstavljajo občutek, kaj v socialnih službah delamo, kako čutimo in kaj si želimo v vseh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji. V vsaki bolnišnici sta bila opravljena 2 intervjuja, kar pomeni 12 razširjenih intervjujev. Intervjuji so zaradi narave odgovorov anonimni in napisani tako, da iz njih ni razvidno iz katere bolnišnice prihaja kolegica ali kolega. Intervjuji so zastavljeni tako, da se ujemajo s tematiko, ki bo v nalogi obravnavana in kažejo dejansko stanje v praksi.

Naloga predstavlja socialno službo kot pomemben člen pri obravnavi uporabnikov in uporabnic duševnega zdravja in z zagotovostjo lahko trdim, da smo socialni delavci in delavke, ki smo zaposleni na področju zdravstva, natančneje v psihiatričnih bolnišnicah, kompetentni, empatični in strokovni pri obravnavi naših uporabnikov in uporabnic.

1 UVOD

Uspeh sodobnejših prizadevanj¹ za kvaliteto življenja in resnično vključenost ljudi, ki se soočajo s ponavljajočimi se in hudimi težavami v duševnem zdravju, v vsakdanje družbeno življenje, je povezan z novim načinom razmišljanja o drugačnosti in kritično analizo sveta, v kateri živimo. V tej smeri delovanja se uveljavlja težnja po preseganju modelov, ki težave v psihosocialni integraciji uporabnikov služb za duševno zdravje pojasnjujejo predvsem s perspektive njihovega patologiziranja.

Tu predvsem mislim psihiatrično stroko (medicinsko), ki »nikakor« ne dovoljuje drugim strokam, da je boljša, strokovnejša, šele z skupnimi močmi različnih strok skupaj, bomo zmogli narediti koristen in uporaben »model delovanja« pri pomoči ljudem v duševnih stiskah in premagovanju le-teh.

Najbrž ni medicinske institucije² v državi, ki bi zbujala toliko mešanih čustev in nasprotujočih si stališč v javnosti, kot je psihiatrična bolnišnica. Kot sem že omenila, v javnosti ni dovolj informacij, ki bi osvetlila podobo psihiatrični bolnišnic v Sloveniji, govor ali pogovor o duševnem zdravju pa še zmeraj velja za tabu temo.

Duševno zdravje³ je neločljivo povezano s splošnim zdravjem in je za dobro počutje posameznika, skupnosti in države enako pomembno kot telesno in socialno zdravje. Duševno zdravje ne pomeni le odsotnosti duševne bolezni. Vključuje subjektivno dobro počutje in dobro samopodobo, zavedanje in sprejemanje lastnih zmogljivosti, intelektualnih in čustvenih potencialov, obenem tudi zavedanje lastnih omejitev, vse naštetu v odnosu do sebe in drugih. Skrb za duševno zdravje in za zadovoljivo strokovno pomoč ljudem z duševnimi motnjami in obolenji morajo v prvi vrsti prevzeti država, lokalne skupnosti in ustrezne strokovne ustanove ter združenja. Dolžni so poskrbeti za zagotavljanje takšnih bivalnih, delovnih, učnih, socialnih in zdravstvenih pogojev, ki bodo ljudem omogočali zdrav duševni razvoj, obenem pa morajo zagotoviti širjenje znanja o duševnih motnjah in boleznih tako v strokovni kot laični javnosti. Pomembno mesto v skrbi za duševno bolne, zlasti na stopnji rehabilitacije, morajo prevzeti društva in nevladne organizacije v lokalnih okoljih, ki so dostopna širokemu krogu ljudi.

¹Dekleva, Bojan. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

²Kocmur, Marga. (2001): Zdravila so omogočila, da so se vrata psihiatričnih bolnišnic odprla. Delo- 28.03.2001. Ljubljana. Dnevnik Delo.

³<http://www.zd-celje.si>: Noben človek v nobeni državi ni imun za duševne bolezni.

Duševne motnje so najpogostejši⁴ vzrok bolezni in invalidnosti v svetu; na lestvici desetih najpogostejših dejavnikov, ki povzročajo invalidnost, je pet vrst duševnih težav: depresija, shizofrenija, bipolarni motnje, zloraba alkohola in obsesivno kompulzivne nevroze. Resen problem so tako v revnih kot bogatejših državah, saj prizadenejo ljudi vseh starosti, obeh spolov in vseh družbenih slojev. Po mnenju WHO (Svetovna zdravstvena organizacija) bodo čedalje pogostejše - zaradi vse daljše življenjske dobe in zaradi stresa, ki je povezan s socialnimi težavami in nemiri, kot so nasilje, vojne, konflikti in naravne nesreče.

Ob tako pomembni komponenti,⁵ kot jo za celovito zdravje predstavlja duševno zdravje, bi pričakovali, da bomo zanj znali poskrbeti oziroma znali pomagati, ko se bo porušilo. Ni vedno tako. Duševne bolezni in motnje so bile dolgo časa po krivici stigmatizirane, veljale so za manj pomembne in manj resne kot telesne bolezni, ljudje, ki so zaradi njih trpeli neposredno ali posredno, so bili pogosto nerazumljeni in zasramovani, označeni za šibke. Ta stigma je danes manjša, in vendar je še vedno prisotna. Posamezniki svojih duševnih težav še vedno ne upajo izraziti in trpijo molče osamljeni, drugi jih izražajo v obliki telesnih težav, kot so glavobol, nespečnost, bolečine v želodcu in podobno. Mnogi ljudje težav ne prepoznajo ali jih podcenjujejo. V javnosti je o duševnih boleznih premalo znanja, slednje pa je nujno za pravočasno prepoznavanje in pomoč. Tudi različni strokovnjaki nimajo vedno dovolj posluha za človekove duševne težave. Razlogi so raznovrstni in kompleksni, iščemo jih lahko v pomanjkanju časa, nepoznavanju znakov duševnih motenj, v stigmati, v organizaciji zdravstvene pomoči in v drugih vrstah pomoči ljudem z duševnimi obolenji.

Nove smernice evropske zdravstvene politike⁶ oz. statistika kaže, da eden od sedmih ljudi boleha za nekakšno duševno boleznijo, in prognoze kažejo, da bo vsak tretji v življenju zbolel za duševno boleznijo. Vsak drugi bo imel izkušnjo z duševnimi boleznimi v družini ali v krogu ožjih prijateljev. Zato velja razmišljati o tem, kako bi zagotovili bolnikom primeren dostop do kakovostne nege in zdravljenja v humanem okolju čim bližje domu brez kakršnekoli stigme.

Duševna bolezen prizadene celotno človekovo osebnost, poruši celotno mrežo medsebojnih odnosov in življenjskih stremenj. Uporabnik oz. uporabnica duševnega zdravja se mora po

⁴Stanković, Tanja. Delo in duševno zdravje: Negativni vpliv duševnih težav je bil zelo dolgo podcenjen. Časopis Delo-18.03.2004. Delo. Ljubljana.

⁵Foucault, Michel. (1998): Zgodovina norosti v času klasicizma. Ljubljana. Založba/*cf-rdeča zbirka.

preživeli krizi bistveno bolj truditi za vzpostavitev prejšnjega stanja, če je bil zanj oz. zanjo ugoden ali pa spremeniti okoliščine, k nanj oz. nanjo slabo vplivajo in lahko pripomorejo k ponovni krizi, ali hospitalizaciji. Pri ostalih boleznih je ponavadi motena specifična vitalna funkcija, zato največkrat zadostuje, da zdravljenje usmerimo na bolezen samo. Duševna bolezen je po Tanji Lamovec⁷ dispozicija analogna temu, kar v angleščini imenujemo »condition«. Gre za specifično duševno neodpornost, kjer psihotično krizo spoznamo po simptomih, vzorci le-teh pa tvorijo sindrome. Ko kriza mine, je človek zdrav, diagnoza, ki se je drži prizvok neozdravljivosti, pa dosmrtna. Pomanjkanje samozaupanja, težave pri navezovanju stikov, osamljenost, pasivno sprejemanje pobud iz okolja, neobčutljivost, okrnjeno čustvovanje, občutek brezizhodnosti, stigmatiziranost, nevrednost, resigniranost, krivde zaradi dejanj v preteklosti, strahu pred prihodnostjo, fizične in psihične odvisnosti od tablet, psihiatričnih uslug in staršev itd. so posledice hospitalizacije, ki so hujše kot sama psihiatrična kriza.

Ne morem se strinjati, da je človek zdrav, ko kriza mine. Uporabnik oz. uporabnica duševnega zdravja je po končanem zdravljenju v bolnišnici zazdravljen, kar pomeni, da je stanje osebe umirjeno, vzpostavljeno do te mere, da kriza mine. Vprašanje je, če lahko psihiatri oz. psihiatrinje sami ocenijo, kaj je za uporabnika oz. uporabnice »zdravo« med in po končani hospitalizaciji. Tu nastopijo druge službe (socialna, psihološka in aktivacijska-delovno terapevtska služba), ki delujejo v bolnišnici z svojimi znanji, usmeritvami in sodelovanjem z uporabniki oz. uporabnicami duševnega zdravja.

Duševno zdravje⁸ ni vedno predstavljano kot del zdravja v celoti in kot tako hitro predstavlja izvor občutka krivde, zaradi možnosti odvzema svobode brez civilne kontrole se osebe z duševno motnjo lahko počutijo kot drugorazredni državljani, zaradi nezadovoljivo kontinuiranega pristopa je oseba z duševno motnjo prepogosto postavljena v izbiro samo ene izmed dveh skrajnih situacij, to je biti bolan v bolnišnici ali zdrav doma, zaradi nezadovoljive povezanosti med zdravstvenim varstvom, socialnim skrbstvom in drugimi oblikami podpore v družbi, duševno zdravje posameznika ni globalno podprto, ker je večina bolnišnic na severu in ker so nekatere zelo oddaljene, ni lokalnega pristopa. Težave so lahko enkratne, občasne ali trajne.

⁶<http://www.ds-rs.si/>:(15.03.2004):John Bowis&Andrej Marušič.

⁷Lamovec,Tanja.(1993):Zagovorništvo kot oblika svetovanja.V Socialno delo- letnik 33, št.2, Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

⁸Problemi na področju duševnega zdravja v Sloveniji:Vsebina dela Sveta za duševno zdravje pri Vladi RS s cilji za 2003:dr.Andrej Marušič:<http://www.sigov.si/>:(15.03.2004).

Duševne motnje so sodobnejši izraz, ki se nanaša na točno določeno "težavno" duševno stanje. Tako kot fizična bolezen⁹ tudi duševna motnja vključuje veliko težav in stisk. Obstaja več vrst duševnih motenj. Duševna motnja pogosto vključuje občutke depresivnosti, strahu, zmedenosti, pa tudi izgubo stika z realnostjo. S tem se mnogi ljudje srečajo ob določenem času, pogosto nenadejano in po stresnem življenjskem dogodku. Z razvojem duševne motnje se lahko ti znaki razširijo in trajajo daljše časovno obdobje. Povzročajo težave pri obvladovanju vsakdanjega življenja. Danes že poznamo definicije različnih tipov duševnih motenj, njihovo pogostost in razvoj. Večje poznavanje in razumevanje duševne motnje nam omogoča bolj učinkovito raziskovanje in obravnavanje duševnih motenj. Zdi se, da večina težav z duševnim zdravjem nastane kot rezultat dogodkov in naše zmožnosti soočanja z njimi. Posebno ranljivi postanemo ob določenih priložnostih, na primer ob izgubi ljubljene osebe ali zaposlitve. V takšnih okoliščinah običajno doživimo čustveno stisko. Razvije se lahko duševna motnja. Zelo pomemben je način, kako okolje pomaga in se odzove na motnjo.

Pogostost duševnih motenj¹⁰ je podobna pogostosti srčnih obolenj in je trikrat pogostejša od rakastih obolenj. Pogostost depresij je 3 do 4% med prebivalstvom. Za boleznijo shizofrenije pa zboli približno 150 ljudi od 100.000 prebivalcev. Samomor napravi v Sloveniji približno 29 ljudi na 100.000 prebivalcev. 50 do 60% bolnikov, ki pridejo k splošnemu zdravniku, ima duševne težave. Psihijatrija se je šele konec 19. stoletja razvila kot posebna disciplina in šele takrat je bila izpeljana prva kvalifikacija duševnih motenj. Danes na splošno velja delitev v 3 skupine: skupina psihoreaktivnih, nevrotskih oz. osebnostnih motenj, skupina endogenih psihičnih motenj, psihoze (shizofrenija, manično-depresivna psihoza), skupina organskih motenj.

Na določeni stopnji v posameznikovem življenju lahko mnogi razvijejo psihotične, nevrotične simptome, ali odvisnost od alkohola in drog – in lahko ozdravijo. Pri nekaterih ljudeh pa simptomi trajajo, se ponavljajo, bolezen pa je lahko obvladljiva, čeprav ni ozdravljiva, kot kakšna kronična bolezen, npr. sladkorna. Včasih bolezen vodi v trajno duševno spremembo. Danes¹¹ je na voljo mnogo uspešnih načinov zdravljenja in rehabilitacije duševnih motenj - svetovanja, psihoterapija, medikamentozno zdravljenje, psihološke tehnike in strategije samopomoči. Možnosti uporabe le-teh, posamično ali skupinsko ali v različnih kombinacijah,

⁹<http://www.ozara.org/>:(15.10.2003).

¹⁰Problemi na področju duševnega zdravja v Sloveniji: Vsebina dela Sveta za duševno zdravje pri Vladi RS s cilji za 2003: dr. Andrej Marušič: <http://www.sigov.si/>:(15.03.2004).

¹¹<http://www.ozara.org/>:(15.10.2003)

pomagajo ljudem z duševno motnjo h kvalitetnejšemu življenju. Po preboleli¹² akutni duševni bolezni se lahko razvijejo številne nezmožnosti na področju socialnega delovanja, te lahko nastopijo kot posledica bolezni, še pogosteje pa so posledica neustreznih pogojev, to je neustreznih socialnih odgovorov na bolezen. Duševno bolezen spremljajo torej pomembne nezmožnosti na področju socialnega funkcioniranja, to je na področjih zadovoljevanja lastnih socialnih potreb in pričakovanj pomembnih drugih oseb.

Razdelimo jih v tri sklope:

Notranje ali primarne nezmožnosti, ki so posledica bolezni same. To so npr., motnje mišljenja, halucinacije, blodnje, hitre menjave razpoloženja, vrivanje nehotenih in motečih misli, psihomotorična upočasnenost itd.

Sekundarne socialne nezmožnosti so spremenjeno vedenje, ki nastaja zaradi prilagajanja ali odziva na pričakovanja drugih, na socialne ovire in na stigmatizacijo, s katerimi se bolnik sooča. Sekundarne nezmožnosti nastajajo torej zaradi bolnikovega doživljanja bolezni. Velika psihotična motnja je moteče in zastrašujoče doživetje, katerega učinki lahko trajajo še dolgo potem, ko so simptomi izginili. Po preboleli bolezenski epizodi je za uspešno vrnitev v običajno življenje nujno, da razumemo bolnikove težave pri socialnem in delovnem funkcioniranju. Demoralizacija, upad samospoštovanja, apatija, nemotivacija in socialni umik se slabo zdravijo z zdravili. Med sekundarne nezmožnosti spadajo: motnje odnosa do samega sebe, kot so: sprememba pogleda nase, pomanjkanje samospoštovanja, samozaupanja, motivacije in vloge bolnika oz. bolnice, ki jo prevzamejo številni, predvsem kronični bolniki oz. bolnice. Vloga bolnika oz. bolnice posameznika/posameznice razbremenjuje odgovornosti za svoje stanje in za običajne življenjske naloge, ter tako zmanjšuje možnosti rehabilitacije. Vloga bolnika oz. bolnice je nepremakljiva in se ne spreminja, čeprav se je bolnikovo stanje izboljšalo ali poslabšalo. Eden izmed vzrokov zanjo je nesposobnost institucije ali družinskega okolja, da bi prevzeli odgovornost za tveganje in spremenili terapijski režim ali družinske zahteve ob izboljšanju ali poslabšanju stanja. Izogibanje tveganju pa ni lastno samo osebi v bolnišnici, materam, očetom in partnerjem duševno bolnih, temveč tudi bolnikom, ki so po dolgotrajnih hospitalizacijah pridobili različne sekundarne koristi, kot so sočutje in podpora osebja in svojcev ter stalno, varno razreševanje običajnih življenjskih problemov, npr., ravnanje z denarjem, iskanje stanovanja, razreševanje partnerskih in drugih medosebnih odnosov itd.

¹²Švab, Vesna. (1996): Duševna bolezen v skupnosti. Radovljica. Didakta.

Terciarne socialne odpovedi, te so odgovor družbe na duševno bolezen. Sem spadajo stigmatizacija, siromašenje socialne mreže, revščina, nezaposlenost in pomanjkanje prostora v družbi. Takojšnji družbeni odgovori na duševno motnjo so namreč čustva strahu, jeze, odpora in potrebe po kontroli ter stigmatizaciji duševno bolnih, ki se kažejo v navidez racionalnih odgovorih administracije, strokovnjakov, medijev in politike.

Če nastopijo socialne nezmožnosti na področju socialnega funkcioniranja, kot posledica bolezni ali pa kot posledica neustreznih pogojev, je pomembno, da vstopa v proces obravnave tudi socialna služba, ki osvetli morebitno problematiko in hkrati deluje že v začetku kot možen koordinator reševanja problematike, ki se je pokazala v času zdravljenja.

Kaj pomeni zdraviti in kdo zdravi? Metka Klevišar¹³ razmišlja, da smo ljudje pogosto prepričani, da to vedo samo zdravniki in da je potrebno prepustiti zdravljenje samo njim. Vendar pa zdravljenje ni samo stvar zdravnikov, zajema veliko širši krog. Ko gre za zdravljenje, je poleg medicine pomembno še veliko drugih stvari. Tudi najboljša medicina ne bo zadostovala, če z bolnikom ravnamo kot s predmetom, če okrog sebe nima ljudi, ki znajo biti z njim toplo človeški. Zdravijo pravzaprav vsi, ki kakorkoli prihajajo v stik z bolnikom, zdravnik, družina, skupnost, prijatelji,... Za zdravljenje je izredno pomembno, kako bolnik sam gleda na življenje in bolezen. Od njegovega temeljnega razumevanja zdravja in bolezni je v veliki meri odvisno, kako bo reagiral v primeru bolezni in kako bo bolezen potekala.

Andrej Marušič¹⁴ opredeljuje duševno zdravje kot preplet temperamenta, vedenjskih vzorcev in duševnih motenj, prisotnih ali odsotnih, različnih intenzitet in tipov. Duševno zdravje se spreminja skozi čas. Spreminjajo se kulturne norme in z njimi kontekst, iz katerega je duševno zdravje vzeto. S spreminjanjem socio-ekonomskih značilnosti se spreminjajo tudi vedenjski vzorci. Navsezadnje se s časom spreminja tudi biološka osnova za naš temperament. Temu primerno je potrebno skrb za duševno zdravje, krepitev duševnega zdravja in preprečevanje razvoja duševnih motenj razvijati sproti in nenehno. Vsak sedmi izmed nas ima v danem trenutku duševno motnjo in vsak tretji jo bo imel vsaj enkrat v življenju.

¹³Klevišar, Metka. (2001): Kaj pomeni biti zdrav, biti bolan. Ognjišče. št. 2: 71. Ljubljana. Ognjišče.

¹⁴Problemi na področju duševnega zdravja v Sloveniji. Vsebina dela Sveta za duševno zdravje pri Vladi RS s cilji za 2003: dr. Andrej Marušič: <http://www.sigov.si/> (15.03.2004).

Za stanje zdravja¹⁵ je značilno ravnovesje med telesnimi, duševnimi in socialnimi sestavinami, ki so med seboj tesno prepletene. Človek vzdržuje ravnovesje v kontinuiranem dinamičnem procesu interakcij z okoljem. Spremembe ali motnje na kateremkoli od treh področij (telesno, duševno, socialno) se odražajo na ostalih dveh. Duševno zdravje lahko opredelimo kot ravnovesje med čustvi, mišljenjem in sposobnostmi oz. kot sposobnost posameznika, da se ustrezno vključi v družbo oziroma družbeno skupino, v kateri se nahaja.

Biti »duševno zdrav« pomeni:

- biti sposoben reševati probleme, biti stabilen, imeti dobre odnose z ljudmi, biti odprt do mnenj drugih ljudi, biti notranje uglasen, biti sposoben izražanja čustev, uspešno komunicirati z drugimi, biti ljubljen in ljubiti, dosegati ravnovesje med lastnimi željami in pričakovanji družbe.

Kos–Mikuš Anica¹⁶ uporablja za označevanje duševnega zdravja tri skupine kriterijev: kriteriji notranjega psihičnega stanja (sreča, dobro počutje, zadovoljstvo ...); kriteriji odnosov in delovanja (v družini, v šoli, z vrstniki; uspešnost pri delu in na drugih področjih ...); kriteriji razvoja (razvijanje zmogljivosti za obvladovanje nalog, sposobnost vgrajevanja doživetij v osebno pozitivne razvojne procese ...).

¹⁵[http://www.zrss.si/DOC/ZVZ_4KKPSIH.DOC-\(20.4.2005\)](http://www.zrss.si/DOC/ZVZ_4KKPSIH.DOC-(20.4.2005)).

¹⁶[http://www.zrss.si/DOC/ZVZ_4KKPSIH.DOC-\(20.4.2005\)](http://www.zrss.si/DOC/ZVZ_4KKPSIH.DOC-(20.4.2005)).

2 SOCIALNO DELO V PSIHIATRIJI

Socialno delo¹⁷ so tradicionalno razumeli kot enotnost dela s posameznikom, skupino in skupnostjo - enotnost, ker naj bi te tri ravni temeljile na osnovnih teoretskih oziroma metodičnih načelih, ki naj bi omogočala specifično definiranje socialnega dela in njegovo diferenciacijo od sorodnih disciplin in strok. Ta načela so eksemplarično opredeljena in razdelana pri Lussiju, ki pojmuje socialno delo kot delo s posameznim problemskim primerom, tj., kot "socialno svetovanje". Toda po Lussijevem pojmovanju je že skupnostno delo na obrobju, če ne prav zunaj okvira socialnega dela kot specifične stroke. Ob tem se večja prepad med tako imenovanim kliničnim socialnim delom, ki ostaja v okvirih tradicionalno definirane socialnega dela kot socialnega svetovanja, ali pa ga razumemo celo kot psihosocialno terapijo, in socialnim delom na organizacijski, societalni in globalni ravni, ki se opira tudi na druge vrste teoretične vire (sociologijo, organizacijske vede). Tak razvoj je resen izziv za povezanost socialnega dela in za vprašanje njegove specifičnosti in avtonomnosti kot vede in kot stroke.

Socialno delo v psihiatriji¹⁸ in socialno usmerjena psihiatrija se pri nas pojavita v šestdesetih letih in pomenita preobrat v dotedanjem varstvu duševno bolnih. Z novim pristopom so omogočene boljša identifikacija in diagnostika, nove intervencije in terapevtske možnosti, medicinski in socialni izid za bolnike pa se je bistveno spremenil. Prišlo je do ideoloških sprememb, do uvajanja psihoaktivnih zdravil, kraj zdravljenja pa se je premaknil iz bolnišnice v izvenbolnišnično okolje. Dolgotrajna hospitalizacija se je skrajšala, potreba po delu v podaljšani terapiji se je povečala, to pa pomeni delo s socialnim okoljem bolnika, predvsem z družino, kjer je socialni delavec nujen. Psihosocialne intervencije, ki jih socialni delavci in delavke uporabljamo v podaljšani terapiji se izvajajo z namenom, da okolje daje organizirano pomoč psihiatričnim bolnikom in njihovim družinam. Te so npr.:

- pomoč pri organiziranju prostega časa, socialno učenje, vključevanje v skupinsko življenje, podpora, ohrabitve in pomoči pri vsakdanjih življenjskih problemih itd.¹⁹

Socialni delavci in delavke²⁰ morajo delovati za blaginjo ljudi in pri tem uporabljati znanstvena spoznanja o človeku in družbi, uporabiti vse razpoložljive vire za zadovoljevanje potreb, upoštevati socialno pravičnost na vseh ravneh.

¹⁷Mesec, Blaž. (2003): Mikro, mezo, makro: Ekspanzija, integracija in specifičnost socialnega dela. V Socialno delo - letnik 42, št. 4-5. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

¹⁸Milošević, Vida. (1989): Socialno delo. Ljubljana. Samozaložba.

2.1 Socialno delo – značilnosti socialnega dela kot stroke

Širša teoretska podlaga socialnega dela²¹ je mavrica zelo različnih in raznorodnih teorij socialnega dela in drugih znanosti in strok. Kaj iz tega izberemo, je odvisno od naloge, ki jo opravljamo, in od institucionalnega in organizacijskega konteksta, kjer delujemo, in tudi od osebnih preferenc in stila. Predvsem je treba nujno poznati teorije socialnega dela in teorije pomoči, ki obravnavajo vprašanja moči in nemoči – pomoči, ki se ukvarjajo z neformalno pomočjo med ljudmi in s formalnimi vzvodi pomoči. Treba je kritično poznati dispozitive pomoči, kot jih določajo kulturni obrazci, institucionalne ureditve in politična in ideološka pooblastila. Predvsem je za socialno delo pomemben odnos med nadzorom in pomočjo ter s tem v zvezi tudi, kakšna pooblastila in mandate dobimo v socialnem delu od naročnikov po eni strani in uporabnikov socialnega dela na drugi strani. Pomembno je poznati teorije, ki govorijo o vzpostavljanju delovnega odnosa, poznati je treba slojevitost strategij pomoči in ravnanja na različnih ravneh sodelovanja (orientacija, reševanje problemov, celostna podpora). Poznati je treba posamezne funkcije (ali vloge) socialnega dela (posredništvo, zagovorništvo, ukrepanje, pogajanje, družbeni aktivizem, svetovanje,...) ter načine omogočanja vključevanja v družbena dogajanja in razvijanja pobud in sistemov.

Poleg poznavanja etike in vrednot socialnega dela in osnovnih procesov in matric pomoči so za dobro prakso socialnega dela potrebna teoretska znanja drugih ved. Socialni delavec oz. delavka naj bi imela znanje o delovanju družbe (o osnovnih teoretskih dognanjih o družbeni dinamiki, o procesih marginalizacije in diskriminacije, o vsakdanjem življenju, o družbenih konfliktih), znanju o dinamiki medosebnih procesov in doživljanja (socialna psihologija, simbolični interakcionizem, socializacija, učenje, osebni konflikti, psihologija družine, stres), pravna in upravna znanja, znanja o organizaciji države (poznavanje družinske, delovne, kazenske zakonodaje, socialne varnosti in procesnega prava), in poznavanje delovanje pravnega sistema (postopkov, mehanizmov, informacij o pravicah, ureditvah in dolžnostih) in osnovnih konceptov, prijemov in jezika sorodnih, pomožnih in mejnih strok (pedagogike, medicine, prava, sociologije itn...).

¹⁹Milošević, Vida. (1989): Socialno delo. Ljubljana. Samozaložba.

²⁰Milošević-Arnold, Vida, Poštrak, Milko. (2003): Uvod v socialno delo. Ljubljana. Študentska založba-Knjižna zbirka Scripta.

²¹Flaker, Vito. (2003). Oris metod socialnega dela: uvod v katalog centrov za socialno delo. Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Fakulteta za socialno delo. Ljubljana.

Definicije neke dejavnosti, stroke, discipline so pogosto enostranske in nakazujejo doseženo raven in temeljno usmeritev področja v nekem trenutku. Tipične definicije socialnega dela so še zmeraj presplošne in ne nakažejo dovolj jasno, s čim se socialno delo kot stroka ukvarja. Socialno delo lahko razumemo kot celoten splet dejavnosti ljudi za ljudi.

Ustrezno in potrebam prilagojeno izobraževanje²² je temelj za razvoj kakovostnih, dostopnih in povezanih služb za duševno zdravje ter dokazano uspešna preventivna dejavnost, ki lahko zajezi naraščanje pogostosti duševnih motenj. Le z izobraževanjem strokovnjakov, javnosti, uporabnikov in njihovih svojcev se lahko dolgoročno izognemo ožigosanju prizadetih in zlorabam, ki so jim izpostavljeni. Z izobraževanjem lahko dosežemo dejansko vključitev uporabnikov in svojcev v načrtovanje, oblikovanje in nadzor služb na področju duševnega zdravja ter zmanjšamo pogostost hospitalizacij in duševnih kriz, saj prepoznavanje znakov, ki se stopnjujejo v hudo duševno krizo bistveno za obvladovanje ponavljajočih se duševnih motenj. Za uspešno reformo na področju služb za duševno zdravje sta potrebna zakonodajna ureditev in nadzor nad službami za duševno zdravje, razvoj skupnostni služb in multidisciplinarnih delovnih skupin, ki pa jih mora spremljati tudi ustrezna prilagoditev na izobraževalnem področju.

Izobraževanje za socialno delo usposablja strokovnjake/strokovnjakinje s posebnimi teoretskimi in metodičnimi znanji za pomoč ljudem pri reševanju kompleksnih življenjskih težav in stisk, ki zaradi narave ogroženosti in zaradi svojega pomena veljajo za socialne probleme. Zlasti pomembno je, da socialni delavec in socialna delavka spoštujeta človekovo integriteto in osebnostne pravice, medsebojne odnose v družinah, delovnih, sosedskih in drugih skupinah in skupnostih in da si prizadeva za demokratične odnose v družini in družbi. Pri svojem ravnanju goji človeške kvalitete in pospešuje etična pravila stroke. Glede na družbene potrebe in konkretne razmere so cilji socialnega dela različni: Razvojni cilji: socialno delo vpliva na socialno politiko, da se zmanjšujejo socialne razlike, da skupine in skupnosti bolje opravljajo svoje funkcije, razvija nove pristope pri delu z ljudmi, prizadeva si za povečanje družbene blaginje in za krepitev moči uporabnikov in uporabnic. Preventivni cilji: socialni delavci in delavke ponujajo človeško oporo in strokovno pomoč pri premagovanju hujših življenjskih stresov, ki bi lahko ogrozili blaginjo posameznic, posameznikov, družin, skupin in skupnosti. Terapevtski in kurativni cilji: socialni delavci in

²²Mednarodna konferenca o izobraževanju in preventivi na področju duševnega zdravja. Švab, Vesna.
[http://www.sent.dobrovita.com/\(24.03.2004\)](http://www.sent.dobrovita.com/(24.03.2004)).

delavke izvajajo različne oblike pomoči posameznicam, posameznikom ali skupinam, ki se zaradi ekonomskih in osebnih razlogov ali elementarnih in drugih nesreč znajdejo v tako resni življenjski stiski, da je ogrožena njihova zmožnost vključevanja v družbeno življenje in delo in zmožnost za osebno in socialno reprodukcijo. Socialno delo je praktičen poklic, je delo z ljudmi, zato ga je nujno izkusiti na lastni koži in se naučiti spretnosti in ravnanja v situacijah socialnega dela.²³

Vsem,²⁴ ki delamo v psihiatriji, je popolnoma jasno, da se vsakršnemu pehanju sem in tja lahko izognemo le s trdnim znanjem ter z gojenjem, negovanjem in preverjanjem etičnega posluha, končno pa tudi s tem, da imamo ljudi takšne, kakršni so, tudi z njihovo »norostjo« – radi. Prav nič ni tudi slabo, če kanček norosti ohranimo še zase, kolikor je pač treba, da se ne pustimo do kraja ukalupiti, da kdaj kaj tvegamo in storimo po svoje, posebej ko gre za to, da ohranimo človečnost svojega poklica. Socialno delo je usklajeno delovanje strokovnjakov in institucij, ki uporabljajo posebno metodologijo in upoštevajo etiko, in prostovoljnih delavcev, društev in organizacij.²⁵

Socialna delavka oz. delavec²⁶ posegata v življenje ljudi v njihovem socialnem kontekstu. Njuna skrb je ugotoviti, kako je mogoče obnoviti funkcije odnosnih sistemov, ki delujejo pomanjkljivo. Pri delu uporabljata metode, ki omogočajo posege na vseh ravneh delovanja sistema (posameznika, družine, delovne skupine, soseske, širših odnosnih sistemov, lokalne skupnosti). Namen pomoči je, na kreativen način po poti inovativnih sprememb v delovanju odnosnih sistemov omogočiti ljudem normalno vsakdanje življenje in samostojnost. V procesu pomoči socialni delavci in socialne delavke nadomeščajo manjkajoče funkcije sistemov z institucionalnimi sredstvi, s socialno podporo. Med cilji socialnega dela so aktivacija neuresničenih možnosti za skupno življenje in vzajemno pomoč v vsakdanjem okolju, skrb za posameznice in posameznike, ki so se ali bi se lahko znašli zunaj kulturnega in socialnega dogajanja, zunaj tokov dela, pridobivanja dohodkov in uživanja dobrin. Nujni elementi teorije in prakse socialnega dela (Povzeto po V.Flakerju):²⁷

ZNANJA: Poznavanje etike in vrednot socialnega dela:

²³ Informativna brošura o študiju socialnega dela. (2003). Fakulteta za socialno delo. Ljubljana.

²⁴ Kocmur, Marga. (2001): Zdravila so omogočila, da so se vrata psihiatričnih bolnišnic odprla. Delo- 28.03.2001. Ljubljana. Dnevnik Delo.

²⁵ Milošević, Vida. (1989): Socialno delo. Ljubljana. Samozaložba

²⁶ Informativna brošura o študiju socialnega dela. (2003). Fakulteta za socialno delo. Ljubljana.

²⁷ Flaker, Vito. (2003). Oris metod socialnega dela: uvod v katalog centrov za socialno delo. Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Fakulteta za socialno delo. Ljubljana.

➤ spoštovati in ceniti razlike in različnost (glede na spol, hendikep, etnijo, starost, spolno usmerjenost, življenjski stil in druge razlike), samoodločanje, prosta izbira, vpliv na svoje življenje, biti (aktivno) proti diskriminaciji, ne stigmatizirati, pravica do socialne varnosti, zavedanje stalne subjektivnosti in vprašanj moči, etika udeležnosti, dejavna drža. Osnovni procesi in matrice pomoči: dispozitivni pomoči (kulturni, politični, institucionalni, ideološki), razmerje med kontrolo in pomočjo, pooblastila in mandati socialnega dela, neformalna pomoč med ljudmi, vzpostavljanje delovnega odnosa, slojevitost strategije pomoči (orientacija, reševanje problemov, obravnavanje problemov, celostna podpora), funkcije socialnega dela (posredništvo, zagovorništvo, ukrepanje, pogajanje, družbeni aktivizem, svetovanje,...), načini facilitiranja vključevanja v družbena dogajanja in razvijanja pobud in sistemov. Metodična orientiranost: Dialog, Verjetnost, Proaktivnost, Reflektivnost, pravica do napak in spodrseljajev. Pomožna znanja: delovanje družbe:(družbene neenakosti, družbeni procesi uravnavanja ali spopadanja z neenakostmi (solidarnost, pravičnost, socialna država, enake možnosti), osnovni koncepti družbene dinamike, vsakdanje življenje, kritične teorije družbe, družbeni konflikti), dinamika medosebnih procesov in doživljanja:(socialna psihologija, simbolični interakcionizem, socializacija, učenje, osebni konflikti, psihologija družine, stres, pravna in upravna znanja: poznavanja zakonodaje:temeljnih pravic in svoboščin, družinske, delovne, kazenske, socialne varnosti, procesnega prava, poznavanje delovanja pravnega in političnega sistema: postopkov, mehanizmov, informacije o pravicah, odgovornostih in dolžnostih, poznavanje drugih področij: poznavanje osnovnih konceptov, pristopov in jezika sorodnih, pomožnih in mejnih strok (pedagogike, medicine itn,...).

SPRETNOSTI: Pogovarjanja in razgovora: vodenje pogovora, poslušanje (aktivno, empatično), raziskovanje, reflektiranje in problematiziranje, razvijanje novosti (novih interpretacij), sklepanje dogovorov, ustvarjanje rešitev in konkretnih dejanj. Pogajanja:

➤ Vztrajnost, Pristranskost, Asertivnost, spretnosti reševanja konfliktov, retorične spretnosti. Omogočanje dostopa do sredstev: informacije o resursih, asertivnost, delovanje v mrežah, komunikativnost, ustvarjalnost, odprtost in povezovalnost. Beleženje in poročanje:

➤ osnovne spretnosti stvarnega opisovanja ljudi, situacij in dogodkov (brez vrednostnih sodb, z refleksijo lastne pristranskosti), izdelava zapisnikov, zaznamkov, poročil, ocen, profilov, načrtov, projektov, operacionalni načrti. Organizacijske: vodenje in sodelovanje v timih, načrtovanje (projektov, dela), skupinska dinamika, organizacija in vrednotenje strokovne pomoči, povezovanje, koordiniranje.

PROFESIONALNA DISCIPLINA: Splošna: točnost, spoštljivost, dostopnost, zanesljivost (upoštevanje dogovorov), varovanje podatkov, poklicna molčečnost, jasno sprejemanje odgovornosti. Značilna za socialno delo: ustvarjanje enakopravnega, partnerskega odnosa in sodelovanje z uporabniki in uporabnicami, zavezanost dobrobiti uporabnikov, refleksivnost in kritičnost, poznavanje lastne vrednosti, predsodkov, sposobnosti in meja, jasnost in pogajanje o mandatu, ne dvomiti v besede sogovornikov, nenehen dialog med doktrino in izkušnjami ter soočanje konceptov in prakse, jasno sporočanje lastnih stisk.

2.2 Interdisciplinarnost socialnega dela

Socialno delo²⁸ ima pred drugimi posebno prednost, da je interdisciplinarno že po svoji zgradbi. Socialno delo se od drugih praktičnih znanosti (medicine, pedagogike, prava) razlikuje po tem, da ne daje predvidljivih rezultatov (standariziranega zdravljenja, izobraževanja ali pravice), temveč zgolj možnost večjega blagostanja v posameznih primerih. V današnjih primerih, ko so spoznanja problemov²⁹ že razmeroma kompleksna, se pojavljajo novi pristopi za reševanje, ki terjajo znanja različnih strok, ki je v rehabilitacijskem prostoru nujen za učinkovito doseganje sprememb.

Duševno zdravje³⁰ ni enotna disciplina temveč interdisciplinarno znanstveno in strokovno področje. Kot tako postavlja bistvena vprašanje različnim akademskim in strokovnim disciplinam, ki se dotikajo osnovnih predpostavk npr. o resnici in razumu, o zdravju in bolezni, svobodi in skrbi, znanju in spretnostih, individualnosti in družbenih izmenjavah in še veliko drugih. Ti izzivi očrtujejo strukturo interdisciplinarnega področja duševnega zdravja, ki je bistveno drugačno od strukture tradicionalnih disciplin. Označuje ga raznolikost, povezava in konsistentna razdrobljenost, gibanje in praktična utopija. S primeri lahko pokažemo, da so glavna načela, ki nas vodijo na tem področju pragmatika, kontekstualnost in reflektivnost kot tudi premik moči. Mejne stroke – nujne za delovanje in razumevanje socialnega dela: Pravo:³¹

- Kazensko, družinsko, procesno, delovno, socialnega varstva.

²⁸Zaviršek, Darja. (2002): Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje/Darja Zaviršek, Jelka Zorn, Petra Videmšek. Ljubljana: Študentska založba-(Knjižna zbirka Scripta).

²⁹Zalar, Bojan. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: Šent.

³⁰Flaker, Vito. (2004): Duševno zdravje v skupnosti kot interdisciplinarni izziv disciplinam: predpostavke za izobraževanje in usposabljanje. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

³¹Flaker, Vito. (2003): Oris metod socialnega dela: Uvod v katalog centrov za socialno delo. Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

Socialno delo je tesno povezano s pravom³², saj pravzaprav pomeni enega izmed načinov uresničevanja socialnih pravic ljudi, te pa so pravno formulirane. Socialno delo iz različnih pravnih panog črpa temelje za oblikovanje svoje teorije, na drugi strani pa uresničuje naloge, ki so vsebovane v nekaterih pravnih normah. Odnos med socialnim delom in pravnimi panogami zasledimo na področju ustavnega prava, upravnega prava, družinskega prava, kazenskega prava, delovnega prava, socialne varnosti in mednarodnega prava. Sociologija.³³

- vsakdanjega življenja, socialna politika, kulturologija.

Sociologija³⁴ je veda o družbi, njenih oblikah, zakonitostih in razvoju. Socialno delo je bilo že ob nastanku usmerjeno v odkrivanje družbenih vzrokov socialnih problemov in težav ljudi (o tem priča že prvo pomembnejše delo s tega področja »Social Diagnosis« iz leta 1917), kar pomeni da je bilo tesno povezano s sociologijo. Vendar je močan vpliv psihoanalize pozneje preusmeril pozornost na osebne dejavnike človeških stisk, s čimer je prevladal vpliv psihologije in psihiatrije. Sociologija začneja s proučevanjem globalnih družbenih odnosov in pride tudi do položaja posameznika v družbi, socialno delo pa se ukvarja z življenjskimi razmerami posameznikov, skupin in skupnosti, s čimer spoznava tudi globalne družbene odnose. Socialnemu delu je zelo blizu socialna patologija, ki obravnava družbene negativne pojave, odklonsko vedenje. Socialno delo je sredstvo socialne politike. Konkretni cilji socialne politike v povezavi z socialnim delom vidimo v povečanju ekonomske in socialne varnosti ljudi ter ustvarjanje ugodnih možnosti za splošen družbeni razvoj in za vsestranski razvoj osebnosti na temelju povečanja produktivnosti dela in dohodka, v zmanjševanju socialnih razlik, v uspešnejšem reševanju problemov zaposlovanja in stanovanjskih vprašanj in v razvoju izobraževanja in družbene skrbi za otroke itd. Psihologija.³⁵

- socialna psihologija, psihologija stresa in krize, psihologija družine, psihologija osebnosti.

Psihologija³⁶ je obča znanost, ki proučuje splošne vidike in značilnosti duševnih pojavov in vedenja človeka – spoznavanje, učenje, pomnjenje, mišljenje, čustvovanje, motivacije in integralne vidike vedenja kot je osebnost. Razvojna psihologija, ki proučuje duševni razvoj in značilnosti človeka v različnih življenjskih obdobjih, je za socialno delo, ki se srečuje z ljudmi vseh generacij, nepogrešljiva. Socialna psihologija preučuje psihične pojave v

³²Milošević.Vida.(1989):Socialno delo.Ljubljana.Samozaložba.

³³Flaker,Vito.(2003):Oris metod socialnega dela:Uvod v katalog centrov za socialno delo.Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

³⁴Milošević.Vida.(1989):Socialno delo.Ljubljana.Samozaložba.

³⁵Flaker,Vito.(2003):Oris metod socialnega dela:Uvod v katalog centrov za socialno delo.Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

³⁶Milošević.Vida.(1989):Socialno delo.Ljubljana.Samozaložba.

odvisnosti od socialnih razmerij in je prispevala bistvena spoznanja k razvoju metode socialnega dela s skupino. Psihologija daje temeljna izhodišča za razumevanje socialnih težav posameznikov in skupin, reagiranje ljudi na različne življenjske težave in za spoznavanje osebnostnih lastnosti, kar daje temelje za uspešno delo z ljudmi. Vse to je socialno delo oblikovalo s pomočjo psiholoških spoznanj, kot so: teorija osebnosti, dinamika in razvoj osebnosti, potrebe človeka in posledice prikrajšanosti pri zadovoljevanju teh potreb, človekovo vedenje v kriznih situacijah, pojem »jaza«, socialno učenje, psihološke značilnosti posameznikov, dinamika skupin, medsebojni odnosi. Pedagogika.³⁷

- socialna pedagogika, andragogika, obča pedagogika, defektologija.

Z metodami socialnega dela pogosto delujemo v smislu vzgoje³⁸, prevzgoje in usposabljanja ljudi za samostojno življenje in delo, pri čemer je znanje pedagogike nujno. Pedagogika pomaga socialnemu delu pri odkrivanju in aktiviranju pozitivnih lastnosti in sil osebnosti. Za socialno delo je nujno tudi poznavanje andragogike, ki se ukvarja z vzgojo in izobraževanjem odraslih. Socialni delavci smo pogosto v vlogi andragogov, saj morajo svoje znanje prenašati na druge, jih motivirati za razne dejavnosti, vplivati na njihova stališča in mnenja ter jih ozaveščati. Specialna pedagogika pomaga socialnemu delavcu pri spoznavanju potreb in problemov ljudi z različnimi motnjami, pa tudi možnost za usposobitev teh ljudi za življenje in delo. Medicina.³⁹

- psihiatrija, socialna medicina, onkologija, geriatrija, ginekologija, medicina zasvojenosti.

Med eksaktnimi znanostmi je medicina⁴⁰ najbolj povezana s socialnim delom. Zelo preprosta in seveda tudi precej poenostavljena je primerjava, da medicina zdravi organske bolezni, socialno delo pa družbene. Vemo, da so človeške težave zelo zapletene in da organske bolezni povzročijo tudi psihične motnje, s tem pa tudi omajajo socialno ravnovesje človeka, zato je nujno tesno sodelovanje med strokama. Socialno delo je najtesneje povezano s socialno medicino, ki se ukvarja z družbenimi vidiki zdravja, socialno delo pa se pogosto srečuje s posledicami socialnih bolezni (alkoholizem, prostitucija, itd.)

Socialna psihiatrija pomeni usmeritev in poudarjanje vloge družbenih dejavnikov pri nastajanju, razvoju in zdravljenju duševnih bolezni. Tako usmerjena psihiatrija je nujno morala pritegniti k svojemu delu tudi socialne delavce, saj poznajo družbene pojave in njihov vpliv

³⁷Flaker, Vito. (2003): Oris metod socialnega dela: Uvod v katalog centrov za socialno delo. Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

³⁸Milošević, Vida. (1989): Socialno delo. Ljubljana. Samozaložba.

³⁹Flaker, Vito. (2003): Oris metod socialnega dela: Uvod v katalog centrov za socialno delo. Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

na osebnost. Danes so socialni delavci in delavke nepogrešljivi člani strokovnega tima. Ostalo:⁴¹

Kriminologija, Kriminalistika in policijske vede, Filozofija, Organizacijske vede, Antropologija, Upravne vede, Politologija.

Socialno delo v interdisciplinarnem smislu torej lahko:

➤ deluje kot prevajalec med vedami in poklici in med strokovnjaki in uporabniki in njihovimi bližnjimi skrbniki; povezuje procese v timu z vsakdanjim socialnim kontekstom uporabnika in z institucionalnimi realitetami v zvezi s sredstvi in situacijami; prevaja teorijo v akcijo, pri čemer uporablja priročne potenciale in se izogiba vnaprej predvidenih standardiziranih rezultatov.⁴²

Teorija socialnega dela, njegove metode in tehnike pomenijo uporabo teorije in praktičnih izkušenj različnih znanstvenih disciplin, povezanih v kvalitativno novo celoto. Socialno delo je v veliki meri sinteza spoznanj drugih strok, hkrati pa je socialno delo v svojem razvoju oblikovalo tudi svoja spoznanja, ki so nastajala predvsem ob praktičnih izkušnjah, in razvilo posebne strokovne pojme, metode dela, tehnike in zakonitosti.⁴³

2.3 Socialno delo v psihiatrični bolnišnici

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot popolno fizično, psihično in socialno blaginjo, zato prisotnost socialnega delavca oz. delavke v zdravstvenih organizacijah ni slučajno. Socialno delo v zdravstvu se je kot poklicna dejavnost začelo v ZDA. Prvi »medicinski socialni delavec« je bil zaposlen že leta 1893 in to na podlagi ugotovitve, da je treba spoznati socialno-ekonomske razmere bolnika, ker to bistveno vpliva na uspešnost zdravljenja. Socialni delavec naj bi spoznal pacientove težave in jih poskušal odpraviti z nasveti in intervencijami v njegovem okolju.⁴⁴

⁴⁰Milošević. Vida.(1989):Socialno delo.Ljubljana.Samozaložba.

⁴¹Flaker, Vito.(2003):Oris metod socialnega dela:Uvod v katalog centrov za socialno delo.Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

⁴²Zaviršek,Darja.(2002): Inovativne metode v socialnem delu:opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje/Darja Zaviršek,Jelka Zorn,Petra Videmšek.Ljubljana:Študentska založba-(Knjižna zbirka Scripta).

⁴³Milošević. Vida.(1989):Socialno delo.Ljubljana.Samozaložba.

⁴⁴Milošević. Vida.(1989):Socialno delo.Ljubljana.Samozaložba.

Socialno delo v psihiatriji oz. psihiatrični bolnišnici zaradi specialnosti zahteva modifikacijo del. Delo in naloge socialne službe bi lahko v grobem razdelili:

➤ naloge v zvezi s sprejemom pacienta (proučevanje problemov, ki so v zvezi z boleznijo, pomoč pri adaptaciji na novo okolje, zbiranje podatkov o družinskih razmerah in seznanjanje zdravstvenega osebja s tem, seznanjanje bolnika s finančnimi vprašanji v zvezi z zdravljenjem itd.), naloge v času bolnišničnega zdravljenja (izvajanje socialne terapije bolnika v sodelovanju z zdravnikom, pomoč bolniku pri reševanju njegovih socialnih težav in prilagajanje na nove razmere, pri njegovem aktivnem vključevanju ter vključevanju družine in po potrebi ustreznih služb, seznanjanje strokovnega tima z okoliščinami v zvezi z njegovimi socialnimi razmerami, sodelovanje z bolnikovim okoljem in odpravljanje dejavnikov, ki slabo vplivajo na telesno in duševno stanje pacienta, delo ob odpustu iz bolnišnice (razvijanje raznih socialnih programov v zdravstvenih institucijah, sodelovanje z drugimi zdravstvenimi organizacijami, centri za socialno delo, delovnimi organizacijami, urejanje raznih objektivnih problemov, npr. upokožitev, namestitev v dom ter oblike psihosocialne pomoči bolniku, da se prilagodi na nove razmere.

2.3.1 Socialna služba - vloga in delo socialnega delavca oz. socialne delavke

Splošno znano je, da dejavniki iz človekovega okolja lahko preprečijo bolezen ali pa vplivajo na njen pojav in razvoj, zato so se zdravstvenim profilom pridružili tudi paramedicinski, kot so socialni delavci, psihologi in drugi.⁴⁵ Vloga socialnega delavca oz. delavke v psihiatrični bolnišnici je bila v preteklosti precej bolj obrobna in pasivna. Čeprav je delež socialnih delavcev in delavk v psihiatriji neprecenljive vrednosti je delo z »duševnimi bolniki« v glavnem potekalo tako, da so socialni delavci in delavke te ljudi napotili k psihiatru oziroma so jih oskrbovali. Socialni delavci in delavke so veljali za pomožne sodelavce psihiatra. Obrobna vloga socialnega dela je podpirala dominantno vlogo psihiatrije, hkrati pa je prevlada psihiatrije socialnemu delu jemala možnosti, da uveljavi bolj avtonomno prakso na tem področju.⁴⁶

Socialno delo⁴⁷ je povezano z zdravstvenimi problemi, čeprav ta povezava ni zmeraj očitna – povezanost zdravstvenih težav z socialnimi stiskami ljudi. Socialni delavec oz. delavka v

⁴⁵Milošević, Vida. (1989): Socialno delo. Ljubljana. Samozaložba.

⁴⁶Flaker, Vito, Leskošek, Vesna. (1995): Vpliv študija duševnega zdravja v skupnosti na socialno delo na področju duševnega zdravja. V Socialno delo-letnik 34, št. 6. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁴⁷Kovačević, Milenko. Socialna služba. Interno gradivo. Maribor. Splošna bolnišnica Maribor-oddelek za psihiatrijo.

zdravstvu naj bi spoznal pacientove težave in jih poizkušal odpraviti z nasveti in intervencijami v njegovem okolju. Socialno delo, kot samostojna veda in stroka, ki s svojimi lastnimi metodami in zanj značilnim celostnim obravnavanjem stisk človeškega življenja, v psihiatriji zaseda nekoliko posebno mesto. Posebno zato, ker izhaja iz specifičnih teoretičnih konceptov, ki osvetljujejo in pomagajo razumeti naravo stisk uporabnikov in zato, ker je prilagojeno specifičnim in praktičnim metodam dela.

Duševno motnjo je možno razumeti in razložiti tudi kot eden od načinov oziroma načinov prilagajanja v porušenem ravnotežju življenja posameznika. Zdrs v duševno motnjo je torej izhod za človeka, ki ne zmore normalnega funkcioniranja, ki velja za večino populacije. Poizkus prilagajanja, ki pa je po večini neprimeren, ko ta trči v zid družbenega nesprejemanja, se kaj hitro sprevrže v brezupno ponavljanje. Posledica je pogosto poglobitev duševne motnje in socialne osamitve. Tudi pri nastajanju socialne stiske sodelujejo številni dejavniki, kot npr.:

- družina (znotraj družine odnosi in komunikacija), poklic in kariera, dom, materialni status, odnosi v skupnosti, vloge, čustveno in duhovno življenje.

Narava⁴⁸ stiske je, da človek pri iskanju ravnotežja izbira zanj ustrezne načine prilagajanja. Ko je človeku nekaj, kar mu je zelo pomembno ogroženo, bo človek navadno odreagiral stresno. Stresno bo odreagiral tudi, če uporabnik oceni, da je v njegovem življenju nekaj narobe, čeprav to ni res. Dolgo časa trajajoča stiska lahko pripomore k slabšanju osebnega funkcioniranja. Takrat se običajno zgodi, da dotedanje obrambne drže ne zdržijo več in se umaknejo drugim, manj primernim. Socialna stiska in duševna motnja, kot kompleksna pojava, se medsebojno prepletata, tako da drug na drugega pogosto vplivata in se pogojujeta. Pogosto se dogaja, da nenadna ali dolgotrajna stiska pripomore k nastajanju duševne motnje. Socialno težavo in resen problem lahko doživi nekdo, ki je zaradi duševne motnje socialno odrinjen in osamljen. Prav tako je možno, da zaradi narave duševne motnje pride do upada socialnega funkcioniranja. Omenjena pojava se delno pogojujeta in sta obstojna tudi sama zase. Vloga socialnega delavca oz. socialne delavke v psihiatriji se nanaša tudi na obstoj več strokovnih ved znotraj sistema psihiatrije, kot je bilo to opisano. Težnja k enakovrednemu deležu v sistemu se vidi predvsem v njegovi integraciji v strokovni tim.

⁴⁸Kovačević, Milenko. Socialna služba. Interno gradivo. Maribor. Splošna bolnišnica Maribor-oddelek za psihiatrijo.

V⁴⁹ Sloveniji je socialno delo samostojna veda in stroka novejšega časa z lastnimi metodami in zanj značilnim celostnim obravnavanjem stisk, materialnih težav ter odnosov.

Metode socialnega dela celovito obravnavajo človeka in njegove potrebe, tako da upoštevajo biološke, psihološke, socialne, ekonomske in druge vidike obstoja. Zagotavljajo pomoč v konkretni življenjski situaciji. Večina sodobnih definicij socialnega dela poudarja, da je temeljni namen socialnega dela pospeševati socialno funkcioniranje, odnose posameznika z drugimi ljudmi ter njegovo povezanost z družbenim okoljem.

Tesno sodelovanje z uporabniki⁵⁰ in spoštovanje njihovih izkušenj nas privede do spoznanja, da se moramo za zmeraj posloviti od binarne predstave, da se ljudje delijo na bolne in na zdrave in od prepričanja, da lahko nekoga »ozdravimo«, medtem ko drugi zaradi »narave bolezni« ostane za zmeraj »bolan«. Zaradi takšne delitve so v preteklosti številni ljudje preminuli v azilih in zavodih.

Težave⁵¹ na področju duševnega zdravja so pomemben dejavnik v vsaki družbi in v vseh starostnih skupinah, saj znatno prispevajo k bremenu bolezni. Spremljajoča izguba kvalitete življenja lahko povzroči trpljenje in nezmožnost delovanja, ter poveča možnost izključitve znotraj družbe in smrtnost. Obenem pa lahko stigmatiziranje v povezavi z duševnim zdravjem negativno vpliva na družbeno neenakost in vključevanje v družbo.

V večini primerov⁵² ljudje uspešno obvladujejo svoje vsakdanje življenjske naloge, premagujejo stresne situacije in tako rekoč mimogrede razrešijo tudi kakšno življenjsko krizo; v določenih situacijah pa se srečujejo s problemi, ki jim sami niso kos.

Ti problemi so lahko osebni, povezani na primer z nerazvito osebnostjo ali s prirojenimi lastnostmi; lahko gre za družinske probleme, ki izhajajo iz družinskih razmer, ali za probleme, ki jih povzročajo pritiski ali pomanjkanje sredstev v skupnosti.

Nobena socialno-ekonomska ali starostna skupina v družbi se ne more v celoti izogniti težavam, ki ovirajo socialno funkcioniranje njenih članov, njihove socialne obveze in prispevke v družini, šoli, na delovnem mestu ali v kakšen drugem socialnem okolju. Zato se socialno delo že zdavnaj več ne omejuje na deprivilegirane in marginalizirane posameznike in skupine, temveč se ukvarja s celotno populacijo.

⁴⁹ Ambrožič, Martina. (2002). Socialno delo v bolnišnici. Diplomski naloga. Visoka šola za socialno delo. Ljubljana.

⁵⁰ Zaviršek, Darja. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

⁵¹ Marušič, Andrej. (2004): Med-kulturno izobraževanje na področju duševnega zdravja. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

⁵² Ambrožič, Martina. (2002). Socialno delo v bolnišnici. Diplomski naloga. Visoka šola za socialno delo. Ljubljana.

Socialno delo je poslanstvo na treh področjih, in sicer:

➤ pomoč ljudem za učinkovitejše reševanje problemov in odgovorno soočanje z različnimi življenjskimi situacijami, pomoč pri iskanju ustreznih oblik pomoči in storitev, kar socialni delavci lahko zagotavljajo, saj delujejo v različnih sistemih, kot so socialne službe, lokalne in druge službe, državni organi, povezovanje ljudi s sistemi, da bi si tako zagotovili dostop do razpoložljivih virov in različnih življenjskih priložnosti.

Socialno delo se torej ukvarja predvsem s podpiranjem socialnega funkcioniranja ljudi. Ne glede na področje prakse, kjer delajo, imajo socialni delavci ključno vlogo pri tem, da omogočijo ljudem dostop do različnih oblik pomoči, storitev in dajatev, ki jih potrebujejo. Vsak socialni delavec mora dobro poznati ne le svoje ožje področje dela, temveč tudi bistvene značilnosti drugih področij. Na kratko bi lahko delo socialne službe opredelili:

➤ Naloge v zvezi s sprejemom pacienta oz. pacientke: pomoč pri adaptaciji na novo okolje, zbiranje podatkov o družinskih razmerah in seznanjanje zdravstvenega osebja s tem, seznanjanje bolnika oz. bolnice s finančnimi vprašanji v zvezi z zdravljenjem,...Naloge v času bolnišničnega zdravljenja so: pomoč bolniku oz. bolnici pri reševanju socialnih težav in prilagajanju na nove razmere, pri aktivnem vključevanju ter vključevanju družine in po potrebi ustreznih služb, seznanjanje strokovnega tima z okoliščinami v zvezi z socialnimi razmerami, Delo ob odpustu iz bolnišnice: urejanje raznih objektivnih problemov, npr. upokožitev, namestitvev v dom in druge oblike psihosocialne pomoči, kot so: pomoč bolniku oz. bolnici, da se prilagodi na nove razmere; invalidnost, predčasna upokožitev.

"Nove besede"⁵³ v razvijajočem se jeziku socialnega dela podpirajo paradigmatski premik v praksi in nadomeščajo ali dopolnjujejo tradicionalne koncepte. Diagnozo, obravnavo, oceno, odločbo nadomestijo ali dopolnijo odkrivanje, soustvarjanje, sodelovanje, spreminjanje, opolnomočenje - pa delovni odnos, načrt skrbi, timsko delo, skupnost, soseska, ekologija. Socialno delo je k cilju usmerjen projekt pomoči oziroma soustvarjanja rešitev za kompleksne socialne probleme ljudi. Paradigmatski premiki, ki so se zgodili v socialnem delu in v jeziku stroke, zajemajo tri pomembna poglavja:

1. kako vzpostaviti in vzdrževati projekte pomoči in kontekst socialnega dela,
2. udeležенost uporabnice, uporabnika, znanje za ravnanje, ki je potrebno za ohranjanje konteksta socialnega dela,
3. definicija interdisciplinarnosti v socialnem delu. Dober temelj za oblikovanje konsistentnega konteksta socialnega dela je etika udeležенosti, ki sega od

⁵³Čačinovič-Vogrincič, Gabi. (2003): Notranja nasprotja socialnega dela pri uresničevanju človekovih pravic v postmodernih družbah. V Socialno delo-letnik 42, št. 4-5. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

brezpogojnega spoštovanja edinstvenosti človeka prek tkanja socialnih mrež do dela v skupnosti in politične akcije.

V psihiatrično bolnišnico so sprejeti pacienti in pacientke iz različnih skupin uporabnikov, ki jih socialna služba obravnava, jim poskuša pomagati iz nastale situacije z metodami svetovanja in pogovarjanja, z ocenjevanjem nastale situacije, seveda z skupinskim delom služb znotraj bolnišnice in zunaj nje. Med skupine uporabnikov, ki prihajajo v bolnišnico prvič ali večkrat bi lahko uvrstili:⁵⁴ Skupine: otroci, mladi, stari, brezdomci, nezaposleni, zaposleni, reveži, povratniki iz zaporov, uporabniki psihiatričnih služb, ljudje, ki imajo težave povezane z uživanjem prepovedanih drog, alkohola, ljudje, ki so gibalno ovirani, ljudje z nalepko duševno prizadetih, družine in njihovi problemi, priseljenci, Romi, zlorabljene in trpinčene ženske, vodje delovnih skupin, migranti, azilanti, begunci, kronični bolniki.

Med kompleksne problematične situacije, bi lahko uvrstili: Situacije: kompleksne problematične situacije, krize (finančne, psihične, eksistenčne in eksistencialne, abstinenčne, življenjski dogodki, identitete), potreba po organizirani in kontinuirani skrbi, pomoči, podpori, odpusti iz institucij, težave s stanovanjem in bivanjem, pomanjkljive socialne mreže, težave v stikih z ljudmi, stiske v zvezi s samostojnostjo in pripadnostjo, nova okolja, konflikti z okoljem (šolo, družino, delovno mesto), stigmatizacija in diskriminacija, pomanjkanje ustreznih družbenih vlog ali težave pri vstopanju.

Bernarda Konjar⁵⁵ omenja nekaj pristopov k razumevanju vloge pomagajočega in poudarja pomen osebnostne rasti in vsestranskega razvoja človekovih potencialov. Socialni delavci in delavke zadovoljujejo svoje potrebe po samorealizaciji, po osebnostni rasti, vključevanju v socialno mrežo, dejavnem sodelovanju v socialnem prostoru, dopolnjevanju znanja, socialnih izkušenj in pridobivanju bolj realistične podobe o institucionalnih in družbenih zakonitosti in odnosih. Funkcionalna teorija poudarja pomen uspešnega izvajanja vlog, ki jih ima posameznik v mreži socialnih odnosov. Vloga pomagajočega je, da pomaga uporabniku, da razvije svojo vlogo v paru z osebo, ki nudi pomoč. Uporabnik ob pomoči pomagajočega poišče svoje resurse in spremeni svojo samopodobo. Človek mora imeti občutek, da zmore in dobi priznanje s strani okolja. Fenomenološki pristop (Bandura, Duval, Wicklund in Lazarus) poudarja, da se človekovo vedenje spreminja v skladu s tem, kako se subjektivno zaveda samega sebe in svoje dejavnosti. Povratna informacija (feed-back) pomagajočega lahko

⁵⁴Flaker, Vito.(2003):Oris metod socialnega dela:Uvod v katalog centrov za socialno delo.Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

⁵⁵Konjar,Bernarda.(2000):Iskanje razvojnih možnosti in novih oblik socialnega dela z osebo s psihiatrično

pomembno vpliva na ozaveščanje klientovega vedenja in možnost spremembe. Antifenomenološki pristop razlaga, da je vedenje v skupini odvisno od motivacijskih stanj.

Socialna služba se med drugim ukvarja tudi z psihosocialno rehabilitacijo⁵⁶ ljudem s posebnimi potrebami in sicer v razvoju rehabilitacijske oskrbe, nudi podporo, ki jo potrebujejo za ponovno vrnitev v skupnost ter jim kot članom skupnosti omogoča optimalno kvaliteto življenja. Psihosocialna rehabilitacija želi posameznikom pomagati pri okrevanju od duševne bolezni ter jim omogočiti ponovno integracijo v skupnost. Takšna oskrba pa vključuje podporo pri bivanju, zaposlitvi, podporo pri učenju, uskladitev nege in individualno obravnavo. Oskrba s psihosocialno rehabilitacijo in zdravstvena oskrba skupaj tvorita jedro modernega sistema za duševno zdravje.

2.3.1.1 Naloge oz. storitve socialne službe

Socialni delavec oz. delavka⁵⁷ je samostojen, samostojna strokovni/strokovna delavec/delavka, odgovoren/odgovorna za izvajanje del in nalog iz področja socialne problematike občanov na zdravljenju zaradi psihičnih težav ali odvisnosti od psihoaktivnih snovi in z njo povezanimi zapleti. Pogoji za dobro opravljeno delo so: dobro strokovno znanje, etična odgovornost, profesionalnost, sposobnost učinkovitega dvosmernega komuniciranja, ustrezne organizacijske spretnosti in sposobnost vključevanja v timsko delo. Poleg znanja,⁵⁸ ki naj bo čim širše, ima socialni delavec oz. delavka še kot delovno orodje svojo osebnost. Ta naj bo primerno humana, dostopna, odprta in fleksibilna. Poudarek je na osebni integriranosti, ki se doseže tudi skozi strokovno in osebnostno rast. Le dovolj sestavljena osebnost strokovnjaka lahko nudi ustrezno pomoč pacientom. Če naj uresničimo osnovni cilj, ki ga postavljamo v socialnem delu, da pacientu oz. pacientki pomagamo dvigniti nivo socialnega funkcioniranja, moramo uporabiti odnos kot osnovno sredstvo socialnega dela. Odnos do pacienta oz. pacientke je temelj vseh intervenc. Primeren odnos do

diagnozo. Diplomaska naloga. Visoka šola za socialno delo.

⁵⁶Wilken, Pierre, Jean. (2004): Challenges in Mental Health Care Education-Current Issues in Western and Eastern Europe. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

⁵⁷Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični bolnišnici Idrija. Interno gradivo. Idrija. Psihiatrična bolnišnica Idrija.

⁵⁸Kovačević, Milenko. Socialna služba. Interno gradivo. Maribor. Splošna bolnišnica Maribor-oddelek za psihiatrijo.

pacienta oz. pacientke pomeni: da smo sposobni pacienta oz. pacientko zares sprejemati v vsej njegovi doživljajski in funkcionalni drugačnosti; da pacientu oz. pacientki v procesu dela nudimo občutek varnosti; da pacientu oz. pacientki ves čas trajanja ukrepa nudimo enakovredno mesto v vseh fazah dela; moč odločanja o tem: kaj je problem, katere cilje in kako jih realizirati, je treba enakovredno porazdeliti med pacientom oz. pacientko in socialnim delavcem oz. delavko; da zagotovimo varnost in zaupnost njegovega položaja; da upoštevamo pacientove oz. pacientkine stvarne potrebe in želje, iz katerih izhaja predvsem izdelava načrta ukrepov in postavljanja osnovnih ciljev obravnave; seveda je treba biti pozoren in dovolj odziven na to, da je strokovnjak vedno vpleten v pacientovo oz. pacientkovo realnost tudi s svojo realnostjo; strokovnjak se naj ne izogiba takšnim pojavom, prav je, da ima čut za ta pojav, da je do njega odprt in da ga zna vgraditi v proces nujenja pomoči pacientu oz. pacientki.

Socialni delavec oz. delavka v psihiatriji svetuje, nudi podporo, pojasnjuje, informira, občasno poučuje pacienta oz. pacientko pri: reševanju trenutnih socialnih težav in problemov; reševanju in urejanju stanovanjskih razmer; reševanju stisk, povezanih s sredstvi za preživljanje; pomoči pri iskanju ustreznih zaposlitev; pomoči in podpori pri reševanju konfliktnih situacij v družini, na delovnem mestu in skupnosti; pomoči in podpori pri dvigovanju ravni samostojnosti z učenjem socialnih veščin; pomoči in podpori pri iskanju in realizaciji poti osamosvajanja; pomoči pri uveljavljanju in zaščiti človekovih pravic; pomoči pri reševanju eksistenčnih kriz (izgube službe, partnerja, stanovanja ipd.); nujenju pomoči pri iskanju ustrezne mreže pomoči v skupnosti; povezovanju pacienta oz. pacientko s sistemi pomoči; vključevanju pacienta oz. pacientke v skupnost s poudarkom na omilitvi problema stigmatizacije, vključevanju v aktivnosti in programe nevladnih organizacij; vključevanju v stanovanjske skupnosti nevladnih organizacij; podpori in urejanju zavodskega oz. domskega varstva za ostarele in za paciente oz. pacientke, ki zaradi duševnega in socialnega upada niso zmožni življenja v domačem okolju.

V skladu z dogovori znotraj oddelčnega tima sodelovanje v socioterapevtskih dejavnostih (vodenje skupin treninga asertivnosti, trening socialnih veščin, saj se v tovrstnih skupinah gradijo osnovni elementi bližine, zaupnosti, navezanosti in sprejetosti). Med naloge socialne službe⁵⁹ lahko štejemo: načrtovanje, izvajanje in vrednotenje psihosocialne rehabilitacije pri

⁵⁹Milošević, Vida. (2000): Profesionalne vloge socialnih delavcev pri delu z ljudmi. V: Socialno delo – letnik 39, št. 1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

posamezniku oz. posameznici; sodelovanje z uporabnikovim družinskim, delavnim in družbenim okoljem (pomoč pri reševanju stisk povezanih s sredstvi za preživljanje; pomoč pri iskanju ustreznih zaposlitev, pomoč in podpora pri reševanju konfliktnih situacij v družini, na delovnem mestu; nudenje pomoči pri iskanju ustrezne mreže pomoči v skupnosti, pomoč pri vključevanju uporabnika oz. uporabnice v skupnost s poudarkom na omilitvi problema stigmatizacije; terensko delo: spremstvo uporabnikov in uporabnic na njihove domove, na pristojne Centre za socialno delo, na ogled in ob namestitvi v domove upokojencev, stanovanjske skupine nevladnih organizacij za ostarele; in za uporabnike oz. uporabnice, ki zaradi duševnega in socialnega upada niso zmožni življenja v domačem okolju; pomoč pri uveljavljanju in zaščiti človekovih pravic; pomoč pri osvajanju znanj in spretnosti za učinkovito komunikacijo; pomoč pri načrtovanju kvalitetne porabe prostega časa, vključevanje v aktivnosti in programe nevladnih organizacij; strokovno sodelovanje z institucijami zdravstvenega in socialnega varstva.

Psihosocialna pomoč⁶⁰ pacientom oz. pacientkam vključuje pomoč pri:

➤ izgrajevanju pozitivne samopodobe in podpiranje aktivnega prizadevanja za spoštovanje človekovih pravic v bolnišnici in zunaj nje; vzpodbujanju odgovornosti uporabnikov oz. uporabnic za kompetentno odločanje o svojem življenju; razvijanju socialne mreže za uporabnike oz. uporabnice; vključevanju uporabnikov oz. uporabnice v načrtovanje novih dejavnosti; informiranju svojcev o naravi motnje ter o konstruktivnih načinih komuniciranja z uporabnikom oz. uporabnico; družinska intervencija pri reševanju konfliktov; spremstvo za osebe v duševni krizi zaradi razbremenitve družine; svetovanje v zvezi s psihofarmakološkim zdravljenjem.

Naloge socialne službe⁶¹ lahko razdelimo na delo na oddelku, delo v pisarni in terensko delo. Delo na oddelku zajema: pregled sprejemov prejšnjega dne, vročanje poštnih pošilk, vizita, timski sestanek, delo v skupini pacientov oz. pacientk na oddelku.

Delo v pisarni zajema: urejanje tekočih zadev v pisarni in preko telefonov, individualni razgovori s pacienti oz. pacientkami, pisanje dopisov, kontaktiranje s službami na terenu, pogovori s svojci, dokumentiranje postopkov pri urejanju ali razreševanju socialne

⁶⁰<http://www.ljudmila.org/altra>: (15.10.2003).

⁶¹Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični bolnišnici Idrija. Interno gradivo. Idrija. Psihiatrična bolnišnica Idrija.

problematike pri posameznem pacientu oz. pacientki, beleženje poteka psihosocialne rehabilitacije pri posameznem pacientu.

Delo na terenu zajema: urejanje zadev v mestu – s pacienti oz. pacientkami ali brez njih (banka, pošta, ZZZS,...), službena potovanja: spremljanje pacientov oz. pacientk na obiske svojih domov, na oglede in ob nameščanju v domove, zavode in stanovanjske skupnosti, na CSD, sodišča ipd.

Področje dela socialnih služb v psihiatričnih bolnišnicah je opisano v vseh internih aktih posameznih psihiatričnih bolnišnicah, ki zavzema splošne naloge socialnih služb, storitve socialnih služb bodo v nadaljevanju podrobneje opisane:

➤ dnevno pregleda in po potrebi poskrbi za dopolnitev dokumentov novo sprejetih pacientov oz. pacientk, načrtuje, izvaja in dokumentira postopke pri urejanju ali razreševanju problematike iz področja socialnega dela, bodisi samostojno, bodisi v dogovoru z ostalimi člani terapevtskega tima na oddelku, ureja tekoče zadeve in potrebe pacientov oz. pacientk, ugotavljanje socialnega statusa bolnika oz. bolnice, posredovanje podatkov zdravnikom, urejanje vseh zadev, ki ščitijo bolnikove pravice, posredovanje in omogočanje vrnitve bolnikov oz. bolnic v svoje okolje, svetovanje in nudenje pomoči odpuščenim bolnikom oz. bolnicam in njihovim svojcem, uporaba strokovnih postopkov, poznavanje zakonodaje na različnih področjih, zastavljeni cilji in pisna navodila, aktivno sodeluje v terapevtskem timu na oddelku, sodeluje v skladu z dogovori znotraj tima v socioterapevtskih dejavnostih na oddelku, načrtuje, izvaja, vrednoti in beleži psihosocialno rehabilitacijo pri posameznem pacientu oz. pacientki, sodeluje z bolnikovim družinskim, delovnim in družbenim okoljem, vzpodbuja in pomaga pri ponovnem vključevanju v socialno in delovno okolje, spodbuja prevzemanje učinkovitejših vedenjskih vzorcev, posreduje pri osvajanju znanj in spretnosti za reševanje problemskih situacij, uči učinkovite komunikacije, pomaga pri načrtovanju kvalitete porabe prostega časa, strokovno sodeluje z institucijami zdravstvenega varstva, socialnega varstva in socialnega skrbstva na terenu, izvaja edukacijsko in mentorsko delo s področja socialnega dela v psihiatriji, skrbi za lastno izobraževanje in uvajanje novih doktrinarnih pristopov pri pomoči ljudem v socialni stiski, usklajuje delo socialne službe z vodji drugih sektorjev ali služb zlasti s predstojnikom, glavno sestro in vodjo administracije na oddelkih ter direktorjem in vodjo splošnega sektorja bolnišnice.

Opis delovnega mesta socialnega delavca oz. delavke v socialni službi.⁶²

⁶²Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični bolnišnici Idrija. Interno gradivo. Idrija. Psihiatrična bolnišnica Idrija. Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični bolnišnici Vojnik. Interno gradivo.

- sodelovanje v psihoterapevtskem timu pri določanju ciljev rehabilitacije in programov zdravljenja, ugotavljanje in zbiranje informacij o socialnem stanju bolnikov oz. bolnic, svetovanje, pomoč pri odpravi dejavnikov socialnega problema, izvajanje nalog skupinskega terapevta pri bolnikih oz. bolnicah s socialno problematiko, sodelovanje z vsemi institucijami zunaj bolnišnice, katere se vključujejo v proces zdravljenja, obravnava ambulantnih bolnikov oz. bolnic, raziskovalno in pedagoško delo, ostala dela v okviru strokovne usposobljenosti, reševanje socialnih težav v obliki razgovora, dopisovanja, svetovanja, posredovanja in osebnega obiska, zbiranje objektivnih podatkov in izdelava socialne anamneze, ki pomaga pri diagnosticiranju hospitaliziranih bolnikov oz. bolnic, sodelovanje s podjetji, zavodi, občinami, KS, zavodi za zaposlovanje, patronažno službo, sodelovanje s socioterapevtskimi skupnostmi, klubi zdravljenih alkoholikov, urejanje medsebojnih odnosov bolnikov z njihovimi svojci, urejanje in posredovanje bolnikom v naslednjih težavah: odnosi v družini, plačila, nadomestila, denarne pomoči, zaposlitve, iskanje novega okolja (dom počitka, tuje družine), nabava obleke, razpolaga z bolnikovim denarjem, sodelovanje pri skupinskem delu, opravljanje terapevtskega dela v skupini bolnikov, sodelovanje pri organizaciji učnih ur, krožkov, delovne terapije, rekreacije, razvedrilne terapije, opravljanje pripadajočih administrativnih del, odkrivanje, reševanje socialnih problemov bolnikov oz. bolnic, vodenje razgovorov z bolniki, ki jim je potrebna pomoč – jemanje socialne anamneze, občasno obiskovanje družin obravnavanih bolnikov oz. bolnic ter zbiranje podatkov o bolnikovih socialnih razmerah, urejanje domskih namestitev ostarelim, bolnim in gmotno ogroženih bolnikov oz. bolnic, pomoč pri urejanju izplačevanja pokojnin in ostalih izplačil v času bolnišničnega zdravljenja, sodelovanje s centri za socialno delo, KS, delodajalci bolnikov oz. bolnic in njihovimi svojci, opravljanje drugih del s svojega strokovnega področja po navodilu predpostavljenega sestavlja socialna poročila in mnenja, sodeluje pri viziti in v terapevtski skupnosti, dokumentira in arhivira socialne podatke o bolniku oz. bolnici, urejanje urgentnih zadev pomembnih za bolnika oz. bolnico (skrb za otroke, zagotoviti varovanje stanovanj - če bolnik oz. bolnica živi sam/sama - da ne pride do škode, obvestiti sorodnike o zdravljenju bolnika oz. bolnice pri nas), povezava s CSD, patronažnimi službami, delovnimi organizacijami (za pridobitev objektivnih podatkov iz bolnikovega ožjega in širšega okolja),

Vojnik. Psihiatrična bolnišnica Vojnik. Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični bolnišnici Begunje. Interno gradivo. Begunje. Psihiatrična bolnišnica Begunje. Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični bolnišnici Ormož. Interno gradivo. Ormož. Psihiatrična bolnišnica Ormož. Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični kliniki Ljubljana. Interno gradivo. Ljubljana. Psihiatrična klinika bolnišnica Ljubljana. Opisi del in nalog socialne službe v splošni bolnišnici Maribor-oddelek za psihiatrijo. Interno gradivo. Maribor. Splošna bolnišnica Maribor-oddelek za psihiatrijo.

urejanje zdravstvenega zavarovanja (obveznega in prostovoljnega), urejanje finančnih zadev bolnika skupaj z njim oz. njegovim pooblastilom, pomoč pri raznih nakupih v kolikor bolniki oz. bolnice nimajo svojcev, včasih pa tudi ko ti so, obiski na domu bolnikov oz. bolnic skupaj z njimi, včasih tudi s sodelovanjem pristojne socialne službe s terena in patronaže, pogovori s svojci, skrbniki bolnikov oz. bolnic, sodelovanje skupaj z zdravnikom pri sprožitvi postopka za odvzem poslovne sposobnosti oz. postavitvi skrbnika za poseben primer, pomoč bolnikom pri urejanju različnih pravnih zadev z njihovim pooblastilom ipd.

2.3.1.1.1 Najpogostejši problemi uporabnikov oz. uporabnic

Med ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami⁶³ prištevamo paciente vrtečih se vrat, ki občasno uporabljajo medicinske usluge in osebe z dolгим obdobjem bivanja v psihiatričnih bolnišnicah in v socialnih zavodih. Znotraj duševnega zdravja pa velja upoštevati tudi tiste osebe, ki doživijo enkratne globoke čustvene krize in zanje iščejo strokovno pomoč. Najpogostejši problemi s katerimi se srečujejo ljudje v duševnih krizah so: Prevlada medicinskega modela v razumevanju duševnega trpljenja: To se kaže predvsem v pomanjkanju izbir za osebe v času krize, ki poleg prisilne ali prostovoljne namestitve v psihiatrično bolnico nimajo drugih možnosti za pomoč.

Hospitalizem, ki se kaže tako, da oseba prevzame določen stil vedenja, ki se ga nauči v instituciji in ima vse manj moči za življenje v skupnosti. Ekonomska in stanovanjska stiska, ki je povezana z vse večjo brezposelnostjo ljudi s psihiatričnimi diagnozami in brezdomstvom če ne morejo ali nočejo več živeti v primarni družini. Stigma, ki se nalepi na osebo, ki je uporabnik psihiatrije. Raziskave so ugotovile, da na stigmatizacijo, ki jo dobi oseba z duševnimi krizami, vplivajo predvsem izbrani viri pomoči, ki jih človek dobi ali izbere v času krize. Iste krize v katerih so posamezniki iskali pomoč pri splošnem zdravniku ali duhovniku, niso sprožile procesov stigmatizacije. To se je zgodilo šele v primerih, ko so ljudje iskali pomoč pri psihiatrih. Izolacija in osamljenost, ki sta povezani s stigmo, nizkim ekonomskim statusom in nizko stopnjo samozavesti. Doživljanje depersonalizacije in pridobivanje negativne identitete v procesu hospitalizacij in v procesu vračanja v skupnost.

⁶³Zaviršek, Darja, Škerjanc, Jelka.(1998):Analiza položaja izključenih družbenih skupin v Sloveniji in predlogi za zmanjševanje njihove izključenosti v sistemu socialnega varstva.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo. Ljubljana.

Večina problemov, s katerimi se uporabniki obračajo⁶⁴ na nas, je mešane narave, pravne in psihosocialne narave. Pravna pomoč uporabnikom in bivšim uporabnikom psihiatričnih uslug vključuje pomoč pri reševanju problemov z nasveti in z napotitvijo k pristojnim organom:

kršitve pravic v zvezi s prisilno hospitalizacijo, zasebne tožbe in nasveti v zvezi z lastninskimi in drugimi spori z družino, stanodajalcem ali delodajalcem, kršitve v zvezi z odvzemom opravilne sposobnosti, skrbništvom in invalidsko upokojitvijo, kršitve temeljnih človekovih pravic.

Danes največ diskriminacije doživljajo posameznice in posamezniki, ki doživljajo več kot eno obliko prikrajšanosti. Njihov družbeni položaj zaznamujejo tri vrste diskriminatornosti in izključenosti:⁶⁵ ekonomska – ker je v današnjih zahodnih družbah obča vrednota subjekt, ki je sposoben ustvarjati dobiček in se na zunaj zdi povsem avtonomen in neodvisen, je ekonomska prikrajšanost temelj za številne druge diskriminacije; socialna – subjekti nimajo družbenega vpliva in ne zasedajo tistih delovnih mest ter tistih družbeno pozitivno vrednotenih družbenih vlog, ki bi jim prinesle socialno pozitivno vrednoteno identiteto in določeno količino vpliva in moči v procesih odločanja; kulturna – ker so družbene norme povezane z večinsko normo normalnosti temelji kulturna diskriminacija na poniževanju ljudi, katerim se pripisujejo negativne lastnosti in na povzdigovanju tistih, ki se jim v določeni kulturi pripisujejo pozitivne lastnosti, ki naj potrjujejo obstoječe ideale telesne lepote, kreposti in inteligence, ustreznega imena, kar so lastnosti pripadnikov večinske kulture.

V svojih zgodbah⁶⁶ uporabniki duševnega zdravja poudarjajo, da življenje po krizi ali psihiatrični hospitalizaciji ni »nikoli več takšno, kot je bilo prej«. Osebe, ki so preživele hude travme, govorijo o tem, da se njihovo življenje deli na obdobje pred in po travmatičnem dogodku. Zato tudi terapevti in terapevtke, ki delajo z ljudmi, ki so preživeli hude travme, poudarjajo, da cilj okrevanja ni v tem, da postane življenje »takšno kot prej«. Proces okrevanja je spoznanje, kako je travmatičen dogodek spremenil človekovo identiteto pozicije (kako ga vidijo drugi, kako se vidi sam in kako misli, da ga vidijo drugi) in učenje, kako lahko človek ob teh spremembah čim bolj kvalitetno živi vsakdanje življenje.

Koncept »ranljivosti« opozarja na to, da se človek znajde v določeni situaciji (nasilje, odvisnost, brezposelnost, telesna poškodba, starost, bolezen ipd.) ali pa je vanjo naroden (organska poškodba od rojstva, revna družina, pripadnost zgodovinsko diskriminirani etnični

⁶⁴<http://www.ljudmila.org/altra>: (15.10.2003).

⁶⁵Zaviršek, Darja, Škerjanc, Jelka. (1998): Analiza položaja izključenih družbenih skupin v Sloveniji in predlogi za zmanjševanje njihove izključenosti v sistemu socialnega varstva. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo. Ljubljana.

⁶⁶Zaviršek, Darja. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

manjšini ipd.), ki ga naredi v družbi za ranljivejšega v smislu, da se bodo na eno značilnost prilepile tudi druge ranljivosti, ki lahko v daljšem obdobju privede do procesov družbenega izključevanja. Drugi argument za uporabo koncepta »ranljivih družbenih skupin« je fenomen atribucije ali pripisovanja, saj se prav določenim osebam v družbi, ki doživljajo eno ali več ranljivosti pripišejo tudi druge negativne lastnosti ali oznake zaradi katerih se njihova ranljivost poglobi, in začne delovati izključevalsko ali diskriminatorno.

Beseda »ranljiva družbena skupina« opozarja⁶⁷ torej na procesualnost v življenju človeka in na verjetnost komulacije ali nalaganja negativnih situacij, ki privedejo od ranljivosti posameznika ali posameznice do njegove izključenosti. Ob prisotnosti enega ali več negativnih dejavnikov v življenju človeka, lahko govorimo o tem, da človek postane del izključene družbene skupine. Ranljivost je pot do takšne identitete in pomeni proces pomanjkanja ali izgubljanja vpliva nad pomembnimi področji posameznikovega življenja. Praviloma se dogaja na različnih ravneh: osebni, medosebni, družbeni. Med indikatorje izključenosti lahko štejemo: Ekonomski indikatorji: otežen dostop do izobraževanja, predvsem študija; nedostopnost do dela/brezposelnost; pomanjkanje možnosti izbire pri poklicnem izobraževanju; pomanjkanje možnosti izbire pri izbiri poklica; pomanjkanje informacij. Socialni indikatorji: institucionalizem, hospitalizem ali azilarno praksa; socialno varstvo, ki temelji pretežno na načelu skrbi za ljudi, ki potrebujejo pomoč in manj na osebni avtonomiji in individualnih pravicah (infantilazija in pokroviteljski odnos do uporabnikov socialnega varstva s strani strokovnjakov); odsotnost izbire izvajalcev socialnih storitev; paket pristopa v katerem sistem socialnega varstva človeku ponudi paket storitev, ki jih mora uporabnik sprejeti v celoti ali pa v celoti zavrniti; oteženo gibanje in arhitektonske ovire; Psihološki indikatorji: skromna samopodoba in samozavest osebe, ki doživlja izključevanje; doživljanje interpersonalno in institucionalno viktimizacijo; občutek, da je potrebno biti državi hvaležen; strah, da bi zahtevanje boljših uslug imelo negativne posledice in privedb do novih izključevanj; nezaupanje v institut pravne države; atribucija ali pripisovanje negativnih etiket; stereotipi in z njimi obarvano javno mnenje o določeni socialni problematiki; socialna izolacija in dolgotrajna osamljenost; občutek, da nima pomena zahtevati spremembe, saj se ne bo nič spremenilo.

⁶⁷Zaviršek, Darja, Škerjanc, Jelka.(1998):Analiza položaja izključenih družbenih skupin v Sloveniji in predlogi za zmanjševanje njihove izključenosti v sistemu socialnega varstva.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo. Ljubljana.

Slovenska zakonodaja⁶⁸ določa možnost odvzema poslovne sposobnosti tudi zaradi duševnih motenj. Odvzem poslovne sposobnosti je lahko delen, torej omejuje prizadeti osebi le sklepanje določenih pravnih poslov, ki jih lahko opravljajo mladoletniki do 15 leta starosti, ali popoln, torej prizadete osebe ne morejo nobenega pravnega posla sklepati sami. V obeh primerih imenuje sodišče skrbnika, to je osebo, ki namesto prizadete osebe, opravlja za njo vse pravne posle, pa naj gre za upravljanje z denarjem, za premoženjske zadeve, za sklenitev zakonske zveze ali pa za pravico do volitev.

Med drugimi značilnostmi ljudi s težavami v duševnem zdravju so tudi slaba samopodoba, občutek odrinjenosti iz okolja, pogosto celo sram zaradi bolezni. Težave v duševnem zdravju so relativen pojem, ki vsebuje raznolikost stanj. V različnih obdobjih se kažejo v različnih intenzitetah. Ukrep, ki ga je izreklo sodišče pa ostaja, razen če se prizadeti posameznik odloči in v zapletenem, dragem in dolgotrajnem postopku na sodišču, uveljavlja vrnitev poslovne sposobnosti.

Varuh človekovih pravic⁶⁹ že nekaj let ugotavlja, da v Sloveniji nimamo zakona, ki bi urejal področje duševnega zdravja, čeprav naj bi s tem zapolnili nekaj pravnih praznin. Ustava namreč zagotavlja enake človekove pravice in temeljne svoboščine vsakomur ne glede na telesno ali duševno bolezen. Tako ljudje, ki imajo težave z duševnim zdravjem, zaradi tega ne smejo biti v neenakopravnem ali podrejenem položaju. Tisti z duševnimi motnjami imajo enako pravico do spoštovanja človekove osebnosti in dostojanstva kakor drugi člani družbe. Enaka je tudi pravica do zasebnosti, lastnega življenjskega sloga, samoodločanja ali vsaj soodločanja in svobodne izbire. Posebno občutljivo je omejevanje osebne svobode bolnikov. Zakon določa, da morajo psihiatrične bolnišnice vedno obvestiti okrajno sodišče o primerih neprostovoljne hospitalizacije. Pridržalni postopek je obvezen takrat, ko bolnik pridržanju izrecno nasprotuje in ko iz strokovnih spoznanj izhaja, da ne more izraziti svoje volje, če gre za mladoletnika ali za osebe, ki jim je odvzeta poslovna sposobnost. Obvestilo o pridržanju mora bolnišnica poslati vedno, ko ni soglasja za zdravljenje na zaprtem oddelku. Bolniki, ki so proti svoji volji hospitalizirani, so tudi na odprtem oddelku. Varuh ugotavlja, da v teh primerih bolnišnice tega ne sporočajo sodiščem in tako onemogočajo sodni nadzor, ki je določen za vse neprostovoljne hospitalizacije. Nadzor je namreč predviden tudi zaradi ugotavljanja zakonitosti odvzema prostosti proti volji prizadetega. Zakon med drugim določa

⁶⁸Kapelj, Marinka.(2002):Oskrbništvo-zagovorništvo na področju duševnega zdravja.Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo:Cankarjev dom,Ljubljana.30. in 31.maj 2002.

⁶⁹Albreht,Matjaž.(2001):Neurejeno področje duševnega zdravja-Na septembrskem zasedanju bo državni zbor obravnaval poročili varuha človekovih pravic za leti 1999 in 2000.Dnevnik Delo-7.09.2001.Ljubljana.Delo.

rok 48 ur, v katerem morajo sodišča prejeti obvestila o pridržanju. Varuh nadalje opozarja na upoštevanje osebnostnih pravic in človekovega dostojanstva ljudi z duševnimi motnjami. Posebna skrb velja prepovedi mučenja in grdega, nečloveškega ali ponižujočega ravnanja z bolniki, nastanjenimi v zdravstvenem ali socialnovarstvenem zavodu. Obvladovanje nasilnih in razdraženih bolnikov je predvsem odgovornost zdravstvenega osebja. Posebno pozornost je treba posvetiti zlorabam določenih oblik prisile, ki so včasih potrebne. Pri tem naj bi ljudi pomirili, če je le mogoče brez prisilnih sredstev. Prav tako ni sprejemljiva osamitev bolnikov – vse to ugotavlja tudi evropski odbor za preprečevanje mučenja.

Ta je razvil standarde temeljnih materialnih pogojev, ki morajo biti izpolnjeni v psihiatričnih bolnišnicah in socialnovarstvenih zavodih za neprostovoljno pridržane, ki jih zagovarja tudi varuh človekovih pravic. Mednje sodijo ustrezne bivalne razmere, nastanitev, ogrevanje, prehrana, oblačila in zdravljenje. Pozitivno terapevtsko okolje predvideva dovolj življenjskega prostora za vsakega bolnika. Psihiatrično zdravljenje ne zahteva stalnega ležanja, zato naj bolniki ne bi bili ves čas v pižamah. Individualizacija v oblačenju je del terapevtskega procesa, ugotavlja varuh. Bolnikom bi morali zagotoviti tudi nekaj zasebnosti pri ureditvi prostorov in sanitarij. Za njihovo dobro počutje je prav tako pomembno, da imajo dovolj hrane in da je kakovostna. Razmere, v katerih jedo, morajo biti dostojne, da ne žalijo človeškega dostojanstva. Varuh ugotavlja, da je zaradi pomanjkanja prostorov v bolnišnicah več ljudi, ki imajo težave z duševnim zdravjem, nameščenih v različnih socialnovarstvenih zavodih, ti pa praviloma ne spoštujejo pravne ureditve, določene za pridržalne postopke. Zavodsko varstvo bi moral biti le skrajni ukrep, ko ni več drugih možnosti. Zlasti kronični bolniki še nimajo pravih možnosti za rehabilitacijo. Običajno jih nastanijo v domove za starejše in v druge socialnovarstvene zavode. Država bi jim morala zagotoviti poleg zdravniške oskrbe tudi socialno varnost ob morebitni brezposelnosti. Načelo enakih možnosti je za ljudi z duševnimi motnjami uresničljivo le ob rehabilitaciji, ki omogoča usposabljanje, izobraževanje in zaposlovanje pod prilagojenimi pogoji. V primerjavi z brezposelnostjo nasploh je nesorazmerno velik odstotek brezposelnih, ki so odpuščeni iz psihiatričnih bolnišnic. Zato bi usposabljanje za manj zahtevno delo marsikomu omogočilo vrnitev v aktivnejše življenje. Duševno zdravje ali celo delna invalidnost ne ovirata nujno uporabe preostalih, neprizadetih funkcij, ugotavlja varuh človekovih pravic v letnem poročilu.

Največ problemov⁷⁰ so uporabniki navajali neposredno, ki so vezani s svojci, zlasti z bivšimi partnerji in starši. Svojci so v veliki meri vključeni tudi pri drugih vrstah problemov, npr.

⁷⁰Lamovec, Tanja. (1997): Razvoj zagovorništva za uporabnike psihiatrije v Sloveniji. V Socialno delo-letnik 36, št. 1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

zaradi dediščine, stanovanja itn. Pri večini teh primerov je bilo tipično, da so svojci poskušali izrabit nemoč in depriviligiran položaj uporabnika in še pogosteje uporabnice ter jih oškodovali za legitimni dedni delež, ali pa doseči, da se izselijo iz stanovanja. Manjši del stanovanjske problematike izraža stisko oseb, ki niso imele bivališča, kamor bi se vrnile iz bolnišnice. V skupino problemov s svojci lahko uvrstimo tudi probleme ob razvezi, neplačevanje preživitve, zaščito premoženja, skrbništvo in dodelitev otroka. Obsežna skupina problemov⁷¹ se je nanašala na invalidno upokožitev, pokojnino in dodatek za invalidnost. Mnogi uporabniki so bili zaskrbljeni in so si hoteli pravočasno zagotoviti sredstva za preživetje. Mnogi so potrebovali zgolj informacije, drugi pa tudi konkretno pomoč. V Sloveniji⁷² je izključevanje uporabnikov oz. uporabnic psihiatrije sankcionirano na dva načina: z zgodnjim in obsežnim upokoževanjem in z zakonodajo, ki dovoljuje le minimalno delo upokoženih oseb. Izključevanje ima negativne učinke na različne vidike psihičnega delovanja, hkrati pa uporabnikom zaradi slabega finančnega položaja onemogoča udeleževanje v prostočasnih aktivnostih, ki so dostopne večini drugih ljudi. Na duševno zdravje⁷³ lahko silno negativno vpliva prenapetost upokoženih, nenadna izguba dela. Prav je, da se na take okoliščine ljudje ustrezno pripravijo, recimo, z usmerjanjem v take ali drugačne aktivnosti pred upokožitvijo.

Na Nizozemskem omogočajo ljudem kako leto pred upokožitvijo več prostih dni, da se navadijo proste dneve preživljati doma, da tako bolj normalno preidejo v čas, ko ne bodo več aktivni na delovnem mestu.

Problemov v zvezi z delovnim razmerjem oz. delovnimi spori je bilo največ v zvezi premestitvijo na slabše delovno mesto. Delo⁷⁴ je v svojih najraznovrstnejših oblikah napravilo človeka za družbeno bitje. Človeku daje določen položaj na družbeni lestvici, možnost napredovanja po njej, daje mu dostojanstvo in zavest, da ga drugi ljudje spoštujejo. Delo omogoča socialne stike in socialabilnost ter spodbuja človekovo ustvarjalnost in zadovoljuje njegove specifične potrebe in nagnjenja. Daje mu tudi občutek varnosti. Še posebno so te ugotovitve pomembne pri kroničnih duševnih motnjah, kjer je ključni problem boleznitranje vezi med posameznikom in njegovim okoljem ter je, kar pogosto, delo v kakršnikoli obliki tisto zadnje, kar človeka še vzdržuje v njegovem družbenim okoljem. Pri motivaciji za delo so

⁷¹Lamovec, Tanja. (1997): Razvoj zagovorništva za uporabnike psihiatrije v Sloveniji. V Socialno delo - letnik 36, št. 1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁷²Lamovec, Tanja. (2003): Vpliv izključenosti na kvaliteto življenja uporabnikov psihiatrije. V: Socialno delo - letnik 42, št. 4-5. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

⁷³<http://www.ds-rs.si/> (15.03.2004): John Bowis & Andrej Marušič.

⁷⁴Žvan, Vukoslav. (1999): Psihiatrični bolnik in njegova delazmožnost. V Psihiatrija. Ljubljana. Litterapicta: Medicinska fakulteta.

izredno pomembne človekove predbolezenske osebnostne lastnosti. Od teh je v mnogočem odvisno, kako bo posameznik doživljal svojo »duševno« ali »telesno« bolezen ter kakšen bo izid zdravljenja in rehabilitacije te bolezni. Ob tem so pomembni tudi drugi dejavniki, npr. stanje na tržišču delovne sile, nezaposlenost, gospodarske krize, družinske neprilike itd. V soigri teh dejavnikov in človekove osebnostne naravnosti lahko nastajajo mehanizma bega v bolezen ali bega od dela oz. iskanje (ali celo izsiljevanje) pravic iz zavarovanja.

Občutljive odnose med človekom, njegovo boleznijo in njegovo delovno sposobnostjo ter obete za uspešno delovno rehabilitacijo in za druge oblike resocializacije ilustrirajo vrste specifičnih ovir za rehabilitacijo. Ovire za delovno sposobnost:

➤ predbolezenske ovire: dejavniki pri bolniku samem in v njegovem okolju, ki delujejo že davno pred prvimi opaznimi znaki bolezni in ki že takrat vplivajo na socialno in delovno prilagojenost. Sem štejemo splošne družbene razmere, v katerih živi bodoči bolnik, njegovo socialno in delovno prilagodljivost, inteligentnost, šolsko in poklicno izobrazbo ter morebitno telesno prizadetost. Pomemben dejavnik pa je njegova predbolezenska osebnostna struktura. Če so naštetí dejavniki ugodni, pomenijo dobre možnosti za uspešno rehabilitacijo. Predbolezenske ovire niso v neposredni povezavi z boleznijo, vendar pa pomembno določajo bolnikovo doživljanje svoje bolezni in njegove možnosti pri premagovanju, pri delovni rehabilitaciji in pri resocializaciji nasploh. primarne (bolezenske) ovire: tisti dejavniki, ki so v neposredni zvezi z boleznijo samo. V glavnem so to psihopatološke motnje, njihov potek, trajanje, intenzivnost in njihovo zdravljenje. sekundarne ovire: dejavniki, ki preprečujejo uspešno rehabilitacijo so posredne posledice duševne ali telesne bolezni. Sem spadajo hospitalizem in maladaptivne reakcije na bolezen ter bolnikova nemoč pri obvladovanju psiholoških, socialnih in drugih problemov, s katerimi se sooča med okrevanjem že v bolnišnici, pozneje pa še bolj v svojem okolju. Tradicionalna bolnišnica s pomanjkljivimi spodbudami ali do bolnika na eni strani brezbržno, na drugi strani pa prezahtevno ali celo sovražno okolje, s katerim se sooča po hospitalizaciji, je »idealen« vir za sekundarne ovire. Kažejo se v bolnikovi pasivnosti, stanju brez pravih interesov ter v pozabljanju in opuščanju mnogih socialno in poklicno pomembnih znanj in sposobnosti. Tudi okolje, iz katerega prihajajo zahteve, ki jim bolnik ni kos, je zanj lahko usodno in zato utegne reagirati na pretirane stimulacije z anksioznostjo ali celo ponovitvijo bolezni.

Duševne bolezni⁷⁵ so najbolj razširjene v najmlajši starostni skupini z najnižjim družbeno-ekonomskim statusom. Večina posameznikov z duševnimi težavami ni deležna strokovne pomoči. Na delovnem mestu ima takšne ali drugačne duševne težave skoraj vsak peti posameznik. Odstotki populacije, ki so priznali, da so v življenju že imeli psihiatrične motnje, so po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (za leto 2000) v različnih državah naslednji: Brazilija (36,3), Kanada (37,5), Nizozemska (40,9), Združene države Amerike (48,6), Mehika (22,2) in Turčija (12,2). Duševne bolezni so najbolj razširjene v najmlajši starostni skupini z najnižjim družbeno-ekonomskim statusom. Poleg tega večina posameznikov z duševnimi težavami ni deležna strokovne pomoči, zasledimo v publikaciji *Duševno zdravje in delo: vplivi, vprašanja in dobri primeri*, ki sta jo leta 2002 izdali Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) in Mednarodna organizacija dela (ILO).

Negativni vpliv duševnih težav na zdravje in produktivnost posameznikov je bil zelo dolgo podcenjen. Po podatkih britanskega ministrstva za zdravstvo in Zveze britanske industrije bo od 15 do 30 odstotkov ljudi v delovnem obdobju svojega življenja imelo težave z duševnim zdravjem. V Evropski uniji naj bi imel v vsakem trenutku vsak peti zaposleni katero od duševnih motenj. V ZDA so depresivne motnje ena najpogostejših zdravstvenih težav. WHO je prepričana, da se "zaradi duševnih motenj izgubi več delovnih dni kot zaradi fizičnih tegob". Veliko večjih podjetij se dandanes zaveda, da je produktivnost zaposlenih povezana z njihovim zdravjem in dobrim počutjem. Vendar je poudarek načeloma predvsem na fizičnem in ne na duševnem zdravju ter dobrem počutju. Zaradi pogostih duševnih težav zaposlenih pa postaja tudi duševno zdravje vse pomembnejše vprašanje. Delovno mesto je izredno primerno okolje za izobraževanje posameznikov o duševnih težavah. Na njem se lahko promovirajo dobre prakse duševnega zdravja, ponudi se orodje za prepoznavanje in zgodnje ugotavljanje duševnih težav ter utrdijo povezave z lokalnimi zdravstvenimi ustanovami za napotitev, zdravljenje in rehabilitacijo. Čeprav v zadnjih letih narašča znanje o duševnih boleznih, delodajalci in podjetja najpogosteje še vedno ne razumejo in ne sprejemajo njihove razširjenosti, zdravljenja in vpliva na delovanje podjetja oziroma na organizacijsko življenje. Na delovnem mestu jih pogosto tudi težko odkrijejo, ker so psihološki in fizični simptomi povezani. Delodajalci bi morali uvideti pomembnost skrbi za duševno zdravje zaposlenih oziroma organizacije. Pozorni morajo biti tudi na diskriminacijo oziroma zavedati se morajo, kako ti zakoni vplivajo na politiko podjetja. Vse več bi jih moralo uvajati tudi programe

⁷⁵Stanković, Tanja. Delo in duševno zdravje: Negativni vpliv duševnih težav je bil zelo dolgo podcenjen. Časopis Delo-18.03.2004. Delo. Ljubljana

preventive in rehabilitacije - ključno je predvsem zgodnje posredovanje in reintegracija zaposlenega v delovno okolje. Resna duševna bolezen pogosto dramatično poslabša posameznikovo zmožnost za delo in služenje denarja, kar vodi v revščino, ki stanje lahko še poslabša. Zato je pomembno, da ti ljudje najdejo službe, saj to izboljša njihovo življenje ter zmanjša revščino in stroške zdravljenja in socialne pomoči. Raziskava, ki so jo opravili v ZDA, je pokazala, da si 72 odstotkov brezposelnih z duševnimi motnjami, med njimi tudi ljudje z resnimi duševnimi težavami, zelo želi delati. Druge podobne raziskave so odkrile, da je ta delež celo višji (okoli 80-odstoten). Vendar je za te ljudi iskanje zaposlitve, vračanje na delo in ohranjanje službe po okrevanju velik izziv, saj naletijo na mnogo ovir v sistemu. Zaposlitev pa je temeljni del rehabilitacije za duševne bolnike, pri čemer so napredek pri zdravljenju in sodobna zdravila bistveno povečali njihovo zmožnost, da se pridružijo preostali večini in samostojno zaživijo. Konvencija ILO in zakonodaje v večini držav določajo, da invalidnost, torej tudi duševna motnja, ne sme onemogočati zaposlitve nekomu, ki želi in je zmožen delati. Zaposlovanje ljudi z duševnimi težavami države najpogosteje spodbujajo ravno z zakonodajo. Nekatere uporabljajo tudi kvotni sistem, kot na primer v posameznih evropskih državah, kjer morajo delodajalci zaposliti določen odstotek invalidov, sicer plačajo kazen. V Nemčiji je ta kvota približno šestodstotna in je obvezna za vse delodajalce z najmanj 16 zaposlenimi. Pri spodbujanju zaposlovanja duševnih bolnikov je nujna tudi nenehna podpora posamezniku in delodajalcu pri ustvarjanju delovnega razmerja, ki temelji na pričakovanjih, sodelovanju in partnerstvu. Za izredno uspešne so se izkazale tudi poskusne dobe na delovnem mestu in razne koordinirane akcije delodajalcev, organizacij, posameznikov,... Veliko dodatnih dejavnikov na delovnem mestu spodbuja psihosocialno blaginjo in duševno zdravje zaposlenih. Pri tem je še posebno pomembno, da posameznik lahko vpliva oziroma sodeluje pri načrtovanju in izvajanju dejavnosti in dogodkov na delovnem mestu (in da torej ni deležen le ukazov). Pomembno je tudi, ali okolje spodbuja ali ovira uporabo in razvoj posameznikovih veščin in sposobnosti. Štejejo tudi fizična varnost, priložnost za stike z ljudmi in pravična plača. Delo⁷⁶ je pomembno za duševno zdravje in ključno vpliva na našo duševno blaginjo in zdravje. Zaposlitev vsebuje pet kategorij, ki spodbujajo duševni blagor: časovno strukturo (pomanjkanje te je lahko veliko psihološko breme), družbeni stik, skupinski trud in namen (zaposlitev omogoča družbeni kontekst zunaj družine), družbeno identiteto (zaposlitev je pomemben element pri definiranju samega sebe),

⁷⁶Stanković, Tanja. (2004): Delo in duševno zdravje: Negativni vpliv duševnih težav je bil zelo dolgo podcenjen. Časopis Delo-18.03.2004. Delo. Ljubljana.

redno aktivnost (organiziranje dnevnega življenja). V podjetjih se duševne težave zaposlenih kažejo predvsem v absentizmu (ljudje so pogosteje na bolniškem dopustu, so slabega zdravja in imajo fizične težave, na primer visok pritisk, čire, težave s spanjem, glavobole, nizko odpornost proti okužbam,...), manjši delovni učinkovitosti (večja verjetnost napak in nesreč, počasno odločanje, poslabšanje pri načrtovanju in nadzoru dela,...), odnosu in vedenju zaposlenih (izguba motivacije in zavzetosti, izčrpanost, slab občutek za čas, daljši urnik dela z manjšo učinkovitostjo), odnosih na delu (napetost in konflikti med kolegi, slabi odnosi s strankami, večje disciplinske težave,...). Zdravje zaposlenega je poseben cilj, ki je pomemben že sam po sebi. Duševne motnje⁷⁷ imajo velik vpliv na vsako delovno populacijo in se lahko razvijejo v dolgoročne oziroma kronične motnje ter spremljajoče oblike invalidnosti. V konvenciji ILO piše, da je invalid "posameznik, čigar obeti zagotavljanja, ohranjanja in napredovanja v ustrezni zaposlitvi so znatno manjši zaradi prepoznane fizične ali mentalne poškodbe". Tretji najpogostejši vzrok za dodelitev invalidske pokojnine v EU so duševne motnje. Invalidi, še posebno tisti, ki so to postali zaradi duševne motnje, pri iskanju enakih delovnih priložnosti naletijo na vrsto ovir - okoljskih, dostopnih, pravnih, institucionalnih in odnosnih, ki povzročajo družbeno izključenost.

Precej pa je tudi sporov s tretjo osebo, firmo ali ustanovo, v kateri posameznik ni bil zaposlen. To so bile banke, stanovanjska podjetja, sodišče, policija, kataster in druge državne ustanove. Pogosto je bil vzrok za spor neplačevanje obveznosti v času hospitalizacije, kar je včasih vključevalo precejšnje kazni.⁷⁸

2.3.2 Metode dela

Metode socialnega dela⁷⁹ so sestavljene iz teoretskih znanj, konkretnih spretnosti, metodologij dela, hkrati pa so utemeljene v vrednotah socialnega dela, konkretno pa določene s kontekstom in nalogo, ki jo opravlja socialni delavec ali delavka. Med metode, ki jih socialna služba uporablja pri svojem delu uvrstimo: Svetovanje in pogovarjanje: Komu – obseg udeležencev: posamezniku ali posameznici, družini, skupini, vodjem delovnih skupin v delovnem okolju, društvu, organizaciji; Kje, sredstvo komuniciranja – prostorska ureditev: na

⁷⁷Stanković, Tanja. Delo in duševno zdravje: Negativni vpliv duševnih težav je bil zelo dolgo podcenjen. Časopis Delo-18.03.2004. Delo. Ljubljana.

⁷⁸Lamovec, Tanja. (1997): Razvoj zagovorništva za uporabnike psihiatrije v Sloveniji. V Socialno delo-letnik 36, št. 1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁷⁹Flaker, Vito. (2003): Oris metod socialnega dela: Uvod v katalog centrov za socialno delo. Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

terenu (na domu, v vsakdanjem življenju, na ulici, v zbirališčih), v pisarni, po telefonu, na internetu; Glede na namen in cilj: (instrumentalno) definiranje problema in rešitve, spoznavanje, razumevanje življenjske situacije, nasveti, izboljšanje življenjske situacije, spremembe življenjskega stila, izboljšanje materialne situacije, boljše delovanje (socialno) funkcioniranje, reševanje osebnih konfliktov, reševanje konfliktov v odnosih (v družini, soseski, na delovnem mestu, v šoli itn), krizne intervencije, večanje izbire. Ocenjevanje: življenjskih situacij (ocenjevanje tveganj, družinskih razmerij), zadovoljevanje kriterijev za dajatve, funkcionalnih sposobnosti, ocenjevanje potreb, ocenjevanje tveganj, ocenjevanje moči, ocenjevanje resursov. Skupinsko delo: asertivno usposabljanje, usposabljanje v socialnih spretnostih, komunikacijski treningi, reševanje konfliktov, skupinski treningi, skupinska analiza, interesne skupnosti, igralne skupine, ustvarjalne skupine, skupine za samopomoč, akcijske skupine, skupinska supervizija, timsko delo. Interaktivno delo: reševanje in mediacija v konkretnih konfliktnih (družinskih, partnerskih, v soseski, na delovnem mestu, v javnosti), zastopanje interesov in zagovorništvo. Individualno načrtovanje: Načrtovanje: načrtovanje paketov skrbi, načrtovanje samostojnega življenja, individualni načrt obravnave, načrtovanje življenja in kariere, načrtovanje časa, individualni projekt pomoči, delovni načrt pomoči. Izvajanje individualnih načrtov: klasično vodenje primera, koordinacija izvajanja paketov, individualne timske konference, posredovanje uslug (brokerstvo), zagotovitev sredstev, spremljanje in ovrednotenje izvajanja načrta. Upravljanje tveganja: Ocenjevanje tveganja: pri omejitvah ukrepov (prisilne hospitalizacije, odvzem otrok), pri odpuščanju iz ustanov, pri tveganjem vedenja. Preprečevanje in zmanjševanju tveganja: Ozaveščanje, učenje spretnosti, spremembe okolja, spremembe socialnih okoliščin (ozaveščanje okolja, spremljevalci, družabniki, nadomeščanje na delovnem mestu). Odpravljanje škodljivih posledic: Zavarovanje, poravnava (denarna, materialna, opravičila, pojasnila), odškodnine, rehabilitacija. Zagotavljanje storitev, dajatev in informacij: socialnih pomoči, posredovanje za druge dajatve (pokojnine, invalidske dajatve, subvencije), stanovanja, namestitve v zavode, v stanovanjske skupine, v samske domove in druge komercialne namestitve, v zatočišča in krizne centre, v rejništva, v druge družine, druge alternativne namestitve, zaposlovanje in zaposlitve, načrtovanje kariere, zaposlovalno svetovanje. Priskrbitev: zaposlitve, honorarnega dela, prostovoljnih dejavnosti, usposabljanja, interesnih dejavnosti, vzdrževanje zaposlitve, pomoč pri upokojevanju; organiziranje storitev: prostovoljnega dela, učne pomoči, sosedske pomoči, pomoči v gospodinjstvu, osebne asistence, nege na domu, družabništev. Skupnostno delo: Glede na usmeritev k: lokalni skupnosti, funkcionalni skupnosti. Glede na cilje: s splošnimi cilji – izboljšanje kakovosti

življenja in odnosov v skupnosti, razvoj skupnosti, s specifičnimi cilji (v korist specifične skupine ali kategorije uporabnikov). Glede na metode dela in vrsto akcije: lokalno usmerjene skupnostne akcije, lokalna preventiva, ugotavljanje potreb v lokalni skupnosti, ulično delo, delo v soseski, terensko delo, peripatetično delo, interesne skupine, skupine za samopomoč (za doseganje ciljev, za afirmacijo odrinjenih skupin, za reševanje konfliktnih situacij, za ureditev okolja, za pridobitev prostorov za dejavnosti), tabori (terapevtski, delovni, za usposabljanje, interesni, za samopomoč (rejnice, svojci, uporabniki)), skupnostne prireditve (proslave, zabave, pikniki, kulturne dejavnosti, športne prireditve in tekmovanja), vključevanje v skupnostne organizacije (športne, kulturne, taborniki, izobraževalne, delovne akcije). Ekspertize in svetovanje: supervizija, konzultacije drugim strokam, svetovanje projektom in skupinam, sodne ekspertize, komisije za razvrščanje, pri spreminjanju predpisov in zakonodaje. Menedžment: vodenje (organizacij, projektov, timov in delovnih skupin), pridobivanje sredstev (na razpisih, donatorstva in sponzorstva), načrtovanje (delitve primerov, projektov, kadrov, posameznih intervencij).

2.3.2.1 Koncept delovnega odnosa v socialnem delu

Odnos med strokovnjakom in uporabniki ali udeleženi v problemu v procesu reševanja kompleksnih socialnih problemov je delovni odnos. Gre za dogovor o delu, ki ga je treba opraviti skupaj. Delovni odnos potrjuje, da iskanje rešitev za kompleksne probleme ljudi ni nič drugega kot delovni projekt in tako vedno znova omogoči in olajšanje in mobilizacijo moči.⁸⁰ Prvi strokovni korak, ki ga naredimo v delovnem odnosu, je definicija problema skupaj z družino oz. skupaj z udeleženi v problemu. Odnos med strokovnjakom in uporabnikom imenujemo delovni odnos, gre za delo, ki ga je potrebno skupaj opraviti. S tem je olajšano tudi sodelovanje, saj nas definira kot sodelavce v skupnem projektu. Udeleženci v problemu naj bi postali udeleženi v rešitvi. Elementi delovnega odnosa⁸¹ so:

- dogovor, instrumentalna definicija problema,⁸² osebno vodenja.⁸³

⁸⁰Čačinovič-Vogrinič, Gabi. (2002): Koncept delovnega odnosa v socialnem delu. V Socialno delo-letnik 41, št. 2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁸¹Čačinovič-Vogrinič, Gabi. (2001): Teorije pomoči-koncept pomoči v socialnem delu. (Študijsko gradivo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁸²Lussi, Peter. (1990): Sistemski nauk o socialnem delu. V Socialno delo-letnik 29, št. 1-3. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁸³Bouwkamp, Roel, De Vries, Sjef. (2002): Psihosocialna družinska terapija. Logatec. Firis.

Dogovor⁸⁴ je prvi korak, saj sicer ni mogoče začeti projekta pomoči. Dobro je, da se dogovora udeležijo vsi, ki so udeleženi v problemu, sicer pa je potrebno skrbno opraviti dogovor z vsemi, ki se v projekt vključujejo. Za dogovor je potrebno imeti čas in prostor. Dogovor je dogovor o vzpostavljanju delovnega odnosa in se nadaljuje v instrumentalno definicijo problema. Lussi⁸⁵ pravi, da socialnodelavski delovni odnos temelji na instrumentalni definiciji problema. Naloga socialnega delavca oz. delavke je, da vzpostavi pogoje za pogovor, da bi lahko vsak član družine vstopil s svojo definicijo problema ter sam(a) doda strokovno interpretacijo ter začne proces formuliranja delovne definicije mogočega in uresničljivega.

Vsi udeleženci pri problemu morajo participirati tudi pri oblikovanju rešitve, proces pomoči pa se začne tam, kjer so ljudje s svojimi stiskami in težavami, ob upoštevanju brezpogojnega spoštovanja edinstvene osebne izkušnje. Ravnanje socialnega delavca oz. delavke je vodenje k dogovorjenim ciljem, k rešitvam, k oblikam pomoči. Socialni delavec ali delavka je v tej vlogi hkrati režiser in udeleženi opazovalec, ki se osebno odziva ter ustvarja pogoje za nove izkušnje. V vlogi katalizatorja prispeva potrebne informacije, tehta preizkušene rešitve, raziskuje nove poti. V vlogi udeleženega opazovalca pa v delovni proces vnaša izkušnjo iz odnosov, ki se oblikujejo, spreminjajo kot element delovnega procesa.

Walter Kempler in Sjeff de Wries pravita osebno, konkretno, tukaj in zdaj. Tukaj in sedaj pomeni, da se problema lotevamo v sedanjosti. V sedanjosti načrtujemo prihodnost. Konkretno usmerja strokovnjaka v to, da govori o konkretnih situacijah, dogodkih, načrtih, da se med pogovorom sporazumemo, pojasnimo nepojasnjeno in odkrijemo nove priložnosti, ki so uresničljive. Osebno, konkretno, tukaj in zdaj lahko uporabimo tudi kot oporo za učinkovito ravnanje v socialnem delu, saj nam omogoča samorefleksijo in uporabno navodilo, s katerim najdemo okvir za nadaljevanje dela oz. razgovora.⁸⁶

V praksi pa se je potrebno nasloniti še na štiri pomembne sodobne koncepte v socialnem delu:

➤ perspektiva moči,⁸⁷ etika udeležnosti (L. Hoffman, 1994),⁸⁸ znanje za ravnanje (I. Rosenfeld, 1993),⁸⁹ ravnanje s sedanjostjo ali koncept so-prisotnosti (T. Anderson, 1994).⁹⁰

⁸⁴Čačinovič-Vogrinič, Gabi. (1999/2000): Socialno delo z družino (študijsko gradivo za predmet Socialno delo z družino). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁸⁵Lussi, Peter. (1990): Sistemski nauk o socialnem delu. V Socialno delo - letnik 29, št. 1-3. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁸⁶Čačinovič-Vogrinič, Gabi. (2001): Teorije pomoči-koncept pomoči v socialnem delu. (študijsko gradivo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁸⁷Saliebey, David. (1997): The Strength Perspective in Social Work Practice. Longman. New York.

⁸⁸Čačinovič-Vogrinič, Gabi. (2001): Teorije pomoči-koncept pomoči v socialnem delu. (študijsko gradivo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁸⁹Čačinovič-Vogrinič, Gabi. (2001): Teorije pomoči-koncept pomoči v socialnem delu. (študijsko gradivo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁹⁰Čačinovič-Vogrinič, Gabi. (2001): Teorije pomoči-koncept pomoči v socialnem delu. (študijsko

Lynn Hoffman⁹¹ govori o »etiki udeležnosti«. Objektivnega opazovalca, socialnega delavca ali delavke nadomesti sodelovanje, v katerem nihče nima zadnje besede, saj le-te nihče ne potrebuje. Potrebuje pa se pogovor, ki se lahko nadaljuje. Pri etiki udeležnosti gre za to, da strokovnjak odstopi od moči, ki mu ne pripada.

Socialno delo pomeni strokovno pomoč s ciljem, da oseba oz. družina, s katero sodelujemo dobi več moči. Gre za odkrivanje moči, da se uresničijo konkretne spremembe v nekem konkretnem socialnem kontekstu. Vir moči za družino je izkušnja, da je kompetentna za svoje življenje, izkušnja o spoštovanju in dostojanstvu. Dennis Saleebey⁹² pravi, da praksa, ki temelji na perspektivi moči pomeni, da bo vse, kar delaš kot socialni delavec ali delavka, utemeljeno s tem, da pomagaš odkriti, olepšati, raziskati in izkoristiti klientovo moč in vire, ko mu pomagaš, da doseže svoje cilje, uresniči svoje sanje in razbije okove oviranosti in nesreče.«

Na spoštljiv način je potrebno mobilizirati klientovo moč (talente, znanja, sposobnosti, vire,...) in to s ciljem, da se podpre njegovo prizadevanje, da doseže svoje cilje in vizije.

V delovnem odnosu smo s strankami v sedanjosti in to je najbolj dragocen čas, ko smo z njimi v sodelovanju. Pomembno je, da s posameznikom in družino delamo sedaj, v sedanjosti, saj so prišli zato, da sodelujemo. Poudarek na sedanjosti ne zanika preteklosti, vendar nas ta zanima le zaradi nalog sedanjosti in projekta prihodnosti.

Anderson in Goolishian⁹³ pravita, da je pripovedovanje zgodbe v dobesednem pomenu reprezentacija izkustva in pomeni konstrukcijo zgodovine v sedanjosti. Ponovna predstavitev vsebuje ponovni opis in ponovno razlago izkustva terapevtu ali svetovalcu. Njegova vprašanja in klientovi odgovori vplivajo drug na drugega.

V dialogu sodelujeta klient, ki je kompetenten, da osmisli svojo zgodbo in opiše svojo resnico ter na drugi strani svetovalec, ki išče poti, da bi ga razumel. Nova »zgodba«, ki smo jo ustvarili, da bi se razumeli, že vsebuje rešitev.

Koncept so-prisotnosti je po Andersonu⁹⁴ prisotnost v poslušanju, ki pomeni hkrati biti na razpolago za sočutje in za razgovor.

gradivo).Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.
⁹¹Čačinovič-Vogrinič,Gabi.(2001):Teorije pomoči-koncept pomoči v socialnem delu.(študijsko gradivo).Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.
⁹²Čačinovič-Vogrinič,Gabi.(2001):Teorije pomoči-koncept pomoči v socialnem delu.(študijsko gradivo).Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.
⁹³Čačinovič-Vogrinič,Gabi.(2001):Teorije pomoči-koncept pomoči v socialnem delu.(študijsko gradivo).Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.
⁹⁴Čačinovič-Vogrinič,Gabi.(2001):Teorije pomoči-koncept pomoči v socialnem delu.(študijsko gradivo).Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

Iona Rosenfeld⁹⁵ s tem konceptom misli na znanje, ki ga je mogoče v procesu socialnega dela pretvoriti ali prevesti v akcijo. Lussi⁹⁶ opozarja, da v socialnem delu ne smemo ostati »brez besed«, imeti moramo znanje za ravnanje, da znamo vzpostaviti in vzdrževati kontekst socialnega dela oz. kontekst socialno delavskega razgovora ter znati podeliti znanje s klienti v procesu soustvarjanja interpretacij v razgovoru in tako omogočiti »prevajanje« v osebni ali lokalni jezik in nazaj v jezik stroke za ustvarjanje nove zgodbe. Znanje za ravnanje pojasni, kako je možno in potrebno odpreti prostor za razgovor in novo zgodbo in hkrati v dialogu vzdrževati osebno vodenje v ubesedene rešitev.

2.3.2.2 Načela ravnanja v socialnem delu

O načelih ravnanja v socialnem delu je veliko pisal Peter Lussi⁹⁷. Omenjena načela so še kako dobrodošla tudi pri delu z ljudmi, ki imajo težave z duševnim zdravjem, povedo pa nam, kako se dogovarjati, da se problem lahko reši in kako vzpostaviti takšne odnose, da se sodelovanje sploh lahko začne. Načelo vsestranske koristnosti: To načelo zahteva od socialnega delavca (pomagajočega), da si prizadeva za problemsko rešitev, ki je koristna za vse udeležence v problemu ne glede na to, ali so njegove stranke ali ne. V smislu systemskega socialnega dela je socialni problem optimalno rešen tedaj, kadar dospejo vsi udeleženci posameznega problema (pripadniki problemskega sistema) s svojimi občutji, s svojimi težnjami in s svojim delovanjem v neko funkcionalno razmerje, ki pomeni korist zveze. Systemsko usmerjeni socialni delavec oz. delavka se bori za to, da pri udeležencih v problemu vzbudi uvid, da bo vsem v kar največjo pomoč, če bodo upoštevali želje in interese drug drugega. Načelo interpozicije: Metodično načelo interpozicije pravi, da systemsko delujoči socialni delavec oz. delavka v okviru problemskega polja poišče mesto udeležencev v problemu in si prizadeva tam ostati v celotnem procesu reševanja problema. Systemsko delujoče socialno delo je interaktivnost, delovanje med udeleženci v problemu. V temelju ima mediacijski pomen. Naravno je socialni delavec oz. delavka s pravnega, stvarnega in osebnega vidika eni v problemu udeleženi osebi bližje in drugi dlje. Mnogo bolj si prizadeva, da bi prišel v stik z

⁹⁵Čačinovič-Vogrincič, Gabi. (2001): Teorije pomoči-koncept pomoči v socialnem delu. (študijsko gradivo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁹⁶Lussi, Peter. (1990): Systemski nauk o socialnem delu. V Socialno delo-letnik 29, št. 1-3. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

⁹⁷Lussi, Peter. (1990): Systemski nauk o socialnem delu. V Socialno delo-letnik 29, št. 1-3. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

vsakim udeležencem v problemu, s katerim je blizu in hkrati oddaljen. Bližina mu omogoča osebno vplivanje na odnos, oddaljenost pa mu daje manevrski prostor za ravnanje in mu preprečuje, da bi se identificiral s stranko. Takšno identificiranje bi napravilo socialnega delavca oz. delavke udeleženca v problemu.

To načelo je še posebej potrebno upoštevati v začetni fazi, ko socialnega delavca ali delavko udeleženci v problemu poskušajo ganiti s svojimi apeli na pomoč in s pričakovanjem, da bo zavzel držo ene izmed vpletenih strank. Temu se mora zoperstaviti, sicer ne more priti v interpozicijo med udeleženci, le s te vmesne pozicije pa lahko deluje učinkovito in sistemsko usmerjeno. Načelo komunikacije: Načelo komunikacije ali načelo kontakta pove, da sistemsko usmerjeni socialni delavec oz. delavka išče stik z vsemi udeleženci v problemu, tudi s tistimi, ki se temu stiku izogibajo. Na ta način pride do vpogleda v socialno sistemske povezave, ki so za problem pomembne in si omogoči vključevanje in povezovanje z vsemi za reševanje problema pomembnimi udeleženci v problemu. Načelo instrumentalne definicije problema: Značilnost sistemske metodike socialnega dela je konduktivni moment definicije problema v socialnem delu. Definicija problema je v sistemske socialnem delu v celoti instrument za ravnanje, zato govorimo o metodičnem principu instrumentalne definicije problema.

»Konduktivna« je zato, ker povezuje, če je le mogoče, vse za reševanje problema pomembne osebe. To so tiste osebe, ki so stvarno udeležene v problemu in potencialne pomagajoče tretje osebe. S tem, ko za problem pomembna oseba sprejme definicijo problema, se spremeni v osebo, ki je v rešitvi udeležena, saj ima definicija socialnega problema povsem operacionalni pečat; določa delne cilje in opravilne korake v reševanju problema in tako daje vsakemu udeležencu naloge ravnanja. Socialno – ekološko načelo: Socialno- ekološko načelo vsebuje dve osrednji maksimi socialnega dela. Socialni delavec oz. delavka mora v svojem delovanju za reševanje problema aktivirati, krepiti, podpirati in funkcionalizirati primarno obstoječe socialne mreže ter tistim udeležencem v problemu, ki jim trdna socialna mreža manjka, le-to vzpostaviti, če je le mogoče v njihovem življenjskem kontekstu. Druga socialno-ekološka maksima zapoveduje socialnemu delavcu ali delavki, da posega v naravna socialna medsebojna življenjska razmerja zadržano in skrbno in samo toliko, kolikor je to v danih okoliščinah nujno. Načelo pogajanja: Sistemsko usmerjeni socialni delavec oz. delavka k problemu pristopa predvsem s pogajanjem. Iz vseh udeleženih v problemu in tistih tretjih oseb, ki so pomembne za rešitev problema, poskuša napraviti udeležence v pogajanju. Usmerja jih v motivirano problemsko pogajanje in v organizirane pogovore za pogajanje.

Prizadeva si, da se reševanje problema obravnava neposredno, kjer pa to ni mogoče pa s pomočjo posrednika. Socialni delavec in delavka je tu v vlogi aktivnega posrednika.

Načelo sodelovanja: Zelo pomembno v sistemskem socialnem delu je tudi načelo sodelovanja. To pomeni, da socialni delavec oz. delavka skuša sodelovati z vsemi za problem pomembnimi tretjimi; to so osebe, ki so v določenem problemu že dejavni ali pa bi lahko bili dejavni. Prizadeva si aktivirati vse sile, ki morda še niso in usklajevati njihova prizadevanja in delovanje v smeri skupnega cilja. Načelo odpiranja problema: »Odpiranje problema« pomenijo določene tehnike ravnanja, ki jih socialni delavec oz. delavka uporablja takrat, kadar se problem trdovratno zapira pred rešitvijo. Odpreti poskuša potti rešitve z eno izmed naslednjih taktik: ne dela oziroma ne pomaga več, loti se kake s problemom obremenjene osebe, sproži krizo, okrepi negativno, zahteva kaj nemogočega. Omenjeno ima značilnosti paradoksa in ima pogosto moč presenetljivega.

2.3.2.3 Načini ravnanja v socialnem delu

Lussi⁹⁸ navaja tudi šest načinov ravnanja v socialnem delu. To so:

- Svetovanje, pogajanje, interveniranje, zastopanje, priskrbovanje, oskrbovanje.

Svetovanje se dogaja tam, kjer se socialni delavec oz. delavka z udeležencem v problemu dogovarja o problemu in njegovem reševanju. V enem svetovalnem pogovoru lahko sodeluje tudi več v problemu udeleženi oseb. To pomeni, da socialni delavec oz. delavka ne dela samo z osebo, ki ima težave z duševnim zdravjem, pač pa je v ta proces povabljen in vključen tudi družina oz. njegovi pomembni bližnji. V sistemskem socialnem delu so v ospredju disfunkcionalni socialni sistemski odnosi, socialni delavec oz. delavka želi svetovanca pripeljati do sistemsko funkcionalnega ravnanja. Po eni strani gre za prilagajanje sistema, po drugi pa za spreminjanje sistema skozi svetovanca. V intenzivni obliki se svetovanje kaže kot pravi socialni trening. Pri pogajanju v socialnem delu je socialni delavec oz. delavka v stiku z dvema ali več udeleženci problema in se z njimi o problemu pogaja. Obstaja posreden in neposreden način pogajanja. To načelo postavlja pogajanje v središče sistemske metodike socialnega dela. Sistemsko usmerjeni socialni delavec oz. delavka se trudi, da bi se disfunkcionalni sistem, ki mu pripadajo udeleženci problema, funkcionaliziral in da bi negativne sistemske odnose predrugačil v pozitivne. O intervenciji v socialnem delu govorimo takrat, ko se socialni delavec oz. delavka vključi v problemske situacije proti volji enega. Tipičen primer interveniranja je ukrepanje proti staršem, ki zlorabljajo, ogrožajo ali

⁹⁸Lussi, Peter. (1990): Sistemski nauk o socialnem delu. V Socialno delo - letnik 29, št. 1-3. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

zanemarjajo otroke. V tem primeru je nemalokrat prisotna tudi odvisnost enega ali obeh staršev. Pri interveniranju je potrebno vedeti, da ne gre za nasprotovanje in ukrepanje proti določeni sebi, pač pa za pomoč posamezniku in celotni družini. Zastopanje v socialnem delu pomeni, da socialni delavec oz. delavka v določenih pravnih situacijah nastopa namesto nekoga od udeležencev v problemu. To dela po uradni dolžnosti, ali pa zato, ker ga je za to prostovoljno pooblastil uporabnik sam. Pri priskrbovanju gre za obliko pomoči, ko socialni delavec oz. delavka enemu ali več udeleženi v problemu priskrbi denar, izobraževanje, delo ipd. S tem se tudi pri obravnavi uporabnikov oz. uporabnic duševnega zdravja večkrat srečujemo, saj vemo, da so tako uporabniki oz. uporabnice duševnega zdravja, kot njihovi svojci, pogosto brezposelni in s tem v hudih finančnih težavah. Za oskrbovanje v socialnem delu gre takrat, ko socialni delavec oz. delavka stoji ob strani osebi pri vsakdanjem premagovanju življenjskih težav, ji pomaga pri urejanju finančnih in drugih zadev, z njo vzdržuje stik, jo vzpodbuja ipd. V praksi bi to npr. pomenilo, da osebo, ki je zaključila zdravljenje v psihiatrični bolnišnici, vzpodbujamo k obiskovanju nevladnih organizacij in vključevanju v druge aktivnosti, ki pripomorejo k višji kakovosti življenja.

2.3.2.4 Spretnosti socialnega dela

Spretnosti⁹⁹ socialnega dela so zelo različne in raznorodne: so spretnosti pogovarjanja, poslušanja, so tudi psihoterapevtske spretnosti, so spretnosti ocenjevanja, dela v skupini, interaktivnega dela, kulturnega dela, načrtovanja, izvajanja načrtov, upravljanje s tveganjem, odpravljanja in zmanjševanja škode, zagovarjanja, krepitve moči, organiziranja storitev, delovanja v namestitvenih strukturah, organiziranja življenja, delovanja v skupnosti, na ulici in med ljudmi, organiziranja aktivnosti in akcij, so spretnosti dokumentiranja, pisanja poročanja, so spretnosti znanstvenega, evalvacijskega in osebnega praktičnega raziskovanja prakse, so spretnosti vodenja, pridobivanja sredstev, opozarjanja na krivice uporabnikov.

Oblikujejo se glede na to kako je določena situacija strukturirana in definirana, po drugi strani pa glede na specifičnost situacije. Ravno spretnosti usposobijo za socialno delo.

Socialni delavec oz. delavka mora glede na kontekst in nalogo zagotavljati odprtost alternativ, razvijati rešitve in tudi prilagajati svoj repertoar konkretni situaciji. Mora znati ravnati v nepredvidljivi situaciji in to je ena od najpomembnejših spretnosti socialnega dela. Vendar pa

⁹⁹Flaker, Vito. (2003): Oris metod socialnega dela: Uvod v katalog centrov za socialno delo. Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

obstaja nek minimum spretnosti, ki jih mora socialni delavec obvladati, da je lahko dober socialni delavec. Nekaj teh nujnih spretnosti bom v nadaljevanju naštel.

Pogovarjanje – vodenje pogovora v socialnem delu paradoksalno največkrat pomeni, da omogočimo uporabniku, da vodi pogovor, da pravi, da mu sledimo in soustvarjamo. Veliko pogovorov v socialnem delu je naravnanih v ravnanje, ki naj bi izboljšalo položaj uporabnikov. Pogajanje – tu je treba oblikovati argumente, izražati interese, prepričati sogovornike, biti vztrajen, iskati sinteze, ki bodo v interesu uporabnika. Ne spodbujamo konfliktov, hkrati pa ne bežimo od njih. Omogočanje dostopa do sredstev – pomembne vloge socialnega delavca je biti posrednik do informacij, sredstev, storitev. Niti ni toliko pomembno, če te informacije imamo, temveč, da vemo, kako do njih priti. Organizacijske spretnosti - organizacija storitev in dajanje podpore uporabnikom, ko se trudijo urediti ali preokvirirati svoje življenje, da bo boljše. Vsak poseg socialnega delavca ali delavke, ki je več od naključne izmenjave in dajanja informacij, je na nek način projekt. Dialog – je osnovno sredstvo socialnega dela, če nočemo, da bi bilo socialno delo birokratsko, zatirajoče,...Če je nemogoče ne komunicirati (Watzslavick), pa je mogoče ne biti v dialogu, dajati le sporočila in komunikacije. Dialog med drugim pomeni tudi ustvarjanje upanja, je sredstvo poimenovanja in pojmovanja sveta, da bi ga spremenili, je preseganje omejitev, ki izhajajo iz bivanja v svetu kot se nam kaže. Organizacijske spretnosti socialnega delavca oz.delavke: Socialni delavci oz. delavke delujejo v organizacijah in timih, organizirajo storitve in tudi dajejo podporo ljudem, ki se trudijo (re)organizirati svoje življenje, da bo boljše. Ena od kvalitete socialnega delavca je, da je organizator. Nujne organizacijske spretnosti, ki jih morajo imeti so:¹⁰⁰

➤ vodenje in sodelovanje v timih, načrtovanje (projektov, dela), skupinska dinamika, organizacija in vrednotenje strokovne pomoči, povezovanje, koordiniranje.

Sicer pa je tudi pri obravnavi uporabnika oz. uporabnice duševnega zdravja v psihiatrični bolnišnici, kot tudi na vseh ostalih področjih dela, nujno timsko delo in večina socialnega dela tudi dejansko poteka tako ali drugače v timih in v skupinah z več ljudmi. Tovrstno delo temelji na enakopravnem sodelovanju vseh članov, na razvoju tima, na fleksibilni delitvi dela in na prednosti, ki jo imajo zanj naloge pred vlogami.

Beseda moč¹⁰¹ se lahko razume kot avtoritativno razmerje in obnašanje v smislu vladanja, obvladovanja ali pa tako, kot to razumemo tudi v socialnem delu: v smislu moči kot trdnosti,

¹⁰⁰Flaker,Vito.(2003).Oris metod socialnega dela:uvod v katalog centrov za socialno delo.Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije.Fakulteta za socialno delo.Ljubljana.

¹⁰¹Stolc-Jež,Alenka.(2004):Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici

kreposti, pripravljenosti na spreminjanje družbenih situacij in sebe. V socialnem delu razumemo moč kot interpersonalno razmerje, katerega smisel je opolnomočenje uporabnikov. Namreč, uporabniki oz. uporabnice duševnega zdravja imajo pogosto občutek nizke lastne vrednosti, nemoči, šibkosti in odvisnosti. Opolnomočenje¹⁰² je metoda socialnega dela. Ko jo izvajamo, oseba pridobiva občutek, da je vse bolj sposobna odločati o svojem življenju in te odločitve uresničevati v praksi. Z opolnomočenjem krepimo tisto pot in odločitve, ki jih je naredila oseba sama zase in ji pomagamo spoznavati in razumeti družbene in osebne ovire v njenem življenju. Z opolnomočenjem pomagamo človeku, da spozna družbeno ustvarjene,

strukturirane neenakosti in diskriminacije in ga spodbujamo, da razvije tiste sposobnosti, s katerimi lahko razširi svoj vpliv in sposobnost za uporabo moči. Vpliv nad lastnim življenjem pa je zelo pomemben, kajti omogoča nam, da sami odločamo o tem kaj se bo z našim življenjem dogajalo. Z opolnomočenjem krepimo občutke samozavesti, spodbujamo osebo, da uporablja vzvode moči in delujemo tako, da pride do premika moči.

Ključne faze procesa opolnomočenja so naslednje:

Pridobivanje občutka, da je oseba sposobna odločati o svojem življenju. Pri delu z uporabnikom oz. uporabnice duševnega zdravja lahko uporabljamo veščine poslušanja, aktivne podpore, terminologijo uporabnika. Podpora, da svoje odločitve uresniči v vsakdanjem življenju, podpora, da se človek odloči tako, kot sam misli, da je zanj najboljše. Uporabnik oz. uporabnica duševnega zdravja imajo pravico do najrazličnejših izbir in do tega, da sam ali pa z našo pomočjo ugotovi svoje potrebe, želje in vizije (npr. izdelava individualnega načrta). To uporabnikom oz. uporabnicam lahko pomaga, da definirajo smisel sprememb za njih, spoznavanje družbenih in osebnih ovir, spoznavanje in razumevanje družbeno ustvarjenih strukturnih diskriminacij. Samoizobraževanje uporabnikov oz. uporabnic duševnega zdravja, saj znanje daje več moči. Povečevanje vpliva v svojem življenju. Različne povezave s skupino.

Krepitev občutkov samozavesti, da uporabnik oz. uporabnica duševnega zdravja začne uporabljati moč, ki jo ima. Eden od načinov uporabe moči, ki jo človek ima je, da postane soudeležen v procesih pomoči. Opolnomočenje je v tem, da se uporabnik oz. uporabnica duševnega zdravja počuti koristen.

Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

¹⁰²Zaviršek, Darja. (2002): Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje/Darja Zaviršek, Jelka Zorn, Petra Videmšek. Ljubljana. Študentska založba-(Knjižna zbirka Scripta).

Opolnomočenje¹⁰³ je lahko doseči le tako, da uporabniki socialnega varstva skupaj z strokovnjaki postanejo enakovredno vključeni v procese odločanja o svojem življenju in tako, da postane »moč uporabnikov enaka moči drugih državljanov«.

Zagovorništvo v socialnem delu je enkratna in skupna predstavitev ciljev uporabnikov z namenom vplivati na tiste, ki odločajo. Je dejavnost, ki vključuje eno ali več oseb ali skupino uporabnikov socialnovarstvenih storitev, ki se zavzemajo za uresničitev njihovih potreb in želja. Namen zagovorništva je, da poveča občutek moči uporabnikov. Pomaga jim, da pridobijo večje samozaupanje, dobijo več izbire v svojem življenju in izboljšajo njegovo kvaliteto.¹⁰⁴

Bistvo zagovorništva je v tem, da omogočimo ljudem, da se aktivno vključijo v reševanje svojih problemov, v smeri ki so si jo sami načrtali. Tega pa jih moramo ponovno naučiti.

Zagovornik ne dela stvari namesto osebe, ki ji želi pomagati. Pomembno je, da zagovornik spozna problem skozi oči uporabnika, zato pa se mora naučiti aktivno poslušati. Zagovornikova naloga ni dajanje nasvetov, temveč odpirati vprašanja. Ta vprašanja pomagajo postaviti problem v širši okvir, pomagajo uporabniku, da lahko izrazi lastne potrebe in stališča.

Človek bo v dialogu začutil potrebo, da izrazi svoja čustva. Vse izraze čustev sprejemamo kot izraz odpiranja navzven, kot del procesa ozaveščanja. Z realističnim opogumljanjem podpiramo zagovorniške sposobnosti posameznika, prepričanje, da je stvari mogoče izboljšati. Ko dovolj vemo o osebi, jo lahko začnemo informirati. To niso nasveti, temveč le prikaz dejanskih možnosti, pri katerih upoštevamo osebnost uporabnika.¹⁰⁵

Učenje spretnosti poteka vzporedno z ozaveščanjem. Tako se posameznik nauči izražati čustva in jih začne sprejemati. Stik s čustvi mu znova prebudi spomine na lastno učinkovitost in mu da občutek, da lahko v svojem svetu kaj spremeni. S tem so dani temelji za prevzemanje vedno večje odgovornosti za svoje življenje.

Zagovorništvo je predvsem splošna idejna usmeritev, ki se zavzema za pravice uporabnikov uslug duševnega zdravja v najširšem smislu. Zavzema se za to, da bo uporabnik deležen maksimalno učinkovite obravnave, ki bo poleg farmakološkega zdravljenja vključevala še različne oblike psihosocialne pomoči.

¹⁰³Lamovec, Tanja. (1998): Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

¹⁰⁴Zaviršek, Darja. (2002): Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje/Darja Zaviršek, Jelka Zorn, Petra Videmšek. Ljubljana. Študentska založba-(Knjižna zbirka Scripta).

¹⁰⁵Lamovec, Tanja. (1995): Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana. Lumi.

Zagovorništvo¹⁰⁶ za državljanom prijazno bivanje se osredotoča na učenje emancipacije v smislu samoodločbe in usposabljanja uporabnikov na področju duševnega zdravja.

V Sloveniji nimamo urejenega bolniškega zagovorništva. Sicer obstaja predlog zakona, vendar ga Državni zbor še ni uzakonil.

Cilj predlaganega zakona¹⁰⁷ je uzakonitev instituta bolniškega zagovorništva (v nadaljevanju: zagovorništva), ki bo pripomogel k učinkovitejši preventivi in zaščiti ustavnih, zakonskih in drugih posebnih pravic, nadzoru nad sprejemom in pomoč pri uveljavljanju pravic pridržanih oseb v zdravstvenih organizacijah in socialno-varstvenih zavodih. Zagovorniki iz vrst pravnikov oz. pravnih, socialnih delavcev oz. delavk, psihologov oz. psihologinj in drugih strokovnjakov bodo v okviru posebne specializirane službe, neodvisne od zdravstvenih organizacij, skrbeli za učinkovito varstvo pravic pridržanih oseb v okviru zakonskih pogojev. Vsaki osebi, ki je napotena ali pridržana v zdravstveni organizaciji zaprtega tipa se dodeli zagovornik kot obvezen zastopnik njegovih interesov v postopku pridržanja in nadaljnjega zdravljenja. V primeru, da si pridržana oseba za varstvo pravic izbere odvetnika, pa obvezna dodelitev zagovornika ne bo potrebna. Prav tako pa ima pridržana oseba možnost izbire zagovornika iz imenskega seznama zagovornikov delujočih pri nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja. Služba zagovornikov, kot obveznih zastopnikov pridržanih oseb, bo organizirana v okviru zavoda za nudenje pravne in druge pomoči socialno ogroženim za območje celotne Slovenije.

Poleg uzakonitve inštituta zagovorništva pa bo predlog zakon uredil tudi listo posebnih pravic pridržanih oseb v zdravstvenih organizacijah in socialno-varstvenih zavodih. Lista bo vsebovala tiste pravice pridržanih oseb, ki jih bo potrebno zagotoviti za kvalitetno uporabo storitev znotraj zdravstvenih organizacij in varstvo pred zlorabami zdravniškega in drugega osebja in bo v obliki posebne zloženke obvezno vročena vsaki pridržani osebi. Na tak način pa bo zagotovljeno posebno varstvo človekove osebnosti in njegovega dostojanstva.¹⁰⁸

Bolniške zagovornice in zagovorniki (v nadaljevanju zagovorniki) so osebe, ki po uradni dolžnosti v postopku pridržanja oseb v zdravstvenih organizacijah in zavodih zastopajo pridržane osebe pri varovanju in uveljavljanju njihovih zakonskih pravic. Sistem zagovorništva¹⁰⁹ omogoča, poleg sodne kontrole, dodatni nadzor varstva pravic pridržanih

¹⁰⁶Dutoit, Martine, Deutsch, Claude. (2004): Convivial Space Citizens Advocacy. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

¹⁰⁷Predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Poročevalec Državnega zbora RS; 76/98 z dne 09.12.1998.

¹⁰⁸Predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Poročevalec Državnega zbora RS; 76/98 z dne 09.12.1998.-2. člen.

¹⁰⁹Predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Poročevalec

oseb v zaprtih oddelkih zdravstvenih organizacij. Služba zagovornikov je organizirana v okviru zavoda, ustanovljenega na območju Republike Slovenije za nudenje pravnega svetovanja in druge pomoči socialno ogroženim. Zagovorniki opravljajo naloge zagovorništva v okviru posameznih skupin zagovornikov, organiziranih na območjih zdravstvenih organizacij. Zagovorniki opravljajo svoje delo skladno s posebnimi pravili službe zagovornikov, neodvisno od zdravstvenih organizacij in drugih zdravstvenih ustanov. Dobra praksa¹¹⁰ veleva, da zagovornik ne sme vsiljevati svojega mnenja, informira o možnih izbirah, podpira samozagovorništvo, ne daje obljub, ki jih ne more izpolniti, izpolni obljube, stranka pa usmerja delo zagovornika. Socialnodelavko zagovorništvo je enkratna in skupna predstavitev ciljev uporabnikov z namenom vplivati na tiste, ki odločajo. Je dejavnost, ki vključuje eno ali več oseb ali skupino uporabnikov socialnovarstvenih storitev, ki se zavzemajo za njihovih potreb in želja. Namen zagovorništva je, da poveča občutek moči uporabnikov. Pomaga jim, da pridobijo večje samozaupanje, dobijo več izbire v svojem življenju in izboljšajo njegovo kvaliteto.

Zagovorništvo¹¹¹ je predvsem splošna idejna usmeritev, ki se zavzema za pravice uporabnikov uslug duševnega zdravlja v najširšem smislu. Zavzema se za to, da bo uporabnik deležen maksimalno učinkovite obravnave, ki bo poleg farmakološkega zdravljenja vključevala še različne oblike psihosocialne pomoči.

Bernard Stritih¹¹² pravi, da lahko socialni delavec oz. delavka s pozornim spremljanjem osebe odkriva njene notranje resurse – njene notranje slike in zgodbe, iz katerih oseba gradi in dopolnjuje svojo lastno vizijo prihodnosti, iz katere bo oseba lahko dobivala veselje do življenja in voljo za delo. Po drugi strani mora socialni delavec oz. delavka videti položaj osebe v njenem kontekstu, videti mora njen položaj tako, da ima iz ptičje perspektive pregled nad celotnim teritorijem in tako osebi lahko pomaga, ko preverja svoj položaj in išče najbolj primerno pot za uspešnejše reševanje težav vsakdanjega življenja. Svetovalec mora upoštevati posameznika kot celoto z vsemi njegovimi posebnostmi, sicer lahko nastajajo vedno nova protislovja.

Delo s posameznikom naj bi temeljilo predvsem na zaupanju in ljubezni do sočloveka. Poudarek je bolj na humanem in pristnejšem načinu obravnavanja človeških problemov.

Državnega zbora RS; 76/98 z dne 09.12.1998.-13.člen.

¹¹⁰<http://www.ljudmila.org/altra>; (15.10.2003).

¹¹¹Lamovec, Tanja. (1995): Ko rešitev postane problem in zdravlilo postane strup. Ljubljana. Lumi.

¹¹²Stritih, Bernard. (1998). Pogled na socialno delo v sedanost za prihodnost. V Socialno delo-letnik 35, št. 5. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

Metoda dela s posameznikom je postopek, ki razvija osebnost v smeri prilagoditve okolju, za doseganje različnih ciljev posameznika. Gre za uravnavanje odnosov med posameznikom in njenim socialnim okoljem.

Med dajalcem in prejemnikom pomoči gre za močen interaktivni odnos v smislu procesa avtopoeze. Dajalec skuša ugodno vplivati na človekovo psihofizično stanje. Pojav samouresničevanja je obojestranski (koevolucija), pri pomagajočemu in uporabniku. Pomagajoči dobi občutek lastne vrednosti, socialne bližine, počuti se koristnega, prejemnik pa dobi občutek sprejetosti, dobi potrditev notranjih resursov, svojih dobrih plati, doživlja uspeh, sprejetost, socialno bližino. Dober medosebni odnos omogoča, da prejemniki pomoči zopet začnejo iskati in zaupati, da bodo lahko našli smisel svojega življenja. Odnos, ki se tekom dela vzpostavi med dajalcem in prejemnikom pomoči pripomore k spoznavanju vrednot kot je ljubezen do sočloveka, samospoštovanje, samozaupanje, zaupanje drugim, sprejemanje drugačnosti.¹¹³

Poleg individualne pomoči posamezniku je zelo pomembna vključitev posameznika v skupino. Teza socialne psihologije je, da je človek po svoji naravi družbeno bitje, kjer zadovoljuje potrebo po socialnih stikih, po sprejetosti in pripadnosti.. Boji se, da bi naletel na neodobravanje socialnega okolja. Pojavi, kot socialno izmikanje, socialna bojazen, socialna vzpodbuda kažejo na pomembno človekovo eksistenčno odvisnost od socialnega okolja.¹¹⁴

Vesna Švab ugotavlja, da je uspešnost psihoterapevtskega zdravljenja ljudi bolj kot od načina psihoterapevtske obravnave odvisna od temeljnega odnosa do osebe z duševno motnjo. Ta teoretična trditev pomeni, da lahko pri psihoterapiji uporabljamo različne tehnike dela: vedenjske, kognitivne, družinsko terapevtske,, vendar smo ob poznavanju teh tehnik dolžni v terapevtskem odnosu vzdrževati do bolnika poseben odnos oz. načelne usmeritve:¹¹⁵

Spoštovanje: Pacient oz. pacientka je človek, ki se bori s hudimi življenjskimi težavami, ima pravico do zasebnosti, do njemu prilagojenega zdravljenja in načina terapevtske ali rehabilitacijske obravnave. Sam lahko vpliva na potek zdravljenja in se skuša naučiti obvladati svojo motnjo. Nepretrganost odnosa: Umik iz odnosa s psihotičnim pacientom ima lahko usodne posledice. Zdravljenje traja, dokler ga ne prekine pacient oz. pacientke in tudi tokrat je potrebno ponovno iskati možnost za ponovno vzpostavitev kontinuitete. Z vstopom v

¹¹³Šugman-Bohinc, Lea. (1996). Razgovor o razgovoru. Od spoznavanja k razumevanju razumevanja v jeziku kibernetike drugega reda. Ljubljana. Filozofska fakulteta.

¹¹⁴Konjar, Bernarda. (2000): Iskanje razvojnih možnosti in novih oblik socialnega dela z osebo s psihiatrično diagnozo. Diplomaska naloga. Visoka šola za socialno delo.

¹¹⁵Švab, Vesna. (2000). Vloga psihoterapije pri skrbi za osebe s psihotičnimi motnjami. Izobraževalni seminar-Šent: Pomoč in samopomoč osebam v duševni stiski. Marec 2000. Postojna.

psihoterapevtski odnos prevzamemo odgovornost za pacienta oz. pacientko. Konsistentnost odnosa: Pomagajoči mora biti kos obvladovanju različnih občutkov, ki ga preplavijo v času nudenja pomoči klientu. Bolnik oz. bolnica nas moral doživeti kot dovolj trden most do resničnosti. Optimizem: Naša vera v uspešno izboljšanje tekom zdravljenja je prvi korak pri obnavljanju upanja pacienta oz. pacientke. Poštenost: Bodimo pripravljeni, da bomo morali v terapevtskem odnosu znati opisati tudi svoja čustva, kar pomeni, da jih bomo morali znati prepoznati. Terapevtski nevtralnosti se izogibamo. Pristnost: Pacient oz. pacientka ima nadpovprečne sposobnosti prepoznavanja naših obramb in bo naša terapevtska prizadevanja sprejel šele takrat, ko bodo resnična. Ko bo spoznal, da je za nas resnično pomembno izboljšanje njegovega stanja, ki si ga resnično želimo. Sposobnost identifikacije: Bolniki oz. bolnice so nam enakovredna človeška bitja. Ni dovolj, da smo zgolj terapevti, biti moramo soljudje z veliko sposobnostjo empatije, razumevanje njihove stiske, tesnobe. Zavzetost, vzpostavitev odnosa z pacientom oz. pacientko: Močna terapevtska čustva lahko pacienta oz. pacientko spodbujajo k ozdravitvi in boljšemu delovanju. Ob teh čustvih pa terapevtski odnos ostaja pragmatičen, usmerjen v prihodnost. Izogibanje vseomogočnosti: Rešitve psihoterapevta so lahko nevarne zato, ker se pogosto dogaja, da iz terapevtskega odnosa izrivajo druge ljudi, ki oblikujejo mrežo. Ta pa je pomembna za bolnikovo preživetje in nujna ob naših odsotnostih. V psihoterapevtski odnos nikoli ne vstopamo sami. Najpomembnejši del bolnikove mreže je njegova družina, ki prav tako potrebuje obravnavo, katera temelja sta podpora in učenje.

Današnja praksa socialnega dela¹¹⁶ zagovarja popolno udeležbo uporabnika v načrtovanju storitev zanj. Zagovarja individualni pristop in upoštevanje želja uporabnika. Za individualni načrt se uporablja tudi druga poimenovanja kot sta denimo načrtovanje psihosocialne skrbi ali načrtovanje podpore. To pomeni, da so uporabniki tisti, ki prevzamejo odločanje o svojem življenju v svoje roke. Proces načrtovanja in njegovo dosledno izvajanje omogoča nadzor nad celotnim procesom načrtovanja ter nad načrtovanjem storitev, ki jih uporabniki potrebujejo. Individualno načrtovanje ustvarja okoliščine, v katerih je človek spodbujen k prepoznavanju svojih želja in potreb ter k iskanju rešitev.

Individualni načrt se od drugih strokovnih zapisov razlikuje po tem, da je:

- v načrtu zapisano samo to, kar posameznik želi, da je zapisano; v načrtu

¹¹⁶Zaviršek, Darja. (2002): Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje / Darja Zaviršek, Jelka Zorn, Petra Videmšek. Ljubljana: Študentska založba - (Knjižna zbirka Scripta).

uporabljen jezik, ki ga uporabnik razume (strokovne terminologije se izogibamo); uporabniku omogočeno, da sam definira, kje in kdaj se želi srečevati z osebo, ki izdelava individualni načrt; uporabniku zagotovljen pregled nad načrtovanjem; uporabnik spodbujen k razmišljanju o svojem življenju; individualni načrt osnova za načrtovanje novih socialnih služb.

Individualno načrtovanje je kot smerokaz za začetek spreminjanja položaja uporabnikov z neposredno vključitvijo njih samih.

Individualni načrt je dokument, ki je sestavljen iz dveh delov in obsega 4 do 5 strani.

Prvi del je načrt (A). Načrt vsebuje kratek uvod ter pregled petih magnetov, ki se nanašajo na opis posameznikove življenjske situacije: VPLIV, SPRETNOSTI, STIKI, BOLEČINE, ŽELJE. Magneti nam omogočajo jasen zapis življenjskega sveta posameznika v času, ko zapisujemo načrt. Na koncu načrta (A), so zapisani posameznikovi cilji, ki predstavljajo njegovo vizijo.

Drugi del načrta je stroškovnik (B), v katerem je natančen opis finančnih sredstev, ki jih potrebuje posameznik. Ta sredstva omogočajo uresničevanje tistih ciljev, ki so zapisani v individualnem načrtu. Načrtu in stroškovniku sledi refleksija. Refleksijo zapiše načrtovalec, kjer povzame potek izdelave individualnega načrta, pomanjkljivosti in prednosti zapisovanja individualnega načrta, kaj mu je bilo kot načrtovalcu v procesu izdelave najbolj všeč in kako ocenjuje celoten proces načrtovanja kot tak. Načrtovalec v refleksiji tudi zapiše, kje, če sploh kje, vidi svojo vlogo v implementaciji individualnega načrta. Refleksija je namenjena razbremenitvi načrtovalca. V procesu individualnega načrtovanja moramo zagotoviti opolnomočenje. Zato moramo biti pozorni na naslednje elemente: Načrt se zapiše na željo uporabnika oz. uporabnice (pobudo da lahko kdo drug, on pa mora željo izrecno izraziti); uporabnika oz. uporabnico je potrebno pred zapisom seznaniti s potekom zapisa individualnega načrta; uporabniku oz. uporabnici povemo, čemu je namenjen zapis individualnega načrta; jasno povemo, čemu je namenjen zapis individualnega načrta; z uporabnikom oz. uporabnico se dogovorimo o načinu zapisa in kdo bo zapisovalec in v kateri osebi bo zapisan individualni načrt; zagotoviti moramo enakovreden odnos; uporabnik oz. uporabnica se odloči, kje bi želel, da potekajo srečanja; zagotovi se okoliščine, kjer sta zagotovljena mir in zasebnost ter dostojanstvo ter varno in prijateljsko vzdušje; uporablja se jezik razumljiv za uporabnika oz. uporabnico; na vsakem srečanju se uporabniku oz. uporabnici prebere (ali prebere sam), kaj smo zapisali na zadnjem srečanju; zagotovi se določitev prioriteten uporabnikovih potreb in želja; zgođbam uporabnika oz. uporabnice se verjame brez preverjanja; ob zaključku vsakega srečanja se uporabniku oz. uporabnici zahvalimo za sodelovanje; ob zaključku vsakega srečanja preverimo, koliko moči in vpliva je

imel v procesu individualnega načrtovanja naš sogovornik oz. sogovornica; skupaj z uporabnikom oz. uporabnico se dogovorimo, s kom vse bomo v načrtu sodelovali; uporabnika oz. uporabnico se seznani s tem, kdo bo imel vpogled v načrt; uporabnika oz. uporabnico se seznani, da je po podpisu prejema individualnega načrta to njegov osebni dokument; po enem letu se individualni načrt revidira ali popravi; izdelan načrt je potrebno evalvirati; najbolj pomembno je, da je imel uporabnik oz. uporabnica ves čas pregled nad načrtovanjem ter da je v procesu načrta dobil izkušnjo, da je to delo, ki je namenjeno samo njemu in zanj.

V procesu načrtovanja¹¹⁷ uporabnik oz. uporabnica dobi izkušnjo, da so njegove besede in občutja za nas pomembna in da se osredotoči na to, kaj je zanj v njegovem življenju velikega pomena.

Uvod

Pri uvodu je izredno pomemben začetek. Ta je namenjen predstavitvi posameznika. V prvem stavku se mora posameznik sam predstaviti. Posameznika spodbudimo, da se nam predstavi sam. Sogovornika spodbudimo, da razmišlja o sebi kot o nekom, ki nekaj zna in zmore.

Vpliv

Ko govorimo o vplivu, imamo s tem v mislih vpliv nad lastnim življenjem vsakega posameznika. Vpliv je izredno pomemben. Omogoča nam, da sami odločamo o tem, kaj se bo v našem življenju dogajalo. Zapis magnetov »vpliv« nam da odgovore o tem, ali lahko posameznik vpliva na svoje življenje, o čem lahko odloča oziroma kdo odloča namesto njega, ali lahko izrazi, kaj mu je všeč in česa ne mara, ali je posameznik obravnavan njegovim letom primerno, ali lahko kupuje to, kar želi, ali ima nadzor nad porabo denarja, ali je obravnavan z ustreznim dostojanstvom ipd.

Spretnosti

Spretnosti pogosto vplivajo na to, kako nas vidijo drugi. Pogosto boste prišli do spoznanja, da ljudje, s katerimi sestavljate načrt, obvladajo najrazličnejše spretnosti. Pomembno je, da jim zastavite vprašanje o tem, kaj vse znajo in kakšne spretnosti imajo, katere spretnosti si želijo razviti in kako se jim pri tem lahko pomaga. Spretnosti so dobra podlaga za priporočila.

Stiki

Stiki govorijo o uporabnikovi osebni socialni mreži. O ljudeh, s katerimi se povezuje, o tem, kako tesni so njihovi stiki. Pregled stikov nam da odgovor na to, kdaj se pojavi kakšen človek in koliko je ljudi, s katerimi se uporabnik povezuje. Pogosti stiki ponazarjajo, ali so

¹¹⁷Zaviršek, Darja. (2002): Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje / Darja Zaviršek, Jelka Zorn, Petra Videmšek. Ljubljana: Študentska založba - (Knjižna zbirka Scripta).

uporabniki tisti, ki odločajo o tem, s kom se bodo srečali in kdaj ter kakšna je narava posameznikovih stikov, zaupnih odnosov ali poznanstev.

Bolečina

V okviru magneta bolečine je pomembno, da razkrijemo osnovne vire bolečine posameznika, naravo njegovega trpljenja, kateri dogodki v življenju so posamezniku prizadejali največje trpljenje in katere stvari mu povzročajo trenutno največjo skrb; katere so osebe, s katerimi ima konfliktna situacije in ali koga sovražijo; kdaj je imel nazadnje kontrolni pregled ter ali pozna ozadje svoje bolezni; je seznanjen s postopki zdravljenja in ali lahko vpliva na potek zdravljenja?

Želje

Pomembno je, da srečanja ne zaključimo s težkimi mislimi o bolečini. Zato je ob koncu bolečine vedno potrebno zaključiti s pogovorom o željah. Sogovornika vprašamo, česa se najbolj veseli, kaj ga v življenju najbolj razveseljuje, komu pove svoje želje in katere želje je že uresničil.

Cilji

Zapis ciljev je pomemben sestavni del individualnega načrtovanja, saj predstavlja smer našega delovanja. V ciljih je zapisano, kaj si posameznik želi uresničiti in kaj potrebuje za dosego svojih ciljev. Ko zapisujemo cilje, je pomembno, da jih zapišemo tako, da bo tretji osebi, ki bo implementirala individualni načrt, jasno, katere želje posameznik želi uresničiti in v kakšnem časovnem obdobju.

Refleksija

Ob zaključku individualnega načrta načrtovalec zapiše refleksijo svojega dela. V refleksiji so zajeti predvsem občutki, s katerimi se on zapisovanju sooči načrtovalec. Refleksija je namenjena razbremenitvi načrtovalca. S pomočjo refleksije imamo vpogled v potek dogodkov. Refleksija nam omogoča, da lahko na vsakem ponovnem srečanju popravimo morebitne napake. V refleksiji načrtovalec tudi zapiše, ali v katerem izmed ciljev, ki si jih je zastavil uporabnik, vidi svojo vlogo kot podpornik, zagovornik, mediator ipd.

Pomembno je, da zapisanemu načrtu sledi njegova implementacija. To pomeni, da poskušamo zastavljene cilje uresničiti. Brez implementacije ima zapisan načrt majhno ali nično vrednost. Implementacija načrta izvaja nova oseba. Ta oseba načrt pregleda in se z uporabnikom dogovori o načinu izvajanja.

Evalvacija načrta

Evalvacija kot metoda, s katero želimo oceniti uspešnost izvedenega načrta, je v procesu individualnega načrtovanja zelo preprosta. Po preteku leta dni izdelan individualni načrt ponovno pregledamo in skupaj z uporabnikom ocenimo, katere od zastavljenih ciljev smo uspeli implementirati. S pomočjo vrednostne lestvice od 1-5 ocenimo, kaj se v življenju uporabnika spremenilo. Evalvacija nam lahko tudi pokaže, kako se je s pomočjo neposrednega financiranja, izboljšala kakovost življenja uporabnika socialnih storitev. Poleg tega pa nam evalvacija daje smernice za nadaljnje delo in nove podlage o načinu delovanja socialnih služb.

Ob evalvaciji vsakega posameznega cilja zapišemo komentar. Pogledamo, kaj smo naredili za posameznika, da bi uresničil ta cilj. Poleg zapišemo, kaj je še potrebno narediti, in predvidimo, kakšne službe je potrebno vzpostaviti za dosego tega cilja.¹¹⁸

Pri individualnem načrtovanju gre za iskanje rešitev, ki izhajajo iz uporabnikovih potreb, stisk, želja, ne pa za njihovo umeščanje v obstoječo ponudbo služb, storitev in ustanov.¹¹⁹ Izhajati mora iz človekove enkratne situacije, njegove življenjske zgodbe, konkretnih stisk in težav. Temeljna načela, ki jih mora socialni delavec upoštevati in spoštovati pri individualnem načrtovanju:

- poslušati zgodbo, ki jo oseba pove, pogovarjati se v jeziku, ki je brez strokovnega žargona, saj le-ta ponavadi onemogoča laikom sodelovanje, spoštovanje zasebnosti uporabnika, tako da se upravljanje skrbi izogne pretiranemu udiranju v posameznika, pogled na posameznikovo celotno življenje, ne skozi drobnogled njegovih sposobnosti, razumljivost in preglednost vseh postopkov, enostavni in človeški postopki.¹²⁰

Na koncu individualnega načrta¹²¹ uporabnik in socialni delavec pregledata ter uredita vse cilje, ki sta jih navedla tekom načrtovanja.

¹¹⁸Zaviršek, Darja. (2002): Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje/Darja Zaviršek, Jelka Zorn, Petra Videmšek. Ljubljana: Študentska založba-(Knjižna zbirka Scripta).

¹¹⁹Flaker, Vito in sodelavci. (1995): Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju Republike Slovenije. Raziskovalno poročilo. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

¹²⁰Brandon, David, Brandon, Althea. (1994): Jing in jang načrtovanja psihosocialne skrbi. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

¹²¹Stolc-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

Možne napake, ki jih lahko naredi načrtovalec so:

- prevzemanje odločitev v imenu uporabnika, dati uporabniku premalo časa za razmislek, uporaba jezika, ki ga uporabnik ne razume, ne izkoristiti procesa načrtovanja zato, da uporabnik skozi le-tega doživi opolnomočenje.

3 OBRAVNAVA UPORABNIKA OZ. UPORABNICE

Vsakdanji¹²² stresi, slabe življenjske razmere in brezperspektivnost pogosteje povzročijo, da doživimo duševno motnjo. V zadnjih desetih letih se je obisk psihiatričnih ambulant več kakor dvakrat povečal, povečal se je tudi pritisk na bolnišnice. Prav zaradi teh ugotovitev je posebno pomembno, kako obravnavamo duševne bolnike. Dejstvo je, da negativen odnos do duševnih bolezni in bolnikov še zmeraj ni presežen ali, kot pravi ena izmed bolnic dr. Marušiča: »Če bi si zlomila nogo, bi mi pošiljali v bolnišnico rože in sladice. Če pa bi izvedeli, da se zdravim zaradi depresije ... hm, to pa bi bila povsem druga zgodba.« Negativni odnos povzroča, da so duševni bolniki v slabšem položaju kot bolniki z drugimi boleznimi, hkrati pa jim tudi po prestani bolezni otežuje in celo onemogoča vključitev v družbo.

V obravnavi psihiatričnih bolnikov pri nas je več problemov. Veliko vrzel opazamo po odpustu bolnika iz bolnišnice. Ni res, da čas zaceli vse rane, da je treba počivati in čakati. Možgani so mišica kot vse druge. Če jo treniramo, če jo usposabljammo za učenje, urjenje spomina, socialnih veščin..., bodo delali bolje. Dolgotrajna hospitalizacija je škodljiva, saj človek med njo otopi in marsikaj pozabi. Čim prej ga moramo vrniti v zunaj institucionalno življenje in mu pri tem pomagati. Vendar rehabilitacijskih programov za psihiatrične bolnike ni, prepuščeni so samim sebi in se zato pogosteje vračajo v bolnišnico. Na tem področju delajo samo nevladne organizacije v okviru svojih socialnih programov, vendar je to premalo,« ugotavlja dr. Švabova.

Zanimivo je, da v celotnem zdravstvenem sistemu za rehabilitacijo duševnih bolnikov ni predvidenih nikakršnih sredstev. Tako so bolniki z raznimi drugimi diagnozami v neprimerno boljšem položaju kakor psihiatrični bolniki. Samo za dva- ali tritedensko rehabilitacijo v zdraviliščih nameni zdravstvena blagajna 4,3 milijarde tolarjev na leto ali v povprečju 200.000 tolarjev za vsakega bolnika. Po pogostnosti vključenosti so po podatkih ZZZS na

¹²²Zupanič, Milena. (2002): Je dvakrat večji obisk pri psihiatrih davek tranziciji? Dnevnik Delo- 19.06.2002. Ljubljana. Delo.

prvem mestu otroci z astmo, bolniki z artrozo kolka, okvaro hrbtenice in bolečinami v hrbtu, poškodovanci po zlomu stegenice in bolniki po možganski kapi.

Zdravstvo je torej rehabilitacijo duševnih bolnikov obšlo, kar vsebuje misel, da imajo bolniki izključno socialne probleme. Zato je njihovo reševanje prepuščeno socialni sferi, a tam gre za povsem drugačne zneske.

»S socialnimi programi, ki poleg stanovanjskih skupin obsegajo še dnevne centre, informacijske pisarne in pomoč po telefonu, ne moremo nadomestiti tistega dela, v katerem bi ljudje potrebovali psihiatrično podporo. Psihatrija bi morala iti v skupnostno obravnavo,« sodi Apokal Vučkovičeva. Dr. Švabova pa pojasnjuje: »V stanovanjske skupine in dnevne centre je vključenih 338 oseb, čez 300 je še občasnih obiskovalcev. Pri dejstvu, da biva v Sloveniji 2600 oseb v posebnih socialnih zavodih in da je vsako leto v psihiatričnih bolnišnicah hospitaliziranih približno 11.000 bolnikov, je to zelo malo. Vsi naštetih bi namreč potrebovali nadaljnjo psihiatrično podporo in možnosti za samostojno življenje. Za duševno zdravje celotnega prebivalstva pa bi bila potrebna najširša preventivna akcija in seveda denar zanjo.

Psihiatrična stroka se nagiba v neinstitucionalno zdravljenje, kar pomeni izgradnjo nekakšne dodatne psihiatrične mreže. Ena od možnosti je skupnostna oskrba duševnega bolnika, v kateri bi skupina strokovnjakov skrbela za duševno zdravje 30.000 do 50.000 prebivalcev. »To ne pomeni odpravljanja psihiatričnih postelj, saj so potrebe vse večje, pač pa dodatno skrb za duševno zdravje, ki bo ljudem dostopna čim bližje njihovih domov. Seveda pa je za ozdravljene duševne bolnike najpomembnejše delo, zato bi potrebovali možnost delne zaposlitve. Vendar potrebujejo pravočasno ustrezno pomoč,« pravi dr. Švabova.

Zaradi številčnosti¹²³ in večplastnosti vseh izpostavljenih problemov je potrebna globalna akcija zdravnikov in medicinskih sester, socialnih in pedagoških delavcev, svojcev, nevladnih organizacij in tako dalje, ki pa je zastavljena čimbolj lokalno, v psihiatričnih bolnišnicah s strani psihiatričnega tima.

Končni rezultat vsega naštetega bi bila mreža modernega in učinkovitega duševnega zdravstvenega varstva, ki bi delovalo:

□ lokalno: saj lahko tako multidisciplinarni tim poseže globlje v prostor, kar pomeni širšo geografsko dostopnost zdravstvenega varstva; globalno: multidisciplinarni tim se ne loti le dane medicinske diagnoze, temveč človeka in njegove bližnje okolice koordinirano in v celoti, vključno z njegovim stilom življenja, ki preprečuje ponovitev dane ali nastop

¹²³Problemi na področju duševnega zdravja v Sloveniji: Vsebina dela Sveta za duševno zdravje pri Vladi RS s cilji za 2003: dr. Andrej Marušič: <http://www.sigov.si/> (15.03.2004).

novih bolezni;kontinuirano; saj se z lokalnim in globalnim delovanjem lažje motivira posameznika k sodelovanju tudi po odpustu;fleksibilno; saj se prilagaja potrebam oseb z duševno motnjo in ne potrebam psihiatričnih bolnišnic;upoštevaje človekove pravice do svobode in zdravljenja istočasno.

V tem primeru bi se že zelo približali lastnostim najsodobnejšega duševnega zdravja, katerega opredeljuje šest elementov:

➤ zdravljenje oseb z duševno motnjo z dostojanstvom in v njim najprimernejšem okolju; zdravljenje v sodelovanju s svojci, kateri sodelujejo pri postavljanju ciljev zdravljenja; prilagajanje službe duševnega zdravja lokalnim potrebam regije, ki jo pokriva; izbiranje metod zdravljenja, ki so preverjeno učinkovite na dano ceno; skrb za varnost bolnikov samih, njihovih najbližjih, zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter javnosti nasploh; izbor izvajalcev iz vrst izobraženih in izkušenih, predvsem pa motiviranih posameznikov.

Pri obravnavi pacientov in pacientk ne smemo pozabiti tudi na njihove svojce ali skrbnike, ki so pomembni pri prispevanju k čim boljši, čim hitrejši rehabilitaciji njihovih dragih. Tudi oni preživljajo stiske in se sprašujejo kako naprej. Izobraževanje,¹²⁴ usposabljanje in svetovanje svojcem je eden pomembnih dejavnikov za vzpostavljanje, graditev in vzdrževanje družinske klime. Kako zagotoviti čim manj konfliktno sobivanje obolelega z ostalimi člani družine, prijazni odnosi, sproščena medsebojna komunikacija, razumevanje, spodbujajoča drža do jemanja zdravil, vse to prispeva k potrpežljivosti, k dobremu počutju ne samo obolelih, ampak tudi na svojce ali skrbnike, ki živijo z njimi. To je pomembno pri preprečevanju ponovitve krize, svojce ali skrbnike pa tudi obvaruje, saj življenje z bolnimi pri mnogih od njih pripelje do »neobičajnega trajnega stresa,« ki pogosto vodi v bolezen.

Izobraževanje¹²⁵ je izrednega pomena, še posebej, ko gre za ljudi, ki se soočajo z najrazličnejšimi težavami in iščejo odgovore za rešitev teh težav. Med te sodijo tako ljudje s težavami v duševnem zdravju, njihovi svojci ali skrbniki in nenazadnje tudi strokovni delavci, ki neprestano iščemo oblike podpore, ki bi odgovarjale na potrebe ciljne skupine ljudi. Informacije imajo moč in to moč je potrebno enakomerno porazdeliti, na ta način lahko prispevamo k zmanjšanju strahov, predsodkov in stereotipov, ki jih o ljudeh s težavami v duševnem zdravju ima splošna javnost.

¹²⁴Belak,Edo.(2004):Proces izobraževanja svojcev in skrbnikov.V:Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

¹²⁵Videmšek,Petra.(2004):Izkušnje z izobraževanjem v okviru projekta Prospect.V: Zbornik

3.1 Sprejem-hospitalizacija

Sprejem v bolnišnico ima svoje dobre in slabe strani. Slaba stran je v tem, da bolnika odtegnemo iz njegove družine, ker diagnoza in hospitalizacija še bolj prizadene njegove sposobnosti, ker bolnika stigmatizira. Smisel hospitalizacije v akutni fazi je zaščita bolnika in okolice pred agresivnimi dejanji, izločitev stresnih faktorjev ter zmanjšanje socialnih in legalnih posledic psihotičnega vedenja.

Redko katero področje¹²⁶ človeškega življenja je tako polno tabujev, stigme in nerazumevanja kot so psihosocialne stiske ljudi in posledično njihove izkušnje psihiatričnih hospitalizacij. Iz pričevanj ljudi spoznamo, da duševne stiske in psihiatrične diagnoze njim in svojem prilepijo negativne identitete kot so »človek je nevaren sebi in drugim«, »z družino je nekaj narobe«, »psihiatrični bolnik je reven, revščina pa je nekaj negativnega«, »človek s psihosocialnimi stiskami je slab delavec in je invalid«, »ženska s psihiatrično diagnozo ne more biti dobra mati«, »psihosocialne stiske so biološko dejstvo in podedovane«.

Osebe, ki imajo težave z duševnim zdravjem, obravnavamo¹²⁷ drugače od ljudi z zdravstvenimi težavami. Njihova življenja bodo sledila popolnoma drugačni »poklicni poti«. Vse se začne s hospitalizacijo. Psihološka degradacija, prevelike doze narkoleptikov in stigma kot stranski proizvod »diagnoze«, (ki je po Ssaszu) samo presoja psihiatra, ki mu manjkajo vsi osnovni podatki o skupku življenjskih okoliščin obravnavanih oseb. Vsi vemo, da laboratorijski izvidi niso na voljo. Vprašanje je, ali gre za zdravstveno ali socialno motnjo. Taki ljudje potrebujejo predvsem psihosociološko asistenco, ki jim pomaga preurediti življenje, rešiti težave z sorodniki in najti smiselno delo, ki so ga sposobni opravljati v primernih okoliščinah.

Pri sprejemu pacienta oz. pacientke gre za običajno proceduro sprejema v bolnišnico.

Pacienta oz. pacientko po navadi pripelje reševalno vozilo, z spremstvom zdravstvenega osebja, ali z spremstvom policajev, ali z spremstvom svojcev ali pa nekdo z napotnico osebnega zdravnika ali psihiatra pride sam ali s svojci. Primeri so različni. Lahko gre tudi za sprejem¹²⁸ po prejšnjem dogovoru s svojci, sodelavci, socialno službo, lahko z napotnico ali brez. Moramo seveda ločiti tudi paciente, ki so prvič sprejeti v psihiatrično bolnišnico in tistimi, ki se v bolnišnico vračajo večkrat letno.

konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

¹²⁶Zaviršek,Darja.(2004):Povzetki recenzij:Knjigi na pot.V:Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

¹²⁷Lamovec,Tanja.(2004):Enake pravice za osebe z psihozoi.V:Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

¹²⁸Proces zdravljenja v bolnišnici. Interno gradivo Psihiatrična bolnišnica Idrija. 2001.Idrija.

Dežurna ekipa (zdravnik-psihiater, medicinska sestra ali medicinski tehnik, višja medicinska sestra ali diplomirana medicinska sestra, socialnih delavcev oz. delavk pri sprejemu ni nikjer v Sloveniji), ambulantno obravnava, opravi pregled stanja z pacientom oz. pacientko in se odloči za takojšen sprejem ali naročanje, sledi administrativna obdelava kartice zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju KZZ), pogovor s svojci (če so prišli zraven), ali z ostalimi udeleženi v procesu sprejema zaradi informacij, ki so potrebne pri sprejemu in nadaljnji obravnavi, sledi diagnostika in terapija, sprejemna dokumentacija zdravnika in medicinske sestre, pogovor s svojci ali s spremstvom. Pri sprejemu se zdravnik-psihiater tudi odloči za delovno diagnozo in začetno terapijo (medikamentozna, psihoterapija in druge intervencije). Če se dežurna ekipa odloči za sprejem v bolnišnico sledi sprejem na bolniški oddelek, ki je v tistem trenutku najbolj primeren za obravnavanega pacienta oz. pacientko (lahko je to odprti oddelek ali intenzivni oddelek-v preteklosti poimenovan zaprti oddelek), sledi namestitev ter zdravstvena nega in oskrba pacienta oz. pacientke z higienskim in administrativnim delom. Sledijo začetni negovalni in terapevtski postopki, ocena bolnikovega stanja in življenjskih aktivnostih, informacije, neprekinjeno zdravstveno varstvo in zagotavljanje varnosti.

Kot sem že omenila, pri sprejemu socialne službe ni. Socialna služba izve za sprejem iz administrativne službe, katera izpiše sprejemni list za sprejetega uporabnika oz. uporabnico ali pa z oddelka, na katerem socialna služba sodeluje pri timskih sestankih in na vizitah. Kolegi in kolegice so v intervjujih¹²⁹ povedali svoja mnenja glede prisotnosti pri sprejemu. Glede na tako majhno število zaposlenih v socialnih službah, je nerealno pričakovati, da bi bila naša služba dežurna 24 ur. Smo pa tudi ugotovili, da prisotnost sama pri sprejemu ne bi bila smiselna, saj je takrat pacient ali pacientka preveč obremenjena z drugimi stvarmi (procedura sprejema, razgovori z zdravnikom), smiselno pa bi bilo, da bi se takrat pogovorili z svojci, če so zraven.

Največji problem¹³⁰ pri obvladovanju bolezni je pomanjkanje komunikacije z drugimi strokovnjaki, ki se ukvarjajo z pacientom oz. pacientko. Socialna služba začne s svojim delom na oddelku, sodeluje pri vizitah in tako spozna naravo problematike uporabnika oz. uporabnice duševnega zdravja.

¹²⁹Povzetki intervjujev:Februar 2005:Stran200.

¹³⁰Klančar,Darinka.(2004):V Sloveniji obstaja potreba po izboljšanju komunikacije med vrsticami.V:Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

Brez hospitalizacije¹³¹ je diagnoza duševne bolezni le hipoteza, domneva, izgovor ali opravičilo. Brez hospitalizacije ta hipoteza nima materialne podlage. Hospitalizacija ima večkratni objektivizacijski učinek. Odsotnost govori o tem, da je nekdo bolan in tako vsili interpretacijski okvir, ki ga hospitalizacija nosi s seboj. Težko je namreč za nekoga, ki je v psihiatrični bolnišnici reči karkoli drugega kot to, da je (duševno) zbolel.

Hospitalizacija je torej transformacija (ne)gotovosti navadnega vsakdanjega življenja v (ne)gotovosti življenja duševnega bolnika. S tem hočemo reči, da se potem, ko se gotovosti življenjskega toka nekega življenja s hospitalizacijo prekinejo in hkrati odpravijo negotovosti, ki jih v življenje vnašajo rezidualni prekrški, navadni sistem ukine in preoblikuje v dveh smereh. Ko postane človek »duševni bolnik« je lahko prepričan, da se je njegov družbeni status poslabšal, da drugi lahko z njim lažje upravljajo, da je drugim na voljo. Ta poslabšani status pa ga tudi naredi bolj ranljivega za negotovosti, njegovo življenje je bolj negotovo, in tiste stvari, za katere je z značilno vsakdanjo brezbriznostjo računal, da bodo potekale po bolj ali manj ustaljenih ali normalnih poteh, izgubijo samoumevnost.

Hospitalizacija kot dejanje in dogodek potemtakem vzpostavlja identiteto nekoga kot duševnega bolnika oz. bolnice (uporabnika oz. uporabnice psihiatričnih služb), je dogodek, ki zaznamuje njegovo usodo tako za druge kot za njega samega. Ima status socialnega dejstva, se pravi dogodka, o katerem lahko obstaja polno soglasje. Je v funkciji zagotavljanja gotovosti vsakdanjega sveta in transformira gotovosti hospitaliziranca.¹³²

Človek med psihiatrično hospitalizacijo¹³³ nekaj pridobi, pa tudi veliko izgubi. Med pridobitve štejemo hitro prekinitev hudega duševnega trpljenja, določene vrste zdravil, ki osebi (osebam) koristijo, umik v bolnišnično okolje, ki je za nekatere ljudi varnejše in mirnejše kot domače, pridobitev časa za razmišljanje o preteklih dogodkih. Med izgube pa spadajo osebno razvrednotenje, stigma, osamitev, težave na delovnem mestu zaradi psihiatrične hospitalizacije, fizična izločitev iz domače okolja, odnos svojcev in prijateljev, ki menijo, da človek ni več sposoben odločanja, občutki popolne odvisnosti in nemoči ipd. Zaradi teh izgub je psihosocialna rehabilitacija nujni del pomoči, saj lahko zaradi socialnih odzivov na dolgotrajne težave z duševnim zdravjem in ne zaradi duševne stiske same. Človek počasi izgublja življenjske možnosti in s tem tudi sposobnosti za samostojno življenje.

¹³¹Flaker, Vito, Rode, Nino. (1995): Potrebe ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami (publikacija za interno uporabo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

¹³²Flaker, Vito, Rode, Nino. (1995): Potrebe ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami (publikacija za interno uporabo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

¹³³Zaviršek, Darja. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

Tu se moram ustaviti pri vprašanju prostovoljnega in neprostovoljnega sprejema v psihiatrično bolnišnico.

Pogoj za prostovoljni sprejem¹³⁴ v zdravstveno organizacijo:

Oseba je lahko sprejeta na zdravljenje v zdravstveno organizacijo na lastno zahtevo v primeru, ko zmore presoditi vzrok in pomen namestitve v zdravstveno organizacijo. Zahtevo mora podati v pisni obliki in jo ob sprejemu v zdravstveno organizacijo ob prisotnosti lečečega zdravnika in zagovornika podpisati. Oseba je lahko sprejeta na zdravljenje le na odprti oddelek zdravstvene organizacije. Oseba mora biti seznanjena z možnostjo, da lahko zahtevo kadarkoli prekliče in zapusti zdravstveno organizacijo. Postopek o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah¹³⁵ ureja Zakon o nepravdnem postopku¹³⁶, ki v členih 70-81 ureja napotitev na zaprte oddelke zdravstvenih organizacij.

Pogoji za neprostovoljno pridržanje osebe v zdravstveni organizaciji:¹³⁷

Na zaprti oddelek zdravstvene organizacije je lahko brez njene privolitve sprejeta in pridržana oseba, če je zaradi narave duševne bolezni ali duševnega stanja, v katerem oseba ne more izraziti svoje volje, kakor tudi ne presoditi vzroka in pomena svojega ravnanja, nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja ali preprečijo stiki z zunanjim svetom.

Najpomembnejša področja,¹³⁸ kjer se srečujete psihiatrija in pravo, so:

1. Zdravljenje psihiatričnih bolnikov brez njihove privolitve, kar je urejeno s predpisi o pravicah ter obveznostih pacientov in zdravnikov.
2. Psihiatrično izvedenstvo v kazenskih, civilnopravnih, upravnih in drugih zadevah, kjer pravna država potrebuje izvedenstvo psihiatrične stroke.
3. Izvajanje psihiatrično pomembnih varnostnih ukrepov, kakor jih določa kazenski zakonik RS.

Sprejem¹³⁹ na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico poteka navadno in v velikanski večini tako, kot so zdravniki in osebje navajeni pri bolnikih, sprejetih v druge bolnišnice. Spričo duševne bolezni pa se lahko srečamo tudi s posebnostmi: posamezen bolnik hospitalizacijo odklanja, se ji z besedo ali celo fizično upira, ali pa celo ustvari situacijo, ki je za običajno usposobljenost zdravstvenega osebja nevarna in nepremagljiva.

¹³⁴Predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Poročevalec Državnega zbora RS; 76/98 z dne 09.12.1998.-6.člen.

¹³⁵Predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Poročevalec Državnega zbora RS; 76/98 z dne 09.12.1998.

¹³⁶Zakon o nepravdnem postopku.(Ur. l. RS, št.55/92).

¹³⁷Predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Poročevalec Državnega zbora RS; 76/98 z dne 09.12.1998.-5.člen.

¹³⁸Kobal,F.,Miloš.(1999):Pravni vidiki psihiatrije.V Psihiatrija. Ljubljana.Litterapicta:Medicinska fakulteta.

¹³⁹Kobal,F.,Miloš.(1999):Pravni vidiki psihiatrije.V Psihiatrija. Ljubljana.Litterapicta:Medicinska fakulteta.

V takih primerih se zdravnik odloča za hospitalizacijo bolnika brez njegove privolitve. Pooblastilo za takšen ukrep ima zdravnik v 49. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti,¹⁴⁰ ki se glasi: *Bolnika, ki zaradi duševne bolezni ogroža svoje življenje ali življenje drugih ljudi ali povzroča veliko škodo sebi in drugim, je mogoče napotiti in sprejeti na zdravljenje tudi brez njegove privolitve. Zdravnik, ki takšnega bolnika pošilja v psihiatrično bolnišnico, sme zahtevati pomoč pristojnih organov za notranje zadeve, če ugotovi, da je zaradi bolnikovega ravnanja neposredno ogrožena varnost ljudi.*

Zakon o nepravdnem postopku¹⁴¹ ureja postopke o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah: *Osebe, ki so sprejete v psihiatrično bolnišnico in jim zaradi narave njihove bolezni omejijo svobodo gibanja ali preprečijo stike z zunanjim svetom, ker ogrožajo svoje življenje ali življenje drugih ljudi, ali povzročijo hudo škodo sebi ali drugim, je treba prijaviti krajevno pristojnem okrajnem sodišču »brez odlašanja, najpozneje pa v osemindesetih urah«. 70. člen omenjenega zakona izrecno govori o »pridržanju« na »zaprtih« oddelkih psihiatričnih bolnišnic ali tem podobnim organizacijam.*

Sodišče izvede »pridržalni postopek« po formalnih določilih, pri čemer je najpomembnejše, da zasliši zdravnike, ki tako osebo zdravijo, pa tudi druge osebe, ki lahko dajo podatke o njenem duševnem stanju. Sodišče tudi odredi, da »pridržano« osebo pregleda zdravnik specialist psihiater iz druge zdravstvene organizacije.

Sodišče v takšnem postopku ugotovi, ali se oseba še nadalje »pridržuje« ali pa se odpusti. Čas »pridržanja« ne sme biti daljši kot eno leto. Zoper sklep o pridržanju je možna pritožba. Pritoži se lahko »pridržana« oseba, njen zakoniti zastopnik ali skrbnik, pristojni organ socialnega skrbstva, zakonec ali oseba, s katero živi v dalj časa trajajoči življenjski skupnosti, sorodnik v ravni ravni črti in v stranski črti do drugega kolena ter zdravstvena organizacija. O pritožbi odloči višje sodišče v treh dneh.

Psihiatrična ustanova pa lahko premešča »pridržanega« bolnika »zaprtega« oddelka na »odprti« ali ga odpusti, če so za to zdravstveni razlogi. Možen pa je tudi predlog za podaljšanje »pridržanja«. Enako sme sodišče na predlog ene ali več naštetih oseb oz. organizacij predčasno odrediti odpust »pridržane« osebe.

Izvedenstvo¹⁴² v kazenskoopravnih zadevah:

Na kazenskoopravnem področju urejuje odnos do abnormnega storilca družbi nevarnih in kaznivih dejanj 16. člen Kazenskega zakonika,¹⁴³ ki govori o prištevnosti:

1. Ni prišteven storilec, ki ob storitvi kaznivega dejanja ni mogel razumeti pomena

¹⁴⁰Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ur. l. RS, št. 9/92, 45/94, 104/92, 37/95, 8/96, 59/99, 90/99, /99, 31/00, 36/00, 45/01).

¹⁴¹Zakon o nepravdnem postopku. (Ur. l. RS, št. 55/92).

¹⁴²Kobal, F., Miloš. (1999): Pravni vidiki psihiatrije. V Psihatrija. Ljubljana. Litterapicta: Medicinska fakulteta.

¹⁴³Zakon o kazenskem postopku. (Ur. l. RS, št. 63/94).

svojega dejanja ali ni mogel imeti v oblasti svojega ravnanja zaradi trajne ali začasne duševne bolezni, začasnih duševnih motenj, duševne zaostalosti ali zaradi kake druge trajne in hude duševne motenosti (neprištevnosti).

2. Storilec kaznivega dejanja, čigar zmožnost razumeti pomen svojega dejanja ali zmožnost imeti v oblasti svoje ravnanje je bila bistveno zmanjšana zaradi kakšnega stanja iz prejšnjega odstavka, se sme mileje kaznovati (bistveno zmanjša prištevnost).

3. Kazensko je odgovoren tudi storilec kaznivega dejanja, ki si je z uporabo alkohola, mamil ali kako drugače sam povzročil neprištevnost, če je bila pred tem glede kaznivega dejanja podana njegova krivda, ki jo zakon določa za to dejanje.

V okviru teh določb zakon¹⁴⁴ določi osebo na zdravljenju v zaprtem oddelku brez njene privolitve ali brez odločbe sodišča v osemindesetih urah o tem obvestiti pristojno sodišče na območju katerega se nahaja zdravstvena organizacija. Obvestilo o pridržanju mora obsegati podatke o pridržani osebi, o njenem zdravstvenem stanju in o tem, kdo jo je pripeljal v zdravstveno organizacijo. Po zakonu se šteje, da je oseba brez privolitve pridržana v zdravstveni organizaciji, če iz njenega vedenja, strokovnih spoznanj o njenem duševnem stanju in drugih okoliščin izhaja, da zmore izraziti svojo voljo in se dejansko ne želi zdraviti v zdravstveni organizaciji, ali če iz strokovnih spoznanj o duševnem stanju pridržane osebe izhaja, da ne more izraziti svoje volje, ali če gre za pridržanje mladoletnika ali osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost. Zakon ob tem izrecno določa, da je v postopku o pridržanju javnost izključena. Postopek začne sodišče po uradni dolžnosti takoj, ko prejme obvestilo o pridržanju ali ko na kak drug način izve za pridržanje določene osebe v zdravstveni organizaciji brez njene privolitve. O uvedbi postopka sodišče obvesti pristojni center za socialno delo, zdravstveno organizacijo ter zakonca oziroma najbližjega sorodnika pridržane osebe. V postopku o pridržanju sodišče brez odlašanja, najpozneje pa v treh dneh po prejemu obvestila o pridržanju, obišče pridržano osebo v zdravstveni organizaciji in jo zasliši, razen če bi zaslišanje škodilo njenemu zdravljenju, ali če glede na njeno zdravstveno stanje to ni možno. V postopku o pridržanju sodišče zasliši zdravnike, ki pridržano osebo zdravijo, kakor tudi druge osebe, ki lahko dajo podatke o duševnem stanju pridržane osebe. Sodišče lahko tudi odredi, da pridržano osebo pregleda zdravnik specialist psihiater iz druge zdravstvene organizacije.

¹⁴⁴Predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Poročevalec Državnega zbora RS; 76/98 z dne 09.12.1998.

Poleg ureditve postopka¹⁴⁵ o pridržanju oseb v zdravstvenih organizacijah v Zakonu o nepravdnem postopku,¹⁴⁶ pa to problematiko ureja tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti¹⁴⁷ in sicer v 49. členu v okviru katerega določa, da bolnika, ki zaradi duševne bolezni ogroža svoje življenje ali življenje drugih ljudi ali povzroča veliko škodo sebi ali drugim, je mogoče napotiti in sprejeti na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico brez njegove privolitve.

Zdravnik, ki bolnika pošilja v zdravstveno organizacijo, sme zahtevati pomoč pristojnih organov za notranje zadeve, če ugotovi da je zaradi bolnikovega ravnanja neposredno ogrožena varnost ljudi. Ta zakon torej povzema določbo iz Zakona o nepravdnem postopku¹⁴⁸ in te problematike na zakonski ravni podrobneje ne definira, kar pa povzroča pravne praznine pri hospitalizaciji in zdravljenju bolnikov z duševno boleznijo in posledično ne omogoča doslednega sodnega nadzora kot ga sicer zakon o nepravdnem postopku dokaj natančno določa.

Sprejem in pridržanje oseb proti njihovi volji v zdravstvene organizacije ali socialno-varstvene zavode namreč lahko v določenih primerih že pomeni omejitev osebne svobode¹⁴⁹, poseg v pravico do prostovoljnega zdravljenja, vključno s pravico do odklonitve zdravljenja¹⁵⁰ kot tudi poseg v pravico do svobode gibanja.¹⁵¹ Kljub jasnim ustavnim temeljem se v praksi pojavljajo številne kršitve teh z ustavo zagotovljenih pravic, ki so na ustavni ravni še posebej varovane v okviru poglavja Ustave¹⁵² "Človekove pravice in temeljne svoboščine".

Ker naše pravo ne pozna inštituta bolniškega zagovorništva, v takšnih primerih pridržane osebe praviloma nimajo možnosti, da bi si zagotovile nadzor, pomoč in učinkovito varstvo svojih pravic ob neprostovoljnem odvzemu prostosti. V praksi se namreč izkazuje, da sodišča in zdravstvene organizacije v postopkih odločanja o pridržanju oseb v zdravstvenih organizacijah zakonskih določb, ki to problematiko sicer skopo urejajo, ne uresničujejo dosledno, oziroma teh določb v nekaterih primerih sploh ne upoštevajo.

Varuh človekovih pravic je v dosedanjih letnih poročilih evidentiral in že večkrat izpostavil primere kršitev tako ustavnih kot tudi zakonskih pravic pridržanih oseb. Zaradi pomanjkljive

¹⁴⁵Predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Poročevalec Državnega zbora RS; 76/98 z dne 09.12.1998.

¹⁴⁶Zakon o nepravdnem postopku.(Ur. l. RS, št.55/92).

¹⁴⁷Zakon o zdravstveni dejavnosti.Ur.l.RS,št.9/92,45/94,104/92,37/95,8/96,59/99,90/99, /99,31/00,36/00, 45/01).

¹⁴⁸Zakon o nepravdnem postopku.(Ur. l. RS, št.55/92).

¹⁴⁹Ustava RS.(Ur.l.RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03).-19.člen.

¹⁵⁰Ustava RS.(Ur.l.RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03).-51.člen.

¹⁵¹Ustava RS.(Ur.l.RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03).-32.člen.

¹⁵²Ustava RS.(Ur.l.RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03).

zakonske ureditve s področja duševnega zdravja se v praksi torej že beležijo kršitve človekovih pravic in svoboščin oseb pridržanih oz. napotnih na zdravljenje v zdravstvene organizacije. Narava teh kršitev kaže, da so zaradi neustrezne zakonodaje pridržane osebe v konkretnih primerih podvrženi zlorabam tako s strani družbe in njenih institucij, ki tako stanje dopuščajo ali celo omogočajo, kot tudi samih družin iz katerih izhajajo. Sistemska zakonska ureditev tega področja je torej nujna, saj je potrebno poleg obstoječih mehanizmov sodnega nadzora zagotoviti tudi zakonske mehanizme, ki bi posebej zagotavljali varstvo, pomoč in uveljavljanje pravic pridržanih oseb v vseh fazah njihove napotitve in pridržanja v zdravstveni organizaciji ali socialno-varstvenem zavodu. Kot že rečeno inštituta bolniškega zagovorništva naše pravo ne pozna, kar pa pomeni, da je na tem področju vprašljiva raven zagotavljanja ustrezne pravne in socialne varnosti.

Zaradi pomanjkljive zakonske ureditve področja duševnega zdravja v skupnosti so v praksi evidentirani številni primeri kršitev ustavnih in zakonskih pravic pridržanih oseb. Prav tako ni zagotovljene enakosti pridržanih oseb pred sodiščem, ki odloča o pridržanju. Pridržana oseba težko pridobi odvetnika, ki bi bil vseskozi v stiku s pridržano osebo in ji pomagal uveljavljati njene pravice. Prav tako poleg ustavno zagotovljenih pravic pridržanih oseb, ki v zakonih niso dosledno izpeljane, pa v zakonih tudi niso posebej definirane tiste pravice pridržanih oseb, ki bi jih v postopku zdravljenja le-tim bilo nujno zagotoviti, hkrati pa tudi vzpostaviti mehanizem njihovega posebnega varstva.

Zakonodaja v postopku pridržanja ne določa jasne razmejitve med neprostovoljnim in prostovoljnim sprejemom v zdravstvene organizacije. V praksi se pogosto dogaja, da se osebe napotene v zdravstvene organizacije proti njihovi volji rutinsko pridržijo, obvestila o pridržanju takih oseb pa pristojnim sodiščem niso posredovana v predpisanih rokih, sama sodišča pa pogostokrat opuščajo zakonsko določena procesna dejanja, v skrajnih primerih pa teh dejanj celo ne opravijo. Ker ni sodnega nadzora, je v teh primerih podana še večja odgovornost zdravnikov psihiatrov oz. zdravstvene organizacije, ki tako samostojno in brez zunanjega nadzora odločajo o omejevanju osebne svobode posameznika. V takšnih primerih pridržane osebe praviloma nimajo možnosti, da bi si zagotovile nadzor, pomoč in učinkovito varstvo svojih pravic ob neprostovoljnem in prostovoljnem pridržanju. Brez sodnega nadzora pa so tudi tiste oblike neprostovoljnega pridržanja, ki so krajše od 48 ur in jih ni potrebno prijaviti sodišču.

V praksi je socialna služba največkrat tudi neke vrste zagovorniška služba pacientom oz. pacientkam, ki so sprejete v psihiatrično bolnišnico. Pacientom oz. pacientkam je treba razložiti že izveden postopek pridržanja, kakšne so njihove pravice, kaj podpisujejo ali se z

vsem strinjajo in če razumejo celoten postopek, seveda to velja za primere, ko se šteje, da so pridržane osebe razsodne (o tem odloča psihiater) in da stvari razumejo. V smislu neprostovoljnega sprejema ali prostovoljnega, mislim, da tu manjka socialna služba, predvsem zaradi razlage, pogovora, zakaj je smiselno, da neka oseba ostane na zdravljenju in druga ne.

Gre za neke vrste nestrinjanja z psihiatrično stroko, ki bi v marsikaterem primeru sprejema lahko prišlo do drugačnega razmišljanja in pogleda na celotno zadevo, in bi se lahko tudi zgodilo, da bi socialna služba preveč posegla v že ustaljeno prakso psihiatrične stroke.

Flaker, Rode¹⁵³ predlagata nekaj tez, ki bi mogoče lahko nadomestila hospitalizacijo ali drugače «namesto hospitalizacije!»

Potreba po osmišljenju življenjskih dogodkov:

➤ Iskanje alternativnih taktik za osmišljevanje situacij, ki bi zaradi svoje nevzdržnosti sicer pripeljale do hospitalizacije oz. želje po izključitvi drugega. Gre za to, da je lastnost »dogodkov«, da pomenijo bolj ali manj dramatične spremembe vsakodnevnih rutin in vpeljujejo v sicer urejene obrazce nove dimenzije, obrate itn. Navsezadnje je sama hospitalizacija zelo stresen življenjski dogodek. V smislu osmišljanja novih situacij jo lahko nadomestijo različne taktike povezovanja pomenov dogodkov in določena ritualizacija samih diskriptivnih dogodkov.

Potreba po gotovosti: Zagotovilo bližnjim

➤ Vzpostavljanje zagotovil bližnjim, da bo vsakdanje gotovosti mogoče rekonstruirati ali poiskati nove. Neposredni učinek hospitalizacije je ponovno vpeljevanje gotovosti bližnjim. Tisto kar se v situaciji dogaja, zmede pacientove bližnje, jih oropa določenih samoumevnosti. Treba je razmišljati o njihovi potrebi, kako ohraniti vsaj minimum vsakdanjih samoumevnosti in imeti vizijo, da se bodo zadeve vrnile vsaj približno na svoje mesto, oz. kako potencialno ali že izvršeno škodo izvesti na najmanjši možni učinek.

Zatočišče

➤ Umik iz situacije, ki ogroža posameznikovo pojmovanje stvarnosti; Zavarovana situacija, ki ne spodjeda posameznikovih osnovnih predpostavk in/ali, ki je bolj tolerantna do njegovih ekscentričnosti. Hospitalizacija je včasih tudi izhod iz negotovosti življenjske situacije tudi za uporabnika. Opraviti imamo s potrebo posameznika, da se iz nevzdržne

¹⁵³Flaker, Vito, Rode, Nino. (1995): Potrebe ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami (publikacija za interno uporabo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

situacije umakne ali pa tudi, da ima na voljo prostor, ki je manj obremenjen z normativnimi zahtevami, ki jih sicer srečuje v svojem običajnem življenjskem prostoru.

Zavarovanje gotovosti uporabnika

➤ »Rehabilitacija« ob morebitni hospitalizaciji v smislu nadaljevanja in obnavljanja zaželenih življenjskih tokov (npr. študij, vzgoja otrok, hobiji), ki jih morebitna hospitalizacija prekine; Zavarovanja uporabnikovih interesov v času odsotnosti v času hospitalizacije kot tudi v času drugačnih »begov« iz ustaljene situacije. Ta potreba izhaja iz dejstva, da dogodek hospitalizacije prekine nekatere življenjske gotovosti, danosti, ki jih sicer uporabnik »uživa«.

- Gre za tri sklope problemov:

- ✓ Človeku, ki je zaradi hospitalizacije izgubil tovrstne gotovosti, omogočimo, da jih rekonstruira (npr. načrtovanje skrbi), se pravi, da mu – če ravno hospitalizacija povzroči celo vrsto izgub, zaostankov itn. – omogočimo »rehabilitacijo« na karseda velikem obsegu sprememb. Da onemogočimo, da ob hospitalizaciji do izgub sploh pride, da posameznik lahko zavaruje svoje vsakdanje »investicije«. Da v primeru da do hospitalizacije ne pride – vzpostavimo podobne mehanizme.

Nepredvidljivi dogodki, begi iz utečenih rutin, divergentne asociacije in dejanja so lahko zelo produktiven vidik vsakdanjosti. Pogost refleks¹⁵⁴ v nori situaciji je namreč dostikrat hrepenenje po racionalni razlagi. Nerazumljivi dogodki pogosto sprožijo pri nas potrebo, željo, da bi jih razumeli, da bi vzpostavili okvir, ki bi jih pojasnil. Sprejemanje nesmisla je korak, ki ga moramo storiti, če naj bi vsebovali norost v skupnosti oz. brez negativnih posledic dejanja hospitalizacije.

3.2 Bolnišnično zdravljenje

Zdravljenje¹⁵⁵ ljudi z težavami v duševnem zdravju pri nas poteka v psihiatričnih bolnišnicah in psihiatričnih dispanzerjih, v manjši meri pa tudi v osnovnem zdravstvenem varstvu. Vsaka psihiatrična bolnišnica ima organizacijsko strukturirano število oddelkov v bolnišnici. To pomeni, da se različne službe v oddelčnem timu posvečajo različnim strukturam obolelih

¹⁵⁴Flaker, Vito, Rode, Nino. (1995): Potrebe ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami (publikacija za interno uporabo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

¹⁵⁵Avberšek, Slavica, Belak, Edo, Belec, Bojan, Blinc-Pesek, Marjeta, Bogataj, Andreja, Javornik, Srečko, Kobolt, Alenka, Kovačič, Boštjan, Lamovec, Tanja, Možina, Miran, Petek, Jožica, Resman, Janez, Rapuš-Pavel, Jana, Stritih, Bernard, Šugman-Bohinc, Lea, Švab, Vesna, Videmšek, Petra, Vukovič, Danica, Winkler, Aleksandra,

(moški, ženske, mladi, starejši, alkoholiki,...). Službe na določenem oddelku bodo v nadaljevanju prikazane in vse službe enakovredno prispevajo k zdravljenju pacientov in pacientk.

Kakor koli utegne zveneti paradokсно,¹⁵⁶ je k takemu celostnemu razumevanju človeka poleg razvoja psiholoških in socioloških znanosti v mnogočem prispevala »psihofarmakološka revolucija«, ki se je zgodila v petdesetih letih, nato nekoliko zastala, ponovno pa vzcvetela v zadnjih dvajsetih letih. Ko smo dobili zdravila, s katerimi smo lahko kar presenetljivo obvladovali najbolj moteča znamenja duševne motenosti, naj bo to groza, nemir, zmedenost, potrlost in še katera, smo lahko pobliže spoznavali tudi tiste psihološke in socialne razsežnosti človeka, ki bi sicer ostale zastrte ali povsem prekrите z bolezenskimi znaki. Zdravila so omogočila, da so se vrata psihiatričnih bolnišnic odprla, da so z oken izginile rešetke, da prizadeti lahko ohrani svojo družino, se vrne v šolo ali v službo in še kaj. Postal je mogoče, da se psihiater ukvarja ne le s tem, kako bi bolnika umiril ali zavaroval njega samega in njegovo okolico, ampak tudi ali celo predvsem s tem, kako se bo bolnik vrnil v svoje okolje in kako bo okolje njegovo vrnitev sprejelo.

V procesu zdravljenja pacienta sodeluje tim oddelka (ki bo v nadaljevanju podrobneje predstavljen):

Zdravniška služba:

- diagnostika in terapija, načrt zdravljenja in rehabilitacije.

V bolnišnici¹⁵⁷ se izvaja klinično diagnostična in terapevtska obravnava, medikamentozna terapija ter druga specialistična diagnostika (internist, EEG), individualna in skupinska psihoterapija, družinska psihoterapija. Za vsakega bolnika je izdelan načrt zdravljenja in rehabilitacije. Zagotovljena je stalna prisotnost oddelčnega ali dežurnega zdravnika. Zdravljenje poteka v skladu z medicinsko doktrino in etičnimi kodeksi, zakoni in predpisi s področja zdravstva, strokovnimi standardi in pravilniki. V skladu z doktrino ob krajšanju bolnišničnega zdravljenja uvajamo dodatne možnosti zdravljenja v okviru dnevne bolnišnice in ambulantnih storitev. Vsako leto se viša število sprejemov, čas zdravljenja pa krajša. Zdravljenje se intenzivira, uvajamo nove oblike psihoterapije (kognitivna, relaksacijske tehnike), aktivnejše delo s svojci (edukacijske skupine). Uporabljamo najnovejše

Žorga, Sonja. (2004): Potrebe po službah. V: Psihosocialna Rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

¹⁵⁶Kocmur, Marga. (2001): Zdravila so omogočila, da so se vrata psihiatričnih bolnišnic odprla. Delo-28.03.2001. Ljubljana. Dnevnik Delo.

¹⁵⁷Proces zdravljenja v bolnišnici. Interno gradivo Psihiatrična bolnišnica Idrija. 2001. Idrija.

medikamentozne ukrepe in s tem zmanjšujemo tveganje za razvoj stranskih učinkov in izboljšujemo učinke zdravljenja. V podporne procese zdravljenja so vključeni:

- zdravstvena nega in oskrba, socialna služba, psihološka služba, delovno-aktivacijska terapija, zdravstvena administracija, laboratorij, lekarna.

Služba zdravstvene nege in oskrbe:

Zdravstvena nega¹⁵⁸ se od leta 1997 v celoti izvaja po sodobni procesni metodi dela z obveznim dokumentiranjem, skladno z razmejitvijo zdravstvene nege, strokovnimi navodili in smernicami Republiškega kolegija za zdravstveno in psihiatrično nego ter skladno z Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Metoda dela po fazah vključuje ugotavljanje potreb za posameznega bolnika od sprejema do odpusta, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje negovalnih aktivnosti, intervencije, medicinsko tehnične posege in postopke za obvladovanje bolnišničnih okužb. Vključeni smo v zdravstveno vzgojno delo, izvajamo vodeno pripravništvo in funkcionalno interno izobraževanje negovalnega kadra. Sodelujemo v procesih psihoterapevtske in socioterapevtske skupinske obravnave bolnikov. V procesu zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva je po shemi organizirano turnusno delo zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester in izmensko delo bolniških strežnikov. Izvaja se redno dežurstvo višjih ali diplomiranih medicinskih sester. Kakovost dela v zdravstveni negi zagotavljamo tudi s stalnostjo kadra, kontinuiranim kroženjem in možnostjo izkustvenega učenja z delom v parih.

Zdravstvena administracija:

Zdravstvena administracija¹⁵⁹ s podporo informacijske tehnologije izvaja proces tekoče administrativne dejavnosti: urejanje in izpopolnjevanje popisa bolezni in ostale osnovne zdravstvene in medicinske dokumentacije, evidentira in ureja ostale vsebine zbirk podatkov, izvaja se obračun storitev, posreduje podatke ustreznim službam, izvaja se statistično obdelavo medicinskih podatkov. Upošteva se načela zakona o varstvu osebnih podatkov.

Socialna služba:

Socialna služba¹⁶⁰ izvaja procese v pomoč in podporo posamezniku: spremljanje bolnikov med zdravljenjem v zvezi z njihovim socialnem okoljem, izvajanje intervencij s svojci in delovnim okoljem, CSD-jem in socialno-varstvenimi ustanovami. Vključeni smo v socioterapevtsko obravnavo pacienta oz. pacientke, izvajamo postopke resocializacije in družbene reintegracije bolnikov. Pri delu upoštevamo kodeks Etičnih načel v socialnem

¹⁵⁸Proces zdravljenja v bolnišnici. Interno gradivo Psihiatrična bolnišnica Idrija. 2001.Idrija.

¹⁵⁹Proces zdravljenja v bolnišnici. Interno gradivo Psihiatrična bolnišnica Idrija. 2001.Idrija.

¹⁶⁰Proces zdravljenja v bolnišnici. Interno gradivo Psihiatrična bolnišnica Idrija. 2001.Idrija.

varstvu in metodična načela systemskega socialnega dela. Paciente oz. pacientke usmerjamo v nove oblike skupnostne pomoči (Nevladne organizacije-Vezi, Barčica, Ozara, Šent, Altra,...), intenzivno sodelujemo s centri za socialno delo, zavodom za zaposlovanje ter invalidskimi organizacijami zaradi ustrežnejše reintegracije v delovno okolje in resocializacije pacientov in pacientk.

Aktivacijska terapija

Aktivacijska terapija¹⁶¹ izvaja delovno terapevtski proces, ki poteka po terapevtskem programu in sledi celostni obravnavi bolnikov s ciljem ohranjanja in krepitev sposobnosti, obvladovanja dnevnih in produktivnih aktivnosti, dela ter prostočasnih dejavnosti, ki bolniku doma omogočijo življenje skladno z njegovimi življenjskimi perspektivami. Terapevtske aktivnosti izvajamo skupinsko in individualno na bolniških oddelkih, kabinetih in na rekreacijskih površinah bolnišnice. Terapevtske postopke izvajamo skladno z zdravstveno zakonodajo, Kodeksom etike delovnih terapevtih, smernicami strokovnih organov bolnišnice ter na podlagi lastnih izkušenj in znanj.

Psihološka služba

Psihološka služba¹⁶² razvija proces psihološke diagnostike in psihoterapije, posebej na oddelku za zdravljenje odvisnosti in psihoterapevtskem oddelku. Razvoj novih diagnostičnih pristopov (kognitivna nevropsihologija), izboljšana dostopnost diagnostičnih pristopov na oddelkih in v ambulantah ter možnost razvoja psihoterapevtskih pristopov omogoča še boljše kakovostno delo in diagnostiko.

Vsak zdravilni postopek¹⁶³ se začne pri pacientu oz. pacientki. Izraz pacient se tradicionalno uporablja tudi v psihiatriji, čeprav so nekatere psihoterapevtske šole vpeljale oznako klient (antipsihiatrična gibanja pa celo izraz uporabnik psihiatrije, ki so ga prevzele tudi naše nevladne (skupnostne službe) za pomoč psihiatričnim pacientom). Pacient pomeni v latinščini »trpeči«, torej je povsem ustrezen, saj vsakdo, ki poišče pomoč pri psihiatru, bolj ali manj trpi. Ziherl pravi, da je pacient oz. pacientka v psihiatriji dejaven subjekt zdravljenja, in ne pasiven objekt, ki ga psihiatri zdravijo. Pomeni, da vzpostavi s pacientom ustrezen terapevtski odnos. Odnosa se mora zavedati in storiti vse, da ga vzpostavi, to pa lahko stori le psihiater, ki ima vsaj tri lastnosti:

- empatijo (sposobnost vživljanja, včutenja v pacienta), nepokroviteljsko čustveno

¹⁶¹Proces zdravljenja v bolnišnici. Interno gradivo Psihiatrična bolnišnica Idrija. 2001.Idrija.

¹⁶²Proces zdravljenja v bolnišnici. Interno gradivo Psihiatrična bolnišnica Idrija. 2001.Idrija.

¹⁶³Ziherl,Slavko.(1999):Zdravljenje psihiatričnega pacienta.V Psihiatrija. Ljubljana.Litterapicta:Medicinska

toplino, brezpogojno spoštovanje pacienta (kar ne pomeni, da mu mora biti pacient všeč).

Raziskovanje novih psihoterapevtskih metod ponuja vedno več razumevanja, kako človek s takim in drugačnim nevrottransmitskim sistemom doživlja sebe in okolje, kako čustvuje, kako misli, zaznava, se odziva, se vede. Raziskovanje vplivov življenjskega okolja pa odkriva, kako delujejo različni obremenilni dejavniki na človeka in kako sodelujejo pri nastanku duševnih motenj. Psihiater mora najprej narediti program zdravljenja za vsakega posamičnega pacienta. V programu bodo posamične metode zdravljenja imele svoje mesto glede na vzročnost duševne motnje, ki jo kaže pacient. Tako ima lahko svoje mesto v programu medikamentozno zdravljenje (biološka metoda zdravljenja), primerna psihoterapevtska metoda, pa vključitev družine ali partnerja (družinska ali partnerska terapija), pa resocializacijski ali rehabilitacijski postopek, pa zaposlitvena terapija, terapija z umetnostjo ali kinezioterapija (gibalna terapija). Program zdravljenja obsega celostno zdravljenje, ki jih lahko načeloma uvrstimo v štiri skupine: terapevtski odnos pacient – zdravnik, psihoterapevtski postopki, biološke terapije, socioterapija in rehabilitacija.

Psihiatrija je v svojem razvoju prišla do točke, ko lahko daje prednost zunaj bolnišničnemu zdravljenju. Danes se večina psihiatričnih pacientov zdravi v psihiatričnih ambulantah. A kljub temu so pacienti s takimi duševnimi motnjami, zaradi katerih je treba začeti z zdravljenjem v bolnišnici. Razvoj sodobnih postopkov zdravljenja je omogočil, da je zdravljenje intenzivnejše in uspešnejše, to pa pomeni, da se v psihiatričnih bolnišnicah skrajšuje »ležalna« doba. Psihiatrični pacienti se dejavno vključujejo v različne terapevtske dejavnosti. Tisti čas, ki ga preživijo v bolnišnici, porabijo v dejavnem stiku, družijo se med seboj in s svojci in se lahko v socialno okolje tudi vrnejo.

Duševno zdravje,¹⁶⁴ ki temelji na vrednotah, se precej razlikuje od že znanega duševnega zdravja, ki temelji na dokazih. Duševno zdravje, ki temelji na vrednotah, je praksa duševnega zdravja, ki poudarja vrednote, ki jih posameznik pridobi s pomočjo zdravljenja na področju duševnega zdravja. Praksa, ki temelji na dokazih, pogosto ocenjuje izboljšave, ki se kažejo z dolžino življenja (ali številom simptomov), na splošno pa zanemarljivo pomembnost izboljšanja kvalitete življenja ali njeno izgubo (ali stopnjo stiske). Praksa, ki temelji na vrednotah, vključuje najboljše značilnosti prakse, ki temelji na dokazih. Podatke le-te pa z vključevanjem

fakulteta.

¹⁶⁴Marušič, Andrej. (2004): Med-kulturno izobraževanje na področju duševnega zdravja. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

kakovosti doživetja življenja bolnikov z duševno motnjo dvigne na višjo raven, pri čemer upošteva vrednosti zdravljenja. K praksi, ki temelji na vrednotah, se prištevajo še stroški, ki so povezani z zdravljenjem na področju duševnega zdravja.

Preden začnem poglavje o psihiatrični rehabilitaciji, bi rada pokazala še razliko med rehabilitacijo in zdravljenjem. Rehabilitacija in psihiatrično zdravljenje se dopolnjujeta¹⁶⁵ in se na določenih področjih prekrivata. Idealno je, če zdravljenje in rehabilitacija potekata vzporedno. Strokovnjaki na področju rehabilitacije so lahko socialni delavci in delavke, delovni terapevti in terapevtke, psihologi in psihologinje, psihiatri in psihiatrinje in ostalo medicinsko osebje (medicinske sestre in medicinski tehniki, višje in diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki). Rehabilitacija se ne ukvarja s psihiatrično diagnozo, temveč s spretnostmi in delovanjem pacienta in pacientke zato, da bi definirali cilje okrevanja, izboljšali podporo okolja in njegove oz. njene spretnosti. Usmerjena je na pacientove oz. pacientkine prednosti in sposobnost, da se vključi v skupnost.

Rehabilitacija se ne osredotoča na raziskovanje razlogov za nastanek bolezni in njenih posledic, temveč na njihovo konkretno in pragmatično obvladovanje in na kakovost življenja posameznikov. Rehabilitacijska diagnoza je sestavljena iz ocene funkcioniranja in obstoječih virov podpore ter ovir v procesu okrevanja.

Terapevtske dejavnosti, ki izhajajo iz diagnoze, pa so usmerjene v funkcioniranje in ne v znake bolezni.

Razlike med rehabilitacijo in zdravljenjem:¹⁶⁶

	REHABILITACIJA	ZDRAVLJENJE
Namen	Izboljšanje delovanja in zadovoljnosti	Zmanjšati simptome, terapevtski uvid
Vzročna teorija	Ni	Številne
Časovni okvir	Sedanost, prihodnost	Preteklost, sedanost, prihodnost
Diagnostični okvir	Ocena obstoječih in potrebnih spretnosti in podpore v določenem okolju	Ocena simptomov in morebitnih vzrokov

¹⁶⁵ Avberšek, Slavica, Belak, Edo, Belec, Bojan, Blinc-Pesek, Marjeta, Bogataj, Andreja, Javornik, Srečko, Kobolt, Alenka, Kovačič, Boštjan, Lamovec, Tanja, Možina, Miran, Petek, Jožica, Resman, Janez, Rapuš-Pavel, Jana, Stritih, Bernard, Šugman-Bohinc, Lea, Švab, Vesna, Videmšek, Petra, Vukovič, Danica, Winkler, Aleksandra, Žorga, Sonja. (2004): Razlike med rehabilitacijo in zdravljenjem. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

¹⁶⁶ Prirejeno iz: Cohen, M., Cohen, G.B., Nemec, O., Farkas, M., Forbess, R.. (1988): Psychiatric rehabilitation training technology: Case management. Boston. University Center for Psychiatric Rehabilitation.

Terapevtske tehnike	Učenje spretnosti, koordinacija, izobraževanje, samopomoč, zagovorništvo	Psihofarmakoterapija, psihoterapija, učenje obvladovanja
---------------------	--	--

Psihiatrična obravnava¹⁶⁷ je del psihosocialne rehabilitacije. Izvaja se lahko v skupnosti, glede na to kje je prisotno usposobljeno osebje. Določeni deli PSR se lahko izvajajo v bolnišnicah, to so predvsem ocena potreb pacientov, izobraževalni programi za paciente in svojece, oblikovanje rehabilitacijskega načrta in evaluacija procesa rehabilitacije. V bolnišnici bi lahko začeli s predpoklicnim usposabljanjem in uporabljali večino dokazano učinkovitih terapevtskih metod, kot so učenje vsakdanjih in socialnih veščin ter vedenjsko kognitivne psihoterapevtske metode.

Če je pojem rehabilitacija še vedno predvsem medicinski, pa je okrevanje predvsem socialni pojem.¹⁶⁸ Beseda rehabilitacija se razume v naslednjih pomenih: da se nekaj ali nekoga postavi v prejšnje stanje, da se pridobi izgubljeno (stanje, pravice, simbolni položaj) in da se nekaj ali nekoga ponovno usposobi za nekaj (delo, socialne odnose ipd.) Ni naključje, da se beseda rehabilitacija uporablja predvsem v medicini, ki je bila zgodovinsko gledano nagnjena k mehanicističnemu pogledu na človeka kot organizem ali stroj, ki se popravljen lahko vrne na svoj izhodiščni položaj in deluje naprej do naslednje motnje.

Osebe z duševnimi motnjami,¹⁶⁹ ki imajo resno funkcionalno oškodovanost, to je prizadetosti na področju skrbi zase, zaposlitve, izobraževanja in socialnega funkcioniranja, delimo na tiste, ki se v bolnišnico pogosto vračajo in tiste, ki so (čeprav v dnevni oskrbi) tam dolgotrajno hospitalizirani.

Stopnje vključevanja in cilji:

➤ ocena zmožnosti – izhodiščna ocena potrebnih terapevtskih pristopov pri posameznih bolnikih. Ocenjujemo bolnikove funkcionalne sposobnosti in potrebe, ocena simptomov: pomembno je oceniti pozitivne in negativne simptome, vse psihotične simptome, ki spremljajo hude psihiatrične motnje, ter simptome, ki kažejo na ponovitve bolezni, ocena kvalitete življenja, ocena neželenih učinkov zdravil, ter odnos bolnika do zdravil, ocena trenutnih in prihodnjih pacientovih in zunanjih možnosti za obnovo socialnega, domačega in zaposlitvenega delovanja.

¹⁶⁷Švab, Vesna, Kores-Plesničar, Blanka.(2002).Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo:Cankarjev dom,Ljubljana.30. in 31.maj 2002.

¹⁶⁸Zaviršek,Darja.(2004):Povzetki recenzij:Knjigi na pot.V:Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

¹⁶⁹Švab, Vesna, Kores-Plesničar, Blanka.(2002).Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo:Cankarjev dom,Ljubljana.30. in 31.maj 2002.

Aktivnosti programa:

➤ trening spretnosti – zaposlitvene, vsakdanje in socialne spretnosti, pomoč pri upravljanju z denarjem, pomoč pri iskanju zaposlitve, pomoč pri domačih opravilih, zdrava prehrana-dietetično svetovanje, psihoterapevtsko svetovanje in terapija vedenjsko kognitivne smeri, spremljanje medikamentoznega zdravljenja in edukacija, socialne in rekreacijske aktivnosti: vključevanje v zunaj bolnišnične dejavnosti.

Povezava z drugimi strukturami:

➤ povezava z nevladnimi organizacijami, povezava z Zavodom za zaposlovanje in območnimi Uradi za delo.

Rehabilitacijski načrti sledijo začrtanim smernicam ocene potreb, individualiziranega načrtovanja in sodelovanja s skupnostnimi službami.

Psihosocialna rehabilitacija¹⁷⁰ je proces, ki vodi k čim boljši kakovosti življenja duševnih bolnikov in bolnic. V PSR uporabljamo biopsihosocialni pristop ki skrbi za duševne bolnike (Engel, 1977), ki nasprotuje redukcionističnemu načinu razmišljanja v medicini in pristopa h kompleksnejšemu razumevanju motenj in njihovih posledic. Pomembno je ne le razumeti osebnost, vedenje in okolje, temveč tudi njihove interakcije in razmerja med posameznikom in zdravljenjem.

Temeljno filozofijo rehabilitacijskega pristopa lahko označimo z devetimi smernicami:

1. Individualizirano zdravljenje

Programi PSR naj ustrezajo posameznikovim edinstvenim potrebam, ki so povezane z njihovimi posebnimi življenjskimi okoliščinami. Posegi so pragmatični in sledijo potrebam duševno bolnih posameznikov in ne potrebam duševno bolne populacije. PSR ne zanika posledic hudih duševnih bolezni, ampak vidi v bolezni kritično spremenljivko bolnikove prilagodljivosti. Iz tega sledi, da PSR ni nadomestilo za psihiatrično zdravljenje temveč deluje skupaj s psihiatrijo in drugimi strokami, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem v smeri zmanjšanja prizadetosti, ki spremljajo duševno bolezen. PSR odločno zavrača vnaprej določene, stereotipne posege. Generalizirana vprašanja »Kaj narediti za duševno bolne?« ocenjujemo kot škodljiva in iščemo vsakemu posameznemu bolniku prilagojene načine skrbi.

2. Vključitev okolja

Učenje spretnosti, vedenjske metode učenja, psihoedukacija in druge rehabilitacijske tehnike naj se prilagajajo dejanskih življenjskim okoliščinam bolnika oz. bolnice. Za vrnitev v skupnost je večkrat treba vplivati na bolnikovo domače okolje. Vplivamo lahko z intenzivnim

¹⁷⁰Švab, Vesna. (1999): Psihiatrična rehabilitacija. V Psihiatrija. Ljubljana. Litterapicta: Medicinska fakulteta.

delom z bolnikovo družino, skušamo spremeniti njena pričakovanja do bolnika oz. bolnice s simptomi in prizadetostmi, jo učimo o bolezni in posledicah ali jo vključimo v družinsko psihoterapevtsko obravnavo. Včasih pa je potrebna tudi zamenjava bivališča in socialnega okolja.

3. Osredotočenje na bolnikove zmožnosti

Ne glede na obseg in globino psihopatologije, obstaja pri vsakem bolniku oz. bolnici nedotaknjen del osebnosti, h katerem usmerjamo rehabilitacijska prizadevanja.

4. Obnavljanje upanja

Duševni bolniki in bolnice so večinoma morali zaradi bolezni sprejeti hude poraze in zmanjšati svoja pričakovanja v življenju. Njihova samozavest je največkrat porušena.

5. Poudarek na zaposlitvenih možnostih

Delovno rehabilitacijo in zaposlovanje ocenjujejo kot najpomembnejši del PSR, ker:

- delo omogoča zaslužek, ta pa samostojnost, delo omogoča strukturiranje časa in prostora, kar je pomemben del zdravljenja duševnih bolezni, z delom ljudje širijo svoj socialni prostor, delo daje posamezniku prepoznaven družbeni položaj, delo sili človeka, da je dejaven in zavzet.

V PSR pa zaposlitev seveda ni omejena na neodvisno delo s polnim delovnim časom na prostem trgu delovne sile. Psihiatrični bolniki in bolnice največkrat potrebujejo prilagojene oblike zaposlovanja in delovnega usposabljanja.

6. Vsestranska skrb

Poleg zaposlovanja se PSR ukvarja tudi z drugimi življenjskimi področji. Rehabilitacijske službe vključujejo družbene klube, dnevna središča, rekreacijske programe, programe bivanja (stanovanja), izobraževalne programe, skupnostna podpora posredovanja in organizacijo skrbi za njihove uporabnike. Kadar rehabilitacijska služba ne more zagotoviti vseh potrebnih storitev, se povezuje z drugimi službami, centri in ustanovami, da lahko omogoči čim bolj celovito in vsestransko skrb.

7. Vključevanje bolnikov in bolnic

PSR zahteva, da se bolniki v rehabilitacijo vključijo aktivno. Bolnikove osebne vrednote, izkušnje, čustva, želje in cilji naj oblikujejo smernice zdravljenja v vseh fazah rehabilitacijskega procesa. Zato morajo biti bolniki dobro obveščeni o naravi svoje bolezni, simptomih, poteku in možnih posledicah. Rehabilitacije ne delamo za ljudi, ampak z njimi. Kakovost življenja, kakor jo doživljajo posamezni bolniki in bolnice naj bo odločujoč dejavnik pri izvajanju procesov PSR in bistveno merilo ocene uspešnosti služb.

8. Stalna skrb

Čeprav se PSR navadno istoveti s skupnostno skrbjo za duševno bolne, se izvaja tudi v bolnišničnem okolju. Bolj kot kraj, kjer naj se rehabilitacijski programi izvajajo, je pomemben ustrezen način tega dela in prilagajanje spremembam v življenju bolnika – tako njegovim bolezenskim poslabšanjem kot tudi izboljšanjem. Podpora naj bo dostopna dovolj dolgo. Občutljivost duševnih bolnikov in bolnic namreč največkrat ni časovno omejena. Duševne prizadetosti so pogosto dosmrtno in potrebujejo nepretrgano podporo in pomoč.

9. Terapevtski odnos

Uspeh PSR je odvisen od osebnega odnosa med bolnikom oz. bolnico in tistim, ki omogoča podporo. Pomembni elementi tega odnosa so dostopnost, resnicoljubnost, empatija in skrb.

Psihosocialno rehabilitacijo lahko definiramo na različne načine:

1. PSR je terapevtski pristop, ki spodbuja ljudi z duševno boleznijo, da dosežejo najboljšo možno raven neodvisnega delovanja v skupnosti prek učenja – izboljševanja bolnikovih sposobnosti in ob podpori okolice.

2. PSR je kompleksna dejavnost, ker združuje različne dele in ravni, od psihiatričnih bolnišnic, do domov in delovnih okolij. Posledica te širine delovanja je, da PSR združuje vse udeležence v skrbi: uporabnike (bolnike in bolnice), strokovnjake, družine, delodajalce, menedžerje, uradnike skupnostnih služb in skupnost v celoti.

3. S PSR skušamo doseči optimalno raven delovanja posameznikov in družbe v celoti ter največjo možno zmanjšanje prizadetosti in oviranosti. Ob tem poudarjamo, da ima posameznik pravico do izbire o tem kakšno bo njegovo življenje v skupnosti.

4. Rehabilitacija je spretna in pametna uporaba človeških virov in zdravstvenih ter socialnih služb.

Cilji PSR:

Izboljšanje zdravja posameznih bolnikov in bolnic, zmanjševanje učinkov dolgotrajnih hospitalizacij, izboljšanje socialnih sposobnosti bolnikov in bolnic, zmanjševanje diskriminacije in označenja, podpora družinam, socialna podpora, ki naj omogoči zadovoljevanje vsaj osnovnih potreb po zaposlitvi, stanovanjih, socialnih mrežah in prostočasnih dejavnostih, opogumljanje bolnikov in bolnic.

Načini PSR:

1. Farmakološko zdravljenje:
zmanjšanje simptomov in posledičnih motenj, preprečevanje ponovitve bolezni.

2. Učenje spretnosti neodvisnega bivanja in socialnih spretnosti:
uporabljamo teorije učenja za pridobivanje in utrjevanje spretnosti, ki so potrebne v vsakdanjem življenju.

3. Psihološka podpora bolnikom in bolnicam in njihovim družinam:

podpora naj bo intenzivna in nepretrgana ter naj poteka na različne načine. Posebej uspešna sta izobraževanje in skupine za samopomoč. Izobraževanje bolnikov oz. bolnic in njihovih družin je dokazano ena izmed najbolj učinkovitih tehnik pomoči, ki omogočajo izboljševanje spoznavnih sposobnosti in povečevanje obvladovanja simptomov, vzpostavljanje nadzora in aktivno sodelovanje pri zdravljenju. Učijo in naučijo se tudi najbolj bolni in kronično bolniki.

4. Urejanje bivanja:

Stremimo k zagotavljanju bivanja v običajnem in urejenem okolju s podporo izobraženega strokovnega osebja.

5. Delovna rehabilitacija in zaposlovanje:

naj bi se začela v bolnišničnem okolju in nadaljevala v delavnicah s prilagojenimi razmerami.

6. Socialne podporne mreže:

so mreže nepretrganih medosebnih odnosov, ki jih posameznik doživlja kot pozitivne in krepijo njegove sposobnosti za obvladovanje težav: delujejo tako, da omilijo stresne situacije, ali tako, da okrepijo posameznika.

7. Prostočasne dejavnosti:

Dostopnost in svobodna izbira prostočasnih dejavnosti sta poglobitni vodili, ki pa ju je treba največkrat dopolniti s spodbudo in popolnoma konkretno podporo pri vključevanju in vzdrževanju dejavnosti v npr. športnem društvu ali glasbeni skupini.

Psihosocialna rehabilitacija¹⁷¹ je sklop dejavnosti, ki dokazano omogoča izboljšanje kakovosti življenja in prognozo duševnih motenj, predvsem tistih, ki so psihotične ponavljajoče se ter lahko brez rehabilitacije močno ovirajo posameznike pri njihovem vsakdanjem življenju. Dobre prognoze PSR lahko naredimo takrat, kadar je naše delovanje povezano: pomeni torej interdisciplinarno delo različnih strokovnjakov in dejansko vključitev bolnikov ter njihovih svojcev v proces okrevanja. PSR je enakopravna povezava med strokovnjaki, bolnikom in njegovimi bližnjimi v delovno skupino, ki skupaj deluje proti cilju čim večje samostojnosti.

Temeljni pogoji za delovanje rehabilitacijskih služb so etični in pragmatški. PSR temelji na spoštovanju, solidarnosti, zavzetnosti, krepitvi zdravih delov posameznikovega življenja in goji upanje v izboljšanje stanja. Upanje je upravičeno zaradi novih antipsihotičnih in antidepressivnih zdravil ter rehabilitacijskih postopkov, ki so izboljšali prognozo psihotičnih motenj in tudi zato, ker nam enakopravno sodelovanje daje možnost, da se v proces pomoči in

¹⁷¹Švab, Vesna.(2002).Uvod.Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo:Cankarjev dom,Ljubljana.30. in 31.maj 2002.

samopomoči vključujemo na način, ki pomaga nam samim: od bolnikov in njihovih svojcev se učimo in napredujemo v procesu medsebojne podpore in krepitve humanizma.

V PSR ni prostora za pokroviteljstvo in vsevednost, zahteva preverjanje doseženega in pripravljenost na spremembe. Vsak človek je svet zase in vsak izmed obolelih je učitelj za vse, ki mu skušamo stati ob strani v procesu strpnega dialoga. Posamezniku prilagojeno načrtovanje skrbi pa zahteva več kot le zavzetnost in voljo strokovnih delavcev ter pogum uporabnikov: zahteva tudi možnost za to, da lahko proces izpeljemo.

V našem okolju je možnosti za kakovostno delo premalo. Pogrešamo pogoje za delovno usposabljanje in zaposlovanje, mrežo bivanjskih enot s podporo, ki jih zdaj zasilno nadomeščajo azili, usposobljeno strokovno osebje, ki bi znalo uporabljati dokazano uspešne tehnike PSR kot so učenje socialnih in vsakdanjih veščin, vedenjsko kognitivne psihoterapevtske tehnike in osebje, ki bi znalo spodbujati razvoj procesov samopomoči in samonadzora. Danes psihiatri še lahko predpisujejo za bolnika brezplačna antipsihotična zdravila iz atipične skupine, vendar se ves čas opozarja na njihovo visoko ceno.

Skupnostne oblike pomoči kot so patronažna delovna terapija in osebna asistenca na bolnikovem domu pa so povsem nedosegljivi. Možnosti za usposabljanje in zaposlovanje so minimalne. Osebje v službah, ki so namenjene pomoči dela z majhnimi sredstvi in v nepretrganem stresu zaradi prevelikih obremenitev in naraščanja potreb. V naši državi se izvede več kot 20 % invalidskih upokojitev prve kategorije zaradi duševnih motenj, več kot 80 % bolnikov je nezaposlenih. Ob tem vemo, da bi jih velika večina lahko delala, čeprav res pod nekoliko prilagojenimi delovnimi pogoji. Potrebujemo več strpnosti, zmanjšanje stigmatizacije in ustrezne službe v institucijah in zunaj njih. Duševni bolniki imajo različne stopnje prizadetosti zaradi svojih motenj. Treba jih je prepoznati in nanje odgovoriti tako, da so za posameznika in za družbo njihove posledice čim manjše.

Različni modeli psihosocialne rehabilitacije¹⁷² počasi izpodrivajo tradicionalne koncepte psihiatričnega zdravljenja, v katerih je človek v bolnišnico prišel »bolan«, ven pa se je vrnil »zdrav«. Če mu »zunaj« ekonomska samostojnost, socialno mreženje in druge spretnosti niso uspele, je bil to le dokaz za poslabšanje njegove bolezni in dokaz, da gre za »duševnega bolnika« po ljudskem verovanju »enkrat nor, zmeraj nor«.

PSR je kombinacija¹⁷³ spretnosti in podpore. Stremi k povišanju sposobnosti, s čimer lahko zmanjšamo potrebo po podpori in preprečimo ponoven pojav bolezni. Študije po vsem svetu,

¹⁷²Zaviršek, Darja. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

¹⁷³Taintor, Zebulon. (2002). Pregled psihosocialne rehabilitacije. Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z

ki so vključevale številne načine rehabilitacijskih procesov, so zgoraj navedeno samo potrdile. Sistem oskrbe mora podpirati razvoj posameznikovih spretnosti, podpora pa se lahko zmanjša, ko se njegove sposobnosti povečajo.

Pomembno je zagotoviti kontinuiranost oskrbe in podpore, vse dokler posameznik ne razvije svojih sposobnosti do stopnje popolnega okrevanja. V primeru, da z oskrbo prenehamo, ali jo naglo spremenimo, bolnik (oseba + bolezen) ne bo okrevail, ali pa se bo njegovo stanje še poslabšalo.

Za oceno potreb za rehabilitacijo, da bi dobili najboljši možen izid, si pomagamo z uporabe metode analize stroškov in koristnosti. Pri duševnih motnjah v časovnem smislu ločimo več izidov: kratkoročni, srednjeročni in dolgoročni. V okviru kratkoročnega izida ocenjujemo predvsem uspeh zdravljenja (simptomi, stranski učinki in neposredni stroški), v okviru srednjeročnega izida ocenjujemo uspeh vzdrževalne in preprečevalne terapije in rehabilitacije (število ponovitev bolezni in ponovne hospitalizacije, sodelovanje in pridružene duševne in telesne motnje, neposredne stroške), v okviru dolgoročnega izida pa ocenjujemo uspeh rehabilitacije (funkcioniranje, obremenjenost družine, izgubljena leta življenja, izgubljeno zaposlitev, kakovost življenja, mortaliteto, kriminaliteto in indirektne stroške).

Oceno potreb moramo napraviti pri vsakem posamezniku in le-to vključujemo v načrt zdravljenja in rehabilitacije. Na ravni služb in na nacionalni ravni pa je ocena potreb za rehabilitacijo lahko precej zapletena: spreminjajo se dejavniki, ki vplivajo na razsežnost določene problematike, spreminjajo se službe za pomoč osebam z duševnimi motnjami, spreminjajo se postopki zdravljenja, spreminja se način financiranja in drugo.

Primarna zdravstvena oskrba¹⁷⁴ pomeni, da se je povečala paleta vseh pomoči in da se je bolj približala potrebam in željam ljudi. Nekoč so bile psihiatrične oskrbe predvidene samo v bolnicah ali v bolniških oddelkih. Sedanje možnosti so zelo različne. Če je potrebna le kratkotrajna bolniška pomoč, je ta v lokalni bolnici, dolgotrajna oskrba pa v ustanovah, ki upoštevajo posameznikovo zdravstveno stanje. Bolnišnice za duševno bolne so potrebne.

Med časom krize si večina ljudi želi, da so zdravljeni ambulantno ali pa na lastnem domu. Žal to ni vedno mogoče. Še posebej ne tam, kjer so okoliščine težke, ali pa tam, kjer ti ljudje predstavljajo tveganje zase ali za druge. Dnevne bolnice predstavljajo odlično obliko skrbi za paciente, ki so huje bolni. Običajno jih uporabljamo kot kombinacijo za skupinske terapije in bolj intenzivno podporo za zunanje paciente. Večina pacientov obiskuje dnevne bolnice v tedenskih presledkih kakšne 3 mesece, s tem da se ob koncu dneva vračajo domov. Kadar so

mednarodno udeležbo: Cankarjev dom, Ljubljana. 30. in 31. maj 2002.

pacienti zelo bolni, so hospitalizirani v posebni zaščiteni psihiatrični enoti, ko si opomorejo, se premestijo na odprte oddelke, nato pa se po odpustu vodijo ambulantno.

3.2.1 Medicinski model

Organiziranost in vsebina dela na področju duševnega zdravja¹⁷⁴ in zadovoljstvo med osebami z duševno motnjo in njihovimi svojci so vzajemno povezani dejavniki. V Sloveniji imamo šest psihiatričnih bolnišnic na severu države, kar že pomeni, da slovenska psihiatrija ne zdravi lokalno, saj mora v večini primerov osebe s hujšimi duševnimi motnjami osamiti od bližnjega družbenega okolja. Ena najpomembnejših pogojev za celosten pristop v sodobni psihiatriji pa je prav lokalnost njenega delovanja. Slovenija tudi sicer nima dobro razvitega skupnostnega pristopa v psihiatriji, ki odpuščeno osebo z duševno motnjo nekako pospremi od psihiatričnih bolnišnic do ambulantnega psihiatričnega zdravljenja. Slednji korak ostaja v Sloveniji razkorak, ki onemogoča kontinuirano zdravljenje. Kontinuiranost je namreč naslednja zahteva sodobne celostne psihiatrije, v kateri se osebo z duševno motnjo spremlja od zdravljenja na intenzivnem oddelku do dnevne bolnišnice in zatem v vse bolj sproščeno oskrbo v skupnosti. Istočasno z zviševanjem samostojnosti osebe z duševno motnjo se intenzivira tudi zaposlenost od delovne terapije v bolnišnici prek zaposlitvene terapije v okviru skupnostnih služb pa vse do polovične in polne zaposlitve. Osebe s kronično duševno motnjo potrebujejo načrtovanje postopnega osamosvajanja tudi na področju bivanja, kjer končni cilj rehabilitacije ni osamitev, temveč ponovna integracija v družbenem okolju.

Medicinski model je še vedno prevladujoči model pri hospitalnem zdravljenju v psihiatrični bolnišnici, saj ga uporabljamo takrat, ko govorimo o duševni bolezni. Svetovna zveza za duševno zdravje ga definira kot položaj posameznika v razmerju med njegovimi zmožnostmi in okoljem ter socialnim okvirom, v katerem živi in deluje. Z duševnimi motnjami kot so na primer motnje razpoloženja, stiske ipd, se srečujemo vsi, vendar jih lahko odpravimo s spremembo okolja in mobilizacijo lastnih sil v smislu ponovne vzpostavitve našega dobrega počutja.

¹⁷⁴<http://www.ozara.org/>:(15.10.2003).

¹⁷⁵Problemi na področju duševnega zdravja v Sloveniji: Vsebina dela Sveta za duševno zdravje pri Vladi RS s cilji za 2003: dr. Andrej Marušič: <http://www.sigov.si/>:(15.03.2004).

Osebe z duševno motnjo psihiatrija deli na tiste s pridobljenimi vzroki in zato pogojno ozdravljivimi (nevrotične motnje, odvisnost od psihotropnih snovi, čustvene motnje). V drugo skupino spadajo bolezenske motnje, katerih vzroki niso poznani in zato veljajo za neozdravljive. Osebe naj bi zbolele zaradi endogenih dejavnikov in so diagnosticirane kot shizofreni, manično-depresivni bolniki.¹⁷⁶

Lamovčeva¹⁷⁷ poudarja, da označevanje krize kot duševne bolezni, povzroča, da pojav spada na področje medicinskih ved, ki so dolžne najti zdravilo. Za morebitne konflikte posameznika z družbo je kriva bolezen, zato je okolje razrešeno krivde. Bolna oseba spada v bolnišnico, kjer jih zdravijo psihiatri in medicinske sestre. Prevladujoča oblika zdravljenja je še vedno medikamentozna terapija z psihofarmaki. Rezultat zdravljenja v psihiatrični bolnici so pogosto kratka, a večkratna zadrževanja v bolnici.

Tradicionalni medicinski model¹⁷⁸ povsem zanemarja dejstvo, da vsaka kriza skriva v sebi poskus in možnost ustvarjalne rešitve problema. Če želimo omogočiti, da prevlada ustvarjalni vidik krize, je potrebna drugačna organizacija skrbi za osebe v duševni stiski.

Tradicionalna azilska oblika obravnave duševnih stisk vodi k popredmetenju, izolaciji in stigmatizaciji prizadete osebe. V nasprotju s tem se zavzemamo za tako pomoč osebam v stiski, ki jih ne bi iztrgala iz vsakdanjih družinskih in prijateljskih vezi, temveč bi mrežo stikov še razširila in s tem tudi razbremenila družino. Osebi dopuščamo, da v največji možni meri sama odloča o svojem življenju, zato pa ji moramo ponuditi kar največ različnih alternativ pomoči. V tem pogledu predstavlja naša usmeritev novo paradigmo, zasuk od stare, racionalistične paradigme k novi, ki upošteva etične in estetske dimenzije norosti, duševne stiske in njene obravnave. Gre nam za to, da se spoznavanje fenomenov, kot tudi delovanje odvija znotraj konteksta vsakdanjega življenja, v dinamiki običajnega in neobičajnega. Na ta način nam stvari, ki so nam tuje, postanejo domače in nas vzpodbujajo k iskanju novih in nevsakdanjih odgovorov na stiske in konflikte, ki jih doživljamo v vsakdanjih situacijah zasebnega in javnega življenja.

¹⁷⁶Švab, Vesna. (1996): Duševna bolezen v skupnosti. Radovljica. Didakta.

¹⁷⁷Lamovec, Tanja. (1995): Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana. Lumi.

¹⁷⁸<http://www.ljudmila.org/altra>: (15.10.2003).

3.2.2 Socialni model

V teoretičnem smislu¹⁷⁹ se naslanjamo na fenomenološko pojmovanje duševne stiske, ki se v temeljnih vidikih razlikuje od tradicionalnega medicinskega. Osebe ne pojmujeemo kot predmeta obravnave s strani “strokovnjakov”, temveč izhajamo iz njene subjektivnosti in edinstvenosti. Če ji želimo pomagati, moramo najprej prisluhniti njenemu videnju sveta in sebe v njem, jo spoznati na način, kot v vsakdanjem življenju spoznavamo vse druge ljudi. Zavračamo klasifikacije in diagnoze, ki ne upoštevajo celovitosti in subjektivne dimenzije posameznika. Subjektivnosti, ki je značilna za človeka, ni moč zreducirati na objektivne kategorije. Nihče ni strokovnjak za subjektivni svet druge osebe. Zares pomaga lahko le oseba, ki je partner v dialogu in se je pripravljena učiti. Osebe v stiski ne poskušamo spreminjati, pač pa jo razumeti na način, kot ta doživlja sebe. Doživljanje druge osebe predstavlja ključ, na osnovi katerega jo lahko razumemo. Razumevanje ne temelji vedno na logičnih zakonitostih, temveč vključuje tudi metaforično dožemanje, ki se bolj približuje umetnosti kot znanosti. Ko osebo na ta način spoznamo, vidimo, da ima njeno doživljanje in ravnanje globok pomen, ki ga ne bi videli, če bi izhajali izključno iz lastnega referenčnega okvirja.

Fenomenološki pristop zavrača predpostavko o duševni bolezni, ki tudi v okviru medicinskega modela ni bila nikoli dokazana. Namesto tega govorimo o duševni stiski in krizi. Duševne stiske in krize doživljamo vsi ljudje. Nekateri jih lahko rešimo sami, s pomočjo najbližje okolice, drugi pa ne, ker morda nimajo nikogar, ki bi bil pripravljen prisluhniti. Tako se duševna stiska stopnjuje v krizo. Pojem “krize” sestavljata dve dimenziji, ki ju v kitajščini ponazarjata dva znaka. Eden pomeni nevarnost, drugi možnost.

Fenomenološki pristop¹⁸⁰ ne priznava obstoja duševnih bolezni, zato tudi ne govori o “zdravljenju”, temveč o skrbi in učenju, edukaciji. Skrb je najtesneje povezana s tako organizacijo skrbstvenih služb, ki naj bi delovale v interesu uporabnika, kar pomeni omogočanje razvoja in uporabe njegovih sposobnosti. Učenje se povezuje predvsem z medosebno izkušnjo, v kateri je temeljnega pomena obojestransko potrjevanje ter vzpodbujanje k samostojnemu in odgovornemu odločanju. Medosebni odnos, v katerem oseba začuti, da jo drugi sprejema in verjame v njene zmožnosti, je temeljni pogoj nadaljnega razvoja. Zelo pomembno je tudi navezovanje stikov z družinami oseb v stiski. Tudi njih je potrebno naučiti, kako lahko razumejo svojca in z njim ustrezno ravnaajo. Kot so pokazale

¹⁷⁹<http://www.ljudmila.org/altra>: (15.10.2003).

raziskave, je toplo in nevsiljivo vzdušje v družini temeljnega pomena za ohranjanje duševnega zdravja.

Uporabnik oz. uporabnica naj bi postala enakopraven partner oz. partnerka v obravnavi, z možnostjo, da zahteva dosledno spoštovanje človekovih in zakonskih pravic.

Ti modeli¹⁸¹ pripisujejo večji pomen pri nastanku duševne krize socialnim dejavnikom, ki vključujejo neposredno okolje v katerem posameznik živi, ko tudi družbo kot celoto, ki proizvaja določene ekonomske in socialne pritiske. Psihične motnje proučujejo v odvisnosti od narave medsebojnih stikov. Obravnava ni usmerjena izključno na prizadetega posameznika. Slednjega obravnavajo kot člana skupine. Socialni model krizo označuje kot dogodek, ki lahko privede do spremembe. Ta je lahko pozitivna (v smislu rešitve življenjskih možnosti) ali pa regresivna, ki vodi v nazadovanje. Poimenovanje krize temelji na teoriji stresa.

Zastopniki socialnega pristopa zavračajo poimenovanje¹⁸², da so nekatere krize posledica endogenih dejavnikov, kar trdijo zastopniki medicinskega modela. Zastopniki socialnega modela menijo, da vedno lahko najdemo neke zunanje sprožilne okoliščine, če se jih le potrudimo poiskati. Motnja se razlaga kot posledica družinskih odnosov, v katere je bil vpleten posameznik, socialnih krivic, medsebojnih konfliktov, posledica težke izgube. Pri reševanju posameznikovih problemov sodelujejo predstavniki različnih poklicev: socialni delavci, ljudje iz skupnosti, antropologi, ljudje iz skupnosti, ki so uspešno rešili svoje probleme. Slednji zbuja upanje, da situacija ni nerešljiva. Vzpodbuja se aktivni pristop, saj mora vsakdo najti svojo rešitev. Problemov življenja ne moremo reševati na odmaknjenem prostoru, ampak le v sredini kamor spadajo.

Posameznik ohrani ugodno samopodobo, občutek odgovornosti in lastnega odločanja. Elementi obravnave katerih se ta model poslužuje, so:

empatično poslušanje, podajanje izbir, opogumljanje, povečanje moči posameznika, učenje odgovornosti, izražanje lastnih potreb.

Pričakovan rezultat je povečana kvalitete življenja in povečanje izbire.

Že v začetku sem omenila vlogo socialnega delavca oz. socialne delavke v psihiatrični bolnišnici. Vendar pa na podlagi lastnih izkušenj menim, da se ta vloga spreminja. Socialni delavci oz. socialne delavke pri svojem delu združujemo psihosocialni in medicinski model, združujemo v tem smislu, da priznavamo nujnost uporabe nevroleptikov. Vendar pa le-ti v

¹⁸⁰<http://www.ljudmila.org/altra>:(15.10.2003).

¹⁸¹Lamovec,Tanja.(1995):Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana.Lumi.

¹⁸²Lamovec,Tanja.(1998):Psihosocialna pomoč v duševni stiski.Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

samem procesu zdravljenja oziroma opolnomočenja niso dovolj. To kar v okviru medicinskega modela pomeni pojem ozdravitve, v psihosocialnem modelu pomeni pojem opolnomočenja.

Tu se vloga¹⁸³ socialne službe v psihiatričnih bolnišnicah veča, saj smo socialni delavci oz. socialne delavke samostojni strokovni delavci, odgovorni za izvajanje del in nalog na področju socialnega varstva občanov na zdravljenju zaradi psihičnih težav in z njimi povezanimi zapleti.

V socialnem delu na področju duševnega zdravja so se razvile naslednje tri metode dela:¹⁸⁴

Socialno delo s primerom je klasična oblika socialnega dela, ki po vzoru na druge storitvene dejavnosti in še zlasti na medicinski model, za svoj predmet in fokus dela vzame stranko in njene (socialne) težave, jih obravnava kot zaprt, popravljiv sistem. To v okviru socialnega dela v okviru psihiatrične ustanove in timske delitve dela pomeni obravnavo socialnih okoliščin pacientove stiske (ocena socialnega stanja družine in posameznika, urejanje socialnega statusa – npr. upokojitev, iskanje službe, socialne pomoči,...). Ker gre za osebno obravnavo, delo s primerom zajame tudi druge (odnosne, doživljajske) vidike in gre onkraj urejanja zgolj socialnih težav v ozkem pomenu te besede.

Socialna ekspertiza je avtomatiziran del dela z primerom. Gre za ugotavljanje in ocenjevanje socialnih okoliščin, težav, sposobnosti, predvsem pri posameznikih, ponavadi za tretjo stranko in ne nujno povezane z obravnavo.

Organiziranje in upravljanje v skupnostnih oblikah in skupnostno socialno delo tu gre za organiziranje in upravljanje z oblikami obravnave, ki se odvijajo v skupnosti ne pa v segregirani ustanovi, po drugi strani za vključevanje ljudi s psihičnimi težavami, ki so sicer marginalizirani ali stigmatizirani v skupnost, oziroma za preprečevanje njihove segregacije ali dvigovanja kvalitete njihovega življenja.

Kurikulum socialnega dela¹⁸⁵ se je v zadnjih desetih letih otesel prevlade medicinsko-pataloško-diagnostičnega modela pri delu z ljudmi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami. Namesto psihiatričnih diagnoz socialno delo zanima kako izboljšati izbire in možnosti v vsakdanjem življenju oseb z težavami v duševnem zdravju. Socialno delo se osredotoča na

¹⁸³Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični bolnišnici Idrija. Interno gradivo. Idrija. Psihiatrična bolnišnica Idrija.

¹⁸⁴Flaker,Vito.(1995):Vizija služb za ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami.V Socialno delo- letnik 34,št.6.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

¹⁸⁵Zaviršek,Darja.(2004):Socialno delo v psihiatriji:razvoj socialnega modela pri delu z ljudmi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami. V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

proces okrevanja in se ne ustavlja pri utopičnem cilju »popolne ozdravitve«, ki ljudi že vnaprej diskriminira in deli na tiste, ki jim je »uspelo« in na tiste, ki jim »ni uspelo«. Izobraževanje za socialno delo je fokusirano na to, da krepí procese okrevanja tekom katerih oseba pridobiva nova znanja in socialne spretnosti, več refleksije za lastna ravnanja in več avtonomije za to, da čim bolj poveča nadzor nad svojim življenjem. V tem procesu je pomembno ocenjevanje, v kolikšni meri se je povečala kvaliteta njegovega ali njenega življenja na različnih ravneh; delovni, v medosebnih odnosih, življenjskem stilu, izbirah itd. Človek se torej lahko vrača v obdobja duševnega trpljenja, kriterij dobre socialne pomoči pa je, koliko časa oseba ohranja dobro duševno zdravje med eno in drugo duševno krizo in kako kvalitetno je njeno vsakdanje življenje. Razvoj kurikulumov socialnega dela še ne pomeni, da so socialne delavke oz. delavci pridobili tudi več poklicne veljave v praksi znotraj psihiatrije in v hierarhiji poklicev znotraj psihiatrične obravnave. Vizija razvoja je, da imajo socialne delavke oz. delavci s svojimi znanji in spretnostmi prav tolikšno veljavo kot zdravniško osebje s svojimi. Takrat bo kurikulum socialnega dela na področju duševnega zdravja v skupnosti v večji meri spreminjal prakso dela z ljudmi s težavami v duševnem zdravju.

3.3 Timsko delo v psihiatrični bolnišnici

Timsko delo pri obravnavi uporabnikov in uporabnic je izrednega pomena. Gre za celostni pogled na problematiko, ki jo uporabnik oz. uporabnica pri sprejemu ima.

V psihiatrični bolnišnici¹⁸⁶ najpogosteje deluje tim iz različnih profilov poklicev kot so: zdravniki, psihologi, medicinske sestre, socialni delavci, delovni terapevti, ki delajo kot tim pri obravnavi uporabnikov in uporabnic na različnih oddelkih.

Psihiatri so medicinsko šolani in specializirani za zdravljenje duševnih bolezni, socialni delavci oz. delavke v timu za duševno zdravje ugotavljajo socialne probleme in jih rešujejo, klinični psihologi delajo s posamezniki, skupinami in osebjem, delovni terapevti naučijo paciente dela, potrebnega za samostojno življenje, medicinske sestre, medicinski tehniki, višje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre skrbijo za paciente na oddelkih in poročajo o morebitnih težavah in potrebah posameznikov.

Najpogostejša posledica psihiatrične hospitalizacije ni le socialna stigma, ki jo človek ponotranji in se v skladu z njo poda na pot vse večje odmaknjenosti od drugih ljudi, vse

¹⁸⁶<http://www.ozara.org/>:(15.10.2003).

manjše sociabilnosti.¹⁸⁷Tim¹⁸⁸ je majhna skupina ljudi, ki se povežejo, da bi dosegli skupen cilj oz. opravili konkretno nalogo. Ta naloga je lahko časovno omejena, ali pa traja nedoločen čas. Na eni strani imamo mreže ljudi, ki jih družijo podobna zanimanja in se občasno povežejo, da skupaj izpeljejo določeno nalogo. Druga skrajnost pa so formalno določeni timi, v katerih po službeni dolžnosti sodelujejo strokovnjaki iste ali še pogostejše različne usmeritve.

V literaturi so opisane številne potencialne prednosti timskega dela:

- večja produktivnost, izboljšano sporazumevanje med izvajalci, boljši pretok informacij, možnosti opravljanja zapletenih, raznolikih nalog, boljša izraba virov, ustrežnejše odločitve, večja povezanost in hkrati večja diferenciacija sodelavcev.

Vse to seveda velja le s pogojem, da je tim uspešen.

Tim navadno definiramo kot »manjšo skupino ljudi, ki se povežejo med seboj, da bi prispevali k skupnemu cilju« (Ovretveit 1993). Payne (1982) definira sodelujoči (kolaborativni) tim kot nekaj, kar ima »skupne cilje, člani tima pa obdržijo osebno in individualno odgovornost ter si delijo delo tako, da vsak s svojo aktivnostjo prispeva kar največ in zagotovi, da skupaj dosežejo svoje cilje«. Multidisciplinarni tim pa lahko definiramo tudi kot »manjšo skupino ljudi, po navadi iz različnih poklicev in dejavnosti, ki se povežejo med seboj, da bi prispevali k skupnemu cilju, ki je zadovoljevanje zdravstvenih in socialnih potreb enega klienta ali populacije klientov v skupnosti« (Ovretveit 1993).

Timi so v korist uporabnikom, saj zadovoljujejo zelo kompleksne potrebe. Uporabniki storitev s področja duševnega zdravja, zlasti dolgotrajni, kakor tudi uporabniki drugih zdravstvenih in socialnih storitev pred te službe pogosto razgrnejo kompleksne življenjske situacije, s katerimi se ne more ukvarjati en sam strokovnjak; pri tem moramo upoštevati še naraščujočo specializacijo v socialnih in zdravstvenih službah. Stranka, denimo, ki ima dolgotrajne težave, ne potrebuje le pomoči v obliki zdravljenja, temveč tudi pri nastanitvi, zaposlitvi, potrebuje koga, ki ji bo svetoval in pomagal pri navezovanju s sorodniki itd. Vse to je mogoče le z usklajevanjem med delavci na teh področjih. Tako ima lahko uporabnik »korist od širokega spektra znanja in metod, ki jih ne more prakticirati zgolj en delavec ali predstavniki enega poklica«, četudi sta »določena usposobljenost in znanje skupna poklicem,

¹⁸⁷Zaviršek, Darja. (1997): Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije. V Socialno delo-letnik 36, št.2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

¹⁸⁸Lamovec, Tanja. (1998): Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

ki se ukvarjajo s pomočjo človeku« (Falck, cit. V Carlton 1984), kar nazadnje omogoča integracijo timskega dela.¹⁸⁹

Timsko delo¹⁹⁰ je opredeljeno kot skupinsko delo razmeroma samostojnih posameznikov, ki imajo opraviti s kompleksnimi problemi, ki presegajo ovire ene znanstvene discipline ali stroke. To je torej delovna skupina, ki zahteva sodelovanje relativno samostojnih posameznikov, ki obvladajo svojo stroko in želijo meje svojega znanja preseči s sodelovanjem in aktivnostjo v skupini. V timu se torej prepletata dve težko združljivi sestavini. Prva je relativna samostojnost in individualna odgovornost vsakega člana, druga je potreba po skupinski povezanosti. Skupinske koherentnosti ne smemo mešati z izgubljanjem posameznih poklicnih identitet profilov, ki so člani timov, kar pa v praksi žal vse prepogosto vidimo.

Da je tim učinkovit, mora torej vsak posameznik imeti in jasno prepoznavati svojo lastno poklicno identiteto in pripravljen mora biti na soočenje mnenj z drugimi. Za takšno soočanje, morajo biti člani timov pripravljeni na reševanje konfliktov, ki se v timu nujno pojavijo, ne pa na izogibanje. Tim se razvija skozi iste faze kot vsaka skupina in tudi vsaka delovna skupina. V prvi fazi, fazi odvisnosti, ali če pride nov član, se pojavi želja po bolj avtoritarnem vodenju. Bojazni, ki se pojavljajo, člani tima želijo reševati preko vere v očetovski lik vodje. Naslednja faza je kot pri razvoju skupine, faza intragrupnega konflikta. Tu se pojavlja bolj za ustvarjanje lastne vloge v skupini. Včasih je lahko ta boj toliko destruktiven, da lahko tim razpade. Skozi razvoj grupne strukture se skupina povezuje v celoto. Tim oblikuje norme in pravila. V tej fazi je nevarnost; da se individualna identiteta podredi in izgubi v skupini in da so občutki enakosti plod medsebojnega zlivanja, ne pa dogovarjanja in kompromisov. Šele v zadnji fazi tim postane prava delovna skupina. Tukaj tim skozi različnost išče nove možnosti. Do take stopnje tim potrebuje nekaj let. Tudi tim lahko skrene v svojem razvoju in ostane nezrel. Takrat običajno tim formalizira svoje odnose in začne krepiti avtoritarno vodenje ter hierarhično strukturo. Takrat se tim izogiba konfliktom in negativnim čustvom, podpira se podredljivost in odvisnost. Vidimo torej, da so strokovne naloge tima le en del zadolžitev in da za uspešno funkcioniranje morajo člani tima nameniti kar nekaj časa razumevanju medsebojnega funkcioniranja in da je za takšno razumevanje odnosov potrebno znanje in izkušnje. Tim ima v splošnem dve možnosti za razvoj. Prvo bi lahko poimenovali kot spiralo pozitivnega ojačanja. Komunikacija v tem primeru je usmerjena tako, da člani tima odkrivajo

¹⁸⁹Flaker, Vito. (1997): Timi kot način interdisciplinarnega sodelovanja. V Socialno delo - letnik 36, št. 1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

¹⁹⁰Matjan, Polona. (2000): Timsko delo. Interno gradivo PBI. Idrija.

možnosti in ovire, da se posamezniki lahko učijo, napredujejo ter rešujejo probleme in konflikte. Anksioznost se znižuje in timu ostaja energija za delo na sebi, kar pospešuje možnosti učinkovitega dela v timu. Negativna spirala ojačuje tesnobo. Komunikacija postaja pokrivajoča in lažna. Pojavlja se odpor proti reševanju konfliktom, probleme se rešujejo vedno bolj formalno. Tim postaja vedno bolj formalna skupina.

Ugotovila sem, da timskega dela v psihiatričnih bolnišnicah ni. Vsaj tistega pravega ne. Nekako je timsko delo v ozadju, kar pomeni, da odločitve v zvezi z zdravljenjem in obravnavo še zmeraj sprejema dominanten poklic (zdravnik-psihiater). Gre za vprašanje, ali si psihiatrična stroka sploh želi timskega dela, ali bi to ogrozilo njihov položaj? Odgovori na vprašanje v zvezi z timskim delom so npr. pokazali: *»Pa recimo zdravnik¹⁹¹ reče, ja, zdaj po skupini boste pa poročali timu, kako je bilo, vendar imam velikokrat občutek, da je to zgolj zaradi forme, saj te tako ne posluša in kar nekaj drugega začne govoriti.«*

Ugotovili smo, da sicer formalno timsko delo obstaja, kar pomeni, da vsi uporabljamo izraz timskega dela, vendar v praksi vendarle ni tako. Gre tudi za občutek pripadnosti timu, prispevek tvojega dela k timu itd. Kolegi in kolegice so poudarjali, da recimo timsko delo nista dva člana, ampak vsi profili, ki delajo po oddelkih npr.: *« Pri nas recimo¹⁹² rečejo zdaj bo pa timski sestanek, jaz pa sploh ne vem ali je to timski sestanek, pri nas so tim sestre, to je za njih timski sestanek. Ne sodelujejo še drugi profili, nikoli se ne usedemo, da bi za tega pacienta naredili nek načrt, pa bi se vsi vsedli, in povedali npr. to bi ti naredil ipd. Recimo nikoli ni delovnega terapevta, psihologa, zdravnika«.*

Zanimivo je tudi, da recimo timsko delo ne funkcioniira skupaj z uporabniki in uporabnicami. Se pravi, se vse odločitve, ki jih »tim sprejme« za nekoga, ki je na zdravljenju, se pove naknadno uporabnikom in uporabnicam, brez njih in z njimi.

Psihosocialna pomoč¹⁹³ v življenjskem kontekstu je tako obsežna naloga, da je posamezna stroka brez sodelovanja z drugimi ne zmore udejanjati. S tem zavedanjem se je najprej na načelni, kasneje tudi na konkretni, zgodilo povezovanje strok pri podpori ljudem v stiski. Kljub načelni podpori timskega dela se v konkretnih timih odvija dejansko življenje, ki ne poteka po idealnih shemah. V njih se izrisujejo boji strok za prevlado in moč. Do izraza prihaja hierarhičnost, moč že pridobljenih družbenih pozicij, kar vodi do zapletov in ovir, različnosti optik in pričakovanj, zamer, prikritih ali odkritih bojev in kar je še takega, kar se

¹⁹¹Povzetki intervjujev-Intervju št.1-Februar 2005.Stran186.

¹⁹²Povzetki intervjujev-Intervju št.3-Februar 2005.Stran186.

¹⁹³Kobolt,Alenka.(2004):Timsko delo.V:Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

dogaja med ljudmi v vsakodnevem življenju. Saj so strokovnjaki, ki se zberejo ob posameznem človeku v stiski, kljub vsemu ljudje z močmi in šibkostmi.

Robbins in Finley (1997) pregledno prikazujeta probleme, znamenja in mogoče rešitve za neuspešne time:¹⁹⁴

PROBLEM	ZNAMENJE	REŠITEV
*neusklajenost ciljev	*osebni cilji nasprotujejo skupinskim	*razjasniti skrite cilje: vprašati ljudi, kaj osebno želijo in pričakujejo od dela v timu
*nejasnost ciljev	*člani tima ne vedo, kaj naj bi delali in zakaj naj bi to delali ali pa se jim cilj ne zdi smiseln	*pojasniti razlog za obstoj tima, opredeliti njegov namen in pričakovane rezultate
*nejasnost vlog	*člani tima ne vedo natančno, kaj je njihovo delo	*pojasniti vsakemu članu tima, kaj pričakujemo od njega
*neustrezen proces odločanja	*tim napačno sprejema odločitve	*za vsako odločitev je treba izbrati najustreznejši način odločanja
*neustrezni postopki	*tim se drži predpisanih postopkov, čeprav so neproduktivni	*znebiti se neustreznih postopkov in se lotiti stvari smiselno
*medosebni konflikti	*člani tima se ne prenašajo in se prepirajo	*ugotoviti, kaj posamezen član pričakuje od drugih, v čem se razlikuje, kaj želi, ter ceniti in koristno uporabiti različnost
*neustrezno vodenje	*vodja zahteva nasprotujoče stvari	*vodja naj se nauči služiti timu in ohranjati živo vizijo, ali pa naj prepusti mesto drugemu
*neuresničljiva vizija	*organizacija je vse svoje upe položila v tim in pričakuje nemogoče	*izdelati ustreznejšo viziji ali oditi
*člani niso naklonjeni	*zamisli o timskem delu doživljajo kot vsiljeno	*ustvariti tim iz pravih razlogov ali ga rajši ne ustvariti, nikoli ni koristno

¹⁹⁴Lamovec, Tanja. (1998): Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

timskemu delu		siliti ljudi v tim
*pomanjkanje informacij	*člani tima tavajo v temi, uspešnosti tima ne ugotavljajo	*ustvariti sistem dobrega pretoka informacij v vseh smereh
*neustrezen sistem nagrajevanja	*člani tima so nagrajeni za napačne stvari	*nagrajevati sodelovanje kot tudi osebni prispevek, vključiti nagrade, ki dajejo občutek varnosti
*pomanjkanje zaupanja v tim	*člani tima niso predani timu, zato tima sploh ni	*ustvariti zaupanje ali razpustiti tim
*nepripravljenost za spremembe	*tim ne ve, kaj naj bi delal	*odkriti, kaj jih zadržuje (to je treba odkriti zlepa ali zgrda)
*napačna orodja	*tim je poslan v boj, opremljen z zobotrebc	*opremiti tim z ustreznim orodjem ali pa dopustiti svobodno improvizacijo

3.3.1 Timska obravnava uporabnikov oz. uporabnic

Pomembno¹⁹⁵ je, pravi Švabova, da se v proces zdravljenja vključijo tudi bolniki in njegovi najbližji. Poslanstvo, ki zajema poleg strokovnjakov psihiatrije še videnje pravnikov, pedagogov ter tudi pacientov, je tudi, da se vse strani vključijo v strpen in nekonflikten dialog. »Treba je razumeti, da potrebe enega človeka težko zadovoljimo samo z znanjem enega strokovnjaka. Duševna bolezen je lahko le del težav, s katerimi se človek srečuje v življenju. Jasno je, da nekoga, ki je zbolel za tako kronično boleznijo, spremljajo še drugi problemi v socialnem funkcioniranju, kot so stigmatizacija družbe, težave v delovnem okolju, konflikti, lastne negotovosti, strahovi... Takšnemu človeku lahko ustrezno pomaga le skupina strokovnjakov različnih strok. Za uspešno ukrepanje potrebujemo tudi sodelovanje bolnika in njegovih najbližjih. Da so v partnerskem odnosu, kar dejansko pomeni soodločanje pri vseh odločitvah zdravljenja.«

Delo v timu je smiselno, kadar delovna naloga presega meje ene same stroke. Timsko delo je skupinsko delo samostojnih članov. Vsakdo ima specifično znanje in odgovarja za določene delovne naloge.¹⁹⁶

¹⁹⁵ Močnik, Blaž. (2004): Pomoč pri vračanju v družbo. Dnevnik Delo-23.04.2004. Ljubljana. Delo.

¹⁹⁶ Praper, Peter. (2001): Timsko delo in skupinski proces. V Skrivnost ustvarjalnega tima. Ljubljana. Dedalus.

Psihosocialna rehabilitacija¹⁹⁷ je zapleten in prepleten interdisciplinarni proces, ki pacientu pomaga ponovno vzpostaviti bolj harmonično življenje, bolj ali manj takšno, kot ga je imel pred pojavom hude psihične motnje. Pomeni širši pristop in odpravo tistih njegovih težav, ki jih zdravila ne morejo, kot ne moremo izvajati tega procesa brez uvodnega zdravljenja z zdravili.

Narava problemov je čedalje bolj kompleksna in dogaja se, da pristop ene znanosti ni dovolj za uspešno reševanje. Rehabilitacijski procesi na področju hudih psihičnih motenj (pa tudi drugih motenj in bolezni) so čedalje bolj zahtevni, kompleksni in prepotrebni. Delovni proces obsega timsko obravnavo, multidisciplinarno visoko strokovno delo posameznikov različnih poklicnih profilov. Vsak član tima opravlja svoje delo povsem samostojno, v nekaterih oblikah ali segmentih je to delo skupinsko. Slednje se prepleta v skupnih strategijah, ciljnih in ocenah stanja, oziroma rezultatih dela. Hude oblike psihičnih motenj negativno vplivajo na adaptacijske procese pacientov, rezultati so opazni pri njih samih, njihovih družinskih, bivalnih in delovnih okoljih. Eden izmed uspešnih načinov vzpostavljanja skupnih ciljev rehabilitacije je načrtovanje skrbi v multidisciplinarni delovni skupini.

Delovna skupina, ki načrtuje rehabilitacijo posameznih bolnikov, je multidisciplinarna zato, ker so potrebe oseb z duševnimi motnjami kompleksne (sestavljene), in sicer:

➤ Zdravstvene: bolniki potrebujejo zdravstveno pomoč pri obvladovanju simptomov psihiatrične motnje in pri zdravljenju telesnih bolezni, Psihološke: bolniki potrebujejo pomoč pri obvladovanju spoznavnih motenj in psiholoških odzivov na svojo motnjo (to so prizadetosti ali bolnikovo doživljanje bolezni), Socialne: bolniki (v tem primeru uporabniki) potrebujejo pomoč pri zaposlovanju, širjenje svoje socialne mreže, urejanju bivanja, finančnih težav, skrbi za svoje otroke ipd.¹⁹⁸

Rehabilitacijski procesi obsegajo tudi individualne in skupinske programe, ki so povezani z odpravo simptomatike – diagnostika, medikamentozno in psihoterapevtsko zdravljenje.

Pogoja za intenzivno delo na področju načrtovanja skrbi sta zmožnost komuniciranja med člani delovne skupine, ki prevzema skrb, in njihova dobra strokovna usposobljenost.¹⁹⁹

V zadnjih 20. letih²⁰⁰ se je po uvedbi učinkovitih protipsihotičnih zdravil zanimanje za zdravljenje in rehabilitacijo oseb z duševno boleznijo premikalo proti zagotavljanju boljše

¹⁹⁷Zalar, Bojan.(2002):Posebnosti izobraževalnega programa za teamsko obravnavo pacientov v rehabilitacijskem procesu. Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo:Cankarjev dom,Ljubljana.30. in 31.maj 2002.

¹⁹⁸Švab,Vesna.(2000):Zakaj je za delo z osebami s psihotičnimi duševnimi motnjami potrebno dodatno izobraževanje.V Socialno delo – letnik 39, št. 1.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

¹⁹⁹Švab,Vesna.(2000):Zakaj je za delo z osebami s psihotičnimi duševnimi motnjami potrebno dodatno izobraževanje.V Socialno delo – letnik 39, št. 1.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

kvalitete življenja teh posameznikov in zadovoljevanju njihovih socialnih in psiholoških potreb.

Nova zdravila so namreč pomembno vplivala na zmanjšanje in vsaj začasno odpravo psihotičnih simptomov, zdravilom nedostopna pa so ostale posledice globokih duševnih motenj – pomanjkanje samospoštovanja, odtegnitev okolici, umik, posledice označenosti, upad delovnega in socialnega delovanja itd.

Pokazalo se je, da je za izboljševanje kvalitete življenja potrebno kombinirati zdravljenje z zdravili in psihoterapevtske ter socioterapevtske intervencije (sestavljene pristop). Ob takšnem pristopu so ljudje preživeli manj časa v bolnišnici, manj obremenjevali svoje sorodnike ter kazali manj socialnih in zdravstvenih nezmožnosti.

Sestavljen pristop upošteva tudi bolnika in njihovo družino kot enakopravne in aktivne sodelavce v procesu zdravljenja in rehabilitacije, njihove že pridobljene zmožnosti pri premagovanju ovir, ki jim jih postavlja duševna motnja in socialne posledice, ki jo spremljajo.

Organizacija skrbi zajema vsaj tri povsem različne ravni:

1. individualno – koordinacija skrbi za posameznika
2. projektno – metoda organiziranja razdelitve služb
3. programsko – pristop, ki omogoča zagotavljanje različnih služb na podlagi potreb

Organizacija skrbi je način razdeljevanja in povezovanja služb v korist uporabnikov služb za duševno zdravje. Namenjena je občutljivim posameznikom z dolgotrajnimi ali ponavljajočimi psihiatričnimi motnjami. Je vrsta dejavnosti, katerih namen je, da pacienti z dolgotrajnimi psihičnimi težavami dobivajo ustrezno in nepretrgano podporo, dokler jo potrebujejo.

Usmeritve:

➤ nepretrganost skrbi, dostopnost služb, prilagajanje podpore potrebam, omogočiti neodvisnost, organizatorji skrbi so odgovorni za svoje delo.

Naloge:

➤ najti tiste, ki potrebujejo organizacijo skrbi, ugotoviti, kakšne so njihove potrebe – za vsakega posebej, oblikovanje ponudbe: katere službe bo uporabnik potreboval v okviru realnih možnosti, preverjanje in evaluacija učinkovitosti skrbi: vse bolj pomembno je preverjanje zadovoljnosti uporabnika s službami, prilagajati ponudbe.

Nivo posegov:

- Individualni: z posameznikom: svetovanje, učenje spretnosti, zagovorništvo,...

²⁰⁰Švab, Vesna. (2000): Zakaj je za delo z osebami s psihotičnimi duševnimi motnjami potrebno dodatno izobraževanje. V Socialno delo – letnik 39, št. 1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

- Mrežni: službe za skrbnike, družine ali posebne skupine
- Sistemski: izobraževanje javnosti, lobiranje za sredstva in prostore

Številne službe in opravila, ki sestavljajo organizacijo skrbi imajo naslednje pomembne vloge:

1. Vzdrževanje povezave s službami.
2. Izvajanje vrste posegov, ki jih izbere uporabnik in mu pomagajo ali koristijo.
3. Zapolnitev praznin v skrbi za uporabnike.
4. S pomočjo organizacije skrbi lahko določamo, kdaj se službe spreminjajo in kdaj jih je potrebno ukiniti.

Pri timskem delu vseh služb, ki sodelujejo pri zdravljenju uporabnic in uporabnikov na posameznih oddelkih, se mi zdi Kanterjev model organizacije skrbi (1989)²⁰¹ zelo pomemben, saj vključuje vse smernice dobrega zdravljenja, obravnave in dobre terapevtske načine dela v timu. V Kanterjevem modelu vidim tudi veliko vlogo socialne službe pri obravnavi pacientov in pacientk.

A. ZAČETNA FAZA

1. Vključiti klienta:

(Zdravniška služba- v smislu motiviranja vključitve pacienta oz. pacientke v proces zdravljenja oz. obravnave).

2. Oceniti potrebe:

(Zdravniška služba-ocena pacientovega oz. pacientkega stanja-potreba po zdravlilih za uravnoteženje stanja neke osebe.)

3. Načrtovanje skrbi:

(Vse službe v timu-vsaka po svojih pooblastilih).

B. DELATI Z KLIENTOVIM OKOLJEM

4. Povezovanje s skupnostnimi viri:

(Socialna služba-vzpostavitev odnosa in dialoga med institucijami, bolnišnico, obveščanje pacientov oz. pacientk o možnostih, ki lahko pripomorejo k boljši psihosocialni rehabilitaciji pacienta oz. pacientke).

5. Posvetovanje z družino in skrbniki spretnosti:

(Zdravniška služba-svetovanje in posredovanje informacij, razlaga stanja, zdravljenja in terapije svojcem oz. skrbnikom.

Socialna služba-svetovanje pri reševanju morebitne problematike, ki je nastala pri sprejemu, med zdravljenjem in po odpustu svojcem oz. skrbnikom.

Psihološka služba-svetovanje pri nastali stiski svojcev, pri sprejemu ali pa med zdravljenjem osebe, ki je sprejeta v psihiatrično bolnišnico).

6. Vzdrževanje in širjenje socialne mreže:

²⁰¹ Izobraževalni seminar: ŠENT-Pomoč in samopomoč osebam v duševni stiski. Marec 2000. Postojna.

(Socialna služba-vzpostavitev stikov z svojci, kateri lahko pripomorejo k boljši, hitrejši rehabilitaciji pacientov oz. pacientk, sodelovanje z delovnimi organizacijami, ostalimi institucijami, ki lahko pripomorejo k širitvi in vzdrževanju socialne mreže).

7. Sodelovanje z medicinskim osebjem:

(Zdravniška služba-svetovanje v zvezi z boleznijo, diagnozo in rehabilitacijo, splošna opažanja na oddelkih. Ostalo medicinsko osebje-medicinske sestre oz. tehniki, višje in diplomirane medicinske sestre-opažanja na oddelkih in zadovoljevanje potreb pacientov oz. pacientk na oddelkih, sporočanje potreb pacientov oz. pacientk svojcem ipd.).

8. Zagovorništvo:

(Socialna služba, ki je že neke vrsta zagovornica pacientov oz. pacientk).

C. DELATI S KLIENTOM

9. Svetovanje:

(Zdravniška služba-svetovanje, informiranje glede stanja bolezni, prognoza in pojasnitev celotnega postopka zdravljenja.

Psihološka služba-svetovanje, izdelava testov, kot klinični pokazatelj sposobnosti pacientov in pacientk, razlaga rezultatov testov, psihoterapevtske skupine.

Socialna služba-svetovanje pri reševanju problematike, ki jo pacient oz. pacientka ima, informiranje v zvezi z reševanjem problemov skupaj z njimi, srečevanje na skupinah po oddelkih, ki jih vodi socialna delavka oz. delavec, stiki s svojci, ureditev in pomoč pri namestitvi v institucije, če je to potrebno ipd.).

10. Učenje vsakdanjih in socialnih spretnosti:

(Delovno-aktivacijska služba-sodelovanje pri rehabilitaciji po skupinah, ki jih organizira omenjena služba-pomoč pri vzpostavljanju ravnovesja med delom v skupinah in delavnicah).

11. Psihoedukacija:

(Psihološka služba-pomoč pri razumevanju terapevtskih načinov dela, učenje in prepoznavanje vzpostavitev ravnovesja med ponovitvijo bolezni in občasnimi krizami, prepoznavanje nastajajočih znakov bolezni ipd. Zdravniška služba-svetovanje na vizitah, individualni razgovori z pacienti oz. pacientkami, svetovanje, kako naprej med zdravljenjem in po odpustu ipd.).

D. KLIENT/OKOLJE INTERAKCIJA

12. Krizne intervencije:

(Zdravniška služba-v bolnišnici in zunaj nje.

Socialna služba-v bolnišnici in zunaj nje-povezava z svojci, socialnimi službami-CSD-ji,zavodi, domovi za ostarele, stanovanjske skupine, nevladne organizacije in ostalimi, ki sodelujejo pri spremljanju pacienta oz. pacientka po odpustu iz bolnišnice).

13. Spremljanje:

(Zdravniška služba-v ambulantah, dispanzerjih-splošni izbrani zdravniki.

Socialna služba-povezava z vsemi, ki kakorkoli lahko spremljajo nekoga po odpustu in sporočajo morebitna poslabšanja bolezni, nastajanje kriz in reševanje morebitnih problemov, ki nastajajo po odpustu).

3.3.2 Učinkovit tim

V²⁰² psihiatričnih ustanovah (zlasti v okvirih t.i. socialne psihiatrije) so bili že prej aktivni multidisciplinarni timi, vendar so delovali po logiki ustanove in pod nadzorom psihiatrov.

Člani tima – psihologi, medicinske sestre, socialni delavci, delovni terapevti in drugi – so bili zbrani pod isto streho s pacienti in pod nadzorstvom najvišje avtoritete, predstojnika bolnišnice. V skupinah za duševno zdravje v skupnosti so sicer zbrani ljudje z istimi poklici, le da so tukaj hierarhične vzorce povezovanja zamenjali bolj enakopravni.

Različni zdravstveni poklici²⁰³ (ali nezdravstveni) so rezultat delitve dela v zdravstvu, med posameznimi disciplinami in znotraj njih, katere posledice so akademske subkulture, in svojo identiteto utemeljujejo na ločevanju in omejevanju delokrogov in kompetenc. V temeljne izobraževanje zdravstvenih delavcev je vgrajeno veliko pospravljanje moderne: družba naj bo razdeljena na predalčke z daleč vidnimi oznakami. Kar ne spada v en predal (npr. »duševno zdravi«), nujno spada v drugega. Sodobno pojmovanje stigmatizacije je torej (med drugim) posledica potrebe po poimenovanju in klasificiranju, in zdravstveni delavci so pogosto stigmatizatorji zaradi tega, ker v njihovem izobraževanju dominira biomedicinsko pojmovanje zdravja, ki ne upošteva psihosocialnih dimenzij zdravja in bolezni.

Medtem ko so bili v 60. in 70. letih glavni nosilci sprememb kritični strokovnjaki, je v 80. in 90. letih ta prapor prešel v roke samih uporabnikov. Glas in vpliv uporabnikov, artikuliran bodisi v slogu aktivnega sodelovanja uporabnikov ali gibanja za človekove pravice, samopomoči ali zgolj protesta proti zlorabljanju, je čutiti v kampanjah proti krivicam, v zagovorništvu ali celo v tem, da uporabniki sami vodijo ali organizirajo storitve (Brandon 1991).²⁰⁴

Sodelovanje uporabnikov pri načrtovanju in realizaciji storitev bi moralo vplivati na samo naravo interdisciplinarnosti in ji, upamo, dodati nekaj, kar bi lahko imenovali transdisciplinarnost.²⁰⁵

□ Člani delovnih skupin se učijo odnosa, ki izraža skupnostno orientacijo, opolnomočenje (empowerment) uporabnikov in optimizem glede izida bolezni. Ta skupina informacij navadno vsebuje pregled vrednot, ki se vežejo na področje psihosocialne

²⁰²Flaker, Vito. (1997): Timi kot način interdisciplinarnega sodelovanja. V Socialno delo-letnik 36, št.1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

²⁰³Pahor, Majda. (2004): Kdo skrbi za (duševno) zdravje bodočih zdravstvenih delavcev?. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

²⁰⁴Flaker, Vito. (1997): Timi kot način interdisciplinarnega sodelovanja. V Socialno delo-letnik 36, št.1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

²⁰⁵Flaker, Vito. (1997): Timi kot način interdisciplinarnega sodelovanja. V Socialno delo-letnik 36, št.1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

rehabilitacije, kot so osredotočenje na bolnikove zmožnosti, prilagajanje okolja, posamezniku prilagojen pristop, poudarek na zaposlovanju, kontinuiteta, resnicoljubnost in majhni koraki.

- Osebe se uči o osnovnih značilnostih psihiatričnih motenj. Posebej pomembno je, da se nauči opaziti in vrednotiti prizadetosti, ki so posledica psihiatričnih simptomov. Osebe potrebuje tudi nekaj znanja o zdravljenju in psihosocialnih načinih zdravljenja.

- Osebe naj obvlada različne spretnosti, ki pomenijo dejansko rehabilitacijsko prakso. Te spretnosti so orodje, s katerim osebe pomaga uporabnikom, da dosegajo zastavljene cilje.

Izobraževanje je potrebno zaradi zahtevnosti osnovne naloge – narediti posamezniku prilagojen rehabilitacijski načrt na podlagi ocene njegovih/njenih sposobnosti in prizadetosti. Delovna skupina naj bo usposobljena, da oceni in spremlja napredovanje (ali nazadovanje) pacienta. Poleg tega mora biti tudi dovolj organizacijsko sposobna, da bo nalogo izvrševala v določenih časovnih okvirih in na način, ki je prilagojen pacientu. Končno naj bo tudi dovolj dobro opremljena, da se bo lahko odzivala na povratne informacije uporabnikov in prilagajala načrt njihovim spreminjajočim se potrebam.

❖ Vsebinski sklopi:

- Uvod, osnovne informacije o duševnem zdravju, duševni bolezni, načinih zdravljenja z zdravlili in s svetovalnimi ali psihoterapevtskimi tehnikami, informacija o pomenu in načinih psihosocialne rehabilitacije oseb z duševnimi motnjami.

- Strokovni delavci in ustanavljanje skupnostnih služb, njihova vloga. Zakonodaja na tem področju. Etične vrednote skupnostnega dela. Človekove pravice.

- Samoorganizacija in samopomoč. Usposabljanje za samopomoč, vodenje skupin za samopomoč, spodbujanje in opogumljanje uporabnikov.

- Multidisciplinarno in timsko delo. Možnosti za sodelovanje, učenje izogibanja kompetitivnosti in osnove timskega dela.

- Učenje socialnih spretnosti kot način osamosvajanja uporabnikov služb za duševno zdravje.

- Evalvacija in preverjanje.²⁰⁶

²⁰⁶Švab, Vesna. (2000): Zakaj je za delo z osebami s psihotičnimi duševnimi motnjami potrebno dodatno izobraževanje. V Socialno delo – letnik 39, št. 1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

3.3.3 Prispevek socialnega delavca oz. socialne delavke k timu

Prispevek socialnega delavca k timu duševnega zdravja je ta, da poskrbi za uporabnikovo preživetje, s tem, da delikatno uporabi svojo moč za minimaliziranje tveganj; da zagotovi nadzor, tudi z vključevanjem mrež, in da obvaruje in izboljša kvaliteto življenja. K sami postavitvi diagnoze in zdravljenju lahko socialni delavec prispeva socialno zgodovino in socialno oceno, lahko osvetli ozadje tistega, kar opredeljujemo kot duševno bolezen in kar obsega več kot krizo, s katero imamo opraviti, lahko pomaga razumeti osebni, socialni in materialni kontekst, iz katerega se je porodila stiska: prispeva torej razumevanje problema kot celote. Prispevek socialnega delavca bi moral biti tudi skrb za nemoten pretok storitev v skupnost (v bolnišnicah se zdravljenje pogosto konča na njihovem pragu) in to, da sledi razvoju, poroča o njem in poskrbi, da tim redno pregleduje in ocenjuje svoje delo.²⁰⁷

Ko se je koncipiralo socialno delo kot stroka, ima strokovnjak moč, da vpliva na določene odločitve, ki so lahko v korist uporabnikov ali pa tudi ne. Za nekatere pomeni beseda moč nekaj negativnega, nekaj, kar je povezano z manipulacijo in nadzorovanjem. Socialno delo ostaja pogosto definirano kot delo, ki zahteva predvsem »dobro srce« in ljubezen do ljudi in manj strokovno usposobljenost.²⁰⁸

Strokovnjak ali praktik socialne službe²⁰⁹ deluje v strokovnem timu psihiatrije predvsem na področju:

- nujenja prve socialne pomoči (intervence, s katerimi nudi podporo, osnovne informacije o mreži pomoči, dostopnosti in oblikah pomoči) ter intervence,²¹⁰ s katerimi je treba omiliti akutne stiske, ki neposredno vplivajo na potek duševne motnje;
- pridobivanja in zbiranja dodatnih heteroanamnestičnih podatkov (pri multidisciplinarni obravnavi je potrebno zagotoviti in opredeliti sliko socialnega funkcioniranja);
- ocena socialnega stanja in opredelitev socialne stiske ali problema (definiranje socialnega problema gre najpogosteje v korak z začetno fazo dela s pacientom po sprejemu v bolnišnico, vendar diagnosticiranje problematike naj bo nenehen proces, aktualne opredelitve pa so le okvir, v katerem se ocenjuje in izdeluje načrt ukrepov socialne pomoči);

²⁰⁷Flaker, Vito. (1997): Timi kot način interdisciplinarnega sodelovanja. V Socialno delo-letnik 36, št.1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

²⁰⁸Zaviršek, Darja. (1997): Socialno delo v Sloveniji-v objemu globalizacijskih konceptualnih premikov. V Socialno delo-letnik 36, št.1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

²⁰⁹Kovačević, Milenko. Socialna služba. Interno gradivo. Maribor. Splošna bolnišnica Maribor-oddelek za psihiatrijo.

²¹⁰Pojem intervence je koncept, ki ga strokovni delavci uporabljajo kot: verbalno, neverbalno reakcijo, aktivnost in dejanje v odnosu do uporabnika pomoči.

- ocene socialnega funkcioniranja (ob sodelovanju vseh strokovnjakov tima, je treba oceniti,

kar se da stvarno, kolikšne so pacientove kapacitete oz. njegova sposobnost primerne funkcioniranja, v skladu z njegovim vrednostnim sistemom,²¹¹

- izdelavi plana reševanja problemov (pri planiranju kratkoročnih minimalnih in dolgoročnih ciljev socialnih ukrepov je treba vedno upoštevati pacientovo stvarno opremljenost, s katero je doseganje ciljev realno; ob tem so seveda važno mnogi dejavniki družbene realnosti, v katerih pacient živi).

Področja delovanja socialnega dela v psihiatriji so možna tudi v obliki povezovanja strokovnjakov, ki niso stalni člani tima. Ti delujejo predvsem kot soustvarjalci in izvajalci procesa socializacije in resocializacije pacientov.

Proces steče že v prvih fazah obravnave v enotah intenzivnega psihiatričnega zdravljenja in se nadaljuje v fazah rehabilitacije v enotah nadaljnjega psihiatričnega zdravljenja. Kdo bo šel skozi celoten proces, kdo pa samo skozi ene od teh faz, je odvisno od dogovora strokovnjakov v strokovnem timu skupaj s pacientom.

3.4 Sodelovanje z drugimi službami zunaj bolnišnice

Sodelovanje z drugimi službami izven bolnišnic, je izrednega pomena predvsem za socialno službo, pa tudi zdravniška služba se velikokrat obrne na različne službe za pomoč pri rehabilitaciji oseb, ki so na zdravljenju. Gre predvsem za sodelovanje pri reševanju določenih problemov, ki jih pacient oz. pacientka ima, ko pride na zdravljenje. Ko socialna služba opravi prvi razgovor z osebo, ki je na zdravljenju in ugotovi, da gre za problematiko, katero lahko s skupnimi močmi rešita, nam službe, ki delujejo zunaj bolnišnice, velikokrat pomagajo. To so v praksi predvsem centri za socialno delo, domovi za starejše, zavodi, nevladne organizacije, ki delujejo na področju duševnega zdravja itd., izjemoma, nekateri posamezniki v socialnih službah, organizacijh še vedno nimajo posluha za uporabnike in uporabnice, ki imajo težave povezane z duševnim zdravjem.

Velikokrat se zdi, da je problem, ki ga neka oseba ima, nerešljiv, ampak z dialogom, z sodelovanjem tako pacienta oz. pacientke same, kot ostalih akterjev v problemu, ki so pripravljeni sodelovati, se da problem lahko učinkovito, hitro rešiti že v času zdravljenja in posledično rešen problem pospeši okrevanje in krepi samozavest nekoga, ki je na zdravljenju. Ker pa se je čas hospitalizacije skrajšal, pa nekateri problemi niso tako hitro rešeni, tu pa

²¹¹Kaj je komu pomembno, ali važno, je osnova za razlikovanje med ljudmi nasploh.

socialna služba pomaga tako, da se vnaprej dogovorimo z določenimi akterji, da pomagajo rešiti problematiko do konca, z navodili socialne, zdravniške službe, mnenji in priporočili, pa smo skupaj rešili veliko problemov.

Kolegi in kolegice so v intervjujih povedali, da sicer sodelujejo z zunanjimi institucijami, z nekaterim bolj z nekaterim manj uspešno. Največ kritik sem opazila na sodelovanje z centri za socialno delo: *«Edino določene institucije²¹² (csd) včasih prelagajo dolžnosti na nas, recimo ne želijo iti pogledat na teren, kaj se z pacientom dogaja, saj ste itak vi tam, pa pojdite sami. Kdo pa bo šel na teren če ne iz centra, sam zdaj ko je pa pri nas, pa moramo mi iti pogledat, saj to ni nič narobe, če gremo mi pogledat. Tu pa tam hoče nekdo malo prelagati stvari na nas, je pa tudi pomembno, da pacienti spoznajo zunanje institucije, se ti ne zdi? Gre za smiselnost primera, če je npr. nekdo v Novem mestu doma, je smiselno da mi dobimo poročilo iz centra, kakšna je situacija, kako je z stanovanjem ipd., jaz osebno tudi ne morem pustiti vse skupaj in na vrat na nos iti pogledat situacijo, saj tu gre vendar za vzpostavitev mreže»*.

So pa tudi primeri, katerih problematika ni rešljiva takoj ali pa se zdi, da nikoli ne bo. Tu poskušamo ohranjati stik z pacienti oz. pacientkami, ali če hočete z uporabniki in uporabnicami duševnega zdravja, (ker niso več v psihiatrični bolnišnici), jim posredujemo informacije, se povezujemo z službami, ki bi lahko pomagale rešiti problem itn.

Seveda je vse odvisno s kakšnimi ljudmi delaš v reševanju problematike. Tako, da so odzivi na problematiko, ki jo rešujemo lahko povsem različni. *»Drugače²¹³ pa z zunanjimi službami dobro sodelujemo, seveda odvisno od primera do primera, nekje se zatakne pri komunikaciji, predvsem pa pogrešam osveščenost tudi zunanjih služb o potrebah pacientov, o upoštevanju njihovih želja in zmožnosti, včasih nastane velik problem, ko se ne moremo dogovoriti o ureditvi najosnovnejših potreb pacientov, kaj šele, da bi uspeli skupaj doreči kakšno konkretno rešitev. Spet gre za neko vzpostavljanje odnosov med vsemi akterji, ki so udeleženi v problemu»*.

Službe, ki so v tesnem stiku z našimi uporabniki oz. uporabnicami duševnega zdravja najdemo po različnih področjih:²¹⁴

SOCIALNO VARSTVO: Centri za socialno delo, Socialne ustanove (Zavodi)-domovi za stare, domovi za otroke, materinski domovi, posebni socialni zavodi, varstveno delovni centri, azilni dom, center za tujce, begunski centri. **ZAPOSLOVANJE:** območni zavodi za zaposlovanje, uradi za delo. **ŠOLSTVO:** osnovne, srednje šole, šole s prilagojenim programom, vzgojni zavodi, zavodi za usposabljanje, vrtci, stanovanjske skupine za mlade. **ZDRAVSTVO:** psihiatrija, pediatrija, onkologija, ginekologija, medicinska zasvojenost, geriatrija. **PRAVOSODJE:** sodišča, zapori. **NOTRANJE ZADEVE:** policija, uprava, azilni

²¹²Povzetki intervjujev-Intervju št.1-Februar 2005.Stran196.

²¹³Povzetki intervjujev-Intervju št.10-Februar 2005.Stran198.

²¹⁴Flaker,Vito.(2003):Oris metod socialnega dela:Uvod v katalog centrov za socialno delo.Fakulteta za socialno

dom, center za tujce, begunski center. ZAVODI ZA POKOJNINSKO IN INVALIDSKO ZAVAROVANJE: Območne enote Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. VOJSKA: Pristojne izpostave Ministrstva za obrambo. DELOVNO OKOLJE: v podjetjih, v socialno-varstvenih zavodih, v zdravstvenih in izobraževalnih delovnih organizacijah, v javni upravi, v pravosodju, v policiji, vojski, pomoč menedžmenta pri delu z ljudmi in pri kakovosti delovnega življenja.

Tu seveda lahko dodamo še povezanost z lokalnimi oblastmi, z Ministrstvi, zbornicami, bankami, ki bi problematiko lahko reševali hitreje, učinkoviteje in brez hujših stresnih impulzov.

V organizacijo zunaj bolnišničnih služb poleg psihiatričnega dispanzerja vstopajo nekatere nevladne organizacije. Razvijajo se zaposlitveni projekti, stanovanjske skupnosti, dnevni centri, skupine za samopomoč, zagovorništvo in številni izobraževalni programi, zlasti v obliki seminarjev in delavnic, ki že očitno vplivajo na boljšo osveščenost in znanje o duševnih motnjah in posledicah, ki jih spremljajo.

Skupnostna oskrba²¹⁵ ljudem z motnjami v duševnem zdravju nudi podporo, ki jo potrebujejo za dostojno življenje v skupnosti. V Evropi obstajajo velike razlike glede hitrosti procesa deinstitutionalizacije, saj se v večini držav vzhodne Evrope ta proces šele pričenja.

Hude duševne motnje²¹⁶ predstavljajo pomemben javno zdravstveni problem, ki se je v preteklosti reševal na najrazličnejše načine, marsikateri izmed njih so bili neustrezni. Dolgotrajnemu obdobju prekomernega institucionaliziranja teh pacientov oz. pacientk je v nekaterih državah sledilo obdobje njihovega nekritičnega odpuščanja v skupnost, kjer niso bili deležni ustrezne podpore, ki bi jim omogočila čim boljše življenje. Jasno je postalo, da taki bolniki v skupnosti potrebujejo ustrezno podporo, ki mora temeljiti na dokazih o svoji učinkovitosti. Razvilo se je multidisciplinarno področje psihosocialne rehabilitacije, ki je usmerjeno k izboljšanju kakovosti življenja teh oseb in tudi njihovih svojcev. To področje je v zadnjih letih doseglo veliko podporo in strokovni razvoj, kljub temu pa je preglednih gradiv na tem področju malo, zlasti v Sloveniji.

delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²¹⁵ Wilken, Pierre, Jean. (2004): Challenges in Mental Health Care Education-Current Issues in Western and Eastern Europe. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

²¹⁶ Švab, Igor. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

Zaradi vztrajnega in onesposobljujočega²¹⁷ značaja stigme v psihiatriji, so bili ustanovljeni globalni programi, da bi izpodbijali negativne stereotipe in diskriminatorne odzive, ki povzročajo družbeno nezmožnost.

Ne glede na to²¹⁸, kakšne oznake imajo ljudje (duševna prizadetost, odvisnost, duševna bolezen ipd) in kakšne oviranosti (gibalne, senzorne, emocionalne ipd.), je vsem skupna pravica do dostojanstva, do osnovnih potreb in želja, do varnosti in enakovredne obravnave v družbi. Eden od elementov samostojnega življenja so skupnostne službe, ki omogočajo vključevanje ljudi v običajno okolje in spodbujanje sodelovanja z običajnimi ljudmi.

Tajnškova navaja cilje skupnostnega socialnega dela:²¹⁹

➤ izboljšati kakovost življenja, razvijati zagovorništvo in opolnomočenje, spodbujati človekov razvoj – socialni in ekonomski razvoj, načrtovanje socialnih storitev (služb) in programov, integracija različnih oblik pomoči v skupnosti, politična in družbena akcija, socialna pravičnost.

Hude duševne motnje²²⁰ posežejo v zdravje posameznika, kot tudi v njegovo celotno življenje. Z njegovo boleznijo se bistveno spremeni njegovo življenje, kakor tudi življenje svojcev ali skrbnikov, ki so kakorkoli povezani z njimi, živijo z njim in skrbijo zanj. Srečujejo se s krizno situacijo ob izbruhu bolezni, v času morebitne hospitalizacije, še bolj pa, ko se svojec vrne v prejšnje okolje. Sprejeti morajo resnico o stanju svojega bližnjega, ki ga imajo radi.

Svojci ali skrbniki nedvomno predstavljajo zelo pomemben člen socialne mreže, saj se skrb za osebo, ko je akutna faza mimo, skoraj v celoti prenese na družino. To je težka naloga in preizkušnja v njihovem življenju, saj morajo sprejeti drugačnost, se soočiti sami s seboj in z dilemo, ali so se pripravljeni spremeniti, se kaj iz situacije naučiti in se ne ozirati na mnenje okolice.

Vloga svojcev ali skrbnikov pri prepoznavanju posameznih faz duševne bolezni od prepoznavanja simptomov v zgodnji fazi nastanka, preko krizne situacije in izbruha bolezni, hospitalizacije in vrnitve svojca v domače okolje, je izredno pomembna. Naučiti se morajo

²¹⁷Thorncroft, Graham. (2004): Reducing psychiatric Stigma and Discrimination: An Evaluation of Educational Intervention in UK High Schools. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

²¹⁸Zaviršek, Darja. (2002): Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje/Darja Zaviršek, Jelka Zorn, Petra Videmšek. Ljubljana: Študentska založba- (Knjižna zbirka Scripta).

²¹⁹Rapoša-Tajnšek, Pavla. (2002). Skupnostno socialno delo. (Študijsko gradivo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

²²⁰Belak, P., Edo. (2002): Psihosocialna terapija v skupnosti-Aspekt svojcev ali skrbnikov. Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo: Cankarjev dom, Ljubljana. 30. in 31. maj 2002.

nastale probleme reševati z razumevanjem in ljubeznijo, ter tako razviti sočutje, ne usmiljenja. Usmiljenje izvira iz našega lastnega strahu, kar neugodno vpliva tako na prizadeto osebo, kakor na tistega, ki se poslužuje in se ni sposoben rešiti iz te čustvene ujetosti.

Da lahko družina v domačem okolju ustvari potrebno vzdušje, ki lahko pomembno vpliva na potek bolezni in na dolžino zdravljenja, potrebuje pomoč. Pomoč lahko nudi stroka in nevladne organizacije, ki se ukvarjajo s psihosocialno rehabilitacijo v družbi (Šent, Altra, Ozara, idr.), pomagajo pa lahko z razumevanjem, spoštovanjem in z jasnimi informacijami, ki dajo svojcem ali skrbnikom vpogled v bolezen, kakšne so možnosti za ozdravitev ali izboljšanje stanja in vedenje, kako bodo oni pomagali pri vsem tem.

Zelo pomembna je dodatna funkcionalna izobrazba svojcev ali skrbnikov, ki jo lahko pridobijo na posebnih seminarjih, predavanjih in tečajih. Povezava med stroko, nevladnimi organizacijami, uporabniki-bolniki ter svojci ali skrbniki, bi bila učinkovita z izgradnjo informacijskega sistema, ki bi redno oskrboval z informacijami vse sodelujoče v procesu psihosocialne rehabilitacije. Tako bo tudi zagotovljena kontinuiteta v dodatnem izobraževanju svojcev ali skrbnikov.

Svojci ali skrbniki pa lahko za svoje bolne svojce naredijo veliko tudi sami, z bolj aktivno udeležbo v samem procesu psihosocialne rehabilitacije, z vključevanjem v delo in pomoč organizacijam, ki že delujejo na tem področju, v odborih svojcev ali skrbnikov, z donacijami in sponzoriranjem, z udeležbo na seminarjih, predavanjih, s povezovanjem med seboj v obliki družinskih organizacij za samopomoč, ki tudi lahko postanejo pomemben del socialne mreže. Za pozitivno in optimistično okolje v krogu bolnikovega bivanja pa lahko veliko prispevajo preko lastnega duhovnega razvoja, z razvijanjem človeških vrednot resnice, ljubezni, miru, pravilnega delovanja in nenasilja. S tem bo vzdušje v domačem okolju polno razumevanja, sočutja in ljubezni. Tako lahko bolnim svojcem vrnejo upanje, vzbujajo občutek lastne vrednosti, saj so ti ljudje izgubili samospoštovanje in ustvarjalne sposobnosti.

Slovenija še nima formalno urejene skupnostne psihiatrije, ki odpuščeno osebo z duševno motnjo nekako pospremi od psihiatričnih bolnišnic do ambulantnega psihiatričnega zdravljenja. Slednji korak ostaja pri nas razkorak, ki onemogoča kontinuirano zdravljenje, to je spremljanje osebe z duševno motnjo od zdravljenja na intenzivnem oddelku do dnevne bolnišnice in zatem v vse bolj sproščeno oskrbo v skupnosti. Istočasno z zviševanjem samostojnosti osebe z duševno motnjo se lahko intenzivira tudi zaposlenost od delovne terapije v bolnišnici prek zaposlitvene terapije v okviru skupnostnih služb pa vse do polovične in polne zaposlenosti. Nekatere osebe potrebujejo postopnost osamosvajanja tudi na področju

bivanja, kjer končni cilj rehabilitacije ni družbena osamitev, temveč ponovna integracija v družbenem okolju.

Kratkoročno bi bil velik dosežek že, če bi sledili vsaj dvema principoma celostne psihiatrije, to je lokalnosti in kontinuiranosti delovanja, kar se postopoma že dosega s pomočjo že obstoječe mreže nevladnih organizacij. Dolgoročno pa si moramo zastaviti za cilj mrežo modernega in učinkovitega zdravstvenega varstva, ki bi delovalo po principih:

- o lokalnosti, saj lahko ključni delavec kot član multidisciplinarnega tima poseže globlje v prostor, kar pomeni širšo geografsko dostopnost duševnega zdravstvenega varstva,
- o globalnosti, saj se multidisciplinarni tim ne loti le medicinske diagnoze, temveč človeka in njegove bližnje okolice povezano in v celoti, vključno z njegovim stilom življenja, ki preprečuje ponovitev dane ali nastop novih bolezni,
- o kontinuiranosti, saj se z lokalnim in globalnim delovanjem lažje motivira posameznika k sodelovanju tudi po odpustu,
- o fleksibilnosti, saj se prilagaja potrebam oseb z duševno motnjo in ne potrebam psihiatričnih bolnišnic, dispanzerjev in ambulant,

Za konec pa je treba poudariti, da posodabljanje slovenskega duševnega zdravja ni le stvar enkratnega posega ali nekajletnega projekta, temveč trajna dolžnost naše države. Še tako uspešna posodobitev namreč ne pomeni odsotnosti potrebe po nadaljnjem posodabljanju.²²¹ V uporabniški akciji so bistvenega pomena ideje o avtonomiji in samodeterminaciji. Nekateri trdijo, da je pravica do avtonomnih odločitev glede lastne skrbi merilo za kakovost človekovega življenja.

□ Deklaracija Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) in UNICEF-a iz Alma-Ate pravi: »Ljudje imajo pravico sodelovati kot posamezniki pri načrtovanju in uresničevanju svoje zdravstvene skrbi.« (člen 4, 1978).

□ Svetovna zdravstvena organizacija spodbuja sodelovanje skupnosti in deklarativno oznanja: »K sodelovanju moramo pritegniti tako predstavnike prizadetih skupin kot tudi tistih skupin, ki so pokazale poseben interes in iniciativo, da bi izboljšale zdravje v skupnosti.« (1985).

□ Svetovna zveza za duševno zdravje v svoji Deklaraciji o človekovih pravicah podpira načelo sodelovanja uporabnikov in pravi: »Tisti, ki so označeni, diagnosticirani, obravnavani ali kako drugače definirani kot duševno ali čustveno bolni ali v stiski, imajo enake temeljne pravice kot vsi ostali državljani.« (člen 4).

²²¹ Marušič, Dorjan. (2002): Skupnostna psihiatrija. Povzetek udeležencev: Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo. Cankarjev dom. 30. in 31. maj 2002. Ljubljana.

□ Osnutek listine o duševnem zdravju 2000 iz leta 1985 vsebuje naslednje splošno načelo: »Oseba z diagnozo duševne bolezni ali osebne stiske in krize ima pravico do najboljše možne oskrbe in obravnave in jo je treba obravnavati človeško, s spoštovanjem do njenega dostojanstva človeške osebe. Takšna oseba uživa enake človeške pravice in temeljne svoboščine kot drugi državljani, vključno s pravico do vpliva nad pomembnimi vidiki svojega življenja.«²²²

Temeljna načela dolgoročne vizije služb za ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami po Flakerju in Rodetu²²³ so postopna dezinstitutizacija, ustvarjanje skupnostnih služb z poudarkom na izrabi obstoječih in navadnih resursov, večanje uporabniške solidarnosti, razvijanje in uveljavljanje metod, ki so specifične za delo v skupnosti in ki izhajajo iz celostne in kontekstualne obravnave človekovih stisk, želj, potreb in nuj; individualiziranje financiranja in načrtovanja skrbi, spopadanje s kulturnim izzivom in spremembami, ki jih ti procesi sprožijo in nenazadnje izdelava zakonodaje za to področje, ki bo celostno in konsistentno omogočila zaščito pravic in zadovoljevanje potreb ter dvig kvalitete življenjskega standarda ljudem z dolgotrajnimi duševnimi stiskami.

Znanje²²⁴ na področju duševnega zdravja je koncept, ki nam pomaga razumeti vidike promocije duševnega zdravja in jo preoblikovati v konkretna dejanja. Znanje na področju duševnega zdravja vključuje znanje o tem, kako prepoznati faktorje, ki podpirajo duševno zdravje ali ga ogrožajo. Razen tega je treba upoštevati odnos ljudi, saj jim ta pogosto preprečuje, da bi uporabili pridobljeno znanje na področju duševnega zdravja. Znanje na področju duševnega zdravja se lahko preučuje tako na nivoju posameznika kot tudi skupnosti. Bistven del znanja na področju duševnega zdravja sestavljajo na nivoju posameznika zlasti interakcija in sposobnosti samoproučevanja, na nivoju skupnosti na sposobnosti, ki promovirajo družbeno podporo.

Skupnostna psihiatrija²²⁵ pomeni uporabo tehnik, metod in teorij socialne psihiatrije ter drugih vedenjskih znanosti, ki odkrivajo potrebe na področju duševnega zdravja in poskušajo te potrebe zadovoljiti na funkcionalno ali zemljepisno omejenemu območju.

Vrste potreb ljudi z duševnimi motnjami:

²²² Lavš, Katarina. (1995): Za več izbire in nadzora nad svojim življenjem. V: CAMPBELL, Peter. (1995). *Getting started/Kako začeti: priročnik z nasveti za uporabnike služb duševnega zdravja pri ustanavljanju in vključevanju v skupine samopomoči*. Maribor. Ozara.

²²³ Flaker, Vito, Rode, Nino. (1995): *Potrebe ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami (publikacija za interno uporabo)*. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

²²⁴ Aaltonen, Katarina. (2004): *How to Strengthen Mental Health Know-how-Knowledge and Skills in Use*. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

²²⁵ Švab, Vesna. (1999): *Psihiatrična rehabilitacija*. V Psihiatrija. Ljubljana. Litterapicta: Medicinska fakulteta.

➤ rehabilitacija, dnevna skrb, skrb za bivanje in brezdomstvo, zatočišče, svetovanje, zdravljenje: krizni posegi in nepretrgana skrb, zagovorništvo, izobraževanje družin in javnosti, skrb za telesno zdravje, finance, podpora vrstnikov.

Skupnostne službe naj bi zagotavljale vsestransko in neprekinjeno podporo ter se izogibale, kadarkoli je to mogoče, sprejemom v bolnišnico.

Dobra skupnostna skrb omogoča bolnikom pomoč pri zaposlovanju in delu v delovnih dnevniških središčih, pri prostoročnih ter socialnih dejavnostih. Načeloma naj ne bi nikogar obravnavali le kot bolnika, po drugi strani pa ni mogoče pričakovati, da bo delovanje uporabnikov teh služb povsem običajno.

Službe, ki omogočajo skupnostno skrb, so v našem okolju:

➤ psihiatrični dispanzer, rehabilitacijske službe v psihiatričnih bolnišnicah, centri za socialno delo, nevladne organizacije na področju duševnega zdravja, zavodi za zaposlovanje, osnovno zdravstveno varstvo s patronažno medicinsko službo.

Te službe naj bi zagotavljale mrežo terapevtskih in podpornih dejavnosti, ki omogočajo boljšo kakovost življenja in optimalno delovanje bolnikov s hudimi duševnimi motnjami.

Postopki, na katerih temelji obravnavanje bolnika v skupnosti:

Diagnoza: Če želimo voditi bolnika v skupnosti, je treba najprej oceniti, kakšne so njegove sposobnosti in invalidnost, da lahko z njim načrtujemo primerne ukrepe in posege. Koraki, ki nam pomagajo pri oceni stanja so:

➤ intervju z bolnikovimi svojci, povezava z delovnim mestom, če obstaja, preizkus delovnih sposobnosti v invalidskih in nevladnih službah, zahtevati poročilo o zdravljenju, treningih in delovni terapiji v bolnišnici, skupaj z bolnikom ocenitev, kaj bi bili lahko njegovi prvi koraki k ponovni pridobitvi delovnih sposobnosti, posvet z socialnim delavcem o možnosti za zaposlitev, usposabljanje.

Načrtovanje: Bolnika naročamo na redne kontrolne preglede. Skupaj z njim na podlagi diagnostičnih zaključkov ocenimo, kakšen je cilj rehabilitacije in načrtujemo zaporedje korakov. Npr.: najprej program obvladovanja, naj se pouči o zdravljenju, bolezni. Vključimo ga v ustrezne programe. Skupaj z prostovoljnim sodelavcem ali strokovnjakom iz nevladne organizacije naredimo načrt učenja vsakdanjih spretnosti: urnik vsak dan, nadzor pri opravljanju vsakdanjih opravil, kot so umivanje, čiščenje, kuhanje. Jasna razporeditev časa. Za pomoč in nadzor lahko prosimo za pomoč tudi svojce.

Intervencije: Vključitev v izobraževalne in podporne programe. Redni kontrolni pregledi v ambulantni. Obiski patronažne medicinske sestre na njegovem domu. Vključitev svojcev.

Opozarjanje na jemanje zdravil. Informacije o skupinah za samopomoč, kjer lahko pridobi znanja, ki jih njegovi vrstniki že imajo. Če bolnika ni na pregled, ga kličemo, obiščemo na domu in ponovno ocenimo, zakaj ne sodeluje.

Vsak duševni bolnik bi moral imeti pravico do rehabilitacijskega načrta in njegovega dejanskega izvajanja. Diagnoza še ni prognoza. Prognoza je odvisna od zdravljenja in od možnosti za rehabilitacijo.

S sprejetjem Nacionalnega programa Socialnega varstva do leta 2005²²⁶, je država opredelila strategijo razvoja skrbi za duševno zdravje v okviru:

- primarne institucionalne mreže na nivoju celotne države (javna služba),
- vmesnih struktur v sodelovanju z lokalno skupnostjo (dopolnilni programi) in
- razvijanje pobud, inovacij in programov, ki nastanejo v civilni družbi.

Primarna institucionalna mreža na nivoju skupnosti: Na nivoju lokalne skupnosti²²⁷ je zelo pomembno, da vsi izvajalci javne službe, tako zdravstva (izbrani zdravnik, specialist-psihiater, patronažna služba,...) kot službe socialnega varstva (CSD, domovi upokojencev,...) delujejo povezano, od vstopa posameznika v obravnavo, to je od začetka obravnave do hospitalizacije, med hospitalizacijo, kot tudi po njegovi vrnitvi v domače okolje. Mreža skrbi na lokalni ravni bi morala biti pregledna, dopolnjujoča, pretočna in ne omejena s sistemskimi preprekami. Pri tem je izjemno pomembna strokovna vloga Centrov za socialno delo, da v ospredje postavijo metodo skupnostnega dela, katere osnova je vzpostavitev in utrjevanje podpornih socialnih mrež za osebo, ki potrebuje pomoč.

Nesporno dejstvo je, da večja kot je izbira podpornih služb, posameznih storitev in socialne mreže v okolju (skupnosti), manjša je potreba po odvzemu poslovne sposobnosti ali kakšnem drugem ukrepu, ki posega na področje človekovih pravic.

Sekundarna institucionalna mreža: Z uvedbo individualizacije pravic²²⁸ in možnosti izbire, se je močno povečal pomen neprofitno volonterskih organizacij, ki zagotavljajo zadovoljevanje specifičnih potreb svojih članov.

Sekundarna institucionalna mreža javne službe predstavlja vmesne strukture, kot so npr. dnevni centri, bivanjske skupnosti, centri za usposabljanje, invalidska in socialna podjetja. Ta mreža preko koncesije in programov izvaja storitve javne službe, ki so v zakonodaji že

²²⁶Načrt za izvajanje usmeritev in nalog iz Nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005.

²²⁷Kuzmanič-Korva, Darja, Perkovič, Marija. Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – Vloga Centrov za socialno delo. Povzetek. Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo: Cankarjev dom, Ljubljana. 30. in 31. maj 2002.

²²⁸Kuzmanič-Korva, Darja, Perkovič, Marija. Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – Vloga Centrov za socialno delo. Povzetek. Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo: Cankarjev dom, Ljubljana. 30. in 31. maj 2002.

opredeljene in sicer: osebna pomoč, pomoč družini za dom, pomoč družini na domu, institucionalno varstvo, zaposlitev.

Sekundarna mreža zapolnjuje praznine v ponudbi. S svojim delovanjem in hitrim prilagajanjem ter iskanjem novih specifičnih rešitev za določene skupine prebivalstva, so v prakso socialnega dela vpeljale nov prijem za uporabnike, saj so jih neposredno vključile v izvajanje (»users involvement«).

Neinstucionalna (neformalna socialna mreža): Svojci, prostovoljci, prijatelji, znanci in druga neformalna združenja²²⁹, opravijo v okviru socialne mreže ogromno prostovoljnega dela. O dejanjih, ki jih opravimo v okviru neformalne mreže, najpogosteje sploh ne razmišljamo, temveč jo sprejmemo kot dejstvo, kot nekaj samoumevnega. Te mreže pa lahko ponudijo samo določene storitve. S svojim delovanjem ne morejo nadomestiti javnih izvajalcev, saj pogosto odpove ravno neformalna mreža in ne zmore zagotavljati storitev najbolj ogroženim ali stigmatiziranim skupinam.

Povezovanje mrež in načrtovanje: Naloga države²³⁰ je, da vse izvajalce poveže v enovit sistem socialnega varstva in ustvari medresorske povezave. Na lokalni ravni je z nacionalnim programom to vlogo dodelila Centrom za socialno delo, ki s tem postajajo »hrbtenica« strokovnega dela na področju socialnega varstva. Da so vse mreže nenadomestljive in dajejo možnost izbire tako uporabnikom, kot tudi načrtovalcem skrbi za uporabnike psihiatrije, drži, pa vendar se službe premalo povezujejo in so tudi zaradi tega velikokrat premalo učinkoviti. Tako moramo skupaj z vsemi izvajalci skupnostne skrbi za uporabnike poiskati odgovore na odprta vprašanja, ki se kažejo kot:

➤ umeščenost človeka v sistem, človek pri zadovoljevanju potreb v različnih obdobjih svojega življenja zadovoljuje svoje potrebe znotraj različnih sistemov po pravilih in pod pogoji, ki temelji na zakonskih podlagah. So pa v življenju vsakega posameznika težave, ki so znotraj enega sistema nerešljive, mi jim pravimo mejna področja in ravno tu se pokaže neučinkovitost služb, ki morajo delovati znotraj sistemov, v korist uporabnika, ki izpade iz vseh sistemov; Nedorečenost storitev javne službe in neizvedenega storitvenega sistema; Neenakomerne razvitosti služb, tako javnih, kot neprofitno volonterskih organizacij v lokalnih okoljih, kar onemogoča konstituiranje pluralne mreže, s tem pa možnost individualizacije,

²²⁹Kuzmanič-Korva, Darja, Perkovič, Marija. Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – Vloga Centrov za socialno delo. Povzetek. Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo: Cankarjev dom, Ljubljana. 30. in 31. maj 2002.

²³⁰Kuzmanič-Korva, Darja, Perkovič, Marija. Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – Vloga Centrov za socialno delo. Povzetek. Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo: Cankarjev dom, Ljubljana. 30. in 31. maj 2002.

izbora in pretočnosti; Nepoznavanje vlog in pristojnosti posameznih udeležencev; Nenazadnje »rivalstvo« med izvajalci, ki izvajajo storitve oz. programe, zaradi nevzpostavljenega kontinuiranega dialoga med vsemi in v boju za večji del sredstev.

To seveda ni idealna rešitev, je pa lahko osnova za vzpostavitev dialoga, ker daje nove možnosti, ki jih sedaj skozi okope norm, velikokrat ne moremo preseči. To se seveda v praksi lahko izvede samo, če v načrtovanje zavestno vstopimo vsi izvajalci v vlogi aktivnega udeleženca in sledimo potrebam uporabnika.

Vloga centra kot koordinatorja na lokalnem nivoju delimo na dve ravni:

V funkciji načrtovanja individualnega uporabnika oz. uporabnice:

- skupaj z uporabnikom oz. uporabnico določi in izdela individualni program dela in vključevanja v mrežo storitev javnih služb in programov, spremlja izvajanje individualnega programa, ga evalvira in predlaga rešitve, ki so za uporabnika oz. uporabnice sprejemljive in v okolju izvedljive.

V funkciji vzpodbujevalca novih skupnostnih programov

- evidentiranje potreb, spremljanje socialne problematike na lokalnem nivoju, koordiniranje skupnostnih timov, načrtovanje razvoja mrež (novih programov in služb, ki bodo zadovoljile nove potrebe).

Med skupnostne oblike pomoči uporabnikom in uporabnicam duševnega zdravja lahko prištejemo psihiatrične bolnišnice v vsej Sloveniji, Centre za socialno delo in nevladne organizacije, ki se ukvarjajo z področjem duševnega zdravja in seveda tudi ostale institucije – domove za starejše, socialno-varstvene zavode in ostale.

1. Psihiatrične bolnišnice:

Poslanstvo Psihiatrične bolnišnice²³¹ je v osnovi humano – vračanje človeka nazaj v bivalno okolje, sposobnega igranja vlog, detabuizacija duševne bolezni, vlaganje presežkov v izboljševanje bivalnih pogojev in kadrovska rast.

Osnovne vrednote, ki smo jih do danes oblikovali, jih uresničujemo in na njih gradimo poslovno odličnost bolnišnice so:

Usmerjenost k človeku: celostna obravnava uporabnika v vseh razsežnostih bio-psiho-socio bitja, vključevanje svojcev v terapevtske procese, spoštovanje pravic uporabnikov, še posebej spoštovanje pravice do osebne integritete, kar je še posebej pomembno v času, ki še ni odvrget stigme, ohranjanje uporabnikovih vlog za čim hitrejšo in čimbolj celovito vključitev nazaj v življenjsko in delovno okolje, enaka možnost dostopa do storitev bolnišnice –

²³¹Psihiatrična bolnišnica Idrija. Interno gradivo. Publikacija. (2001). Psihiatrična bolnišnica Idrija. Idrija.

preprečevanje še dodatne marginalizacije duševnega bolnika, spoznanje, da nimata vrednosti le materialni in finančni kapital, ampak tudi intelektualni, socialni in moralni kapital, spoštovanje in razvijanje uveljavljenih sodobnih metod, načinov in standardov dela ter dobre prakse, Pripadnost stroki, skupinskemu delu, samokontrola,, kolegialna kontrola, spoštovanje načel strokovne etike, zavedanje o potrebnosti in sodelovanju vseh profesij in poklicev na vseh nivojih, sodelovanje z okoljem v smislu sooblikovanja naših storitev in zmanjševanja stigmatizacije.

2. Centri za socialno delo:

Center za socialno delo²³² kot izvajalec javne službe in posrednik je okvir ustreznih odgovorov na potrebe uporabnikov.

Naloge centrov za socialno delo določa s predpisi država. To seveda vpliva na vlogo in položaj, tako uporabnikov, kot tudi centra za socialno delo, ki deluje v lokalni skupnosti. Pa vendar, na vlogo in položaj centra vplivajo še drugi udeleženci kot npr. univerza, drugi javni in zasebni zavodi, nevladne organizacije, neformalne mreže, predvsem pa jasno izražene in seveda nepreslišane potrebe uporabnikov. Običajno je skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami na centrih vezana predvsem na družbeno skrb, ki je centru izkazana kot javno pooblastilo v obliki posebne pravne institucije – skrbništva in sicer za tiste odrasle osebe, ki zaradi duševne bolezni ali drugih motenj niso sposobne skrbeti za svoje pravice in koristi, zato jim sodišče v nepravdnem postopku, delno ali v celoti, odvzame poslovno sposobnost.

Pomemben korak v razvoju skupnostne skrbi za osebe s hudimi duševnimi motnjami pa zagotavlja Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005²³³ (v nadaljevanju nacionalni program), ki vzpostavlja sodoben način obravnave, kot so skrb za razvoj samostojnih oblik življenja, skrb za preoblikovanje dela obstoječih institucionalnih oblik varstva v druge samostojnejše oblike itd. S sprejemom nacionalnega programa socialnega varstva se spreminja tudi vloga centrov za socialno delo. Ti postajajo koordinatorji dejavnosti v lokalni mreži, kar pomeni, da so pri oblikovanju mreže izvajalcev posredniki storitev med različnimi izvajalci, da zagotavljajo vlogo povezovalca sistema, spodbujevalca programov in posredovanja informacij ter po potrebi tudi organizirajo izvajanje storitev, potrebnih v posameznem okolju, kadar ponudbe izvajalcev ali programov uporabnikom ne bodo nudile možnosti izbire.

²³²Kuzmanič-Korva, Darja, Perkovič, Marija. Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – Vloga Centrov za socialno delo. Povzetek. Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo: Cankarjev dom, Ljubljana. 30. in 31. maj 2002.

²³³Načrt za izvajanje usmeritev in nalog iz Nacionalnega programa socialnega

Zakonodaja na področju socialnega varstva izenačuje uporabnike psihiatrije z ostalo populacijo uporabnikov socialnovarstvenih storitev, ki so v stiskah in težavah. Posebna skrb namenja le osebam pod skrbništvom, ki so uporabniki psihiatričnih uslug in jo posredno, kot javno pooblastilo, izvajajo Centri za socialno delo (v nadaljevanju centri).

Naloge po zakonih in javna pooblastila:

Skrbništvo:²³⁴

- Predlog za odvzem/vrnitev poslovne sposobnosti;²³⁵ Začasno, stalno skrbništvo;²³⁶

Popis premoženja oseb pod skrbništvom; Odobritev pogodb in drugih pravnih poslov v zvezi s skrbništvom; Potrjevanje skrbniških poročil; Izbor, usposabljanje in vodenje skrbnikov; Neposredno izvajanje skrbniških funkcij; Spremljanje in nagrajevanje skrbnikov; Reševanje ugovorov zoper delo skrbnikov.

Skrbnik, ki ga center postavi osebi, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, mora z ukrepom nadomeščati odsotnost ali pomanjkljivost volje varovanca in mu tako omogočiti nastopanje v pravnem življenju – tako na osebnem kot na premoženjskem področju. Še pomembnejše je, da:

- ❑ skrbi za njegovo osebnost, da pri tem upošteva vzroke, zaradi katerih je bila osebi odvzeta poslovna sposobnost, da si prizadeva za odpravo teh vzrokov, in da usposobi varovanca za samostojno življenje in delo.

Naloge po drugi zakonodaji:

- Obravnava obvestila o uvedbi postopka o pridržanju oseb v zdravstvenih organizacijah²³⁷ in prevzem sklepa o pridržanju in morebitna pritožba.²³⁸

- Socialno varstvene storitve.²³⁹

Prva socialna pomoč– kot visoka profesionalna storitev, kjer strokovnjak nudi pomoč posamezniku pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave, oceno možnih rešitev, ga seznani z možnimi oblikami storitev in mrežo ter programi izvajalcev, ki bi mu lahko v konkretnem primeru nudili pomoč.

Osebna pomoč:

- v obliki svetovanja (zagotavlja pomoč v situacijsko pogojenih stiskah), v obliki

²³⁴Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih. (Ur.l.RS, št. 15/76, 30/86, 20/88, 1/89, 14/89,3/94, 82/94, 29/95, 26/99,60/99, 70/00, 42/03).

²³⁵Zakon o nepravdnem postopku. (Ur. l. RS, št.55/92)- člen 45/1, 53, 59.

²³⁶Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih. (Ur.l.RS, št. 15/76, 30/86, 20/88, 1/89, 14/89,3/94, 82/94, 29/95, 26/99,60/99, 70/00, 42/03)-člen 178 do 223).

²³⁷Zakon o nepravdnem postopku. (Ur. l. RS, št.55/92)- člen 73.

²³⁸Zakon o nepravdnem postopku. (Ur. l. RS, št.55/92)- člen 77.

²³⁹Zakon o socialnem varstvu. (Ur.l.RS, št. 54/92, 56/92, 42/94, 1/99, 41/99, 36/00, 54/00, 26/01, 110/02).

urejanja (osebi, ki je v stiski zaradi osebnostnih ali vedenjskih motenj in pri reševanju težav potrebuje sodelovanje širšega okolja), v obliki vodenja (kot pomoč osebi, ki je zaradi duševne prizadetosti in/ali duševne bolezni, začasno ali trajno nesposobna za samostojno življenje).

Pomoč za dom– kot pomoč pri urejanju odnosov med družinskimi člani.

Pomoč in oskrba na domu– kot gospodinjska pomoč, kot pomoč pri vzdrževanju osebne higiene ali kot pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, za tiste osebe, ki jim s tovrstno pomočjo lahko v domačem okolju nadomestimo oskrbo v institucionalnem varstvu.

3. Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja:

Vloga in pomen neprofitnih prostovoljnih organizacij²⁴⁰ pri zagotavljanju storitev na področju duševnega zdravja se razlikuje v državah o svetu. V Italiji socialne kooperative ustanavljajo in vodijo stanovanjske skupnosti ter ustvarjajo pogoje za zaposlovanje oseb z izkušnjo zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, sosednja Avstrija ima razvejano mrežo neprofitnih prostovoljnih organizacij, ki v tesnem sodelovanju s psihiatričnimi ustanovami zagotavljajo ustrezne storitve in službe v skupnosti. V drugih državah neprofitne prostovoljne organizacije vodijo kampanje za spremembo zakonodaje, informirajo in izobražujejo laično javnost o pravicah uporabnikov ali vodijo mreže služb za zagovorništvo.

Države, ki so sprejele »nacionalno strategijo skupnostne skrbi«, ter so s tem storitve socialnih in zdravstvenih ustanov približale potrebam uporabnikov in skupnosti, so ustvarile pogoje za kreativno in kontinuirano sodelovanje javnih služb, prostovoljnega – neprofitnega sektorja ter zasebnega sektorja pri zagotavljanju le-teh storitev.

Slovenija je v zadnjih desetih letih naredila veliko na področju razvoja storitev socialnega varstva v skupnosti in pri razvoju neprofitno-volonterskega sektorja. Zelo malo pa pri razvoju skupnostne psihiatrije ter pri razvoju rehabilitacije, ki sledi zgolj zahtevam stroke in pogojem delovanja ustanove, ne pa potrebam uporabnikov in zahtevam vsakdanjega življenja v skupnosti.

»Tržni delež« prostovoljno – neprofitnega sektorja na področju zagotavljanja socialnih storitev v skupnosti je v Sloveniji najpomembnejši. Organizacije zagotavljajo široko paleto storitev na področju socialno-varstvenih storitev, to so: dnevni centri, drop-in centri, družbeni klubi, pomoč na domu, prostovoljno delo, letovanje in organizirano rekreacijo ipd. Stanovanjske skupine ustanavljajo in vodijo pretežno neprofitno-prostovoljne organizacije. Iniciative na področju zagovorništva, sprememba zakonodaje, izobraževalni programi so v

²⁴⁰Kovač, Nace.(2002):Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja.Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo:Cankarjev dom,Ljubljana.30. in 31.maj 2002.

domeni organizacij, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Programi za zaposlovanje oseb s težavami v duševnem zdravju se odvijajo v invalidskih organizacijah in delavnicah.

V delovanje organizacij na področju duševnega zdravja je aktivno vključenih cca. 700 članov, število uporabnikov se giblje od 900-1000 oseb, za financiranje programov društev (ALTRA, OZARA, ŠENT, PARADOKS, VEZI in druge) skrbi Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, delno s strani Fundacije za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij, Republiškega zavoda za zaposlovanje ali pa v obliki donacij s strani Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje.

Nevladne organizacije²⁴¹ (društva, zavodi, fundacije, zadrage, idr.) je izredno težko razčleniti in kategorizirati, predvsem zato, ker se v različnih deželah, regijah, kulturnih in socialnih okoljih drugače reflektirajo in vključujejo v svojo definicijo veliko različnih ciljev, načel in vrednot.

Definicija, ki se formalno uporablja v Evropski uniji, opredeljuje nevladne organizacije kot prostovoljne organizacije, ki se razlikujejo od neformalnih ali »ad hoc« organiziranih skupin po določeni stopnji, formalne ali institucionalne eksistence.

□ Tipologija organizacij

Nevladne organizacije se lahko klasificirajo na različne načine, po njihovi organizacijski strukturi ali glede delovanja kot:

- Nudenje storitev ali skrbi: organizacije, ki jih izvajajo njihovi člani in uporabniki na področju socialne skrbi, zdravstvenega varstva, delovnega usposabljanja, informiranja, svetovanja in podpore.
- Zagovorniške; njihov namen je lobiranje, pridobivanje simpatizerjev za spreminjanje ciljnih politik ter opozarjanje na deprivirane in marginalizirane skupine.
- Skupine za samopomoč in vzajemno pomoč; organizacije, ki jih običajno ustanovijo skupine na osnovi skupnih interesov ali potreb.
- Koordinacije in posredovanje; servis za posredovanje človeških virov (prostovoljcev), koordiniranje aktivnosti, posredovanje informacij in podpore drugim organizacijam ali posameznikom na določenem področju ali celotnem sektorju. Takšne organizacije so lahko pomemben posrednik med javnim in nevladnim sektorjem.

²⁴¹Kovač, Nace.(2002):Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja.Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo:Cankarjev dom,Ljubljana.30. in 31.maj 2002.

Na podlagi obstoječe slovenske zakonodaje (zakon o društvih, zakon o fundacijah, zakon o gospodarskih družbah), bi lahko z določenimi dopolnili identificirali naslednje tipe nevladnih organizacij.

□ Vrednote in načela

Vrednote in načela so zelo pogosto sinonimi, ki poudarjajo kvaliteto, ki vodi in podpira iniciativo, akcijo v skupnosti, ter druga prizadevanja posameznikov in skupin. Lahko jih definiramo kot razumljiva in fundamentalna pravila in kode, ki vodijo in inspirirajo delo posameznikov in skupin.

Ena od posebnosti nevladnih organizacij je, da so vodene na osnovi specifičnih vrednot in načel. Vrednote zavzemajo osnovno pozicijo v njihovem ustanavljanju in kontinuiranem delovanju, so izražene ter vplivajo na delovanje v smeri izboljšanja kvalitete življenja posameznikov v skupnosti. Vrednote, ki se pojavljajo v nevladnih organizacijah so usmerjene v jasno definirane cilje, kot so: blagostanje skupnosti, družbena in humana promocija, občutek za državljansko odgovornost in participacijo, varovanje, socialna prevencija (socialna varovalna mreža).

Najpogostejše prisotne vrednote na temelju katerih se kreirajo dejavnosti nevladnih organizacij v raznih deželah so altruizem, socialna solidarnost, nediskriminacija, avtonomija, participacija in kooperacija.

Očitno je, da za celovito in učinkovito podporo ne zadostujejo zgolj javne in privatne zdravstvene ter socialne službe. Mreža, ki bi zadržala posameznika oz. posameznico, ki se po zdravljenju v psihiatrični bolnišnici ali drugem azilu vrača nazaj domov, vendar si je v času duševne stiske pred bolnišničnim zdravljenjem onemogočil zaposlitev ali bivanje v družini, mora vključevati tudi nevladne organizacije in pa neformalne skupine.

Na področju duševnega zdravja so razširjene naslednje organizacije, ki jih v skladu s tipologijo Svetovne zdravstvene organizacije razdelimo v naslednje skupine:

Organizacije za spodbujanje duševnega zdravja (nadalje organizacije):

Spodbujajo razvoj in nastajanje različnih služb na področju duševnega zdravja. Organizacije lobirajo za aktualno politiko in participirajo v ustreznih vladnih telesih na področju duševnega zdravja. Pretežno so sestavljene iz strokovnih delavcev in vedno ne zagovarjajo stališč uporabnikov psihiatričnih služb.

Skupine za zagovorništvo

Njihovo članstvo je sestavljeno predvsem iz uporabnikov služb za duševno zdravje. Njihovo delo je predvsem lobiranje, vplivajo na obstoječo zakonodajo, vplivanje na praktično delo

različnih profilov strokovnih delavcev, na organizacijo skupnostnih služb, psihiatričnih bolnišnic in drugih projektov.

Informacijske skupine

Skupine, ki želijo s posredovanjem informacij spremeniti mnenje zakonodajalca, strokovnih delavcev in javnosti, posredujejo predvsem informacije s področja duševnega zdravja in o tem, kako naj bi bile službe in servisi načrtovani, da bi upoštevali potrebe uporabnikov.

Skupnostne socialne službe

So tiste, ki vodijo skupnostne službe in storitve. So ločene od uradnih vladnih institucij na področju duševnega zdravja in imajo svojstveno organizacijo dela. Podporo nudijo preko skupinskega dela, srečanj, pisnega materiala, prireditev v družabnih klubih in pri drugih aktivnostih. Načela dela temeljijo na samopomoči, vzajemnosti in solidarnosti.

V Britaniji²⁴² so uvedli sistem "Care Programme Approach", ki naj skrbi, da ima vsak odpuščen iz bolnišnice posebej imenovanega oskrbnika, ki naj pacienta spremlja, pozna način rehabilitacije, usposabljanja. Vendar stvari niso povsod funkcionirale, zato je javnost izgubljala zaupanje v tak sistem.

Razvili so posebno politiko, ki zagotavlja skrb za psihiatrične bolnike v skupnosti in v domačem okolju, stran od sistema zaprtih bolnišnic. Za delovanje takega sistema pa je potrebna ustrezna oskrbovalna mreža v domačem okolju. Seveda, visoko varovane bolnišnice, so še vedno nujne za nekaj res hudo bolnih psihiatričnih bolnikov. Niso pa še našli rešitve za ljudi z osebnostnimi težavami, ki so po zakonu neozdravljivi, vendar tudi za te je treba primerno poskrbeti, saj so brez ustreznega nadzora lahko nevarni zase in za okolico. Ob njihovi rehabilitaciji pa je treba poskrbeti tudi za njihovo socialno urejenost.

Obstajajo pa tudi srednje varovane bolnišnice za akutne bolnike, ki potrebujejo nekaj varovanja le za določeno obdobje. Za take namene so primerne manjše enote z 12 do 15 pacienti, ne pa kolosi, znani iz preteklosti. Za svoje izkušnje pa pravi Bowis, da se je več naučil pri pacientih kot pri strokovnjakih ali državnih uradnikih. Takoj je postregel s primerom, ko mu je ob obisku bolnišnice neki moški zaupal, da ga zdravniki zavračajo, češ da še ni dovolj bolan, da bi ga sprejeli, sam pa trdi, da ve, kdaj bo zbolel. V času, ki je potreben, da dovolj zboli, pa lahko povzroči kako nevšečnost. Za take ljudi, ki vedo, kdaj bodo zboleli, so potrebni ustrezni prostori, kjer bi tovrstne potencialne paciente zadržali za določen čas, jih ustrezno ocenili in oskrbeli.

²⁴²<http://www.ds-rs.si/>:(15.03.2004):John Bowis&Andrej Marušič.

Ob rehabilitaciji je potrebna doslednost; to pa omogoča posebno gibanje "Club House" – posebno varovani domovi, v katerih prostovoljno sodelujejo različni ljudje, ki pacientom pomagajo pri vrtnarjenju, pri različnih knjižnih klubih. Sočasno pa prostovoljecem pomaga tudi medicinsko osebje. Tako bolnike usposobijo delovno-poklicno; pomagajo pa jim tudi pri iskanju dela. Bistvo vsega tega je, da se zmanjša število hospitaliziranih pacientov, saj se da po ozdravitvi opraviti veliko rehabilitacije v domačem okolju. Posebna skrb pa mora veljati otrokom z duševnimi obolenji. Nato je opozoril na dejstvo, da ljudje živijo nasploh bolj zdravo in tudi dlje. Mnogi starostniki potrebujejo dodatne oblike pomoči zaradi demence, zaradi Parkinsonove bolezni...

Navedena problematika sodi med prioritete naloge, ki vse po vrsti terjajo zagotavljanje učinkovitega zdravstvenega sistema, obvladovanje tveganja, varstvo javnosti. Pri vsem tem pa je treba prisluhniti javnosti, profesionalni stroki in prostovoljem. Potem bi se dalo razrešiti stigmato in izboljšati delovne stike med različnimi strokovnimi skupinami, denimo, splošnih zdravnikov in socialnih delavcev in delavk; v preteklosti so oboji delali preveč vsak k sebi.

Vidik skrbi za duševno zdravje, žal, zapostavljajo delodajalci, čeprav izgubijo vsako leto na milijone delovnih dni zaradi duševnih obolenj; nihče pa ne more registrirati izgube, do katere pride zaradi slabega duševnega stanja, ki vpliva nato na slabo opravljeno delo. Od tod veliko stresnih situacij tudi doma, ki tudi vplivajo na nedejavnost v okviru družine. Ob primernih spodbudah sicer delodajalci spoznavaajo, da je poleg fizične varnosti pomembno pri delu tudi duševno zdravje. Res pa je, da je tudi ministrstvo za zdravstvo, ki je v Britaniji eden največjih delodajalcev, najraje načrtovalo politiko, pridigalo, kakor pa da bi samo resnično tudi kaj storilo.

In vendar se lahko skoraj vsakdo kmalu znajde pri vprašanju duševnega zdravja kot bolnik ali kot član bolnikove družine ali v družbi prijateljev. Veliko duševnih bolezni morda res še ni moč ozdraviti, mnogo pa se jih da stabilizirati, mnogim je moč pomagati. Managerji bi morali biti najprej usposobljeni tudi za posvečanje pozornosti duševnemu zdravju svojih sodelavcev in zaposlenih. Tudi z bolj fleksibilnimi delavniki bi lahko stres diagnosticirali in celo odpravljali. Zaradi odpravljanja duševnih bolezni je treba najprej spodbuditi splošno zavedanje glede tovrstnih bolezenskih nevarnosti. Naslednja aktivnost mora veljati politiki, zdravstveni politiki. Nato se začno stvari primerno objavljati.

Skupnostna oskrba²⁴³ ljudem z motnjami v duševnem zdravju nudi podporo, ki jo potrebujejo za dostojno življenje v skupnosti. V Evropi obstajajo velike razlike glede hitrosti procesa deinstitucionalizacije, saj se v večini držav vzhodne Evrope ta proces šele pričenja.

Hude duševne motnje²⁴⁴ predstavljajo pomemben javno zdravstveni problem, ki se je v preteklosti reševal na najrazličnejše načine, marsikateri izmed njih so bili neustrezni. Dolgotrajnemu obdobju prekomernega institucionaliziranja teh pacientov oz. pacientk je v nekaterih državah sledilo obdobje njihovega nekritičnega odpuščanja v skupnost, kjer niso bili deležni ustrezne podpore, ki bi jim omogočila čim boljše življenje. Jasno je postalo, da taki bolniki v skupnosti potrebujejo ustrezno podporo, ki mora temeljiti na dokazih o svoji učinkovitosti. Razvilo se je multidisciplinarno področje psihosocialne rehabilitacije, ki je usmerjeno k izboljšanju kakovosti življenja teh oseb in tudi njihovih svojcev. To področje je v zadnjih letih doseglo veliko podporo in strokovni razvoj, kljub temu pa je preglednih gradiv na tem področju malo, zlasti v Sloveniji.

3.5 Odpust

Odpušcanje pacientov in pacientk iz psihiatrične bolnišnice²⁴⁵ je v primerjavi z rehabilitacijo lahka naloga. Rehabilitacija namreč pomeni pomoč bolnikom, da kakovostno in kot je najbolj mogoče samostojno živi v skupnosti, kar je mnogo več kot je zdravljenje z zdravili. Prilagoditev na življenje zunaj institucije je za vsakega posameznika težka naloga, tudi če je v bolnišnici preživel kratek čas, še bolj pa seveda, kadar je bilo njegovo bivanje v instituciji dolgotrajno.

Iznajdbe novih zdravil ter uvedba novih metod in oblik bolnišničnega in zunaj bolnišničnega zdravljenja²⁴⁶ so pripomogle, da se psihiatrija kot medicinska veja ukvarja z bolnikom zgolj iz medicinskega vidika. To pa tudi pomeni, da naj bi po bolnikovem odpustu iz ustanove skrb zanj in za varnost duševno motenega človeka prevzela družba oziroma skupnost. »Družba naj bi bila toliko zdrava, kolikor drugačnih je sposobna sprejeti medse,« razmišlja prim. Jože Felc.

²⁴³ Wilken, Pierre, Jean. (2004): Challenges in Mental Health Care Education-Current Issues in Western and Eastern Europe. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

²⁴⁴ Švab, Igor. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

²⁴⁵ Ayberšek, Slavica, Belak, Edo, Belec, Bojan, Blinc-Pesek, Marjeta, Bogataj, Andreja, Javornik, Srečko, Kobolt, Alenka, Kovačič, Boštjan, Lamovec, Tanja, Možina, Miran, Petek, Jožica, Resman, Janez, Rapuš-Pavel, Jana, Stritih, Bernard, Šugman-Bohinc, Lea, Švab, Vesna, Videmšek, Petra, Vukovič, Danica, Winkler, Aleksandra, Žorga, Sonja. (2004): Uvod. V: Psihosocialna Rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

²⁴⁶ Roš, Katja. (2003): Zdrava toliko, kolikor drugačnih sprejme-Dr. Jože Felc o skupnostni skrbi za osebe z duševnimi motnjami Gre to skupaj z družbo, ki ji je mar samo za denar?. Dnevnik Delo- 05.09.2003. Ljubljana. Delo.

Koristilo bi bilo, če bi se slovenska stroka zgledovala predvsem po izkušnjah na področju sociale zelo naprednih Skandinavcev oziroma družb, ki o skupnostni skrbi ne govorijo več, ker je ta zanje že sama po sebi umevna.

Namen skupnostne skrbi za osebe s hudimi duševnimi motnjami pa je psihiatrijo deinstitutionalizirati in tem ljudem zagotoviti njihovemu življenjskemu okolju in njihovim sposobnostim ustrezen socialni status. »Drugačni pa se kar kopičijo. Mednje uvrščamo tudi starostnike, v zvezi s katerimi se soočamo s pomanjkanjem ustanov, ki bi se na subtilen način ukvarjale z njihovimi težavami. Naša stroka se vsakodnevno sooča z nalogo, da ugotovi, kdo od napotenih v psihiatrično bolnišnico je v resnici potreben zdravstvene pomoči in kdo med njimi je zgolj socialni problem.«

Program pred odpustom²⁴⁷ in sama procedura odpusta ali premestitve zajema odpustno diagnostiko in terapijo, ki je sestavljena iz strokovnega in administrativnega dela (odpustnica z priporočili in terapijo za osebnega izbranega zdravnika in informacije odpuščenemu pacientu oz. pacientki za nadaljnjo rehabilitacijo, z mnenjem zdravnika). Odpustnica, ki je v popisu osebe, ki je na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici, naj bi vsebovala tudi naslednja mnenja in dokumentacijo: postopki administracije, zdravstvene nege, socialne službe, psihološke službe (popisi in vsa dokumentacija), v praksi pa je v popisu redkokdaj tudi mnenje socialne službe). Odpust v bolnišnici pa zajema tudi izven bolnišnično dejavnost, ki zajema kontrolne preglede v ambulantah in dispanzerjih in terapevtske skupine s svojci. Odpust pacienta oz. pacientke je velik korak za osebo, ki je končala zdravljenje v bolnišnici. Tu se vprašamo, kako bo oseba zmogla živeti naprej, ali ima vse pogoje za »normalno« življenje, ali potrebuje kakšno pomoč itn. Socialna služba se veliko ukvarja z primeri, tik pred odpustom, saj smo mnenja, da je treba vzpostaviti vez med tistimi, ki lahko pomagajo zunaj bolnišnice, skupaj z pacienti oz. pacientkami, z socialno službo zunaj bolnišnice in drugimi službami zunaj bolnišnice.

Ni malo primerov, ko je nekdo odpuščen iz bolnišnice, pa se kmalu vrne nazaj v bolnišnico, ker ni imel urejenih osnovnih pogojev za življenje, ali je nastopila kriza, ali ni nekdo našel izhoda iz situacije v domačem okolju po odpustu ipd. V sistemu delovanja vseh pristojnih služb, ki se ukvarjajo z tem področjem, je opaziti manjko ravno pred odpustom. Kako človeka, ki je odpuščen, pospremiti do ustaljenega načina življenja. Največkrat pri odpustu sodelujejo svojci, nevladne organizacije, Csd-ji, vse je odvisno od primera samega. Spremljanje po odpustu, pa je seveda težka naloga za socialne službe v psihiatričnih

²⁴⁷Proces zdravljenja v bolnišnici. Interno gradivo Psihiatrična bolnišnica Idrija. 2001. Idrija.

bolnišnicah. Sprejeti so vedno znova novi pacienti oz. pacientke. Vzpostavitev feed-back povratnih informacij, kaj se z določenimi uporabniki oz. uporabnicami duševnega zdravja dogaja, zahteva veliko organizacijskih in komunikativnih zmožnostih. Moram dodati, da ni malo primerov, katerih pacienti oz. pacientke nimajo svojcev, sorodnikov, in so prepuščeni tako rekoč sami sebi. Velikokrat se sliši, da psihiatrična bolnišnica ni socialna ustanova, vendar velikokrat naredimo izjeme in poskušamo obdržati osebo, ki je na zdravljenju v bolnišnici dlje časa, da se tisti čas uredi neka začasna ureditev bivanja ali rešitve druge problematike.

Ministrstvo za zdravje je v sodelovanju z Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve²⁴⁸ je izdelalo navodilo bolnišnicam v Sloveniji (tudi psihiatričnim bolnišnicam), s katerim določa ravnanje izvajalcev zdravstvenih in socialnih storitev v primerih, ko je končano akutno zdravljenje upravičenca do storitev v bolnišnici ali drugem zdravstvenem zavodu, njegovo zdravstveno stanje pa ne omogoča samostojnega življenja ter ravnanje v primeru ko upravičenec živi doma, vendar za nadaljnje bivanje v svojem življenjskem okolju potrebuje organizirane zdravstvene in socialne storitve. Namen tega navodila je zagotoviti sodelovanje vseh pristojnih služb pri zagotovitvi nadaljnje zdravstvene in socialne obravnave upravičenca. Bolnišnica začne načrtovati odpust ali premestitev bolnika po oblikovani oceni zdravstvenega stanja in po predvideni zdravstveni, negovalni ali socialni obravnavi, ki jih bo upravičenec potreboval po odpustu iz bolnišnice. Oceno poda zdravnik in drugi člani zdravstvenega tima, vključno s pristojno službo bolnišnice.

Pristojna služba bolnišnice je služba ali oseba, ki jo določi bolnišnica za izvajanje nalog in pooblastil iz tega navodila.

Bolnišnica že ob sprejemu načrtuje predviden datum odpusta in predvideno najprimernejšo obliko storitve. Za tako dokumentacijo služi klinična pot, če jo ima bolnišnica na razpolago, ali pa vpis v poseben obrazec.

Mnenje o primernosti nadaljnjih storitev po odpustu iz bolnišnice oz. po končanem akutnem zdravljenju poda glede nepretrgane zdravstvene oskrbe zdravnik, mnenje o nadaljnji nepretrgani zdravstveni negi poda medicinska sestra, s sodelovanjem drugih članov zdravstvenega tima in pristojne službe bolnišnice.

²⁴⁸Navodilo za uveljavljanje zdravstvenih in socialno varstvenih storitev ob odpustu iz bolnišnic in drugih zdravstvenih zavodov ter drugih primerov: Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve: marec 2004-obvestilo po bolnišnicah v Sloveniji.

V primeru, ko iz zdravstvenih razlogov samostojno življenje upravičenca ni možno, je potrebno ugotoviti, katera oblika storitve je zanj najbolj primerna:

- podaljšano bolnišnično zdravljenje, negovalni oddelki, institucionalno varstvo, zdravstvena nega na domu, pomoč na domu, dnevno varstvo, celodnevno institucionalno varstvo.

Dokončno odločitev o izbiri storitve sprejme upravičenec. Če upravičencu ni možno zagotoviti storitve, ki jo je izbral, mu je treba zagotoviti eno od storitev, ki je po mnenju zdravnika primerna njegovemu zdravstvenemu stanju.

V primeru podaljšanega zdravljenja ali zdravstvene nege na negovalnem oddelku v drugi bolnišnici ureja premestitev pristojna služba bolnišnice, v kateri je bil bolnik na zdravljenju.

V primeru izbire institucionalnega varstva pomagata upravičencu in njegovim svojcem urediti storitev pristojna služba bolnišnice²⁴⁹ v kateri je bil upravičenec na zdravljenju in krajevno pristojni center za socialno delo na podlagi vloge za sprejem v institucionalno varstvo, ki jo vloži upravičenec do storitve v skladu s predpisi s področja socialnega varstva. Bolnišnica in CSD sta mu dolžna nuditi pomoč pri vložitvi vloge in iskanju možnosti najprimernejše oblike institucionalnega varstva. Bolnika, katerega zdravstveno stanje ne omogoča samostojnega življenja, ni možno odpustiti iz bolnišnice, če mu ni zagotovljena katera od storitev iz tega navodila, razen če pisno izjavi, da želi biti odpuščen. Z temi smernicami sta pristojni Ministrstvu naredili prvi korak k skupnemu sodelovanju pri posameznih primerih, ko je nekdo, ki je na zdravljenju res sam, brez svojcev in se zdi, da je njegova problematika nerešljiva. S tem smo pridobili dragocen čas, ki nam pomaga s skupnimi močmi najti čas, ki ga potrebujemo za ureditev situacije, v kateri se je znašel pacient ali pacientka.

V novejšem času se je razvil termin ekološka suportivna pomoč osebam in družinam oseb s težkimi psihiatričnimi diagnozami. V poštev pride predvsem v obdobjih izboljšanj bolezni, pred in po odpustu. Z uspešno uporabo te metode pomagamo pri izboljšanju medsebojnih odnosov v okolju, kamor se osebe vključujejo po odpustu iz bolnišnice. S suportivnimi pogovori lahko zmanjšamo potrebo po hospitalizaciji. Ko oseba pride iz bolnišnice, ni dovolj le zagotavljanje minimalnih življenjskih pogojev. Potrebno je prevzeti celotno odgovornost za življenje tega človeka, razmisliti o tem, kako si bo organiziral vse kar potrebuje. Pri tem je pomembno, da se spodbuja pri tem osebo samo, da je kompetentna. Pri suportivni terapiji je pomembno, da ne iščemo vzrokov, važno je, da se pomagajoči ne zaplete v tiste dele zgodbe, ki ga iritirajo in ohrani zanimanje za človeka in njegovo življenje.²⁵⁰

²⁴⁹(ni določeno katera služba-v tem primeru bi lahko bila socialna služba).

²⁵⁰Stritih, Bernard. (2000). Izobraževalni seminar-ŠENT: Pomoč in samopomoč osebam v duševni stiski. Marec

Duševno trpljenje²⁵¹ človeka spremeni in cilj okrevanja ni v tem, da se človeka »rehabilitira« v prejšnje stanje, temveč da v procesu okrevanja pridobi na ekonomskem, socialnem in simbolnem področju in da dolgotrajne duševne stiske integrira v življenje tako, da svojih pridobitev ne izpusti. Človek se ne more več vrniti v »prejšnje stanje«, lahko pa dobi pomoč, da nadaljuje svoje življenje tam, kjer se mu zdi, da se je »ustavilo«, »prekinilo« ali »zataknilo« in da travmatične izkušnje integrira v predstave osebi. V obdobju pred predvidenem odpustu iz bolnišnice, je izrednega pomena, da vidimo, ali je uporabnik ali uporabnica kaj pridobila v procesu okrevanja, kje so strahovi, na katerem področju uporabnik oz. uporabnica še potrebuje pomoč za kvalitetno življenje v okolju, kjer živi. Če je človek²⁵² brez zaposlitve in brezdomec, pomeni proces okrevanja tudi pomoč za to, da dobi zaposlitev in stanovanje, če je oseba obkrožena s »skrbnimi« svojci, ki jo neprestano kritizirajo in nadzorujejo, mora multiprofesionalna pomoč pomagati osebi, da poveča izbire s kom, kje in kako bo živela. Tu gre za obravnavo problematike, ki jo imajo pacienti oz. pacientke v času, ko so v bolnišnici. S tem področjem se socialna služba največ ukvarja in je pri intervencijah, ki so potrebne pri reševanju problematike skupaj z pacienti tudi zelo uspešna, vendar se o tem ne govori, ne piše.

Spremljanje pacientov po odpustu²⁵³ iz različnih ustanov je bistveno za vzdrževanje zdravja in napredovanje v procesu okrevanja. Pomembno je tudi zato, ker se v obstoječem sistemu velik del pacientov in pacientk iz procesa skrbi in zdravljenja izgubi, včasih zato, ker ne želijo več sodelovati, večkrat pa zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja. To se zapoznelo rešuje z naglimi, intenzivnimi in bolečimi posegi kot so prisilna zdravljenja in prisilni sprejemi v bolnišnico, ko začne pacient ali pacientka ogrožati sebe in druge. Nepretrgano spremljanje je edini sistemski poseg, ki lahko bistveno zmanjša število sprejemov proti volji pacienta ali pacientke, vpliva pa tudi na stopnjo manj zmožnosti ali invalidnosti, ki se povečuje z dolžino motnje, zaradi katere se pacient ali pacientka zdravi.

2000.Postojna.

²⁵¹ Zaviršek, Darja. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

²⁵² Zaviršek, Darja. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

²⁵³ Avberšek, Slavica, Belak, Edo, Belec, Bojan, Blinc-Pesek, Marjeta, Bogataj, Andreja, Javornik, Srečko, Kobolt, Alenka, Kovačič, Boštjan, Lamovec, Tanja, Možina, Miran, Petek, Jožica, Resman, Janez, Rapuš-Pavel, Jana, Stritih, Bernard, Šugman-Bohinc, Lea, Švab, Vesna, Videmšek, Petra, Vukovič, Danica, Winkler, Aleksandra, Žorga, Sonja. (2004): Načela delovanja služb. V: Psihosocialna Rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

3.6 Obravnava uporabnikov in uporabnic s strani socialne službe

Človeka dostojno življenje²⁵⁴ je v zadnjem času vodilo in predstavlja smernico razvoja modelom strok, ki svojo tradicijo dopolnjujejo z izpostavljanjem človekovih pravic in zadovoljevanjem potreb uporabnikov in uporabnic. Z novimi metodami dela stroke stremijo k boljši kakovosti življenja in življenjske ravni bivanja. Postavljanje kriterija kakovosti življenja v ospredje, pomeni osredotočenje na zadovoljstvo ljudi s svojimi življenjskimi pogoji, še posebna pozornost pa je namenjena pogojem življenja skupin, ki so bolj ranljive v smislu kvalitete bivanja v vsakdanjem življenju ter odtujitve in povezanosti v odnosih z drugimi ljudmi. Ljudje z dolgotrajnimi duševnimi težavami so v svojih socialnih kontekstih iz različnih razlogov večkrat stigmatizirani, marginalizirani in še bolj kot druge ranljive skupine vključeni v različne bolj ali manj strokovne obravnave. V različnih državah in tudi v Sloveniji se v zadnjih letih uporabniki služb za duševno zdravje združujejo in z lastno socialno akcijo veliko prispevajo k izboljševanju družbenega položaja in kvaliteti življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Če povzamemo, socialna služba dobro deluje in se povezuje z drugimi akterji, ki kakorkoli sodelujejo pri obravnavi uporabnika oz. uporabnice duševnega zdravja, v času zdravljenja in po zdravljenju, v bolnišnici in delovanju zunaj nje. Pomoč uporabniku in uporabnici, ki je sprejeta v bolnišnico, lahko na kratko razdelimo na: preverjanje statusa posameznika (zaposlitev, zavarovanje, sodelovanje s svojci, vzpostavljanje socialne mreže), pomoč pri urejanju prej omenjenega (posredno in neposredno), vključevanje v skupino s socialnim delavcem oz. delavko (pogovorne skupine, trening socialnih veščin, aktualna problematika), nudenje informacij, svetovanje (individualni razgovori), povezava z zunanjimi institucijami, društvi, svojci:(Primarna institucionalna mreža: (CSD kot izvajalec javne službe in koordinator, dejavnosti v lokalni mreži in domovi upokoencev,...), sekundarna institucionalna mreža (dnevni centri, bivanjske skupnosti,...), neinstitucionalna socialna mreža (prijatelji, svojci, prostovoljci,...), izdelava individualnega načrta psihosocialne rehabilitacije oseb z duševno motnjo skupaj s prej omenjeno socialno mrežo, sodelovanje pri urejanju institucionalnega varstva oz. drugih raznih oblik bivanja, ambulantna socioterapevtska obravnava oseb z duševno motnjo, aktivno vključevanje svojcev v proces psihosocialne rehabilitacije.

²⁵⁴Dekleva,Bojan.(2004):Povzetki recenzij:Knjigi na pot.V:Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

Širjenje znanja o potrebah ljudi z motnjo v duševnem zdravju med sodelujoče v procesu psihosocialne rehabilitacije. Načela kvalitetnih služb so tudi:²⁵⁵

□ Zagotoviti in omogočiti, da uporabnice in uporabniki pridobijo različne pozitivne izkušnje. Vsi ljudje potrebujemo in želimo v življenju pridobiti različne pozitivne izkušnje: Prisotnost v skupnosti: uporaba običajnih prostorov, ki definirajo skupnost. Izbira: možnost, da smo avtonomni pri odločanju o majhnih in velikih zadevah ter da se lahko svobodno definiramo, kdo smo in kaj so naše vrednote. Zavedanje priložnosti in zavedanje ovir: za to moramo imeti na razpolago dovolj informacij. Kompetentnost: priložnost delati tisto, kar ima za nas nek smisel in je funkcionalno, ne glede na to, kakšno podporo pri tem potrebujemo. Možnost samoodločbe (samodeterminiranosti): daje nam občutek, da smo mi tisti, ki vodimo svoje življenje. Spoštovanje: pogoj zanj je, da so nam dostopne identitete, ki so v skupnosti pozitivno vrednotene. Sodelovanje v skupnosti: želja biti del mreže dvosmernih recipročnih odnosov z drugimi ljudmi (ti odnosi oblikujejo »skupnost«), s čimer uresničujemo potrebe po tem, da ljubimo in da smo ljubljeni, da dajemo in sprejemamo ter da delimo z drugimi ljudmi. Osebnostna kontinuiteta, ki se nanaša na trajajoče odnose s ključnimi ljudmi v našem življenju, na potrebo po domu in posedovanju stvari, ki nam dajejo občutek kontinuirane osebne/kolektivne zgodovine.

□ Občutljivost na specifične izkušnje uporabnic in uporabnikov socialnovarstvenih storitev. Ljudje imamo enake potrebe pa tudi specifične potrebe, ki pa niso vselej posledica neke okvare ali primanjkljaja, temveč posledica specifičnih izkušenj in specifičnih življenjskih situacij. Uporabniki socialnih in medicinskih služb imajo »posebne potrebe« prav zato, ker so pogosto preživeli »posebne«, neobičajne izkušnje, ki jih neuporabniki niso izkusili. Po drugi strani pa je jasno, da imamo vsi ljudje tudi »posebne potrebe«, saj smo si med seboj zelo različni. Težava je v tem, da »posebne potrebe« vrednotimo: neka potreba je prepoznana kot »pozitivna«, druga pa kot »negativna«. Seznamov potreb, ki jih imajo uporabniki socialnih služb, ne smemo gledati ločeno od specifičnih izkušenj, ki so jih preživeli v življenju: eden takih primerov je seznam potreb, katere so najpogostejše navajali ljudje z dolgotrajnimi duševnimi stiskami in izkušnjami večkratnih psihiatričnih hospitalizacij: potreba po osmišljanju življenjskih dogodkov, potreba po gotovosti, potreba po zatočišču, potreba po zagovorniku, potreba po posebnih

²⁵⁵ Zaviršek, Darja. (2002): Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje/Darja Zaviršek, Jelka Zorn, Petra Videmšek. Ljubljana: Študentska založba-(Knjižna zbirka Scripta).

prostorih, potreba po vsakdanjem tveganju, potreba po razbremenitvi situacije (gre za potrebo, ki so jo izražali svojci uporabnika) itd.

□ Skupnostna perspektiva služb

Do sedaj je bilo na razpolago relativno malo različnih služb, ki bi uporabnikom nudile tiste usluge, ki jih potrebujejo za samostojno življenje. Ljudje, ki so potrebovali kontinuirano podporo, so odhajali v zavode, domove za stare, posebne šole, psihiatrične bolnišnice itd., kjer se je njihova socialna izključenost znatno povečala, njihovo dostojanstvo je bilo poteptano, pogojev za enake možnosti pa ni bilo. Danes so zahteve angažiranih uporabnikov in kritičnih strokovnjakov po socialni pravičnosti, solidarnosti, možnosti izbire služb in storitev socialnega varstva, ohranjanju dostojanstva ljudi, preprečevanju socialne izključenosti postale ena glavnih tem politike socialnega varstva.

Uporabniki torej potrebujejo službe, ki delujejo v njihovih lokalnih skupnostih (tam, kjer uporabniki živijo oz. bi želeli živeti) in na načine, ki uresničujejo njihove pravice in želje.

□ Zagotoviti, da bodo službe dostopne

Dostopnost je ena pomembnih značilnosti kvalitetne skupnostne službe. Dostopnost pomeni, da je služba organizirana tako, da: imajo ljudje o njej ustrezne informacije, so informacije posredovane tako, da jih uporabniki fizično dosežejo in razumejo, je služba fizično dostopna vsem ljudem, je služba v prostoru, do katerega lahko pride večina ljudi brez težav.

□ Zagotoviti in omogočiti reciprociteto

Uporabniki so v mnogočem najboljši strokovnjaki drugim uporabnikom s podobnimi izkušnjami. Njihovo znanje in osebne izkušnje moramo uporabiti za dvig kvalitete socialne službe in za to, da omogočimo uporabnikom pravico do reciprocitete. V velikih zavodih je bilo že v preteklosti značilno, da so v njih, poleg osebja, delali tudi nekateri oskrbovanci (pomivali, čistili, nosili posode z obedi, pomagali pri razdeljevanju kosil, čistili mize po večerji, »pazili« soupornike ipd. Takšno delo prinese uporabnikom tudi občutke, da so koristni, da nekomu nekaj dajo, da pomagajo drugim in so zato pozitivno vrednoteni, včasih za delo tudi pohvaljeni ali simbolno nagrajeni. Uporabniki na ta način zadovoljijo potrebo po recipročnosti: človek ne želi le prejemati, temveč želi tudi prispevati in pomagati drugim.

Vrednote, ki jih moramo nujno upoštevati v socialnem delu so:

➤ spoštovati in ceniti razlike in različnost, samoodločanje, prosta izbira, vpliv na svoje življenje, biti (aktivno) proti diskriminaciji, ne stigmatizirati, pravica do socialne varnosti.

Temeljne vrednote²⁵⁶ socialnega dela lahko združimo v dva temeljna snopa. Eden govori o enkratnosti posameznika, njegovi svobodi, samodeterminaciji, pravicah in svoboščinah. Je utemeljen v kantovski moralni filozofiji in sodobnem pojmovanju posameznika. Drug govori o socialni pravičnosti, o preseganju krivic, ki se dogajajo ljudem, o dolžnosti pomagati v stiski, o solidarnosti. Temelji na socialnih filozofijah 19. st. in različnih pojmovanjih družbe in pravičnosti. Socialno delo kot veda, ki je usmerjena v ravnanje in deluje v konkretnem svetu ljudi, mora to protislovje vedno znova presegati in ga tudi preseže. To lahko naredi samo konkretno in z dialogom. Spoštovati človeka kot posameznika s prosto voljo in hkrati ne opustiti pomoči je mogoče le, ko gre za konkretne zadeve in ko človeka dosledno in vztrajno spoštujemo.

V načrtu krepitve moči moramo predvideti psihološke (doživljajske, retorične, spretnosti ipd.), socialne (državne, statusne, mreže), materialne in (mikro) politične ukrepe krepitve moči in socialne emancipacije. Načrtujemo lahko:

➤ krepitev samozvesti, krepitev suverenosti pri odločanju, dostop do sredstev (za preživetje, za udejanjanje želja itn.), dostop do relevantnih informacij, krepitev in širjenje repertoarja družbenih vlog, krepitev pogodbene moči (zagotovila in garancije, zagovorništvo, finančna sredstva), krepitev interakcijske kredibilnosti (imidž, nastop, socialne spretnosti), krepitev zaupanja (drugih v uporabnika ali uporabnico in narobe – dogovori, pojasnila, podpora), povezovanje z zavezniki, zagovorniki, zaupniki, povezovanje z uporabniškimi združenji in društvi za uveljavljanje pravic, organiziranje kampanj na različnih ravneh (mikro okolje, institucionalno okolje, javnost).

Alenka Stolz-Jež²⁵⁷ je v svoji diplomski nalogi opisala zadovoljstvo uporabnikov oz. uporabnic z delom socialne službe v psihiatrični bolnišnici. Ugotovila je, da so uporabniki oz. uporabnice zadovoljni z delom socialne službe, čeprav ugotavlja, da je mlajša populacija hospitaliziranih uporabnikov oz. uporabnic bolj kritična, njihove zahteve, želje so večje. Dobljeni rezultati kažejo na dokaj visoko stopnjo zadovoljstva z delom socialne službe. Stopnja zadovoljstva se pri ženskah in moških bistveno ne razlikuje. Menim, da na zadovoljstvo uporabnikov ne vplivajo toliko uspešno rešeni primeri, kakor to, da z uporabniki vzpostavimo zaupljiv odnos, da jim pokažemo da so enakovredni sogovorniki, da jim prisluhnemo. Dobljeni podatki kažejo, da uporabniki cenijo trud nas socialnih delavk, da bi

²⁵⁶Flaker,Vito.(2003):Temeljne in nujne spretnosti socialnega dela. V:Socialno delo-letnik 42,št. 4-5.Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

²⁵⁷Stolz-Jež,Alenka.(2004):Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija.Diplomsko delo.Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

čimbolj upoštevale njihovo zasebnost in dostojanstvo, saj več kot polovica uporabnikov oz. uporabnic meni, da je njihova zasebnost in dostojanstvo vedno upoštevana.

Uporabniki in uporabnice so mnenja, da jih socialne delavke oz. delavci vedno obveščamo o stvareh, ki jih urejamo za njih. To kaže na način dela, da skušamo uporabnike oz. uporabnice kar najbolj vključiti v reševanje njihove socialne problematike, seveda v skladu z njihovimi stvarnimi možnostmi. Mnenja so tudi, da jim socialna delavka oz. delavec ponudi možnost izbire pri reševanju njihove socialne problematike. Skušamo jim ponuditi kar največ uporabnih alternativ, potem pa sami izberejo tisto, ki jim najbolj ustreza. Ena izmed temeljnih človekovih pravic je tudi pravica do lastne izbire in to upoštevamo. Kolegica je tudi ugotovila, na dokaj visok odstotek tistih uporabnikov in uporabnic, ki menijo, da socialna delavka oz. delavec redko ali nikoli ne rešuje njihovih problemov namesto njih. To je za našo službo vzpodbuden podatek, ki kaže na to, da so uporabniki in uporabnice sposobni veliko stvari narediti sami, rabijo le malo vzpodbude. Rezultati kažejo, da ni prav pogosto oddelčni tim tisti, ki napoti uporabnike in uporabnice k socialni delavki oz. delavcu. Večina uporabnikov oz. uporabnic je odgovorila, da jih oddelčni tim le včasih napoti k socialni delavki oz. delavcu. Socialni delavci oz. delavke so lahko velikokrat edine osebe v socialni mreži uporabnika oz. uporabnice, edini, ki skušajo razumeti, ki po številnih neuspehih v življenju še zmeraj spodbujajo.

Uporabniki oz. uporabnice imajo lahko velike sposobnosti in talente, ki pa jih sami, brez pomoči ne znajo udejanjiti. *“Mislim²⁵⁸, da me poizkušajo, in ta v bolnici in tista na terenu. V bistvu so to edini na katere se lahko zanesem.”*

Ena temeljnih spretnosti socialnega dela je vodenje pogovora. Včasih so prav majhne stvari tiste, ki te naredijo bolj dostopnega za uporabnike in uporabnice kot na primer: prijateljski, neformalni pogovor, opažanje, majhne spremembe... *“Če me razume²⁵⁹, ne vem, mislim pa, da je še kar pozorna. To pokaže s tem, ko me pozdravi, se pogovarja z mano, upošteva moje dvome.”*

Zelo pomemben je tudi empatičen odnos, ki ga skušamo z uporabniki vzpostaviti. Ne skrivamo se za masko strokovnosti, ne uporabljamo besed, ki jih ne razumejo. Skušamo biti

²⁵⁸Mnenja uporabnikov in uporabnic: Povzetki intervjujev: V: Stolz-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁵⁹Mnenja uporabnikov in uporabnic: Povzetki intervjujev: V: Stolz-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

kar se da iskreni, saj iskrenost vzbuja zaupanje. *“Kar v redu²⁶⁰, z njo se da pogovarjati, ne daje občutka da je nekaj več od tebe, kakor nekateri drugi tu. Vesel sem, ker se včasih poheca z mano, tudi z drugimi. Ni preveč resna, zadržnjena.”*

Uporabnikom skušamo na svoj način pomagati, da se prebijejo skozi stisko. Z njimi skušamo ravnati kot s sebi enakimi. V pogovor včasih vpletamo tudi osebne stvari, moje zgodbe, moja čustva. Skušam biti iskrena, kajti iskrenost vzbuja zaupanje.

“Nikoli²⁶¹ nimam občutka, da bi me socialna delavka obravnavala kot številko.”

Socialni delavci in delavke smo tako ali drugače soodgovorni za varnost ljudi. Včasih uporabniku oz. uporabnici predlagamo rešitve, ki se nam zdijo najboljše, vendar pa zanj niso. Pri svojih odločitvah tvegamo, le-to pa se kdaj obnese, kdaj pa ne. *“Zelo²⁶² je prijazna, vendar vseeno pogrešam mojo mamo. Prinese mi pisma, ki mi jih pošlje moja mama. Poizkušala mi je najdit mesto v stanovanjski skupini, ampak meni je bilo preveč dolgčas po moji mami in domu.”*

Pri uporabnikih in uporabnicah, ki se že leta vračajo v bolnišnico, je socialni delavec oz. delavka največkrat v vlogi oskrbovalca. Uporabnikom oz. uporabnicam priskrbimo denarna sredstva, (če so pod skrbništvom, od njihovih skrbnikov) obleko, obutev. Velikokrat imajo težave pri izražanju svojih potreb, želja, zahtev, ampak to še ne pomeni, da jih nimajo. Preprosto imajo težave, kako določene zahteve, želje ubesediti. *“Saj veš²⁶³, zaradi denarja, ki mi ga pošilja moj CSD. Včasih vprašam tudi, če imajo kakšne hlače, pulover, čevlje.”*

Eno izmed načinov ravnanja v socialnem delu je tudi priskrbovanje, ki je strokovno dejanje v procesu pomoči. *“Največkrat²⁶⁴ se pogovarjam s socialno delavko na oddelku, v njeni pisarni. Navsezadnje kar rad pridem tja, sploh če kaj dobim.”*

Stvari, ki jih ne razumemo še dodatno prispevajo k naši negotovost. Da jih bolje razumemo potrebujemo nekoga, da nam jih razloži. Socialni delavci oz. delavke smo često v taki vlogi. Učenje raznolikih spretnosti, ki prispevajo k lažjemu obvladovanju sebe in našega okolja, je

²⁶⁰Mnenja uporabnikov in uporabnic:Povzetki intervjujev: V: Stolc-Jež,Alenka.(2004):Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija.Diplomsko delo.Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

²⁶¹Mnenja uporabnikov in uporabnic:Povzetki intervjujev: V: Stolc-Jež,Alenka.(2004):Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija.Diplomsko delo.Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

²⁶²Mnenja uporabnikov in uporabnic:Povzetki intervjujev: V: Stolc-Jež,Alenka.(2004):Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija.Diplomsko delo.Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

²⁶³Mnenja uporabnikov in uporabnic:Povzetki intervjujev: V: Stolc-Jež,Alenka.(2004):Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija.Diplomsko delo.Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

²⁶⁴Mnenja uporabnikov in uporabnic:Povzetki intervjujev: V: Stolc-Jež,Alenka.(2004):Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija.Diplomsko delo.Ljubljana.Fakulteta za

tudi ena izmed stvari, ki jih počnemo skupaj z uporabniki. Temu so namenjene skupine treninga socialnih veščin.

“Socialna²⁶⁵ je kar veliko prisotna na oddelku. Enkrat na teden imamo skupino, tam se pogovarjamo, izve se kaj novega, pa tudi take zanimive igrice se igramo. Mogoče to, ko se bil sprejet na zaprti odderek in me je prišel pogledat sodnik, ko sem dobil odločbo sem bil čisto iz sebe. Pisalo je, da sem lahko dva meseca na zaprtem. Pa mi je socialna potem razložila kako je s tem. Počutil sem se bolje.”

Včasih je potrebno narediti prvi korak npr. (pogovor z delodajalcem), ki je včasih za uporabnika najtežji. Veliko stvari so sposobni narediti sami, rabijo pa oporo, nekoga ki jih občasno vodi. *“Ko sva urejala²⁶⁶ stvari v zvezi s službo mi je vse povedala, tudi večkrat, če je bilo treba. Tako, da sem razumel. Naredil sem tako, kot se je dogovorila z mojimi šefi.”*

Pri pogovorih se trudimo biti čimbolj razumljivi tako z razlagami, kot z vprašanji. Ponovimo, kar nam je bilo povedano in vprašamo, če se uporabnik oz. uporabnica strinja z mojo interpretacijo. *“Kar razumljivo²⁶⁷, ponovi če me je prav razumela, pa tudi ona, če sem prav razumel.”*

»Tudi na oddelku²⁶⁸ je ostala včasih, ko se je vizita že končala. Jaz pa nisem dobro razumela stvari, ki mi jih je rekel zdravnik. Včasih mi je ona po svoje skušala stvari razložiti.” Za posameznega uporabnika si je treba vzeti čas, mu včasih stvari dodatno razložiti.

Zelo pomembno se nam zdi, da uporabnik ohrani stike s prijatelji, znanci, kajti tako mu je nekako olajšana vrnitev, lažje najde stik z domačim okoljem po odpustu iz bolnišnice. *“Pred prvim²⁶⁹ sprejemom sem prekinila vse stike z dotedanjimi znanci, nisem jih obnovila, tudi to, da mi je »zrihtala« prostor v stanovanjski je nekaj.”*

Svojega mnenja, kaj bi bilo za nekoga dobro, ne skušamo vsiljevati, če je očitno, da nekomu ni do tega. V nekem smislu so uporabniki in uporabnice strokovnjaki za svoje potrebe.

socialno delo.

²⁶⁵Mnenja uporabnikov in uporabnic: Povzetki intervjujev: V: Stolz-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁶⁶Mnenja uporabnikov in uporabnic: Povzetki intervjujev: V: Stolz-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁶⁷Mnenja uporabnikov in uporabnic: Povzetki intervjujev: V: Stolz-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁶⁸Mnenja uporabnikov in uporabnic: Povzetki intervjujev: V: Stolz-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁶⁹Mnenja uporabnikov in uporabnic: Povzetki intervjujev: V: Stolz-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

Na skupine večkrat povabimo tudi zunanje sodelavce, predvsem nevladne organizacije kot so na primer Šent, Ozara, Vezi. Menimo, da to odpiranje Psihiatrične bolnišnice navzven, sodelovanje z okoljem prispeva svoj delež k destigmatizaciji. *“Ja, tu se pogovarjamo²⁷⁰, sodelujemo v skupinah, ki jih vodi. Tu bi dodal še, da sem tudi sam sodeloval v njeni skupini, ko se bil zunaj. Povabila je Šent in jaz sem prišel z njimi. Pacientom sem povedal kako jaz doživljam ene stvari, veš, nam bolj verjamejo kot vam.”*

Čustvena stiska, težave velikokrat izgledajo nepremagljive, če jih nimamo s kom podeliti. Naša vloga je tudi, da uporabniku in uporabnici prisluhnemo, mu nakažemo pot reševanja njegove težave, mu pomagamo poiskati pot, ki vodi k premagovanju stiske. Stiske, ki jih doživljajo, so konkretne, osebne skušamo uporabniku po svojih najboljših močeh pomagati, k čemur nas zavezuje tudi Kodeks etičnih načel socialnega dela. *“Res²⁷¹ sem se znašel v obupni situaciji. Dal sem odpoved, pa še punca me je pustila. Zdaj šele vidim kakšno neumnost sem naredil, kako me je pretentala, bivša namreč.”* Kot socialni delavci in delavke poskušamo delovati iz perspektive moči, kar pomeni, da smo v odnosu z uporabniki in uporabnicami spoštljivi, da jim pomagamo odkrivati, olupšati, raziskati in izkoristiti njihovo moč in vire, da skušamo skupaj načrtovati majhne korake, ki vodijo k rešitvi problema. *“Včasih²⁷² sem videla vse črno, bila sem v res težki situaciji, pa me je beseda, dve z njo kar spravila pokonci. Tudi dobre novice v zvezi z reševanjem mojih problemov, so me razveselile. Pa mogoče bi »pasalo« tu zraven še to, po pogovoru in narejenem se mi je zdelo, da imam nekako več energije, da v svojem življenju lahko sama kaj naredim, ne da sem kar naprej odvisna od drugih.»* Ohranili smo dokaj visoko stopnjo zadovoljstva uporabnikov in uporabnic z delom socialne službe z odprtim pristopom do uporabnikov in uporabnic, še več povezovanja z socialnimi mrežami, ki zajemajo tako svojce, pristojne centre za socialno delo in nevladne organizacije, ki delajo na področju duševnega zdravja, želimo si predvsem večje upoštevanje socialnega dela pri medicinskem delu tima. Čeprav je timsko delo v bolnišnici še v povojih, smo mnenja, da prihaja do nerazumevanja dela socialnega delavca oz. delavke oz. socialne službe na sploh, oz. je še zmeraj najbolj upoštevana vloga oskrbovalca, dodatno in kontinuirano izobraževanje na področju socialnega dela.

²⁷⁰Mnenja uporabnikov in uporabnic: Povzetki intervjujev: V: Stolz-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁷¹Mnenja uporabnikov in uporabnic: Povzetki intervjujev: V: Stolz-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁷²Mnenja uporabnikov in uporabnic: Povzetki intervjujev: V: Stolz-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

Službe za duševno zdravje²⁷³ se bodo morale povezati tako, kot se bodo morale povezati različne ideologije, izobraževalni sistemi in službe, če želimo zmanjšati vrzel, ki zija med dejansko prakso dela in potrebami. Potrebe na področju duševnega zdravja skokovito naraščajo, ljudje pogumno zahtevajo vrhunsko kakovost storitev in služb, predvsem pa pravočasno in pravilno ukrepanje pri vseh vrstah duševnih stisk, ki jih je v tranzicijskem obdobju morda bistveno več kot v stabilni, čeprav v revnejši socialni resničnosti v preteklosti. Današnji model²⁷⁴ psihosocialne pomoči je usmerjen predvsem na proces okrevanja in se ne ustavlja pri utopičnem cilju »popolne ozdravitve«, ki ljudi že vnaprej diskriminira in se deli na tiste, ki jim je uspelo in tiste, ki jim ni uspelo. Njegovo izhodišče je, da človek med procesom okrevanja pridobiva nova znanja in socialne spretnosti, več refleksije za lastna ravnanja in več avtonomije za to, da čim bolj poveča nadzor nad svojim življenjem. V tem procesu vprašanje, ali je človek »ozdravljen« ali ne, nepomembno. Pomembnejše postane ugotavljanje, v kolikšni meri se je povečala kvaliteta življenja na različnih ravneh: delovni, v medosebnih odnosih, življenjskem stilu, izbirah itd. Tu imajo socialne službe v bolnišnici in zunaj nje veliko pozitivnih izkušenj, kajti ravno ugotavljanje kvalitete življenja uporabnika ali uporabnice duševnega zdravja, pomeni dobro vzpostavljene in sodelujoče socialne mreže v bolnišnici in zunaj nje.

Da bi bila socialna služba res lahko kvalitetna, pomeni, da je komunikacija med osebjem, ki se ukvarja z obravnavo uporabnikov in uporabnic ter med samimi uporabniki in vsemi drugimi, ki sodelujejo pri reševanju, res tista, v trenutku, najpomembnejši dejavnik pri razumevanju in pripravljenosti pomagati in poslušati. Brez komunikacije tudi dobrih rešitev ni, sploh pa pri tako kompleksnih situacijah, kot jih imajo ali doživljajo uporabniki duševnega zdravja. Poglavitne človeške značilnosti²⁷⁵ so razum, čustva, socialnost in komunikativnost, ki omogoča delovanje vseh ostalih. Preko komunikacije se kaže človekov način mišljenja, čustvovanja in delovanja. Komunikacija pomeni sporočanje ali prenašanje novic, pomeni navezovanje ali vzdrževanje stikov z nekom ter sprejemanje nekoga v skupnost. Tanja Lamovec²⁷⁶ komunikacijski proces razlaga na naslednji način. Komunikacija med dvema osebama vsebuje namere, misli, čustva pošiljatelja, ki jih le-ta vkodira, prevede v sporočilo,

²⁷³Švab, Vesna. (2004): Uvod. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

²⁷⁴Zaviršek, Darja. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

²⁷⁵Stolc-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁷⁶Lamovec, Tanja. (1993): Spretnosti v medosebnih odnosih. Ljubljana. Produktivnost-Management consulting-Center za psihodiagnostična sredstva.

primerno za pošiljanje. Osebnost posameznika, njegovi načini vključevanja v socialne stike, konkretne razmere, v katerih se le ta nahaja, dano socialno okolje, v katerem živi, pogojujejo delovanje komunikacijskega procesa. Učinkovita komunikacija je temeljno učenje tako v tradicionalnem socialnem delu, ki obsega tradicionalno materialno skrb, oceno situacije in organiziranje učinkovite pomoči, svetovanje, zagovorniško delovanje, opolnomočenje pa tudi za socialno delo, ki temelji na načelih oblikovanja načrta skrbi za posamezno osebo.

V pogovoru²⁷⁷ s socialno delavko oz. delavcem uporabniki oz. uporabnice najbolj cenijo:

➤ natančno in pozorno poslušanje; čas in dajanje občutka, da se nikamor ne mudi; pogovor, ki jih je pomiril in zmanjšal strah; individualiziran in prijazen sprejem; nepresojajoč pristop; ne preveliko število vprašanj. Uporabniki oz. uporabnice²⁷⁸ zelo cenijo tudi posredovanje informacij in napor, ki ga socialni delavci oz. delavke vložijo v rešitev problema, ne glede na njegov izid.

Potek vprašanj in vprašanja sama dajejo uporabniku oz. uporabnici samosvoja sporočila. Vprašanja o tem kako se oseba počuti, sporočajo, da niso pomembna le gola dejstva, ampak tudi človek sam. Vprašanja lahko pomagajo, da uporabnik oz. uporabnica usmeri pozornost na prav določene točke pripovedovanja. Pogovor s pomočjo postavljanja vprašanj omogoča, da se uporabniku oz. uporabnici odprejo nove alternative v zvezi z zgodbo, ki jo pripoveduje in skupaj s tem tudi nove strategije za reševanje problema. V pogovoru je pomembna različna raba in struktura vprašanj, saj že samo postavljanje vprašanj daje številna sporočila o tem, kakšen odnos in kolikšno znanje in empatijo imajo socialni delavci oz. delavke do določenega vprašanja. Odprta vprašanja so na primer povabila, da uporabnik oz. uporabnica pripoveduje in deli dogodek ali čustva s socialnimi delavci oz. delavkami. So možnost za lastno strukturiranje pomembnih dogodkov. Taka vprašanja so uporabniki oz. uporabnice pogosto razumeli kot možnost, da dalj časa govorijo o sebi, ne da bi jih kdo prekinjal ali obsojal. Zaprta vprašanja pomagajo strukturirati pogovor, omogočajo osredotočenje na določen problem. Poskusna vprašanja vsebujejo parafraziranje in refleksijo tistih področij, kjer je uporabnik oz. uporabnica neodločen/a in nejasen/na, kjer je pomembno pojasnjevanje čustev in dogodkov. Pomembna naloga socialnih delavcev oz. delavk je tudi, da v pogovoru

²⁷⁷Stolc-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁷⁸Stolc-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

učinkovito posreduje informacije. Uporabniki oz. uporabnice pogosto ne »slišijo« informacij v zvezi z različnimi možnostmi za materialno pomoč, samopomoč, širjenje socialne mreže,...

Za tako neučinkovito posredovanje informacij so najrazličnejši razlogi, pomembno pa je, da socialna delavka oz. delavec preveri, ali je oseba informacijo zares sprejela in jo razumela. Za posredovanje informacije moramo izbrati pravi trenutek, jo povedati na preprost in razumljiv način, brez »pokrivajočih besed« in ekspertnih izrazov. Informacija mora biti relevantna za osebo, ki jo potrebuje. K učinkoviti komunikaciji sodi tudi odkritost socialnih delavcev oz. delavk o samem sebi in visoka stopnja samozavedanja ali avtorefleksnosti. Informacija mora biti relevantna za osebo, ki jo potrebuje.

4 ZADOVOLJEVANJE INTERESOV UPORABNIKOV IN UPORABNIC

Skrb za zdravje²⁷⁹ in preprečevanje bolezni temeljita med drugim tudi na odnosu med posameznikom in družbo, predvsem pa na tem, kako posameznik zaznava in dojema to razmerje. Ni pomembno le to, kaj mislijo ljudje o zdravju in bolezni, temveč tudi kako mislijo in kako je njihovo mišljenje povezano s predstavami o medsebojnih odnosih in družbe v celoti. Duševna bolezen je vprašanje,²⁸⁰ za katerega so ljudje še posebej dovzetni. Po predstavah mnogih je prepletena s pomanjkanjem primerne znanja, globokimi strahovi in predsodki. Negativni stereotipi, napačne interpretacije in celo brezčutno posmehovanje utrjujejo stigmo, ki se pripisuje duševni bolezni. Sporočila v medijih pustijo globok vtis ne le na splošno javnost, ampak tudi na tiste, ki trpijo za duševno boleznijo. Pogosto jih je zaradi tega sram in so v zadregi. Negativna podoba škodi njihovi samozavesti in povečuje možnost, da svojih težav ne bodo zaupali nikomur in da ne bodo iskali zdravljenja in strokovne pomoči. Boj proti stigmati in posledicami²⁸¹, ki zadevajo integracijo ljudi z duševnimi problemi, je eden glavnih ciljev, ki jih določa WPA (Svetovna psihiatrična zveza) in WHO (Svetovna zdravstvena organizacija). Za paciente, družine in na tem področju zaposlene strokovnjake ima stigma mnogo posledic. Pacienti oz. pacientke imajo težave z vključitvijo v okoliški sistem življenja, dela in prostega časa. Družine imajo manj družbenih in strokovnih povezav in ne morejo dobiti dovolj denarja, da bi lahko zagotovile najboljšo skrb. »Borba« proti

²⁷⁹Ule, Mirjana. (2004): Družbene konstrukcije zdravja in bolezni: Zakaj bolniki obtožujejo sami sebe?. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

²⁸⁰Tomori, Martina. (2004): Medijski potencial v izobraževanju javnosti o duševnih boleznih – prezrta priložnost. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

²⁸¹Schony, Werner. (2004): Austrian Activities Concerning Antistigmatisation. V: Zbornik

predsodkom²⁸², zaradi katerih trpijo ljudje s psihiatrično zgodovino, s čimer utrjujejo njihovo mesto v družbi in izboljšuje način, z katerim se jih zdravi, in duševne probleme predstavljamo kot predmet odprte diskusije, da bi preprečili hujše težave v prihodnosti.

4.1.1 Pravice uporabnikov oz. uporabnic psihiatrične ustanove

V zadnjem desetletju²⁸³ se je vzporedno z razvojem organizacij, ki vključujejo načela varovanja in uveljavljanja temeljnih človekovih pravic v vsakdanjem življenju, spodbudila javnost z razpravami in debatami o pristoynosti in pravicah uporabnikov ter njihovih svojcev.

Gre za pojasnitev vprašanj, ki so vezana na:

- sodelovanje in odločanje o področjih dela, ki vključujejo zdravljenje in obravnavo uporabnikov, rehabilitacijo, načrtovanje ustreznih služb in evaluacijo služb na področju duševnega zdravja.

Pravice uporabnikov: Pravica do odgovornosti – pooblastitev, opolnomočenje, zagovorništvo: Pravica, o kateri se največ razpravlja na področju duševnega zdravja, je pravica do zagovornika, ki se prepoznava v samozagovorništvu, laičnem, kolektivnem ali z zakonom določenim zagovorništvom. Ta pravica se mnogokrat interpretira kot pravica do »biti odgovoren zase«. Pravica do zakonitega zastopnika: Uporabniki, ki so prisilno hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici, pogosto izgubijo številne civilne pravice. Nihče jih ne vpraša za njihovo mnenje o vrsti in metodi zdravljenja, vključno z medikacijo, in pogosto izgubijo položaj v družbi, ki so ga imeli pred hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici.

Uporabniki čutijo, da bi morali imeti zakonite zastopnike, ki bi jih sami izbrali in ki bi govorili v njihovo dobro. V nekaterih državah so bili sprejeti zakoni, ki zagotavljajo, da se zastopnik posvetuje z uporabnikom z namenom, da bo ravnal v njegovo dobro. Da bodo različne potrebe in zahteve uporabnikov poimenovane in da bodo dosegle svoj namen, lahko dosežemo tako, da: zagotovimo, da izhaja vpliv uporabnikov iz različnih skupin (nevladne asociacije, bolnišnični oddelki, lokalne skupine uporabnikov) in s spodbujanjem ter podporo uporabnikov, ki se lotijo intervjujev z drugimi uporabniki, uporabimo informacije tudi iz virov, kot so pritožbe, smo pozorni na to, kaj je potrebno narediti, da se slišijo tudi glasovi depriviranih, marginaliziranih skupin (ženske, istospolno usmerjeni partnerji) in glasovi

konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

²⁸²Vriens, Toon. (2004): Ever meet a normal person? V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

²⁸³Kovač, Nace, Švab, Vesna. (1995): Svojci in skrbniki kot aktivni udeleženci skrbi za uporabnike služb za duševno zdravje. V: Socialno delo - letnik 34, št. 2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

skupin iz etničnih manjšin. Pravica dostopa do medicinskih popisov: Pravica do dostopa do medicinskih spisov je v večini dežel uzakonjena in prisotna v raznih pravilnikih ter določilih v bolnišnicah. Toda vprašanje je, ali je ta pravica dovolj razumljivo, v pravem trenutku in z namenom seznanitve jasno posredovana, ravno tako pa tudi ali je neposredovanje rezultat argumentiranega mnenja strokovnih delavcev. Pravica do destigmatizacije: Številni uporabniki služb duševnega zdravja menijo, da izraz duševna bolezen ni ustrezen. Diagnostične označbe duševne bolezni pogosto zaznamujejo osebo do konca njenega življenja in lahko imajo destruktivne posledice, ki spremljajo posameznike.

Pravice sprejetih²⁸⁴ in pridržanih oseb v zdravstvenih organizacijah podrobno opisuje tudi Predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Predlog Zakona v 18. členu opredeljuje:

Oseba sprejeta ali pridržana v zdravstveno organizacijo ima pravico do:

- izbire zagovornika in vsakokratnega posveta z njim, podrobne informacije o učinkih zdravil, ki bodo pri zdravljenju uporabljena, obveščenosti o načinu zdravljenja in zavrnitve posameznih oblik zdravljenja oziroma sooblikovanja zdravljenja, vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, stikov z zunanjim svetom (uporaba telefona, stiki s svojci, prejemanje in pošiljanje pisemskih pošilk), svobodnega izražanja vere ali drugega prepričanja, svobodnega gibanja po prostorih oddelka zdravstvene organizacije, čistega in varnega prostora, dietne prehrane, zadržanja osebne obleke, varnega prostora za hrambo osebnih predmetov, osebne higiene, zasebnosti pri spanju in umivanju.

Tudi psihiatrične bolnišnice predstavljajo v zloženkah pravice bolnikov oz. bolnic, ki prihajajo v psihiatrično bolnišnico:

Zdravstveno varstvo v Psihiatrični bolnišnici²⁸⁵ izhaja iz načel resolucije Zdravja za vse Skupščine svetovne zdravstvene organizacije. Zdravljenje zajema usluge s področja bolnišničnega psihiatričnega varstva, njegove zaščite in preprečevanja ponavljanj obolenj. V okviru zdravljenja se opravlja diagnostika, različne oblike psihoterapevtskega, psihofarmakoterapevtskega, aktivacijskega in drugih oblik zdravljenja. Pomemben del tega predstavlja zdravstvena nega in resocializacija. Bolniki so glede na svoje psihično stanje odgovorni, da pri zdravljenju sodelujejo. Če je njihova odklonilnost v nasprotju z njihovimi koristmi glede zdravljenja, je zdravstveno osebje tisto, ki mora v skladu s strokovnimi in

²⁸⁴Predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Poročevalec Državnega zbora RS; 76/98 z dne 09.12.1998.

²⁸⁵Pravice bolnikov.(2000):Interno gradivo.Psihiatrična bolnišnica Idrija.Idrija.

etičnimi načeli posameznemu bolniku pomagati. Zdravljenje v Psihiatrični bolnišnici se upošteva tudi somatski aspekt človekove integritete.

Zadnja leta je vedno več strokovnjakov in organizacij s področja socialnega dela poskušalo postaviti človekove pravice za novo paradigmo. Človekove pravice so skupek etičnih standardov, so delo v nastajanju, ki vedno znova vključuje nove skupine in odpira nova obzorja. Birgit Romelspacher²⁸⁶ se v svojem članku »Socialno delo in človekove pravice« sprašuje, čemu ponovno odkrivati etična načela, če je socialno delo že zgodovinsko zaznamovano z zavezanostjo družbenim vrednotam in socialni pravičnosti in pravi, da je polemika o človekovih pravicah postala prostor globalne razprave in odseva različna gledišča in socialne boje. To ne pomeni vsiljevanja novih etičnih standardov, ampak gre le za izpraševanje lastnih vrednot in norm, ampak pomeni obrambo pred nevarnostmi nekritičnega in samozadostnega tipa socialnega dela, ki svoje standarde vsiljuje kot najboljše za vse.

Slovensko socialno delo je zavezano humanističnim vrednotam in ideji, da ima vsak človek pravico do enake obravnave, do varnega, spoštljivega in dostojnega življenja.²⁸⁷

Ko pa imamo pred seboj konkretnega nosilca pravic, avtonomnega subjekta, ugotovimo, da nimajo vsi ljudje enakih formalnih in dejanskih pravic. Neupoštevanje razlik je ena od oblik zavračanja ljudi z drugačnimi izkušnjami in različnimi problemi. Človekove pravice niso nov okvir socialnega dela, lahko pa ponudijo širši pogled in okrepijo tiste tradicije znotraj socialnega dela, ki izhajajo iz bojev za socialno pravičnost in emancipacijo.

Temeljna pravica²⁸⁸ je pravica v pravnem pomenu besede tedaj, ko so v celoti urejene njene sestavine in pravne dolžnosti. V »naravi ustave« je, da so temeljne pravice v njej le deloma določene in, da je celo tam, kjer so neposredno uresničljive, šele zakon tisti, ki jih sankcionira. Ustavni okvir za varstvo človekovih pravic obsega vse oblike varstva: sodni sistem, ustavno sodišče in varuha človekovih pravic. Dejansko delovanje teh ustanov je stvar prihodnosti. Probleme teh ustanov bo treba posebej preučiti. Vendar je eden od njihovih skupnih imenovalcev ta, da bodo vsaki od teh ustanov koristile izkušnje, pridobljene v procesu uporabe določil Evropske konvencije o človekovih pravicah.

Zagotovljeni sta sodno varstvo človekovih pravic in temeljnih svoboščin ter pravica do odprave posledic njihove kršitve.²⁸⁹

²⁸⁶Romelspacher, Birgit. (2003): Socialno delo in človekove pravice. V Socialno delo-letnik 42, št. 4-5. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁸⁷Zaviršek, Darja. (2003): Notranja nasprotja socialnega dela pri uresničevanju človekovih pravic v postmodernih družbah. V Socialno delo-letnik 42, št. 4-5. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁸⁸Stolc-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

²⁸⁹Ustava RS. (Ur.l.RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03).-15.člen.

Vsakdo ima pravico do osebne svobode. Vsakdo, ki mu je odvzeta prostost, mora biti v materinem jeziku ali jeziku, ki ga razume, takoj obveščen o razlogih za odvzem prostosti. V čim krajšem času mu mora biti tudi pisno sporočeno, zakaj mu je bila odvzeta prostost.²⁹⁰ Ta člen dodatno nadgrajuje Zakon o nepravdnem postopku,²⁹¹ ki govori o prisilni hospitalizaciji. Zagotovljeno je spoštovanje človekove osebnosti in njegovega dostojanstva v kazenskem in vseh drugih postopkih.²⁹² Zagotovljena je nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti in osebnostnih pravic.²⁹³ Državljeni imajo pod pogoji, določenimi z zakonom, pravico do socialne varnosti. Država ureja obvezno zdravstveno, pokojninsko, invalidsko in drugo socialno zavarovanje ter skrbi za njihovo delovanje.²⁹⁴

Eden temeljnih ciljev Republike Slovenije²⁹⁵ (pravica do zdravstvenega varstva) je ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja prebivalcev. Zdravje ni le odsotnost bolezni, temveč je čim večje telesno, duševno in socialno blagostanje posameznika oziroma čim večjega števila ljudi, uravnoteženo z okoljem, v katerem živijo. Za zdravstveno stanje prebivalstva je v veliki meri odgovorna država, ki mora skrbeti za uravnotežen osebni, socialni in ekonomski razvoj državljanov. Država iz te dolžnosti črpa pristojnosti za temeljne odločitve na vseh področjih. Zdravje je kazalec socialnega in ekonomskega razvoja. S spreminjanjem in dopolnjevanjem sedanjega sistema zdravstvenega varstva se vključujemo v sodobne usmeritve na področju varovanja zdravja ljudi. Odločamo se za zdravstveno politiko, katere cilj je, da imajo vsi prebivalci Slovenije zagotovljeno zdravo rast, duševni in telesni razvoj. Državljanom Republike Slovenije je zagotovljeno zdravljenje in rehabilitacija zaradi duševne bolezni.

Pravice iz socialne varnosti²⁹⁶ so sestavni del človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Omogoča jih država z ukrepi gospodarske in socialne politike. Za vsakdanje življenje oseb, ki potrebujejo organizirano skrb in podporo, so te pravice posebnega pomena.

Pravice odraslih ljudi s posebnimi potrebami so odvisne od njihovega statusa. Imajo lahko obliko dajatev ali storitev. Dajatve so lahko v denarju ali v naravi. Namenjene so za preživetje posameznika ali družine. Denarne pravice se lahko odmerijo v različnih višinah. V socialnem

²⁹⁰Ustava RS.(Ur.l.RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03).-19.člen.

²⁹¹Zakon o nepravdnem postopku.(Ur. l. RS, št.55/92).

²⁹²Ustava RS.(Ur.l.RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03).-21.člen.

²⁹³Ustava RS.(Ur.l.RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03).-35.člen.

²⁹⁴Ustava RS.(Ur.l.RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03).-50.člen.

²⁹⁵Stolc-Jež,Alenka.(2004):Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija.Diplomsko delo.Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

²⁹⁶Stolc-Jež,Alenka.(2004):Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija.Diplomsko delo.Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

varstvu se višina denarnih dajatev odmerja glede na višino minimalnih potreb, ki so za vse enako določene. V enaki višini je za uporabnike določena tudi denarna pomoč iz zavarovanja za primer brezposelnosti, ki izvira iz dela, a ima socialno varstveni značaj. Storitve so posebna oblika pravic iz socialne varnosti. Namenjene so za določene vrste socialnih primerov. Storitve prevladujejo v zdravstvenem zavarovanju in socialnem varstvu.

Predpisi določajo pogoje in načine uveljavljanja pravic iz socialne varnosti. Pri pravicah iz socialnega zavarovanja je potrebno dokazati, da je zavarovanec izpolnil predpisane pogoje, ki se nanašajo predvsem na status zavarovanca, trajanje zavarovanja,... Pridobitev nekaterih pravic je odvisna od materialnega stanja. To ne velja le za pravice iz socialnega varstva, ampak tudi za pravice, ki so opredeljene v sistemih zavarovanja kot na primer: varstveni dodatek k pokojnini, denarna pomoč med brezposelnostjo,... Temeljne človekove pravice, zagotovljene z ustavo, pa niso neomejene. Omejene so samo s pravicami drugih in ko to določa ustava (v primerih in po postopku kot to določa zakon). Vsaka omejitev človekovih pravic je dopustna le v obsegu, ki je nujno potreben za dosego cilja. V primeru postopka prisilne hospitalizacije, ko duševni bolnik ogroža življenje drugih ali jim povzroča hudo škodo je ustavnopravno sprejemljiv namen omejitve njegovih človekovih pravic in zavarovanje človekovih pravic drugih. Ko pa ogroža sebe ali povzroča hudo škodo sebi, zavarujemo z omejitvami druge njegove človekove pravice.

4.1.2 Želje in potrebe uporabnikov oz. uporabnic duševnega zdravja

Uporabniki duševnega zdravja vedo, kaj želijo. Če jim nudimo primerno priložnost in podporo, so po navadi sposobni povedati, kaj želijo in to je treba upoštevati. Včasih imajo težave pri izražanju svojih zahtev in želja, ker so v krizi ali ker so institucionalizirani, vendar zaradi tega niso bistveno drugačni, kot bi bili drugi ljudje v podobnem položaju.

Navadno ne zahtevajo nič revolucionarnega. Želijo le več izbire, več informacij, več besede pri tem, kar počnejo z njimi. Med tem, kaj želijo uporabniki in ostali ljudje, ni velike razlike. Če vprašate skupino uporabnikov in skupino neuporabnikov, kaj bi si želeli v duševni krizi, bodo navadno prišli na dan s skoraj popolnoma istovetnimi seznammi želja.²⁹⁷ Nekatere zahteve uporabnikov po svetu: VEČ VPLIVA V SVOJEM ŽIVLJENJU: To pomeni več vpliva na skrb in obravnavo, ki je je uporabnik deležen:

- ❑ IZBIRO: Raznoliko zdravljenje, INFORMACIJE: O alternativnih obravnavah, o

²⁹⁷ Lavš, Katarina. (1995): Za več izbire in nadzora nad svojim življenjem. V: CAMPBELL, Peter. (1995). Getting started/Kako začeti: priročnik z nasveti za uporabnike služb duševnega zdravja pri ustanavljanju in

pozitivnih in negativnih učinkih obravnave, o njihovih pravicah v stiku s službami. ZAGOVORNIŠTVO: Neodvisna pomoč in podpora pri zastopanju njihovih potreb in zahtev. KONZULTACIJA: Priložnosti za temeljito diskusijo o načrtih skrbi in obravnavi z delavci služb za duševno zdravje. Zavzemanje za več vpliva se odraža v prizadevanjih:

- da dobijo več besede pri dnevnem dogajanju na oddelkih in pri delovni terapiji, da sodelujejo pri upravljanju služb preko Sveta pacientov, da so vključeni v načrtovanje in spremljanje novih služb.

To pomeni več nadzora nad svojim življenjem izven ustanov, ki skrbijo za duševno zdravje, z:

- odpravo diskriminatornih stališč in odnosa do ljudi, ki so diagnosticirani kot duševni bolniki, izbiro stanovanjskih razmer, aktivnosti v prostem času in zaposlitve.

- DOSTOJNO OBRAVNAVANJE: To pomeni spoštovanje in dostojanstvo s strani služb in s strani družbe, kar vključuje zahtevo, da: z uporabniki ravnajo kot z odraslimi in ne kot z otroki le zato, ker ne obvladajo svojega življenja, priznajo in cenijo njihove izkušnje in zaznave, namesto, da jih zavrnejo kot »norost«, jih poslušajo: ne gre le za čas, ampak tudi za empatijo ter za postavljanje vprašanj, ki izhajajo iz potreb posameznika in ne le iz strokovne usposobljenosti, v njih prepoznajo človeška bitja, ki imajo enake državljske pravice kot drugi. Uporabniki ne želijo, da jih vidimo le kot ljudi s problemi in boleznimi. Imajo legitimna mnenja in vpogled in so sposobni prispevati svoj delež k družbi.²⁹⁸

Flaker in Rode v svojem prispevku predstavljata katalog »potreb« ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami:²⁹⁹ Stanovanje-Potreba biti nekje:

- bivališče, stalni naslov, prostor za shranjevanje svojih potrebščin in drugih stvari, prostor za organizacijo identitete (obiski, družina, erotika, itn.). Prostor bivanja, domovanje ali stanovanje, je v naši civilizaciji temeljna, ne samo eksistenčna, ampak tudi eksitencialna in indititetna nuja. Med osnovnimi željami ljudi, ki pridejo po daljšem času iz ustanove je, da si uredijo stanovanje, da imajo kje biti. Čeprav je stanovanje del življenjskih samoumevnosti, se večinoma zavedamo pomembnosti te naložbe; deloma zaradi visokih tržnih cen in pomanjkanja stanovanj, deloma pa zaradi cene, ki jo pripisujemo zasebnosti in samodeterminaciji. Stanovalsko razmerje: lahka dostopnost, stabilno razmerje (lastništvo ali

vključevanju v skupine samopomoči. Maribor. Ozara.

²⁹⁸ Lavš, Katarina. (1995): Za več izbire in nadzora nad svojim življenjem. V: CAMPBELL, Peter. (1995). Getting started/Kako začeti: priročnik z nasveti za uporabnike služb duševnega zdravja pri ustanavljanju in vključevanju v skupine samopomoči. Maribor. Ozara.

²⁹⁹ Flaker, Vito, Rode, Nino. (1995): Potrebe ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami (publikacija za interno uporabo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

varen najem), vzdrževanje razmerja (denar, fizično vzdrževanje, stiki s sosedi itn.), pozitivna diskriminacija (ob ločitvi, spremembi namembnosti itn.).

Posebne potrebe, ki jih lahko opazimo pri ljudeh z dolgotrajnimi duševnimi in socialnimi potrebami, izhajajo predvsem iz njihove ranljivosti, iz primanjkljajev, ki jih ovirajo pri tem, da bi si stanovanje pridobili, ga vzdrževali in obdržali. Prav gotovo bolj izstopajo primanjkljaji, ki izhajajo iz sekundarnih težav, ki jih s seboj prinese kariera duševnega bolnika, predvsem iz dolgotrajnega bivanja v ustanovi in pa stigme in nizkega družbenega položaja uporabnikov psihiatričnih služb. Hkrati pa stanovanjske težave gotovo krepijo verjetnost hospitalizacije in vzpostavitev kariere sekundarne odklonskosti.

Posebej potrebne in ogrožene skupine (preprečevanje duševne stiske):

➤ Brezdomci, Mladi ljudje, Priseljenci. Gre za potrebe ogroženih skupin, ki jim stanovanjski problem povečuje možnost, da se bodo znašli v psihiatričnih bolnišnicah. Potrebe po posebnih prostorih: Zavetišča, Prehodna stanovanja, Terapevtske skupnosti, Zaščita in podpora v samostojnih stanovanjih, Rehabilitacijske stanovanjske skupine, Sostanovalci, Posredniki in zagovorniki za morebitna nesoglasja med stanovalci ali s sosedi.

To so lahko prehodni prostori, od zatočišč za ženske, mlade, pobegle bolnike do takih, ki so namenjeni preživljanju psihotičnih in drugačnih duševnih kriz. Lahko pa so to prostori, kjer je specifična potreba podpora in pomoč pri vsakdanjih problemih gospodinjskega in družabnega življenja. Delo in denar-Delovno mesto-Vzdrževanje delovnega mesta: Bolniški stalež, Tolerantnost in fleksibilnost delodajalca, Fleksibilen ali zmanjšan delovni čas, Zamenjava delovnega mesta, Zavezniki v kolektivu, Zunanji zagovornik.

Najprej obstaja potreba po vzdrževanju delovnega mesta. Če delodajalec ni toleranten ob upoštevanju zgoraj naštetih predlogov, je mogoče bolj pametno, da si tak človek išče drugo službo ali pa se poveže z zagovornikom znotraj ali zunaj kolektiva. Ob daljši odsotnosti z dela

➤ Vzdrževanje delovnih spretnosti in delovne kondicije, Čim hitrejša vrnitev na delo, Vzdrževanje stikov z delovnim procesom in kolektivom. Če je človek odsoten iz službe zaradi hospitalizacije, je za ohranitev delovnih spretnosti in kondicije gotovo primerno, da se vrne v razumno hitrem času, prav bi bilo, da bi lahko ostal v stiku z delom. Restitucija delovnih zmožnosti: Usposabljanje, Rehabilitacija, Plačano delo tudi ob usposabljanju in rehabilitaciji. Ljudje, ki so bili dolgo hospitalizirani ali brez dela potrebujejo po navadi usposabljanje in rehabilitacijo. Pomembno je, da je to delo plačano in da vodi k spodobno plačani zaposlitvi.

Invalidnost: Izogibanje invalidnosti, Vmesni statusi med bolniškim in invalidskim, Možnosti dodatnih ali občasnih zaslužkov. Popolni invalidizaciji bi se bilo treba izogibati, ker je vsaj v teh časih precej nepovratna. Razmišljati bi veljajo o vmesnih statusih med bolniškim in

invalidskim. Nekateri uporabniki bi potrebovali kaj podobnega bolniški tudi potem, ko npr. izgubijo službo ali če obrnemo, invalidski status, ki bi ga bilo mogoče zamrzniti, tako, da bi se v primerih, ko bi posameznik želel poizkusiti neko delo, ne bal, da bo zaradi tega izgubil varnost dohodkov, ki mu jih zagotavlja pokojnina. Neplačano delo in druge dejavnosti: Možnosti uporabne brezposelnosti: izmenjava uslug in dela: koristna dela v združenjih in socialnih mrežah, koristna dela za svoje blagostanje, gospodinjsko delo.

Razvijanje oblik sožitja v okviru društev, klubov, prostovoljnega dela in drugih neformalnih oblik druženja, ki ne bodo vezana na tržna ali strokovna merila uspešnosti. Stiki in družabnost-Stiki: Normativni, Informativni, Usodni (ljubezen, prijateljstvo, strast), Vzajemna solidarnost in samopomoč. Družabnost: Širjenje mrež, Obnavljanje stikov s svojci in drugimi bližnjimi, Vzajemno spoznavanje s strokovnjaki, Vključenost v društva in druge oblike asociativnosti, Navzočnost v javnosti in skupnosti, Denar za družabne in rekreativne dejavnosti, Spremljevalci. Svojci in bližnji: Izobraževanje, Podpora, Izboljševanje materialnih okoliščin. Institucionalna kariera-Bolnišnično zdravljenje: Možnost zapustiti zdravljenje, Večanje izbire zdravljenja in strokovnjakov, Možnost učinkovite pritožbe, Informiranost:

✓ zdravilih in stranskih učinkih, o poteku zdravljenja in možnih alternativah, o izven bolnišničnih službah, o zagovorništvu in pravicah. Zaščita pred nasiljem in zlorabami, Ukinitve kaznovalnih vidikov zdravljenja (mreža, izolirnica, disciplinski ukrepi). Osebe: Distanca od birokratskih vlog, Posvetiti čas, Poslušati, kaj uporabniki zares rečejo, Biti bolj človeški, manj birokratski in profesionalni, Biti enakovredni z uporabniki. Druge službe:

➤ Somatske bolezni, Več podpore v primarnem zdravstvu in socialnem delu, Obiski na domu. Okoliščine kariere: Pozornost pri premestitvah, odpustu ipd. (obred prehoda), Sestavljanje osebne biografije, ki bi bila sprejemljiva in pomembna za uporabnika, Skrb za pozitivno napredovanje v karieri. Potrebe strokovnih delavcev: Po usposabljanju (sestre, socialni delavci), Po superviziji, Po preprečevanju pregorevanja. Nevmeščenost in pripadnost:

➤ Osamosvajanje, Od družine, partnerja, Od bolnišnice, strokovnjakov, Pripadnost, Akcija, subjektivnost, Nesmisel, zabava, umetnost, Skrb zase, Finančna neodvisnost od strokovnjakov.

Socialni delavci oz. socialne delavke, zaposleni na področju duševnega zdravja lahko v življenju uporabnikov odigramo³⁰⁰ pomembno vlogo. Uporabniki oz. uporabnice se na nas največkrat obračajo v stiski, ki je sami več ne obvladajo. To je v trenutku ali obdobju svojega

³⁰⁰Štolc-Jež, Alenka. (2004): Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Diplomsko delo. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

življenja, ko postanejo njihovo vedenje, znanje življenjske spretnosti in samostojnost vprašljivi. Razumljivo je, da so tedaj ranljivi, da se čutijo ponižane, saj je načeta njihova samopodoba. In z tako omajano samopodobo se velikokrat zatečejo k socialnemu delavcu, ki z njim začne tkati zaupljiv odnos. Namreč človek, ki potrebuje pomoč ali nasvete za samopomoč, pričakuje najprej odnos, šele na drugem mestu pomoč. Uporabniki so ranljiva skupina, zaradi stigmatizacije kot posledice bolezni. Uporabniki sprejemajo pomoč, če začutijo, da jim želimo pomagati. Uporabniku se lahko bolj približamo, če smo v odnosu iskreni, uporabljamo preprost pogovorni jezik, upoštevamo njegova čustva. Pomembna je komunikacija med nami in uporabnikom, tako verbalna, kot tudi neverbalna.

Pomembno je, da skušamo med samo hospitalizacijo ohranjati uporabnikovo socialno mrežo, mu ponuditi možnost vključevanja v skupnostno obliko skrbi, kajti ta je pomembna za normalizacijo potreb in želja uporabnikov oz. uporabnic.

5 PREDLOGI

Opis oz. delovanje socialne službe v psihiatrični bolnišnici ni lahka naloga. Zahteva veliko discipline, ob upoštevanju vseh teoretičnih načel, delovanja dobre prakse, upoštevajoč interdisciplinarnost drugih ved, delovanje vseh drugih služb v psihiatrični bolnišnici in zunaj nje, predvsem pa zahteva veliko potrpežljivosti v smislu »dodati nekaj novega« ali drugače »delati dobro«, če upoštevamo vsa poglavja, ki so opisana v tej nalogi. Sama naloga je zastavljena širše, kar pomeni, da je delovanje socialnih služb v psihiatričnih bolnišnicah in zunaj nje pomemben dejavnik pri zdravljenju, spremljanju bolnika oz. bolnice od sprejema do odpusta v bolnišnici, da socialne delavke oz. socialni delavci delamo dobro, da se vloga socialnih služb spreminja in da želimo, da se nas sliši in upošteva.

Da bi socialna služba v psihiatrični bolnišnici lahko resnično zaživela, potrebuje sodelovanje vseh socialnih služb v šestih psihiatričnih bolnišnicah, kar pa seveda pomeni veliko dogovarjanja in prilagajanja. Naj tukaj dodam, da bi se seveda z novitetami (če se bodo uvajale), morale strinjati tudi zdravniške službe, kajti po hierarhični lestvici, je zdravniška služba dominantna služba in zelo težko sprejema razne novosti in morda konkretnije, celo boljše rešitve, kar pa brez timskega dela ne pomeni uspešnosti skupnega dela, kar v nalogi tudi poudarjam. Da bi naloga lahko pokazala prednosti, slabosti, pomanjkljivosti, pomeni narediti po končanem dogovorjenem obdobju (npr. polletnem obdobju) poročilo vseh psihiatričnih socialnih služb z zbiranjem podatkov, analizo podatkov in interpretacijo podatkov.

Glede na to, da je v nalogi opisano socialno delo v psihiatriji, obravnava uporabnikov oz. uporabnic duševnega zdravja, timsko delo, socialna služba kot pomemben dejavnik pri obravnavi uporabnikov in uporabnic, skupnostne oblike pomoči, zadovoljevanje interesov uporabnikov oz. uporabnic duševnega zdravja in še bi lahko naštevala, je smiselno dodati, da socialne službe v psihiatričnih bolnišnicah in zunaj nje seveda upoštevajo smernice teorije in dobro prakso socialnega dela in drugih ved, znanj itn. kot je v nalogi tudi opisano.

Pogrešala pa sem neko celoto, kar pomeni, da je naloga oblikovana tako, da je na temo socialnega dela v psihiatriji zajeto vse, kar delamo. Želela se, da v nekem službovanju oz. delovanju kot dober strokovnjak ne iščeš metode, inovitete, dobro prakso ali če hočete, nekdo, ki se šele začenja ukvarjati s tem področjem, želi vedeti čim več informacij.

Kot sem že omenila je pisanje na temo socialnega dela v psihiatrični bolnišnici zahtevna naloga, zataknilo se je seveda že pri literaturi, kjer je napisano veliko stvari, vendar nikjer celotnega pogleda na tem področju. Če samo omenim, nikjer ni uradno,³⁰¹ točno zapisano, kaj so sploh naloge oz. pooblastila socialne službe v psihiatrični bolnišnici, storitve socialne službe-nikjer jih seveda nihče posebej ne plačuje (kot je to v zdravstvu).

Želela sem predstaviti socialno službo z upoštevanjem teoretičnih smernic tudi zaradi nepoznavanja dela socialnih služb znotraj bolnišnice, kar pomeni, da se socialna služba še zmeraj šteje za nekaj manjvrednega, v smislu oskrbovalcev uporabnikov oz. uporabnic duševnega zdravja, še zmeraj se dogaja, da zdravniki, psihologi, medicinsko osebje, delovni terapevti in drugo osebje sprašujejo, kaj je sploh vaše delo, ali pa: »ali ste že uredili« finančno krizo pacienta oz. pacientke, »zrihtajte, da bo šel čimprej ven« in še bi lahko naštevala, hkrati pa nihče ne vidi skupno sodelovanje z uporabnikom oz. uporabnico, ko npr. nekdo zapusti bolnišnico v varno okolje z pomočjo svojcev, da ni nekdo prepuščen samemu sebi, da smo lahko z skupnimi močmi dosegli poravnavo recimo v službi, ali pa recimo ureditev državljanstva ali začasnega bivališča, denarne pomoči, stanovanjske skupine itn.

Vodja timske skupine je v praksi zmeraj zdravnik-psihiater, ki seveda poda diagnozo, prognozo neke osebe, ki je na zdravljenju in v praksi on določi, kaj bo npr. ugotavljala psihološka, socialna, delovno-aktivacijska služba in s tem nekako določa smernice zdravljenja, to pa v osnovi ni timsko delo, če seveda podaja mnenja oz. piše priporočila samo zdravniška služba. Konkretno: v kartoteki neke osebe, ki pride na zdravljenje, je poleg zdravniških opažanj, poročil vizit, priporočil in mnenj samo po navadi še psihološko poročilo

³⁰¹(pomeni na državni ravni-Ministrstvo za delo, družino in socialne razmere, Ministrstvo za zdravje, Socialna zbornica itd.).

in izjemoma (odvisno od primera) še kakšno priporočilo socialne službe, delovno-aktivacijskega poročila pa sploh ni, ki pa je tudi zelo pomemben dokument, saj opisuje motivacijske procese v delovni terapiji oz. rezultate oz. opažanja v času teh vrst terapij.

Moram dodati še to, da je v praksi psihološka služba³⁰² zelo cenjena, sposobna (*da ne bo pomote, v strokovnost psihološke službe ne dvomim*) in je tik pod zdravniško službo, kar pomeni, da je psihološka služba edina služba v vseh psihiatričnih bolnišnicah, ki je prisotna na jutranjem raportu zdravniške službe skupaj z predstojnikom bolnišnice, socialne in delovno-aktivacijske službe pa v nekaterih bolnišnicah do sedaj ni povabil še nihče, kar lahko na en način dokazuje odrinjenost in manjvrednost delovanja naštetih služb. Če bi se samo prioritete dela med službami prerazporedile, kar pomeni, da bi vsak član tima tako zdravniške, socialne, psihološke, delovno-aktivacijske službe ter ostalega medicinskega osebja deloval po nekem dogovoru ali če hočete po načrtu dobrega individualnega načrta zdravljenja, bi bili lahko uspešnejši pri delu z uporabniki z razporeditvijo nalog oz. pooblastil.

Naloga lahko prispeva k boljši prepoznavnosti socialnih služb v psihiatričnih bolnišnicah, prispeva k boljši širitvi socialnih služb zunaj bolnišnice, kar pomeni, da bi bilo smiselno, da bi imele socialne službe večji pregled nad obstoječimi službami in navsezadnje imele več informacij kaj se po regijah dogaja. Tu predvsem mislim na:

Vsaka psihiatrična bolnišnica³⁰³ pokriva določeno število prebivalcev v regiji:

npr. Psihiatrična bolnišnica Idrija pokriva primorsko regijo, kar pomeni, da uporabnike oz. uporabnice duševnega zdravja, ki so v stiski, se pravi prebivalce te regije sprejme psihiatrična bolnišnica Idrija, seveda obstaja možnost izjeme, v skladu z dogovori z drugimi bolnišnicami v Sloveniji. Tu bi bilo smiselno, da se naredi seznam: št. občin v regiji, št. CSD-jev v regiji, št. socialno-varstvenih zavodov v regiji, št. stanovanjskih skupin v regiji, št. domov za starejše, št. nevladnih organizacij, št. društev in ostalih organizacij, ki se ukvarjajo z področjem duševnega zdravja, npr. št. praznih stanovanj ali občinskih, neprofitnih stanovanj ipd.

Z pridobljenimi podatki bi lahko naredili sliko podatkov, kjer bi lahko ugotovili, kje, v katerih regijah potrebujemo več sodelovanja z lokalnimi in državnimi oblastmi, kaj v posameznih

³⁰²(izobrazba univerzitetni diplomirani psiholog se v bolnišnici nadaljuje s specializacijo-klinična psihologija, ki ima mimogrede tudi prednost v kolektivni pogodbi-s specializacijo klinični psiholog tudi napreduje, recimo socialni delavec pa s specializacijo ne napreduje, ker se šteje, da ima samo klinični psiholog dovolj znanja za obravnavo psihiatričnega pacienta oz. pacientke, seveda lahko socialni delavec nadaljuje svojo študijsko pot, vendar brez dodatnega napredovanja oz. točkovanja razen zakonskega določila-vsake tri leta) .

³⁰³(seveda imajo posamezne socialne službe te podatke na voljo, vendar nepopolne, v smislu sodelovanja z drugimi socialnimi službami).

regijah manjka, kaj bi lahko socialna služba v psihiatrični bolnišnici oz. sama psihiatrična bolnišnica predlagala ipd. Gre predvsem za intenzivno sodelovanje z lokalnimi oblastmi, kar pomeni, da bi tudi občina uporabnika oz. uporabnice, ki je na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici imela dovolj posluha, da bi se stanje uporabnikov in uporabnic stabiliziralo (če je seveda to mogoče). Če bi socialna služba delovala tudi z namenom pridobivanja nekih informacij oz. podatkov, ki so pomembni pri spreminjanju zakonodaje, ali miselnosti posameznih institucij, bi bil moj namen dosežen. Analiza podatkov, ki bi jih pridobili z popisnicami (v nadaljevanju opisana), ki bi jih socialne službe v psihiatričnih bolnišnicah delale, bi nam pokazale realno sliko sistema, ki obstaja v Sloveniji, šele na podlagi nekih ugotovitev ali razprav, pa bi podatkovna baza pripomogla:

➤ k načrtovanju manjkov v sistemu, k boljši organiziranosti od odpusta uporabnikov iz bolnišnice do morebitnega ponovnega sprejema v bolnišnico, k boljšemu delovanju socialnih služb v psihiatričnih bolnišnicah (morebitna ureditev stanovanjskih problemov uporabnikov, k ureditvi finančnih, zaposlitvenih problemov, zagovorništva - pravic uporabnikov - svetovanje pri reševanju problemov, sodelovanje z delovnimi organizacijami, zavodi za zaposlovanje, z ministrstvi, občinami, CSD-ji in ostalimi institucijami, ki pomagajo pri konkretni rešitvi problemov že v bolnišnici).

Seveda bi bilo smiselno pri obravnavi problematike uporabnikov poleg popisnice, upoštevati in prakticirati tudi etnografsko metodo zapisovanja zgodb uporabnikov, ki so hospitalizirani, kot raziskovalno metodo, katerih deli zgodbe so sigurno pokazatelj osebnega doživljanja ljudi, ki pridejo v psihiatrično bolnišnico.

Z etnografskim pristopom dosežemo ne-frontalno opisovanje življenjske zgodovine in osebnih zgodb. Tako je najpomembnejše da:

➤ nam omogoči, da upoštevamo kontekst uporabnika; pridobimo holistično in ne reducirano, »procesirano« znanje. Uporabniki posredujejo strokovnim delavcem le omejeno količino osebnih doživetij. Ko se strokovnjaki pogovarjajo o uporabnikih z evaluatorji, supervizorji, načrtovalci služb itd., posredujejo tudi oni naprej le omejeno količino podatkov in izkušenj; smo osebno udeleženi v procesu etnografskega raziskovanja in da reflektiramo, kako smo srečali osebo in kako vpliva raziskovalni proces na nas. Strokovnjak, ki uporablja etnografsko metodo se zaveda, da je vedno že pozicioniran kot subjekt v določenem kontekstu; reflektiramo in opisujemo različne ravni analize; se zavedamo, da z zapisovanjem

življenjske zgodovine ne dobimo le življenjske zgodbe osebe, temveč da dobimo z njo tudi opise različnih ustanov in strokovnega osebja.³⁰⁴

Zagotoviti je treba sodelovanje³⁰⁵ uporabnika pri pisanju poročila in zagotoviti, da je poročilo skladno z uporabnikovo perspektivo – približati pripoved njegovi.

Socialno poročilo mora predstaviti osebo najprej kot človeka, poudariti tudi vrline in sposobnosti, opisati življenjsko situacijo in momente, ki bodo prispevali k samostojnosti.

Poročilo vsebuje povzetek življenjskih okoliščin uporabnika, razmer v družini, šolsko in poklicno kariero, analizo situacije, profil družine in uporabnika.

Mnenje vsebuje tudi predlog ukrepa, ki ga je treba oblikovati skupaj z uporabnikom, uporabnico, tako da bo vsebovalo odgovor na njegove, njene stiske in težave ter da bo razvidno, kaj bo predlagani ukrep konkretno vseboval.

Kot sem že omenila, da je v dnevnih časopisih in ostalih medijih zelo malo člankov, ki se nanašajo na duševno zdravje, ali potrebe in želje uporabnikov in uporabnic duševnega zdravja, ali na socialno službo samo. Matija Grah³⁰⁶ je povedal, da je zgodbe o duševnem zdravju težko napisati, navedel je nekaj razlogov: »če ljudje z duševnimi motnjami o svojih problemih niso pripravljeni govoriti odprto in javno; če o njihovih in svojih stiskah molčijo njegovi svojci; če ni zadostne mreže organizacij civilne družbe, ki bi povezale prizadete in ki bi bile ob pomoči strokovnjakov sposobne artikulirati težave obolelih in njihovih svojcev ter ponuditi okvirne predloge za njihovo družbeno reševanje; če uredniki domnevajo, da bo bralce ob pogledu na članek o duševnih motnjah prevzelo nelagodje, zaradi česar članka ne bodo brali.«

Smiselno bi bilo pridobljene podatke predstaviti tudi lokalnim oblastem (občinam, CSD-jem, drugim institucijam, ki se ukvarjajo z področjem duševnega zdravja), hkrati pa tudi državnim oblastem kot so ministrstva, pristojna za to področje in tudi Svetu³⁰⁷ za duševno zdravje, ki ga je sprejela Vlada Republike Slovenije.³⁰⁸ Svet je strokovno in posvetovalno telo Vlade Republike Slovenije. Svet opravlja strokovne naloge za predsednika Vlade Republike Slovenije in Vlado Republike Slovenije in jima nudi strokovno pomoč pri odločanju o zadevah s področja celostne obravnave in varstva oseb s težavami v duševnem zdravju.

³⁰⁴Zaviršek, Darja. (2002): Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje/Darja Zaviršek, Jelka Zorn, Petra Videmšek. Ljubljana: Študentska založba-(Knjižna zbirka Scripta).

³⁰⁵Flaker, Vito. (2003). Oris metod socialnega dela: uvod v katalog centrov za socialno delo. Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Fakulteta za socialno delo. Ljubljana.

³⁰⁶Grah, Matija. (2004): Neizpovedane zgodbe. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

³⁰⁷(Sklep o ustanovitvi Sveta za duševno zdravje pri Vladi Republike Slovenije: Ur.l. RS, št. 39/03).

³⁰⁸<http://www.gov.si/>: (15.03.2004).

Svet³⁰⁹ opravlja naslednje naloge: ocenjuje načrtovanje in uresničevanje politike, nacionalnega programa in realizacije letnih načrtov na področju duševnega zdravja, analizira in vrednoti podatke o izvajanju programov s področja duševnega zdravja, daje mnenje k normativom za financiranje nacionalnega programa, daje strokovna mnenja k predlaganim zakonom in podzakonskim aktom na področju varstva oseb s težavami v duševnem zdravju, usklajuje in povezuje nastajanje in izvajanje programov za varstvo oseb s težavami v duševnem zdravju, daje Vladi Republike Slovenije predloge, pobude in priporočila za hitrejše uresničevanje sprejete politike za celostno obravnavo in varstvo oseb s težavami v duševnem zdravju, oblikuje predloge za vzpodbujanje zdravstvenih organizacij in drugih organizacij za celostno in ustrezno obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju, proučuje in ocenjuje predloge in pobude za izboljšanje zdravstvenega in socialnega položaja oseb z motnjami v duševnem zdravju, organizira posvete, seminarje in druge oblike srečanj v zvezi s problemi na področju duševnega zdravja, daje predloge za oblikovanje programov za usposabljanje oseb s težavami v duševnem zdravju, za usposabljanje kadrov, ki delajo na področju duševnega zdravja ter za izvajanje programov varstva oseb s težavami v duševnem zdravju, spremlja socialni položaj oseb s težavami v duševnem zdravju in predlaga sistemske ukrepe za izboljšanje njihovega ekonomskega in socialnega položaja, vzpodbuja delovanje nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja, pospešuje izobraževanje in raziskovanje na področju duševnega zdravja, pospešuje mednarodno sodelovanje. Glede na to, da so potrebe³¹⁰ bolnikov izrazito različne in po svoji naravi zdravstvene in socialne narave, bo pri smernicah za obravnavo posameznih »diagnoz« potrebno upoštevati tudi delo in sredstva tistih sodelavcev in služb, ki niso del zdravstva, so pa v obravnavo vključeni. Za to pa bo treba zagotoviti in jasno opredeliti pristojnosti in delo različnih poklicnih skupin, ki delajo z ljudmi z duševnimi motnjami. Med službami, ki delajo z ljudmi z duševnimi motnjami in z njimi povezanimi problemi, vsekakor sodijo tudi socialne službe v psihiatričnih bolnišnicah. Predstavitev, delovanje socialne službe v psihiatrični bolnišnici v nalogi prispeva k novemu razumevanju delovanja omenjene službe. V nadaljevanju bo predstavljen predlog dokumenta (kot prilogaan),³¹¹ ki bi ga lahko uporabljale vse socialne službe v vseh psihiatričnih bolnišnicah, katerega bi se lahko po odpustu uporabnikov tudi vložilo v medicinsko dokumentacijo, v popis. Seveda namen dokumentiranja dela socialnih služb v prvi vrsti ne

³⁰⁹(Sklep o ustanovitvi Sveta za duševno zdravje pri Vladi Republike Slovenije Ur.l. RS, št. 39/03-3.člen).

³¹⁰Švab,Vesna.(2004):Vgraditi rehabilitacijo v sistem skrbi in pomoči. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana.Šent.

³¹¹Psihosocialni položaj uporabnika oz. uporabnice v psihiatrični bolnišnici-obravnavo uporabnikov in uporabnic v socialni službi.

sme doprinesiti dodatnega birokratskega dela, temveč naj bi dokument nadomestil vse pisanje v zvezi dela, ki ga opravljamo pri obravnavi uporabnikov in uporabnic. Namen ni, da bi bilo to dodatno delo, temveč naj bi nadomestilo delo, ki ga sicer že opravljamo. Smiselno je, da se pri delu socialnih služb čim manj piše in čim več dela z uporabniki in uporabnicami, vendar je logično, da mora biti celoten potek obravnave zapisan, s tem naj bi se ugotavljale storitve socialnih služb in intenziteta dela z posamezniki, kar je sigurno pozitivno.

V vseh psihiatričnih bolnišnicah se uvaja klinična pot za paciente in pacientke, ki pomeni točno jasen opis dela vseh služb, ki so se in se ukvarjajo z pacienti. Klinična pot predstavlja dokument, ki jasno pokaže obravnavo pacientov in pacientk, hkrati pa tudi delo in uspešnost pri delu.

Psihosocialni položaj uporabnikov in uporabnic, ki bi ga raziskovali znotraj socialne službe, lahko jasno pokaže način dela, kvaliteto in kvantiteto dela omenjene službe in se ta dokument uporablja tudi kot klinična pot, seveda če bi bil dokument sprejet. To je samo predlog.

V nalogi je opisana celotna obravnava uporabnikov in uporabnic, ki prihajajo v psihiatrično bolnišnico prvič ali večkrat. Socialna služba ima pri obravnavi pomembno vlogo. Velik problem je, da je delo socialnih služb prezrto in ga ostale službe v psihiatrični bolnišnici ne poznajo. S tem se kaže nepovezanost med službami – timsko delo in nepovezanost zunaj – skupnostna obravnava, skrb. Če začnem pri razlikah med psihiatričnimi bolnišnicami v Sloveniji, je sigurno prva razlika v številu socialnih delavcev in delavk, zaposlenih v socialnih službah. Tako sta Psihiatrična bolnišnica Ljubljana-Polje in Psihiatrična bolnišnica Idrija v prednosti pred drugimi, saj je politika zaposlovanja socialnih delavcev in delavk dosegla to, da ima vsak oddelek v bolnišnici svojega socialnega delavca, kar posledično pomeni bolj kvalitetno delo z uporabniki in uporabnicami. O normativih zaposlenih v bolnišnicah in o smiselnem zaposlovanju odločajo direktorji bolnišnic, zanimivo je to, da imajo direktorji, ki niso zdravniki, večji posluh za novo zaposlene in tudi razumejo strukturo dela socialne službe. Smiselno je dodati, da so socialne službe v drugih psihiatričnih bolnišnicah izrazile željo in potrebo po več socialnih delavcev in delavk po oddelkih, saj se s tem zmanjša tudi obremenjenost in kvantiteta števila uporabnikov, ki jih socialna služba obravnava in so kolegi tudi povedali, da odgovorni nimajo posluha za njihovo obremenjenost, za boljšo kvaliteto dela in pripravljenost delati tudi nekaj novega. Seveda posledično večje število zaposlenih v socialnih službah ne pomeni tudi zagotovljene kakovosti dela, saj so v procesu dela tudi številni drugi dejavniki, ki vplivajo na kakovost dela. Gre predvsem za primerjavo npr. en socialni delavec ali delavka, ki obravnava 20-30 uporabnikov ali uporabnic, ali pa en ali dva

socialna delavca ali delavki za celotno bolnišnico, ki obravnava približno 150-200 uporabnikov ali uporabnic. Ko smo se pogovarjali o teh razmerjih, je seveda logično, da socialni delavec ali delavka ob tolikšnem številu uporabnikov ne dela drugega kot urgentne, nujne stvari in nima časa, da bi delal individualno, skupinsko z uporabniki, delal druge stvari, ki so pomembne za prepoznavanje dejavnikov, ki vplivajo na duševno zdravje uporabnikov in uporabnic.

Kolegi in kolegice³¹² so v intervjujih povedali kakšne spremembe si želijo, predvsem so izpostavljali plačilno politiko na področju socialnega dela v zdravstvu. Vsi so povedali, da radi opravljajo svoje delo, vendar so zanj absolutno premalo plačani. Izpostavljali so tudi, da ni organiziranega procesa po odpustu, ni spremljanja uporabnikov in uporabnic po odpustu. Da bi se izboljšalo delovanje in povezovanje socialnih služb, so kolegi in kolegice izpostavili usklajenost del in nalog v socialni službi, povezanost med službami, boljši pretok informacij, in navsezadnje več sodelovanja z Fakulteto za socialno delo in Medicinsko fakulteto tudi zaradi nadgrajevanja znanja, ki ga v psihiatriji potrebujemo. Pogrešajo tudi več izobraževalnih srečanj, strokovnih srečanj in priznavanje stroke.

Poleg tega kar so kolegi in kolegice povedali o spremembah v socialnih službah je prav, da dodam, da bi bilo smiselno spremljanje socialnih služb tudi zaradi raziskovalnega področja, zanimive bi bile zgodbe naših uporabnikov in uporabnic, zanimivo bi bilo spremljanje naših uporabnikov in uporabnic in ugotavljanje, kako je naše delo vplivalo na kvaliteto življenja uporabnikov in uporabnic in ali je naše delo pripomoglo, da so se uporabniki ali uporabnice uspeli dobro organizirati doma ali kje drugje, in so zaradi naše pomoči ostajali dlje doma do morebitnega sprejema nazaj v bolnišnico. To so pomembna vprašanja in če bi jih znali znanstveno »dokazati«, da tudi naše delo pripomore k boljšemu življenju zunaj bolnišnice, bi bila lahko naša služba bolj cenjena in prepoznavna. Socialna služba nima diagnostičnih sredstev, tako kot npr. zdravniška služba (diagnosticiranje in terapija) in psihološka služba (testiranje), da bi ugotavljala ali bo nekdo zmožel doma in pa v prvi vrsti možnosti, da skupaj z uporabniki in uporabnicami rešuje problematiko, ki vpliva na duševno zdravje, že v času obravnave v bolnišnici in skupaj z njimi pogleda možnosti za boljše življenje. Gre za individualno prostovoljno obravnavo, v kateri iščeš možnosti, da bo nekdo bolj srečen, ne bolj zdrav, ne gre za »prisilno« obravnavo, tako kot lahko nekdo vzame farmakoterapijo ali testiranje kot vdiranje v zasebnost (če je seveda zmožen to tako razumeti).

³¹²Povzetki intervjujev: Intervjuji ,opravljeni v vseh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji: Februar-Marec 2005.

V drugi vrsti bi izpostavila timsko delo. Po bolnišnicah smo ugotovili, da tistega pravega timskega dela ni, še zmeraj obstajajo direktive s strani zdravnikov, čeprav ne moremo temu reči multidisciplinarna obravnava. Gre predvsem za rutinsko delo, kaj bi bilo smiselno delati pri posameznemu uporabniku ali uporabnici, ne gre za razdeljevanje dela med posameznimi profili, vendar velikokrat, do izpolnjevanja »ukazov«. Timsko delo je predvsem zaradi uporabnikov in uporabnic in z njimi, vendar tega ni, viziti pa res ne moremo reči timska obravnava, ker gre predvsem za vprašanja po počutju in spremembah terapije. Izpostavila bi Bolnišnico Maribor, kjer delajo timsko z uporabniki in uporabnicami, čeprav gre posledično spet za narekovanje dela drugim službam, vendar razlika obstaja, saj nikjer ne delamo timsko z uporabniki in uporabnicami. O timske delu je bilo že nekaj napisanega, opisani so bili tudi občutki sodelovanja z drugimi službami, ki naj bi timsko delale in se med seboj dopolnjevale. Vsak uporabnik in uporabnica je individuum in gre za celostni pogled z strani celotnega tima, vendar mislim, da dokler se mentaliteta, kdo kaj lahko in kdo kaj zmore s strani vseh služb, ne bo spremenila, timskega dela v pravem pomenu besede ne bo.

Tretja stvar, ki bi jo omenila je tudi pripravljenost socialnih služb na spremembe. Tu ne gre za revolucionarne spremembe, gre predvsem za osveščanje, kaj se lahko spremeni in kaj bi bilo tisto, da bi se kot delavci socialnih služb dobro počutili in bili motivirani za nadaljnje delo. Vsi smo se nekako strinjali, da je velik motivator tudi plača in vsi smo mnenja, da smo za svoje delo premalo plačani, gre tudi za razlike med bolnišnicami med razmerjem plače, nekdo dobi več, nekdo manj, kar se nam zdi nepošteno in nepravilno, sigurno bi bilo tudi na tem področju narediti nekaj. Kot sem že omenila kvaliteto dela, je to tudi eden izmed motivatorjev za dobro opravljeno delo, čeprav še enkrat povdarjam, da delamo z uporabniki, skupaj z njimi, in da delamo to z veseljem, to so potrdili vsi zaposleni. Za konec naj dodam, da smo bili vsi socialni delavci in delavke enotnega mnenja, da se moramo družiti, izobraževati, se povezovati, vplivati na odločitve pristojnih na tem področju, predlagati spremembe in vsakodnevno dosegati dialog med vsemi profili, delavci, ki delamo na tem področju, da bi ohranili svoj status in da bi še naprej kolikor zmoremo dobro delali in se veselili uspehov naših uporabnikov in uporabnic, saj se od njih vsakodnevno učimo.

V nalogi je opredeljen celoten postopek od sprejema do odpusta uporabnikov in uporabnic. Povzema teoretično in praktično videnje socialne službe, ki deluje v psihiatrični bolnišnici. Naloga je pregled strokovnega področja socialnega dela v psihiatriji, kar je bila tudi želja in potreba v vseh psihiatričnih bolnišnicah. Je pa res, da se mora tudi stroka socialnega dela razvijati na tem področju, vpeljati nove smernice dela in inovativnosti, kar je v korist vsem, ki

delamo na področju psihiatrije, predvsem pa za naše uporabnike in uporabnice duševnega zdravja.

PREDLOG DOKUMENTA:

**PSIHOSOCIALNI POLOŽAJ UPORABNIKA OZ. UPORABNICE V PSIHIATRIČNI
BOLNIŠNICI**

1.SPLOŠNI PODATKI UPORABNIKA OZ. UPORABNICE:

➤ **Ime in priimek:** _____, Rojen/a: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Naslov začasnega prebivališča: _____

EMŠO: _____, DAVČNA ŠT.: _____

➤ **Podatki o bližnjih osebah (naslov, tel.št.):** _____

Razno: _____

➤ **Državljanstvo:**

a.Slovensko

b.Drugo _____

➤ **Pristojni CSD:** _____

Kontaktna oseba CSD: _____

Telefonska št. CSD: _____

➤ **Zdravstveno zavarovanje:**

Obvezno zdravstveno zavarovanje urejeno pri:

- ✓ a.ZZZS Območna enota _____, velja do vključno _____.
- ✓ b.Zavarovan kot občan na občini _____.
- ✓ c.Nima urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- ✓ d.Drugo _____.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje urejeno pri:

- ✓ a.**VZAJEMNA** Območna enota _____, velja do vključno _____.
- ✓ b.Zavarovalnica **ADRIATIC** Območna enota _____, velja do vključno _____.
- ✓ c.Nima urejenega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.
- ✓ d.Drugo _____.

2.SOCIALNI STATUS UPORABNIKA OZ. UPORABNICE:

➤ Družinsko razmerje:

- ☐ samski/a
- ☐ poročen/a
- ☐ ločen/a
- ☐ vdovec/vdova
- ☐ izvenzakonska skupnost

OTROCI/BLIŽNJE OSEBE:

➤ Zaposlitveni status:

Zaposlen/a:_____.

Kadrovsko-svetovalna služba:_____.

☐ **Delovno razmerje:**

- ✓ a.Določen čas do_____.
- ✓ b.Nedoločen čas_____.
- ✓ c.Drugo_____.

☐ **Brez zaposlitve:**

Prijavljen/a na območnem Zavodu za zaposlovanje_____.

kontaktna oseba_____.

Drugo_____.

➤ Pravice iz socialnega varstva:

- a.Študent oz.študentka_____.
- redni izredni

- b.Upokojenec oz.upokojenka-prejema pokojnino:

*starostna *invalidska *družinska *vdovska *drugo_____.

ZPIZ Območna enota_____, št. odločbe_____.

- c. Prejemnik oz.prejemnica nadomestila Zavoda za

zaposlovanje_____.

_____do_____.

- d. Prejemnik oz.prejemnica denarne socialne pomoči pri

CSD_____.

_____do_____.

- e. Drugo:_____.

_____.

3.BOLNIŠNIČNI PODATKI O UPORABNIKU OZ. UPORABNICI:

➤ **Sprejem:**

Datum: _____

Dežurni zdravnik: _____

Oddelek: _____, intenzivni odprti

➤ **Hospitalizacija:**

☐ Prostovoljna: _____

(Spremistvo ob hospitalizaciji): _____

☐ Neprostopvoljna: _____

(Na podlagi česa, spremitvo ob hospitalizaciji): _____

➤ **Splošna opažanja na oddelku (timski sestanki):**

☐ Zdravniška služba-mnenje: _____

☐ Socialna služba-mnenje: _____

☐ Psihološka služba-mnenje: _____

☐ Delovnoterapevtska služba-mnenje: _____

☐ Zdravstvena služba(med.sestre-tehniki, VMS)-mnenje: _____

➤ **Predviden čas hospitalizacije:** _____

➤ **Datum odpusta:** _____

4.STORITVE SOCIALNE SLUŽBE:

- **Prva socialna pomoč-razgovori socialne službe z uporabnikom oz. uporabnico:**

1. razgovor, dne:_____.

Opis problematike uporabnika oz. uporabnice:

Ostali razgovori, dne_____.

Opis problematike:_____.

- **Zadeve, ki se urejajo skupaj z uporabnikom oz. uporabnico:**

Opis:_____.

- **Konkretne rešitve problematike, v sodelovanju skupaj z uporabnikom oz. uporabnico:**

- **Mnenja oz.priporočila, ki jih uporabnik oz. uporabnica potrebuje:**

- **Finančna shema uporabnika oz. uporabnice:**

- a.uporabnik oz. uporabnica sam/sama skrbi za finančna sredstva, ki jih ima ob sprejemu
- b.uporabnik oz. uporabnica se za finančna sredstva, ki jih potrebuje, obrača na bližnje osebe
- c.uporabnik oz. uporabnica dviguje finančna sredstva preko depozita iz blagajne
- d.uporabnik oz. uporabnica pooblasti socialno službo pri urejanje določenih storitev glede finančnih sredstev
- e.uporabnik oz. uporabnica dviguje finančna sredstva direktno v socialni službi
- f.drugo_____

 _____.

❖ OPOMBE;Druga

pooblastila:_____

 _____.

➤ **Svetovanje pri reševanju problematike uporabnika oz. uporabnice:**

- ❑ Posredovanje informacij v zvezi_____ z pristojno institucijo_____

dne_____.

- ❑ Svetovanje pri reševanju problematike:

 _____.

➤ **Sodelovanje z drugimi pristojnimi službami izven bolnišnice:**

☐ **Pristojni CSD:** _____

- Pristojna oseba: _____, razgovor dne, _____
- Opis problematike:

_____.

- Konkretni dogovor:

_____.

☐ **Območna enota ZZZS ali Vzajemna (Adriatic):**

- Pristojna oseba: _____, razgovor dne, _____
- Opis problematike:

_____.

- Konkretni dogovor:

_____.

☐ **Delovna organizacija/podjetje:** _____

- Pristojna oseba: _____, razgovor dne, _____
- Opis problematike:

_____.

- Konkretni dogovor:

_____.

☐ **Pristojni ZPIZ:** _____

- Pristojna oseba: _____, razgovor dne, _____
- Opis problematike:

_____.

- Konkretni dogovor:

_____.

☐ **Nevladna organizacija:** _____

- Pristojna oseba: _____, razgovor dne, _____
- Opis problematike:

- Konkretni dogovor:

- ☐ **Stanovanjska skupina:**_____
- Pristojna oseba:_____, razgovor dne,_____
- Opis problematike:

- Konkretni dogovor:

- ☐ **Dom za upokojence-(Zavod):**_____
- Pristojna oseba:_____, razgovor dne,_____
- Opis problematike:

- Konkretni dogovor:

- ☐ **Upravna enota - (občina pacienta oz.pacientke):**

- Pristojna oseba:_____, razgovor dne,_____
- Opis problematike:

- Konkretni dogovor:

- ☐ **Varuh človekovih pravic:**_____
- Pristojna oseba:_____, razgovor dne,_____
- Opis problematike:

- Konkretni dogovor:

- ☐ **Ministrstvo:**_____

- Pristojna oseba: _____, razgovor dne, _____
- Opis problematike:

_____.

- Konkretni dogovor:

_____.

☐ **Drugo:** _____

- Pristojna oseba: _____, razgovor dne, _____
- Opis problematike:

_____.

- Konkretni dogovor:

_____.

➤ **Psihosocialni položaj uporabnika oz. uporabnice:**

- ☐ ima bližnje osebe oz. družino, ki mu pomaga pri reševanju problematike:

Opombe: _____

_____.

- ☐ ima rešen stanovanjski problem:

Opombe: _____

_____.

- ☐ je finančno preskrbljen/a:

Opombe: _____

_____.

- ☐ je urejen in sposoben samostojnega življenja:

Opombe: _____

_____.

- ☐ ima urejene statusne zadeve:

Opombe: _____

_____.

_____.

- ☐ pozna svoje pravice in hkrati dolžnosti:

Opombe: _____

_____.

Splošna ocena stanja uporabnika oz. uporabnice pred predvidenim odpustom:

- ☐ želi pomoč oz. storitve socialne službe:

Opombe: _____

_____.

- ☐ sposoben/na sam/a urejati konkretne zadeve z njegovim urejanjem statusa:

Opombe: _____

_____.

- ☐ potrebuje pomoč pri organizaciji samostojnega življenja po odpustu:

- ☒ Načrt skrbi:

Napisan skupaj z uporabnikom oz. uporabnico:

dne _____,

opombe: _____

_____.

- ☒ Dogovor z nevladno organizacijo _____

- ☒ opombe: _____

_____.

- ☒ Dogovor z pristojnim CSD _____,

opombe: _____

_____.

- ☒ Dogovor z bližnjimi osebami, družino _____,

opombe: _____

_____.

- ☒ Dogovor z drugimi pristojnimi službami _____,

opombe: _____

_____.

_____.

- ☐ **Sodelovanje uporabnika oz. uporabnice pri skupini za samopomoč:**

*Sodeloval/a

*Ni sodeloval/a

*Občasno sodeloval/a

☐ **Splošna ocena sodelovanja z bližnjimi osebami:**

- ✓ nima svojcev,
- ✓ ima svojce,
- ✓ ima svojce, vendar niso sodelovali z socialno službo,
- ✓ svojci veliko prispevali k čim hitrejšemu okrevanju uporabnika oz. uporabnice,
- ✓ brez svojcem ne bi uspel predviden načrt reševanja tekoče problematike,
- ✓ socialna služba je skupaj z uporabnikom oz. uporabnico reševala problematiko, z dovoljenjem uporabnika oz. uporabnice,
- ✓ bližnje osebe so sodelovale pri skupini za samopomoč.
- ✓ DRUGO: _____

☐ **Spremljanje uporabnika oz. uporabnice po odpustu:**

- ✓ Posredovanje informacij (feed-back) institucij, na katere se je uporabnik oz. uporabnice obrnila:

6 SEZNAM LITERATURE

- AALTONEN**,Katarina.(2004):How to Strengten Mental Health Know-how-Knowledge and Skills in Use.V:Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.
- AFFLERBACH**,Thorsten.(2004):Protecting People with disabilities against Violence and abuse-A Tool from the Council of Europe.V:Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.
- AMBROŽIČ**,Martina.(2002):Socialno delo v bolnišnici.Diplomska naloga.Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- AUBREHT**,Dejan.(1999):Norma in norost.Diplomska naloga.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.
- AVBERŠEK**,Slavica, **BELAK**,Edo, **BELEC**,Bojan, **BLINC-PESEK**,Marjeta, **BOGATAJ** Andreja, **JAVORNIK**,Srečko, **KOBOLT**,Alenka, **KOVAČIČ**,Boštjan, **LAMOVEC**,Tanja, **MOŽINA**,Miran, **PETEK**,Jožica, **RESMAN**,Janez, **RAPUŠ-PAVEL**,Jana, **STRITIH**,Bernard, **ŠUGMAN-BOHINC**,Lea, **ŠVAB**,Vesna, **VIDEMŠEK**,Petra, **VUKOVIČ**,Danica, **WINKLER**,Aleksandra, **ŽORGA**,Sonja.(2004):Psihosocialna Rehabilitacija.Ljubljana.Šent.
- AVBERŠEK**,Slavica.(2004):Vloga patronažne medicinske sestre pri rehabilitaciji psihiatričnega bolnika.V:Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.
- AVGUŠTIN**,Bojana.(2004):Izobraževalni programi za bolnike z duševnimi motnjami na psihiatrični kliniki Ljubljana.V:Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.
- ATKINSON**,Alana, **SHIMMEN**,Sarah.(2004):Education of the public:First Aid in Mental Health.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.
- AUDENHOVE**,Van Chantal.(2004):Improving Networking »Between the Lines«: Experiences from Bruges.V:Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.
- BARAN**,Dariusz.(2004):Parents School and Lifelong Learning from the experience of Dialouge between Parents and Children.V:Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo. 27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.
- BARLE-LAKOTA**,Andreja.(2004):Pregled preventivnih programov v osnovnem izobraževanju, tako v osnovnih kot v srednjih šolah.V:Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.
- BATEMAN**,Justin.(1993):Strategies of sabotage./Sabotažne strategije-prevod.V:Socialno delo-letnik 32,št. 1-2.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.
- BELAK**,Edo.(2004):Vloga družine v psihosocialni rehabilitaciji.V:Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.
- BELAK**,Edo.(2004):Proces izobraževanja svojcev in skrbnikov.V:Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.
- BEWLEY**,Chaterine.(1997):Money matters, Helping people with Learning Difficulties Have more Control Over Their money.London.VIA.
- BLINC-PESEK**,Marjeta.(2004):Delo s svojci.V:Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana. Šent.
- BOGATAJ**,Andreja.(2004):Skupina za samopomoč za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju.V:Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.
- BOUWKAMP**,Roel, **DE VRIES**,Sjef.(2002):Psihosocialna družinska terapija. Logatec. Firis.

- BRANDON**, David, **BRANDON**, Althea. (1992): Praktični priročnik za osebe v službah za ljudi s posebnimi potrebami. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo in Pedagoška fakulteta.
- BRANDON**, David. (1993): Pet principov normalizacije. Študijsko gradivo. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- BRANDON**, David. (1993): Joys and sorrows in normalisation./Veselje in žalost pri normalizaciji-prevod. V: Socialno delo-letnik 32, št. 1-2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- BRANDON**, David, **BRANDON**, Althea. (1994): Jing in jang načrtovanja psihosocialne skrbi. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- BRATUŠA**, Tomaž, **ŠTIRN**, Tina, **ŠUČUR**, Teodor. (1993). Ali so naši pravniki pripravljeni zastopati uporabnike psihiatrije?. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- CAMPBELL**, Jane, **OLIVER**, Mike. (1996): Disability politics. The Understanding Our Past, Changing Our Future. London. Routledge.
- ČAČINOVIČ-VOGRINČIČ**, Gabi. (1992): Psihodinamski procesi v družinski skupnosti. Ljubljana. Advance.
- ČAČINOVIČ-VOGRINČIČ**, Gabi. (1996): Socialno delo z družino-prispevek k doktrini. V: Socialno delo-letnik 35, št. 5. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- ČAČINOVIČ-VOGRINČIČ**, Gabi. (1999/2000): Socialno delo z družino (študijsko gradivo za predmet Socialno delo z družino). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- ČAČINOVIČ-VOGRINČIČ**, Gabi. (2001): Teorije pomoči-koncept pomoči v socialnem delu. (študijsko gradivo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- ČAČINOVIČ-VOGRINČIČ**, Gabi. (2002): Koncept delovnega odnosa v socialnem delu. V: Socialno delo-letnik 41, št. 2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- ČEBAŠEK-TRAVNIK**, Zdenka. (2004): Informacije in izobraževanje o uporabi in zlorabi alkohola ter odvisnosti. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- DAM**, Van Marieke. (2004): Developing Training Modules for Professionals in the Netherlands and the Czech Republic. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- DAY**, Peter. (1987): Sociology in Social Work Practice. New York. Macmillan Education.
- DEKLEVA**, Bojan. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.
- DESPOTOVIČ**, Žele. (1993): Ali je odvisnost od psihotropičnih substanc (psihofarmakov) resnično potrebna?. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- DOBOVIČNIK**, Franc. (1993): Pravna in poslovna sposobnost, skrbništvo ter varovanje človekovih pravic. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- DRAGOŠ**, Srečo. (1995): Pripombe k osnutku kodeksa socialnega varstva. V: Socialno delo-letnik 34, št. 2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- DROBNIČ**, Janez. (1994): Duševna bolezen, delo in zakonodaja. V: Socialno delo-letnik 33, št. 6. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- DUTOIT**, Martine, **DEUTSCH**, Claude. (2004): Convivial Space Citizens Advocacy. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- DYNES**, Robin. (2001): Anxiety Management. Bicester. Speechmark Publishers.
- FLAKER**, Vito. (1993): Advocatus diaboli?. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- FLAKER**, Vito in sodelavci. (1995): Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi

potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju Republike Slovenije. Raziskovalno poročilo. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

FLAKER, Vito, **LESKOŠEK**, Vesna. (1995): Vpliv študija duševnega zdravja v skupnosti na socialno delo na področju duševnega zdravja. V: Socialno delo-letnik 34, št. 6. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

FLAKER, Vito, **RODE**, Nino. (1995): Potrebe ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami (publikacija za interno uporabo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

FLAKER, Vito. (1995): K navadnosti izjemnega-možnosti paradigmatskega premika. V: Socialno delo-letnik 34, št. 6. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

FLAKER, Vito. (1995): Vizija služb za ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami. V: Socialno delo-letnik 34, št. 6. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

FLAKER, Vito. (1996): Podmene obveznih ukrepov na področju duševnih stisk in njihove transformacije. V: Socialno delo-letnik 35, št. 5. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

FLAKER, Vito. (1997): Timi kot način interdisciplinarnega sodelovanja. V: Socialno delo-letnik 36, št. 1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

FLAKER, Vito. (1998): Odpiranje norosti - vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana. Založba/* cf - oranžna zbirka.

FLAKER, Vito. (1998): Opis stanovanjskih skupin v Sloveniji in analiza modelov življenja v njih. V: Socialno delo-letnik 37, št. 3-5. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

FLAKER, Vito. (2003): Oris metod socialnega dela: Uvod v katalog centrov za socialno delo. Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

FLAKER, Vito. (2003): Temeljne in nujne spretnosti socialnega dela. V: Socialno delo-letnik 42, št. 4-5. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

FLAKER, Vito. (2004): Duševno zdravje v skupnosti kot interdisciplinarni izziv disciplinam: predpostavke za izobraževanje in usposabljanje. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

FOUCAULT, Michel. (1998): Zgodovina norosti v času klasicizma. Ljubljana. Založba/* cf – rdeča zbirka.

FYFE, J. Malcolm. (1993): The skills of mental health work in the community./Spretnosti, potrebne pri delu z duševnim zdravjem v skupnosti-prevod. V: Socialno delo-letnik 32, št. 1-2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

GARRISON, Preston. (2004): Mental Health Education: An International Perspective. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

GRAH, Matija. (2004): Neizpovedane zgodbe. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

HANEKAMP, Henk. (1994): Intervizija. V: Socialno delo-letnik 33, št. 6. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

HATFIELD, Barbara, **MOHAMAD**, Hadi, **HUXLEY**, Peter. (1992): The 1983 Mental Health Act in five local Authorities: A Study of the Practice of Approved Social Workers. The International Journal of Social Psychiatry. Volume 38, No. 3. University of Manchester.

HENDERSON, John. (2004): Mental Health Promotion and the Prevention of depression, Anxiety and stress-related disorders in Europe. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

HOLLWAY, Tara, **DUNN**, Alyson. (2004): Having Your Say 2. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

HUXLEY, Peter, **KERFOOT**, Michael. (1994): A survey of Approved Social Work in England and Wales. British Journal Social Work. Volume 24. Mental Health social Work Research Unit. Manchester University.

IVEZIČ, Slađana. (1996): Terapevtski dejavniki velike skupine v psihiatrični bolnišnici. V: Socialno delo-letnik 35, št. 2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

JAVORNIK, Srečko. (2004): Lokalno načrtovanje služb za duševno zdravje. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

KAVAR-VIDMAR, Andreja. (1999): Vpliv značilnosti pravic iz socialne varnosti na organizacijo skrbi in podpore. V: Oblike bivanja za odrasle ljudi, ki potrebujejo organizirano skrb in podporo. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

KLANČAR, Darinka. (2004): V Sloveniji obstaja potreba po izboljšanju komunikacije med vrsticami. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

KLEVIŠAR, Metka. (2001): Kaj pomeni biti zdrav, biti bolan. Ljubljana. Ognjišče.

KOBAL, F., Miloš. (1999): Pravni vidiki psihiatrije. V Psihijatrija. Ljubljana. Litterapicta: Medicinska fakulteta.

KOBOLT, Alenka. (1994): Skupinska supervizija in supervizija delovne skupine oziroma tima. V: Socialno delo-letnik 33, št. 6. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

KOBOLT, Alenka, **RAPUŠ-PAVEL**, Jana. (2004): Multiperspektivni in interdisciplinarni pristop v načrtovanju pomoči. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

KOBOLT, Alenka. (2004): Timsko delo. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

KOCMUR, Marga. (2001): Zdravila so omogočila, da so se vrata psihiatričnih bolnišnic odprla. Dnevnik Delo-28.03.2001. Ljubljana. Delo.

KOGOVŠEK, Katja, **VODUŠEK**, Analina. (2004): Uspešnost psihosocialne rehabilitacije bolnikov s shizofrensko psihozo v Psihiatrični kliniki Ljubljana-Polje. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

KONJAR, Bernarda. (2000): Iskanje razvojnih možnosti in novih oblik socialnega dela z osebo s psihiatrično diagnozo. Diplomsko naloga. Visoka šola za socialno delo.

KOVAČ, Nace, **ŠVAB**, Vesna. (1995): Svojci in skrbniki kot aktivni udeleženci skrbi za uporabnike služb za duševno zdravje. V: Socialno delo-letnik 34, št. 2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

KOVAČ, Nace. (2002): Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja. Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo: Cankarjev dom, Ljubljana. 30. in 31. maj 2002.

KOVAČIČ, Boštjan. (2004): Zagovorništvo. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

KREN, Tilka. (1993): «Rešitelj», ki ne priganja svoje »žrtve«. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (1993): Ali je shizofrenija ozdravljiva?. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja, **FLAKER**, Vito. (1993): Kaj je duševna bolezen?. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja, **ŠUČUR**, Teodor. (1993): Kako premagati psihozo?. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (1993): Sociološki problem izključevanja: avtoriteta, moč in regres. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (1993): Zagovorništvo kot oblika svetovanja. V: Socialno delo-letnik 33, št. 2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (1993): Provizorično bivanje: doživetje totalne institucije. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (1993): Človekove pravice v ustanovah duševnega zdravja. V: Socialno delo-letnik 32, št. 1-2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (1993): Spretnosti v medosebnih odnosih. Ljubljana. Produktivnost-Management consulting-Center za psihodiagnostična sredstva.

LAMOVEC, Tanja, **ČUFER**, Barbara: (1993). Oblike in razvoj zagovorništva v svetu. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja, **FLAKER**, Vito. (1993): Ali v Sloveniji potrebujemo zagovorništvo?. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja, **FLAKER**, Vito. (1993): Zagovorništvo v akciji-proces emancipacije. V: Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (1995): Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana. Lumi.

LAMOVEC, Tanja. (1995): Ob spremembi zakonodaje o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah. V: Socialno delo-letnik 34, št. 5. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (1996): Duševno zdravje v skupnosti skozi oči uporabnikov. V: Socialno delo-letnik 35, št. 3. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (1997): Razvoj zagovorništva za uporabnike psihiatrije v Sloveniji. V: Socialno delo-letnik 36, št. 1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (1998): Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (1998): Protislovja družinske skrbi za uporabnike psihiatrije. V: Socialno delo-letnik 37, št. 3-5. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (2003): Vpliv izključenosti na kvaliteto življenja uporabnikov psihiatrije. V: Socialno delo-letnik 42, št. 4-5. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.

LAMOVEC, Tanja. (2004): Pogled uporabnikov na psihosocialne službe. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.

LAMOVEC, Tanja. (2004): Enake pravice za osebe z psihozo. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

LAVŠ, Katarina. (1995): Za več izbire in nadzora nad svojim življenjem. V: CAMPBELL, Peter. (1995). Getting started/Kako začeti: priročnik z nasveti za uporabnike služb duševnega zdravja pri ustanavljanju in vključevanju v skupine samopomoči. Maribor. Ozara.

LEHMANN, Peter. (2004): Users-controlled Peer Coaching. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

LESTER, Lori, **SCHNEIDER** L. Robert. (2001): Social Work Advocacy. Australia, Canada, Mexico, Singapore, Spain, United Kingdom, United States. A New Framework for Action, Brooks/Cole, Thomson Learning.

LISHMAN, Joyce. (1994): Communication in Social Work. V: Socialno delo-letnik 34, št. 1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LUCAS, Jo. (1993): Services that meet users needs./Službe, ki ustrezajo potrebam uporabnikov-prevod. V: Socialno delo-letnik 32, št. 1-2. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

LUSSI, Peter. (1990): Sistemski nauk o socialnem delu. V: Socialno delo-letnik 29, št. 1-3. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

MARUŠIČ, Andrej. (2004): Med-kulturno izobraževanje na področju duševnega zdravja. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

MAYER, Janez. (2001): Skrivnost ustvarjalnega tima. Ljubljana. Dedalus.

MEDEN-KLAVORA, Vlasta. (2004): Ustvarjalnost kot oblika komunikacije in destigmatizacije duševne motnje. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.

MESEC, Blaž. (1995): Metodologija raziskovanja v socialnem delu I. (Študijsko gradivo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

- MESEC**, Blaž. (1997): Metodologija raziskovanja v socialnem delu II. (Študijsko gradivo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- MESEC**, Blaž. (1998): Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- MESEC**, Blaž. (2003): Mikro, mezo, makro: Ekspanzija, integracija in specifičnost socialnega dela. V: Socialno delo-letnik 42, št. 4-5. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.
- MIKUŠ-KOS**, Anica. (2004): Varovanje psihosocialnega zdravja otrok s pomočjo krepitev in izobraževanja učiteljev v vojno prizadetih območjih. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- MILOŠEVIČ**, Vida. (1989): Socialno delo. Ljubljana. Samozaložba.
- MILOŠEVIČ**, Vida. (1994): Supervizija-metoda za profesionalce. V: Socialno delo-letnik 33, št. 6. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- MILOŠEVIČ**, Vida. (2000): Profesionalne vloge socialnih delavcev pri delu z ljudmi. V: Socialno delo-letnik 39, št. 1. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- MILOŠEVIČ-ARNOLD**, Vida, **POŠTRAK**, Milko. (2003): Uvod v socialno delo. Ljubljana. Študentska založba-Knjižna zbirka Scripta.
- MLAKAR**, Janez, **GORŠE-MUHIČ**, Marija. (2004): Izobraževanje kot razvoj metaznanj, uporabnost teorije metareprezentacij pri izobraževanju na področju duševnega zdravja. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- MODIC**, Peter. (1993): O prisilni hospitalizaciji. V Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- MONIZ**, Maria, **KIRKWOOD**, Susan, **ARINO**, Begone. (2004): Prospect-Education Programmes for Families and Friends, for Those with their Own Experience, and Health and Social Care Professional. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- MORRIS**, Jenny. (1993): Independent lives? Community Care and Disabled People. London. Macmillan.
- MOŽINA**, Miran, **ŠUGMAN-BOHINC**, Lea. (2004): Sistemska psihoterapija hudih in ponavljajočih se duševnih motenj. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.
- MUSEK**, Janek. (1993): Človekove pravice in duševno zdravje. V Socialno delo-letnik 32, št. 3-4. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- NASTRAN-ULE**, Mirjana. (1992): Socialna psihologija. Ljubljana. Znanstveno in publicistično središče.
- NETTLE**, Mary. (2004): Users of Mental Health Services as Teachers and Trainers and Trainers in the Mental Health Area. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- OLIVER**, Michael. (1992): Social Work with Disabled People. London. Macmillan.
- OLIVER**, Michael. (1996): Understanding Disability. From Theory to Practice. London. Macmillan.
- OVSENIK**, Marija, **MESEC**, Blaž. (2001): Organizacija in vodenje skupnostnih projektov v socialnem delu. (študijsko gradivo). Ljubljana. Visoka šola za socialno delo in Fakulteta za družbene vede.
- PAHOR**, Majda. (2004): Kdo skrbi za (duševno) zdravje bodočih zdravstvenih delavcev?. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- PAULUS**, Peter. (2004): Strategies of promoting Mental Health in and with Schools. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- PETEK**, Jožica. (2004): Delovna terapija v klientovem življenjskem okolju. V: Psihosocialna

rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

PEM-BAUER,Božena.(1993):Predlog za spremembo postopka o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah.V Socialno delo-letnik 32,št. 3-4.Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.

PFEIFFER,Jan.(2004):Educational Needs in Eastern Europe.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

PINI,Pino.(2004):Mental Health Systems:The Prato Experience.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

RAMON,Shulamit.(1993):The development of community mental health in Great Britain and North America./Razvoj duševnega zdravja v skupnosti v Veliki Britaniji in Severni Ameriki-prevod.V Socialno delo-letnik 32,št. 1-2.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

RAMON,Shulamit.(2000):A stakeholder's approach to Innovation in Mental Health Services-Options and Dilemmas facing British Mental Health Social Work.Pavilion Publishing.

RAMOVŠ,Jože.(1995):Slovenska sociala med včeraj in jutri.Ljubljana. Inštitut Antona Trstenjaka.

RAPOŠA-TAJNŠEK,Pavla.(2002).Skupnostno socialno delo.(Študijsko gradivo). Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

RAPUŠ-PAVEL,Jana.(2004):Izboljšanje socialne kompetence ljudi s težavami v duševnem zdravju z učenjem socialnih veščin.V: Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.ŠENT.

REHR,Helen,**ROSENBERG**,Gary.(2000):Social Work and health care yesterday, today and tomorrow.V June Gary Hopps, Robert Morris-Social work at the millennium, Critiacal reflections on the future of the profession, New York. The Free Press.

REMOORTELT,VAN Josee.(2004):Harassment and Discrimination Faced by People with a Psicho-social Disability in Health Services:A European Survey PHASE II,2nd year.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

RESMAN,Janez.(2004)Kognitivno vedenjska terapija. V: Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.ŠENT.

ROMELSPACHER,Birgit.(2003):Socialno delo in človekove pravice.V Socialno delo-letnik 42,št. 4-5.Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

SALEEBEY,David.(1997):The Strenght Perspective in Social Work Practice. Longman.New York.

SCHONY,Werner.(2004):Austrian Activities Concerning Antistigmatisation.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

SIMON,De,Gabriela,**JERMAN**,Giorgio.(2004):Planning of Mental Health with Local Communities.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

SOETEMANS,Machteld.(2004):On-the-job Training for the Bachelor in Applied Psichology:Implementation,Objectives and Assessment.V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

SPREIZER,Igor,**ŠTIRN**,Martina.(1993):Vrnitev v stanje pred »duševno boleznijo«: sodelovanje z družino.V Socialno delo-letnik 32,št. 3-4.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

STANKOVIĆ,Tanja.(2004):Delo in duševno zdravje:Negativni vpliv duševnih težav je bil zelo dolgo podcenjen.Časopis Delo-18.03.2004.Delo.Ljubljana.

STERGAR,Eva,**BEVC-STANKOVIĆ**,Mojca,**PUCELJ**,Vesna.(2004):Promocija duševnega zdravja v slovenski mreži zdravih šol.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

STOLC-JEŽ,Alenka.(2004):Zadovoljstvo uporabnikov z delom socialne službe v Psihiatrični bolnišnici Idrija.Diplomsko delo.Ljubljana.Fakulteta za socialno delo.

STRBAD,Mateja,**ŠVAB**,Vesna.(2004):Ocena izobraževanja o duševnem zdravju na Ljubljanski univerzi.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

STRITIH,Bernard.(1994):Prispevki za študij socialnega dela.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

STRITIH,Bernard.(1998):Pogled na socialno delo v sedanost za prihodnost. V Socialno delo-letnik 35,št. 5.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

STRITIH,Bernard.(2004):Ekološko suportivna pomoč in razvijanje kompetettnosti v medčloveških odnosih. V: Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.ŠENT.

ŠKERJANC,Jelka.(1998):Sedem vzvodov opolnomočenja uporabnic in uporabnikov socialnih storitev.V Socialno delo-letnik 37,št.3-5.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

ŠUGMAN-BOHINC,Lea.(1996):Razgovor o razgovoru.Od spoznavanja k razumevanju razumevanja v jeziku kibernetike drugega reda.Ljubljana.Filozofska fakulteta.

ŠUČUR,Teodor.(1993):Kaj je drugačnost?.V Socialno delo-letnik 32,št. 3-4.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

ŠVAB,Igor.(2004):Povzetki recenzij:Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

ŠVAB,Igor.(2004):Spremembe kurikuluma na ljubljanski Medicinski fakulteti.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

ŠVAB,Vesna.(1996):Duševna bolezen v skupnosti.Radovljica.Didakta.

ŠVAB,Vesna.(1997):Analiza uspešnosti skupnostnih služb na območju mesta Ljubljana.V Socialno delo – letnik 36,št. 2.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

ŠVAB,Vesna.(1999):Psihiatrična rehabilitacija.V Psihijatrija.Ljubljana.Litterapicta.Medicinska fakulteta.

ŠVAB,Vesna.(2000):Zakaj je za delo z osebami s psihotičnimi duševnimi motnjami potrebno dodatno izobraževanje.V Socialno delo – letnik 39,št. 1.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

ŠVAB,Vesna.(2004):Načrtovanje skrbi v psihosocialni rehabilitaciji. V: Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

ŠVAB,Vesna, **BELEC**,Bojan.(2004):Obvladovanje odvisnosti od psihoaktivnih snovi pri psihotičnih motnjah. V: Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

ŠVAB,Vesna.(2004):Izobraževanje strokovnjakov. V: Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

ŠVAB,Vesna.(2004):Uvod.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

ŠVAB,Vesna.(2004):Vgraditi rehabilitacijo v sistem skrbi in pomoči. V: Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

THORNCROFT,Graham.(2004):Reducing psyhiatric Stigma and Discrimination:An Evaluation of Educational Intervention in UK High Schools.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

TOMAŽIČ,Agata.(2002):Nihče ni imun proti duševni bolezni–V povprečju prizadenedva odstotka prebivalstva-Neljuba prisilna hospitalizacija.Dnevnik Delo-22.05.2002.Ljubljana.Delo.

TOMORI,Martina,**ZIHERL**,Slavko.(1999):Psihijatrija.Ljubljana.Litterapicta:Medicinska fakulteta.

TOMORI,Martina.(2004):Medijski potencial v izobraževanju javnosti o duševnih boleznih – prezrta priložnost.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

ULE,Mirjana.(2004):Družbene konstrukcije zdravja in bolezni:Zakaj bolniki obtožujejo sami sebe?.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

ULJAN,Barbara.(1999):Želje in potrebe ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami v občini Ilirska Bistrica.Diplomska naloga.Visoka šola za socialno delo.

VACHKOVA,Lenka,**WILKEN**,Jean Pierre.(2004):Workshop »Psychosocial Rehabilitation and Community Care.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

VEC,Tomaž,**ŽORGA**,Sonja.(2004):Profesionalni razvoj in refleksija.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

VIDEMŠEK,Petra.(2004):Individualno načrtovanje kot proces krepitev moči uporabnikov socialnih storitev. V: Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.ŠENT.

VIDEMŠEK,Petra.(2004):Izkušnje z izobraževanjem v okviru projekta Prospect.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

VONČINA,Marjan.(1993):Spremembe sistema socialnega varstva v sloveniji z vidika duševnega zdravja v skupnosti. V Socialno delo-letnik 32,št. 1-2.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

VRIENS,Toon.(2004):Ever meet a normal person?V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

VUKOVIČ,Danica.(2004):Zaposlitev v procesu psihosocialne rehabilitacije. V: Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

ZAJC,Peter.(2004):Slovensko združenje za preprečevanje samomora.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

ZALAR,Bojan.(2004):Povzetki recenzij:Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija.Ljubljana.Šent.

ZALETET,Marija,**KVAS**,Marija,**GORŠE-MUHIČ**,Marija.(2004):Izobraževanje za zdravstveno nego na področju mentalnega zdravja.V: Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

ZAVIRŠEK,Darja.(1994):Psihatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo.Študija primera I.V Socialno delo-letnik 33,št. 1.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

ZAVIRŠEK,Darja.(1994):Psihatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo.Študija primera II.V Socialno delo-letnik 33,št. 2.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

ZAVIRŠEK,Darja.(1994):Psihatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo.Študija primera III.V Socialno delo-letnik 33,št. 3.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

ZAVIRŠEK,Darja.(1994):Psihatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo.Študija primera IV.V Socialno delo-letnik 33,št. 4.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

ZAVIRŠEK,Darja.(1994):Psihatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo.Študija primera V.V Socialno delo-letnik 33,št. 5.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

ZAVIRŠEK,Darja.(1996):Socialne inovacije v socialnem delu:Vizija ali iluzija devetdesetih?.V Socialno delo-letnik 35,št.1.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

ZAVIRŠEK,Darja.(1997):Socialno delo v Sloveniji - v objemu globalizacijskih konceptualnih premikov.V Socialno delo-letnik 36,št.1.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

ZAVIRŠEK,Darja.(1997):Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije.V Socialno delo-letnik 36,št.2.Ljubljana.Visoka šola za socialno delo.

- ZAVIRŠEK**, Darja, **ŠKERJANC**, Jelka. (1999): Analiza položaja izključenih družbenih skupin v Sloveniji in predlogi za zmanjšanje njihove izključenosti v sistemu socialnega varstva. Raziskovalno poročilo. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
- ZAVIRŠEK**, Darja. (2000): Hendikep kot kulturna travma-Historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi. Ljubljana. Založba/*cf-oranžna zbirka.
- ZAVIRŠEK**, Darja. (2002): Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje/Darja Zaviršek, Jelka Zorn, Petra Videmšek. Ljubljana. Študentska založba-(Knjižna zbirka Scripta).
- ZAVIRŠEK**, Darja. (2003): Notranja nasprotja socialnega dela pri uresničevanju človekovih pravic v postmodernih družbah. V Socialno delo-letnik 42, št. 4-5. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.
- ZAVIRŠEK**, Darja. (2004): Socialno delo v psihiatriji: razvoj socialnega modela pri delu z ljudmi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- ZAVIRŠEK**, Darja. (2004): Povzetki recenzij: Knjigi na pot. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. Šent.
- ZIHERL**, Slavko. (1999): Zdravljenje psihiatričnega pacienta. V Psihiatrija. Ljubljana. Litterapicta. Medicinska fakulteta.
- ZIHERL**, Slavko. (2004): Standardi psihiatričnega izobraževanja v UEMS. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- ŽORGA**, Sonja. (2004): Supervizija-pomoč pri izboljšanju kakovosti dela z ljudmi. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. ŠENT.
- ŽVAN**, Vukoslav. (1999): Psihiatrični bolnik in njegova delazmožnost. V Psihiatrija. Ljubljana. Litterapicta. Medicinska fakulteta.
- WILKEN**, Pierre, Jean. (2004): Challenges in Mental Health Care Education-Current Issues in Western and Eastern Europe. V: Zbornik konference: Izobraževanje za spremembo. 27.-29. maj (2004). Hotel Perla. Nova Gorica.
- WINKLER**, Aleksandra. (2004): Izobraževanje bolnikov s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo ter njihovih svojcev. V: Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana. ŠENT.

INTERNETNE STRANI

- | | |
|---|--------------|
| http://www.pic.si/ | (07.11.2003) |
| http://wfmh.org/ | (15.10.2003) |
| http://www.enusp.org/ | (15.10.2003) |
| http://www.ozara.org/ | (15.10.2003) |
| http://www.pb-idrija.si/ | (07.11.2003) |
| http://www.psih-klinika.si/ | (07.11.2003) |
| http://www.sent.dobrovita.com/ | (15.10.2003) |
| http://www.ljudmila.org/altra | (15.10.2003) |
| http://www.vsz.uni-lj.si/ | (15.10.2003) |
| http://www.med.over.net/ | (07.11.2003) |
| http://www.medenorsce.ksmf.org/ | (07.11.2003) |
| http://mf.uni-lj.si/ | (07.11.2003) |
| http://www.motivationalinterview.org | (07.11.2003) |
| http://www.dz-rs.si/ | (07.11.2003) |
| http://www.najdi.si/ | (07.11.2003) |
| http://www.sigov.si/ | (15.03.2004) |
| http://www.gov.si/ | (15.03.2004) |
| http://www.ds-rs.si/ | (15.03.2004) |
| http://www.zd-celje.si | (25.03.2004) |

PRAVNI AKTI

1. **Zakon o azilu.**
(Ur.l.RS, št. 61/99, 66/00, 124/00, 67/01).
2. **Ustava RS.**
(Ur.l.RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03).
3. **Zakon o začasnem zatočišču.**
(Ur.l.RS, št. 20/97, 94/00, 67/02).
4. **Zakon o brezplačni pravni pomoči.**
(Ur.l.RS, št. 48/01).
5. **Zakon o državljanstvu.**
(Ur.l.RS, št. 1/91-I, 30/91-I, 38/92, 61/92, 13/94,13/95, 29/95, 59/99, 96/02, 7/03).
6. **Zakon o tujcih.**
(Ur.l.RS, št. 61/99, 9/01, 87/02, 96/02, 108/02).
7. **Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih.**
(Ur.l.RS, št. 15/76, 30/86, 20/88, 1/89, 14/89,3/94, 82/94, 29/95, 26/99,60/99, 70/00, 42/03).
8. **Zakon o zdravniški službi.**
(Ur.l.RS, št. 98/99, 67/02, 15/03, 45/03,63/03).
9. **Zakon o delovnih razmerjih.**
(Ur.l.RS, št. 42/02).
10. **Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.**
(Ur.l.RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 77/98, 6/99, 56/99, 99/01, 42/02, 60/02, 11/03).
11. **Zakon o zdravstveni dejavnosti.**
Ur.l.RS,št.9/92,45/94,104/92,37/95,8/96,59/99,90/99,/99,31/00,36/00, 45/01).
12. **Zakon o socialnem varstvu.**
(Ur.l.RS, št. 54/92, 56/92, 42/94, 1/99, 41/99, 36/00, 54/00, 26/01, 110/02).
13. **Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih.**
(Ur.l.RS, št. 97/01, 76/03).
14. **Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju.**
(Ur.l.RS, št. 106/99, 72/00, 81/00, 124/00, 109/01, 83/02, 108/02, 110/02, 112/02, 26/03, 63/03).
15. **Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu.**
(Ur.l.RS, št. 59/02).
16. **Načrt za izvajanje usmeritev in nalog iz Nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005.**
17. **Zakon o nepravdnem postopku.**
(Ur. l. RS, št.55/92).
18. **Zakon o kazenskem postopku.**
(Ur. l. RS, št. 63/94).

DRUGI VIRI

1. Povzetek udeležencev:Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo.Cankarjev dom.30. in 31.maj (2002).Ljubljana.
2. Izobraževalni seminar-ŠENT:Pomoč in samopomoč osebam v duševni stiski.Marec (2000).Postojna.
3. Veliki slovar tujk.Cankarjeva založba.(2002).Ljubljana.
4. Predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Poročevalec Državnega zbora RS; 76/98 z dne 09.12.1998.
5. Matjan, Polona. Vodenje, delovni timi in reševanje konfliktov.Interno gradivo.Neobjavljeno gradivo-seminar.Idrija. Psihiatrična bolnišnica Idrija.
6. Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični bolnišnici Idrija. Interno gradivo. Idrija. Psihiatrična bolnišnica Idrija.
7. Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični bolnišnici Vojnik. Interno gradivo. Vojnik. Psihiatrična bolnišnica Vojnik.
8. Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični bolnišnici Begunje. Interno gradivo. Begunje. Psihiatrična bolnišnica Begunje.
9. Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični bolnišnici Ormož. Interno gradivo. Ormož. Psihiatrična bolnišnica Ormož.
10. Opisi del in nalog socialne službe v psihiatrični kliniki Ljubljana. Interno gradivo. Ljubljana. Psihiatrična klinika bolnišnica Ljubljana.
11. Opisi del in nalog socialne službe v splošni bolnišnici Maribor-oddelek za psihiatrijo.Interno gradivo. Maribor.Splošna bolnišnica Maribor-oddelek za psihiatrijo.
12. Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju Republike Slovenije.(1995): Končno poročilo. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
13. Informativna brošura o študija socialnega dela.(2003).Fakulteta za socialno delo.Ljubljana.
14. A survey of approved social work services. Executive summary. November (2002). Northern Centre for Mental Health in Partnership with The association Of Directors of social Services. Cumbria, The North-East Yorkshire & Humberside.
15. Zbornik referatov.(1993):Slovenija in Evropska konvencija o človekovih pravicah. Ljubljana.Birografika Bori.
16. Psihiatrična bolnišnica Idrija.Interno gradivo.Publikacija.(2001).Psihiatrična bolnišnica Idrija.Idrija.
17. Kovačević,Milenko. Socialna služba. Interno gradivo. Maribor. Splošna bolnišnica Maribor-oddelek za psihiatrijo.
18. Zbornik konference:Izobraževanje za spremembo.27.-29.maj (2004). Hotel Perla.Nova Gorica.

7 PRILOGE

7.1 Seznam uporabnih izrazov:³¹³

Antidepresivi: zdravila za zdravljenje depresije. Poznamo več različnih vrst, ki se po učinkovitosti med seboj ne razlikujejo, pač pa se razlikujejo po stranskih učinkih. Jemati jih je treba daljši čas. Ne povzročajo odvisnosti.

Demenca: izguba prej pridobljenih sposobnosti razumevanja. Stanje se običajno razvija počasi in postopno, v hudi obliki pa je bolnik popolnoma izgubljen in se ne znajde več niti v znanem okolju.

Depresija: zelo razširjena duševna motnja različne intenzitete ter z raznovrstnimi bolezenskimi znaki, ki niso vselej in pri vseh ljudeh v enaki meri izraženi: žalost, potrtnost, tesnoba, pesimizem, nespečnost, hitra utrudljivost, razdražljivost, bolečine po telesu (brez organskega vzroka), motnje spanja, motnje apetita.

Elektrokonvulzivna terapija (EKT, »elektrošok«): uporaba električnega dražljaja za povzročitev generaliziranega epileptičnega napada. Bolnik je v splošni anesteziji, dobi tudi sredstvo za mišično sprostitvev. Metoda, ki je v Sloveniji ne uporabljamo od leta 1991, je še danes najprimernejša za zdravljenje bolnikov z depresijo, pri katerih zdravila ne pomagajo.

Manija: stanje privzdignjenega razpoloženja, bolnika preveva neskončni optimizem, ki nima osnove v realnosti, je temu primerno aktiven, povsod ga je dovolj, veliko zapravlja, sklepa »posle«; včasih je razpoloženje prej jezavo kot veselo. Pogosto se obdobja manije prevesijo v depresijo.

Nevroleptiki, antipsihotiki: velika skupina zdravil, ki jih uporabljamo za zdravljenje psihoz. Prva zdravila te skupine so imela poleg zaželenega učinka (na primer ublažitev halucinacij in blodenj) tudi veliko zelo motečih stranskih učinkov. Novejša zdravila se od starejših razlikujejo predvsem po tem, da imajo bistveno manj stranskih učinkov. Običajno je treba ta zdravila jemati dolgo časa. Ne povzročajo odvisnosti.

Pomirjevala: izraz lahko pomeni vsako zdravilo, ki vpliva na človeka tako, da se zmanjšajo tesnoba, strah, motorični nemir. Najprej so tako poimenovali prva zdravila iz skupine nevroleptikov, ki so jih tedaj poimenovali »veliki trankvilizanti« (angl.: major tranquilizers). Danes se za ta zdravila uporabljata izraza nevroleptik, oziroma antipsihotik. Med »pomirjevala« uvrščamo še veliko skupino zdravil, ki zmanjšujejo tesnobo. Imenujemo jih anksiolitiki ali »mali trankvilizanti« (angl.: minor tranquilizers). Znana zdravila te skupine so na primer lexaurin, apaurin, helex, obstaja pa še cela vrsta drugih. Pogosteje kot v psihiatriji jih predpisujejo v ambulantah splošne medicine. Povzročajo odvisnost.

Psihoanaliza: na Freudovih teoretičnih predpostavkah o zgradbi in razvoju duševnosti temelječa oblika psihoterapije. Prek odkrivanja izven zavestnih motivacij (s pomočjo prostih asociacij, z razlago sanj) doseže bolnik uvid v svoje doživljanja in odzivanja.

Psihobiologija: študij povezav med telesnimi dogajanjem in človekovim doživljanjem in vedenjem.

Psihogeno: tisto, kar povzročajo psihični, duševni, čustveni procesi in ne organski ali telesni dejavniki.

Psihoterapija: z izrazom označujemo številne oblike pristopov, od svetovanja, kratkih in usmerjenih psihoterapij do dolgih, intenzivnih, analitično usmerjenih. Lahko potekajo s posameznikom, s parom, z družino ali s skupino.

Psihoza: duševna motnja, za katero so značilne tipične spremembe v duševnih procesih, resne motnje v zaznavanju in razumevanju zunanjega sveta (halucinacije, blodnje), nesposobnost razlikovati realnost od fantazij ter motnje v čustvovanju in vedenju.

³¹³ Kaj pomeni ...?:Dnevnik Delo-04.04.2001.Ljubljana.Delo.

Shizofrenija: izraz za skupino psihoz, katerih potek je včasih kroničen, včasih pa obdobjem izboljšanja sledijo ponovni izbruhi bolezni. Poznamo več oblik bolezni, ki jih ločimo po prevladujočih bolezenskih znakih. Pogosta je paranoidna oblika, ko je bolnik na primer prepričan, da ga nekdo ali nekaj (na primer nadnaravne sile, vesoljski vplivi in podobno) nadzoruje, nanj vpliva, prepričan je na primer, da lahko drugim bere misli ali pa je prepričan, da ima kdo drug to sposobnost.

Skupinska terapija: psihoterapevtska tehnika, ki v terapevtske namene uporablja značilnosti procesov, ki se razvijajo v skupinah ljudi: skupinske norme, povezanost članov (kohezija), medsebojna pomoč, rivalstvo med člani skupine.

Skupnostne službe: sistem služb zunaj zdravstvenega sistema, ki so namenjene rehabilitaciji in destigmatizaciji ljudi s težjimi duševnimi motnjami. Ukvarjajo se z usposabljanjem za delo, s pomočjo pri pridobivanju primerne zaposlitve, s pomočjo pri načrtovanju in obvladovanju vsakodnevnih opravil.

Zaprti ali varovani oddelek: oddelek v psihiatrični bolnišnici, ki je namenjen zdravljenju akutno psihotičnih in/ali suicidalnih bolnikov, ki bi utegnili pod vplivom svojega bolezenskega doživljanja ogroziti bodisi sebe ali druge ali pa bi povzročili veliko materialno škodo. Umestnost zdravljenja na takem oddelku mora preveriti neodvisna komisija v 48 urah po sprejemu.

7.2 Intervjuji

1. Kako poteka delo v socialni službi v vaši bolnišnici?

1: Mi se dobimo na oddelku vsak dan že zjutraj, delam pa na odprtem oddelku, že zaradi timskega dela, ki ga imamo vpeljanega na oddelku, tako da hitro preletimo stvari, ki so se prejšnji dan dogajale, da vidimo, če je potrebno na viziti kaj posebnega izpostaviti, pa jaz osebno poročam zdravnici na viziti, kaj se je prejšnji dan dogajalo, ali sem bila na terenu, kaj sem zvedela novega ipd., pa kakšni so načrti za današnji dan, to gre res hitro, to imamo 15-20 minut časa, da te stvari dorečemo, npr. da rečem, jaz grem pa danes tja na teren, ali pa danes bom imela pogovor s to in to osebo, ali pa če je bilo kaj urgentnega vmes, če se je komu od pacientov recimo poslabšalo stanje, tako se recimo konča jutranji timski sestanek. Potem poskušam do vizite urejat telefonske zadeve, ki jih je malo morje, tudi v dopoldanskem času si najbolj uspešen, dobiš ljudi, ki ji rabiš na centrih ipd., potem sem prisotna na viziti, kjer seveda ni nujno, da sem tam vsak dan, ampak rada sem pa zraven, če so sprejeti novi ljudje, ali pa če je res nekaj takega pomembnega, da sem zraven. To je res odvisno od oddelka do oddelka. Drugače pa grem na teren, imam razgovore, pri nas imamo zelo individualno delo, hodimo po terenu, da vidimo, kje imajo ljudje težave, recimo, kako imajo urejeno stanovanje, kako pri čem pomagati, sicer imamo tukaj učenje socialnih veščin, recimo osnovne stvari, recimo, kako skuhati kavo, čaj, kosilo, ampak v domačem okolju je pa to res drugače, konkretno z eno pacientko sem veliko hodila okrog, sem imela veliko obiskov doma, sva se dogovorile, da recimo do naslednjic poskuša to in to narediti, recimo pospraviti predalnik, ker je imela res neurejeno stanovanje. Pa sva recimo čez tri dni spet pogledale stvari, kje je težava, zakaj tega ni mogla narediti, kje je treba pomagat, potem pa so seveda tukaj tudi zapiski, tega je pa zmeraj dosti.

2: Jaz pa delam na dveh zaprtih oddelkih in je tukaj seveda ena velika razlika pri delu, sem na vizitah, en dan na enem oddelku, drug dan na drugem oddelku, imam včasih občutek, da je včasih to izguba časa, ker se te vizite včasih tako vlečejo, poslušam stvari, ki niso tako pomembne, ko bi lahko ta čas delala kaj drugega, po drugi strani je pa dobro, ko spoznaš ljudi, paciente, v bistvu je delo tako, da mi bolj naročajo, kaj naj naredim, to se pa že vidi, kako smo timsko organizirani, npr. zdravnik v pogovoru ugotovi, da pač ta pacient nima nekaj urejenega, ali mora nekam iti, in se potem zmenimo, da bom šla jaz z njim in mu pomagala določene stvari urediti, tukaj se mi zdi, da imam veliko tega spremljanja, ker so pač to zaprti oddelki, npr. v zvezi z tem npr. kaj se bo nekaj delalo, to pa zmanjka časa, ker so potem premeščeni že na odprte oddelke, tako da jaz to zelo pogrešam, da se nobene stvari ne spelje, za kakšnega se reče, mogoče je pa zainteresiran za zavod ali podobno, ali bi si šli kej pogledat, potem se začnem pogovarjat, da bova šla, pa je potem premeščen že na odprtega, ali pa socialno poročilo, ki ga moraš pisno zaprositi in preden poročilo pride, je pacient že drugje, jaz zelo pogrešam to povezavo. Tukaj je prav tako, da ene posamezne stvari, recimo to je treba zrihtat, tale nima recimo, je treba kaj v stanovanje iti iskati, ali pa je nekaj neurejenega, ali pa s tem človekom bi bilo treba iti pogledat stanovanje, ker ima kup neplačanih položnic, včasih imam občutek, da me kličejo na oddelek samo zaradi denarja, pa ta nima tega, pa drug nima tega ipd., nimamo neke komunikacije med sabo, bolj delam po naročilu nadrejenih, se pravi zdravnikov.

3: Sem na odprtem oddelku vsak dan na viziti, seveda vizita različno traja, včasih se mi zdi, da samo sedim in čakam navodila za moje delo. Čeprav je enkrat padla ideja s strani zdravnikov, da bi bila vizita samo med zdravnikom in pacientom, vendar se mi zdi pomembno, da sem tudi jaz zraven, saj mi tako ni treba spraševati enih in istih stvari in slišiš stvari iz prve roke. To sem nekako uspela, da sem prisotna na viziti, čeprav je pa šlo potem pa v drugo skrajnost, pa recimo, da sem bila odsotna in me na viziti ni bilo, je bilo pa vse narobe, sem doživljala vse kot očitek.

4: Delam na oddelku za odvisnosti kot terapevt. Socialna služba v naši bolnišnici je vezana na delo ostalih služb, v glavnem na delo zdravnikov, mi smo vezani na njihovo delo, smo dejansko laboratorij psihiatrom, tako kot so psihologi tudi psihološki laboratorij. V glavnem delamo po naročilu zdravnikov, terapevtsko delamo, to je pa zdaj drugo, to je drugače sestavljeno na oddelku za zdravljenje odvisnosti, tako je da je tukaj delo ločeno. Terapevtsko delo je drugače zastavljeno, je skupinsko delo, terapevtsko delo. Socialno delo na oddelkih psihiatrije je primarna dejavnost naše službe v naši bolnišnici, kjer dela kolegica, gre za intervencijsko delo. Pri nas je tako zastavljeno, tako želi direktor. Naša služba je odvisna od potreb ustanove, od tega kako ima zastavljen program direktor, on jih ima tako, da želi imeti intervencijsko delo, pa eventualno kakšno svetovalno delo. Terapevtsko delo je pa strogo ločeno in je vezano samo na oddelek za zdravljenje odvisnosti in tako kot je program na oddelku zastavljen, tako mi delamo. To nima veze z nekim socialnim delom, oz. socialno službo, ker bi lahko bil terapevt tudi kakšen drug, iz druge stroke.

5: Pokrивam vse psihiatrične oddelke in ambulantno, tako da sem sama za vse. Sodelujem na vizitah, kolikor mi čas dopušča, drugače si pa poskušam organizirati moj delovnik tako, da imam tudi rezervirane ure za paciente, in takrat me sigurno najdejo, da postorim urgentne zadeve za paciente. Iz odprtih oddelkov pridejo pacienti sami do mene, do pacientov, ki so na zaprtih oddelkih pa pridem sama. Me tudi zdravnik pokliče ali sestra, drugače pa tudi vejo pacienti ob katerih urah pridem, pa me počakajo in se potem naprej dogovarjamo.

6: V naši bolnišnici smo socialni delavci razdeljeni po oddelkih. Kar pomeni, da smo prisotni na oddelkih tekom celega dopoldneva, poleg tega se med sabo nadomeščamo v primeru odsotnosti. Sodelujemo pri konkretnih primerih, smo pristotni na oddelku, smo prisotni na vizitah, imamo svoje skupine in potem na skupinah ali na vizitah ugotovimo kakšna je socialna problematika, v kolikor seveda obstaja. Imamo na vsakem oddelku tudi skupine, in na teh skupinah pravzaprav delamo z vsemi pacienti, ob tem pa delamo še individualno, in sicer s tistimi, kjer se pokaže potreba po neki socialno delavski intervenciji, seveda to ni pri vsakem pacientu, marsikdo ima lahko socialne stvari čisto urejene. Če mi sami opazimo, da je potrebno karkoli urejati, potem to mi sprožimo, ta postopek, zadevo, oziroma če je to opazilo drugo osebje na oddelku, recimo zdravnik, ali medicinska sestra ali delovni terapevt, v tem primeru nas o tem obvestijo. To naj bi bilo nekako timsko delo, ki pa seveda ni zmeraj takšno kot bi moralo biti. Urejamo od zdravstvenih zavarovanj, v zvezi z finančnimi zadevami, od dviga denarja, kdor tega fizično ne zmore, potem so tukaj nameščanja v domove za stare, nameščanje v stanovanjske skupine, razne vključitve v nevladne organizacije, sodelujemo veliko tudi z svojci, kar pomeni, da vse kar počnemo v zvezi z pacientom, obvestimo svojce, da so seznanjeni z dogajanjem. Skušamo čim več z njimi sodelovati, narediti skupaj nek socialni načrt, kako bo po odpustu, kaj se bo urejalo, kaj bi bilo za njih najbolje, vsekakor pa stopimo tudi v stik z centrom za socialno delo, preverimo, če pacienta poznajo, če so z njim že delali, zaprosimo za socialno anamnezo, socialno poročilo, če so nam pripravljeni pomagati, kar nam zelo olajša delo. Povežemo se nekako z socialno mrežo zunaj bolnišnice, ki bi pripomogle k obravnavi pacientov. Na skupinah pacientom predstavljamo treninge socialnih veščin, to so pogovorne skupine, kjer poskušamo ozaveščati paciente o raznih zadevah v zvezi z zakonodajo, predstavljamo institucije, ki jim lahko pomagajo po odpustu, mislim, da je tega še zmeraj premalo, ampak nekako pridobiva na veljavi.

7: Sodelujem pri obravnavi pacientov v okviru naše službe, obravnava poteka skupinsko in individualno. Pri nas smo se lotili timskega dela lansko leto, ker naj bi bil socialni delavec enakopravni član tima, ampak ker pokrивam tri oddelke, vsaki dan na treh timih ne morem biti, zato sem si naredila urnik, na katerih oddelkih v tednu sem na viziti in kako si bom organizirala še drugo delo, ki ga pač pri svojem delu opravljam. Pogosto opažam pri svojem delu, svoje delo cenim in sem ponosna, da ga opravljam, imam pa velikokrat občutek neenakovrednosti z ostalimi člani tima, ki lahko pacienta spremljajo iz dneva v dan, to se mi zdi velik problem, ker nas je premalo. Pri nas obravnavamo tudi ambulantne primere, pacienti, ki prihajajo na preglede, in če gre za akutni primer, nas dežurni zdravnik pokliče, ali naj bo to sredi tima, sredi dela in želi da smo zraven. Mi pa vemo, da če gre za določene primere, kjer je treba hitro urgirati, da nam to vzame zelo veliko časa. In že pred časom smo predstojniku posredovala prošnjo z namenom, da bi dobili še kakšnega socialnega delavca, ker je problematike ljudi, ki prihajajo v našo ustanovo vse več, delo, ki ga opravljam, želimo opraviti dovolj strokovno, ampak pogosto ga opravimo površno, ne tisto kar bi ti rad. Socialno delo lahko opraviš strokovno v ustanovi, ampak ni vzpostavljene mreže, ki bi omogočila nadaljnje delo, to je največji problem. Ne moremo spremljati pacientom, ki bi jih drugače lahko, ker nas je premalo, pisali smo veliko prošenj za novega sodelavca, ampak zaenkrat ni interesa.

8: Pokrивam tri oddelke, tako, da je delo zelo naporno, pestro, sigurno pri delu trpi kvaliteta, ker je kvantiteta preobsežna. Večinoma si delo organiziramo tako, da ne trpijo timski sestanki po oddelkih, drugače pa delam po lastni moralni presoji, kaj je dobro za paciente in da je moje delo na vse okoliščine, ki so prisotne, kvalitetno in

predvsem koristno za moje paciente. Delam tako individualno, kot skupinsko z pacienti, opravljam veliko birokratskega dela, telefonskega dela, poskušam čim bolj skupaj z pacienti reševati problematiko, ki je nastala, čim več sodelovati z svojci in paciente osveščati o možnosti samostojnega življenja že na oddelkih in jih tako pripravljati na odpust.

9: Jaz delam na ženskem oddelku, delam s tremi zdravniki, vsako jutro se dobimo na terapevtskem sestanku, potem se tim zbere, se kratko dogovorimo o novo sprejetih pacientih in potem vsak član tima ureja svoje zadeve. Potem imam navado, da nove, sprejete pacientke obiščem, se na kratko pogovorim, da vidim, kaj je najbolj nujnega, potem preverim, če imajo vse podatke, zavarovanje, potem izberem tisti primer, ki se mi zdi najbolj nujen, da začnem delati in urejati stvari, ki so se pokazale. Vizito imamo dvakrat na teden, na eni viziti smo prisotni ob pacientu, na drugi viziti se pa pacient in zdravnik sama individualno pogovarjata. Po viziti se tim zbere in se pogovarjamo o pacientkah, o tem, kaj je nekdo naredil, kaj predvidevamo in kako bi se dalo pomagati. To je že eno utečeno delo. Uspela sem, da se na timskih sestankih res pogovarjamo, vsak pove svoje strokovno mnenje v zvezi z primerom, tako, da skupaj na timskih sestankih dorečemo stvari, ki so pomembne za pacientke.

10: Po jutranjem raportu, imamo po navadi vizito na oddelku, potem pa terapevtski sestanek, kjer se pogovorimo o pacientih, o sodelovanju z svojci, o terapiji, kako se bomo organizirali pri obravnavi pacientov, katera služba bo kaj naredila itd. Potem se organiziramo vsaka služba po svojem ritmu, tako tudi jaz, ali ima razgovore z pacienti, telefonske razgovore z pristojnimi, ki bi lahko pomagali pri reševanju problematike, ali imam razgovore z svojci, če se tako dogovorimo itd. Se pravi delam timsko in individualno. Moram pa dodati, da hierarhija v zdravstvu obstaja, in smo socialna služba samo sodelavci, ne odločamo o primerih, čeprav mislim, da včasih bi se bolje odločili, kaj je boljše za paciente, ampak moramo nekako sodelovati skupaj, se podpirati, tako kot na vseh drugih področjih.

11: Delam na vseh psihiatričnih oddelkih. Delo je razdeljeno po oddelkih, kjer se udeležujem vizite, po viziti imamo timski sestanek, kjer se nekako delo razdeli, se pomenimo katere hetereanamnestične podatke bi bilo treba še pridobiti, kaj bo kdo naredil, s kom se bo kdo pogovarjal, kateri pacienti sami želijo razgovor, nekateri povedo samo zdravniku želje in jaz te želje zvem na timskem sestanku in kaj bo za planirati in narediti. Potem imam pa čez nekako proste roke, da si sama organiziram delo in se lotim dela. Ko se dobimo spet na oddelkih se pogovorimo glede potreb, načrtujemo delo, potem si vrnemo povratne informacije, kaj nam je uspelo narediti, katera področja dela so se še odprla, kaj je drugače, planiramo odpuste, planiramo vikende, potem se vidi, kdo je izrazil potrebo, da bi rabil kakšno spremljanje, ali pomoč za kaj urediti ipd. en dan v tedni imam rezerviran za paciente, razgovore z njihovimi svojci in druga dela, ki jih med tednom ne utegnem postoriti. Izpostaviti moram, glede na to da sama pokrivam vse oddelke, pri tem sigurno trpi kvaliteta dela, če bi bil manjši obseg dela, lažje spremljaš nekoga dalj časa, lažje greš od začetka do konca problema, se bolj ukvarjaš s svojci, tako pa včasih samo koordiniraš, daješ informacije, iščeš kdo bo naprej pomagal, katera organizacija na terenu bo pomagala zadevo reševati, kako boš čimprej svojce vključil v proces obravnave in tudi samega pacienta, kako ga boš aktiviral, da bo svoje probleme čimprej začel reševati.

12: Najprej se vsako jutro dobimo na raportu, kjer smo zborni vsi socialni delavci in delavke in se pogovorimo o aktualnih stvareh po oddelkih. Potem grem na oddelek, kjer delam in sem prisotna na viziti, sodelujem pri skupinskem delu, kasneje se kot tim dobimo na oddelku in se pogovorimo o pacientih in pacientkah. Potem nekako vsak opravlja svoje delo, jaz se vrnem v pisarno, kjer je veliko birokratskega dela, opravljam individualne razgovore z pacienti in pacientkami in skupaj obravnavamo problematiko, ki jo odkrijemo in se povezujemo še z ostalimi akterji, ki so udeleženi v problemu.

2. Cenjenost socialne službe?

1: Sigurno premalo, ta pa je sigurno odvisno tudi od oddelka do oddelka, večinoma ni cenjena. Sigurno pa je vse skupaj odvisno od človeka, jaz vidim recimo starejše kolegice, ki recimo pravijo, to se pa ne da narediti, zakaj se ne da narediti, pomembno je, da se postavimo zase, za svojo prodornost, ne da smo tiho. Manjka nam odločnosti, smo v večini tiho, samo kimamo in to ni ok. Gotovo, pa ti pri delu pomaga ta tankočutnost, že zaradi čutnosti in razumevanja pacientov. Sigurno ne moremo čez meje, ampak nekatere stvari se pa dajo premakniti, da bi bilo naše delo bolj cenjeno in videno. Saj se vidi že po tem, kako malo nas je zaposlenih v socialnih službah po psihiatričnih bolnišnicah, nimamo neke moči, kar bi bilo zelo fajn, da bi bili bolj organizirani.

2: Mislim da premalo, po drugi strani pa mislim, da mi premalo naredimo v tej smeri, vse je odvisno sigurno od vodje, koliko se zanimaš za stvari, koliko se naredi na tem področju.

3: Mislim, da pri nas socialna služba sploh ni cenjena. Zdravniki so bogovi, nadrasa, in to čedalje bolj ugotavljam in tega res ne morem sprejeti, jaz recimo tako ne morem delati, velikokrat imam izrazit občutek manjvrednosti, pa še študiram, imam veliko delovne dobe, imam veliko izkušenj, se mi zdi, da nekaj vem in tudi vidim stvari drugače, kaj bi se dalo bolje delati itd. Sploh ne poznajo naše delo, tako zdravniki kot ostali profili ne, kaj sploh delamo, kaj zmoremo in kaj znamo, v bistvu ne smemo delati z svojo glavo, smo nekompetentni, ker ne razmišljamo recimo tako kot zdravniki in bi morali stati za mišljenjem zdravnikom, s tem se pa res ne morem zmeraj strinjati. Z vsako stvarjo stoji tudi zdravnik, včasih seveda prav pride pri kakšni stvari zaradi

odgovornosti. Jaz za svoje delam sprejem odgovornost in včasih se zdi, da zdravniki tudi prelagajo odgovornosti na druge, ker recimo niso kakšne stvari uspeli narediti ali pa ni tako kot so si to sami zamislili. So stvari, ki jih jaz vidim tako, če bi jih npr. naredila tako kot jih naredi zdravnik, da bi bila nestrokovna z moje socialne plati, in on niti ne ve kako je prav, jaz se v njegovo zdravljenje, v medicino ne vtikam, ker pač ne gre tako, da bi zmeraj rekla, da ima zdravnik vedno prav, imam pa velikokrat občutek, da se samo pritožujem, kar absolutno ni res, ampak posledice pa čutim, samo zaradi tega ker se z nekaterimi mnenji ne morem strinjati. Čeprav imam veliko podporo s strani kolegic, ampak kasneje so tudi one popustile, češ, saj veš zdravniki so taki ipd., daj popusti pa bo, daj prilagodi se pa bo, spoštuj hierarhično lestvico.

4: Mislim, da je v preteklosti socialna služba bila zelo cenjena, zdaj pa mislim, da tega ni več, nima več te pomembnosti, je izgubila na pomenu in je res kot laboratorijski servis. Mislim, da smo terapevti cenjeni, na psihiatrični oddelkih pa je verjetno odvisno od oddelka do oddelka, koliko nas potrebuje psihiater, starejši psihiatri poznajo naravo našega dela v preteklosti, mislim, da tisti še zmeraj cenijo delo socialnega delavca. Mislim pa, da se bo lahko pojavil nek psihiater, ki bo želel imeti socialnega delavca na oddelku, pa se bodo zadeve spremenili, ampak to je stvar prihodnosti. Mislim, da bo takrat socialna služba spet pridobila na cenjenosti, ker če nisi časovno omejen, da si član enega tima na oddelku, potem pa šteje tudi tista prisotnost, ker zdaj pa res samo pokličejo, če te rabijo, kaj je treba narediti, pa je že nekje drugje klic in ne moreš biti na vseh koncih hkrati, in to ni pravo timsko delo.

5: V naši bolnišnici socialna služba ni cenjena, če bi bila cenjena, bi bilo nas sigurno več, in bi si želeli imeti še koga. Druga stvar je, da bi imeli sigurno malo višjo plačo, kot jo imamo, imam tolikšno plačo, kot nekdo, ki kuha v kuhinji in je to že ponižujoče. Želela bi si več posluha s strani vodilnih za naše probleme, kaj potrebujemo, kaj delamo in zakaj je tako kot je in da bi bila naša služba tudi predstavljena drugim službam v bolnišnici, tako bi si zgradili neko cenjenost.

6: Naša služba se mi absolutno ne zdi dovolj cenjena. Rekla pa bi, da je zelo odvisno od profila v bolnišnici. Najmanj spoštovanja osebno občutim s strani zdravnikov, takoj za njimi pa so medicinske sestre in tehniki, še posebej višji in diplomirani kader. Ob tem pa čutim precejšnjo enakopravnost s strani delovnih terapevtov, kar se mi zdi zelo dobro, mislim celo, da oni sami občutijo podobno, kot mi socialni delavci. Glavni razlog za to vidim v pomanjkanju naše samozvesti in poguma preti se temu razmišljanju in na trenutke celo podcenjevanju.

7: Počutim se kot strokovnjak na svojem področju, se niti ne obremenjujem s tem ali me cenijo ali ne, kot del socialne službe. Mislim, da delo opravljam dobro, kolikor je to možno in z rezultati dela sama sebi dvigujem cenjenost, čeprav lahko na splošno rečem, da nas ne cenijo dovolj, posledično mogoče tudi zaradi narave našega dela, ko delaš res stvari, ki bi jih lahko delal kdo drug in seveda tista cenjenost socialne službe še iz preteklosti, tista podcenjenost. Saj je že ime samo tako, da smo nekaj manjvrednega, socialna je bila in verjetno bo nekaj pod nivojem, čeprav gre tukaj sigurno za dobro strokovno delo in predvsem nepoznavanje našega dela in rezultatov našega dela ne moreš meriti. Vsak si bo moral cenjenost pridobiti sam, na tistih oddelkih kjer delaš in se truditi za dobro komunikacijo med člani tima, torej z službami, ki delajo pri obravnavi pacientov.

8: Mislim, da je to odnos kulture v kateri živimo, mi pomagamo ljudem, ki so družbeno obubožali, tako eksistenčno kot osebno, in seveda je to v kulturi nekaj kar je za »izločiti«, »odstraniti«, in ker se mi ukvarjamo z ljudmi z take vrste problematiko, nas ljudje posledično poistovetijo z ukvarjanjem z to problematiko. To je stvar našega kulturnega nezavedanja, saj je tudi beseda socialni delavec ene vrste popačenka, socialni delavec, nekaj kar je slabo, delavec je poslabševalna beseda, socialni pa že v štartu pomeni, nekdo, ki ti bo težil in ukrepal.

9: Da bi imela občutek, da je naša socialna služba cenjena, sigurno nimam tega občutka, velikokrat se počutim neupoštevana, zelo zanimivo je, da socialna delavka sprejeta tako, da smo dolžni, da smo zato tukaj, da uredimo stvari, ki manjkajo, da urejamo stvari, ki so za druge nepomembne od zdravstvenega zavarovanja, da urejamo denarne zadeve ipd., drugih stvari sodelavci pa ne opazijo, to so individualni pogovori, delo s svojci, veliko vložene energije porabim, da bi šel pacient zadovoljen domov, da bi imel urejene razmere in da bi znal živeti v svojem okolju, kolikor zna. Necenjenost se kaže tudi v tem, da nas na vizitah zdravniki ne predstavijo pacientom, da ne vejo za nas, da tudi pacienti ne znajo ceniti našega dela. To se npr. pokaže pri odpustih, ko se pacienti zahvalijo za trud recimo samo zdravnikom in redkokdaj tudi nam. Vse to je odraz notranje komunikacije na oddelkih.

10: Če smo mi dovolj dobri pri delu in dovolj prepričljivi z svojimi argumenti, se mi zdi, da smo lahko cenjeni. Recimo, če samo obljublamo rešitev, in čakamo na končni rezultat in potem rezultata ni, seveda v tistem trenutku ne moremo biti cenjeni. Se mi zdi, da če poiveš, razložiš situacijo in dane možnosti, da si s tem cenjenost lahko držimo ali jo vzdigujemo, sigurno je seveda odvisno od primera do primera, ali je zdravnik zadovoljen z rezultati ali ne.

11: Recimo, da imam občutek, da je naše delo cenjeno, občasno se slišijo kakšne povratne informacije o našem delu, seveda je pa veliko dela, ki ga nihče ne vidi, in hvala bogu, da se vsaj med sabo v socialni službi razumemo, se podpiramo in si dajemo povratne informacije, saj vemo koliko dela je, drugi pa pač mislijo, da imamo delo, samo takrat, ko nam drugi to rečejo. Nimam občutka, da bi drugi ocenjevali našo nedelavnost, saj me pohvalijo po oddelkih, vendar se mi zdi nujno, da bi bil naš glas dovolj močen, da bi mi lahko rekli, to pa ni prav, ali pa mi bi to naredili tako in tako, da bi lahko mi planirali, koliko nas bi bilo. Zelo velikokrat ljudje

presoajajo skozi svoje oči neko delo, ki ga opravljaš in ga ne poznajo in se jim zdi to delo lahko, razen ko sodeluje pri obravnavi več strokovnjakov, se zavedajo, da gre za ogromno enega dela, ki je vloženo v pacienta in je mogoče v tistem trenutku potem naše delo bolj cenjeno.

12:Odvisno, kako gledaš na stvari. Mislim, da naše delo ni cenjeno, ampak ne zaradi naše nesposobnosti, ampak zaradi samega naziva, torej socialni delavec, delavka, nam kažeta neko manjvrednost (delavka), kar v perspektivi pomeni, da smo delavci in da delamo tisto, kar nam drugi narekujejo. Težko se je dokazati, zdravniki seveda tudi avtoritativno gledajo na svoj položaj, čeprav znanje imamo, spretnosti imamo, bi lahko bilo naše delo bolj cenjeno, če posplošim, lahko bi bilo bolj plačano, saj kriteriji plačilne politike dokažejo tudi neko cenjenost služb, ki delujejo na našem področju.

3.S čim ste zadovoljni? S čim ste nezadovoljni? Kaj pogrešate v vaši socialni službi? Kakšne spremembe bi si želeli v vaši socialni službi ?

1:Jaz sem začutila, kaj ima meni oddelčna sestra za govoriti, kaj naj jaz delam in kako naj delam, pogrešam eno samostojnost pri delu, povezovanje pa vidim, da tudi ni v redu, vidim da stvari, ki jih povem, razložim timu, potem pa me naslednjič zdravnik vpraša, a za tega je bilo kaj narejenega?Ali pa npr. napišem zaznamek, ga dam v popis in niti ne opazijo, da je kaj napisanega, potem pa slučajno reče, ja pa je tako fajn napisano, škoda, da nismo opazili, tako, da mislim, da zelo peša ta komunikacija na našem oddelku, timsko delo je nikakršno.To zelo pogrešam, saj vem, da bom morala sama nekako izboriti eno samostojnost pri odločanju, kaj je pomembno, kaj je treba narediti, potem pa meni enostavno zmanjka časa, tudi če bi jaz to želela, verjetno me ne bi ovirali pri tem, vendar res časa zmanjka, če se želim česa lotiti, če želim nekaj raziskati in neko situacijo predstaviti npr. socialni položaj pacienta, pogrešam ali pa me moti, ker je samo komandiranje, naredi to naredi ono, tisto kar se zdi pomembno zdravniku ali pa oddelčni sestri.

2:To je problem na večini oddelkov, se lahko samo trudimo za dobre odnose na oddelku. Sama lahko rečem, da sem enakovreden član tima, in je bilo res tako, da ni bil pacient odpuščen, če se tudi jaz nisem strinjala s tem. Kar se pa organizacije socialne službe tiče, pa ne morem biti zadovoljna, ker nismo enotne, se trudimo, da bi se dobro razumele, da bi informacije stekle, se vsakodnevno dobimo, da si povemo, kaj se je dogajalo čez dan, če so kake pomanjkljivosti, v glavnem se mi zdi fino, da so ta srečanja med nami. Nezadovoljna sem sigurno z sistematizacijo dela socialnega delavca. Pokazala se je ta nepovezanost med nami, ravno zaradi narave dela na posameznih oddelkih, ki se razlikuje, in recimo ena dela tako na določenem oddelku, drugi se ne zdi tako delo v redu itn.

3:Moram povedati, da med sabo dobro sodelujemo in sem zadovoljna. Ob koncu službe se vsi sodelavci dobimo in se pogovorimo o aktualnih problemih. Si pomagamo, se pokličemo. Ni mi v redu to, da niso priznane naše storitve, da niso jasne stvari, kaj sploh je delo socialne službe, občutek imaš včasih, da kar nekaj delaš, nimamo enih smernic, enotnosti. Zelo bi se bilo treba povezati z pristojnimi institucijami, glede naših storitev in del in nalog, da bi to tudi nekdo plačal, tako npr. kot je to na Centrih za socialno delo ipd.

4:Moram pa povedati, da ni absolutno nobenega timskega dela, to zelo pogrešam, nimamo neke komunikacije med sabo, ni nobenih zahval ipd. Recimo sedim na viziti vsak dan, če me ni, je takoj alarm, kje sem, če pa sem na viziti, sem pa kot dim. Recimo če gremo na predstavljanje pacientom, recimo to ja ta doktor, to je ta doktor, mene pa nihče ne predstavi, kot člana tima, tam na vsake pet pacientov, ko me pač gledajo reče mogoče to je pa naša socialna delavka z imenom, priimka nisem še nikoli slišala npr.

5:Če izhajam iz tega, da ne delam tistega socialnega dela, kot kolegice na psihiatrični oddelkih, moram reči, da tukaj nič ne pogrešam. Mislim, da pa potrebujemo nove moči, in bi se naša služba lahko okrepila, saj pokriva kolegica vse psihiatrične oddelke, in tega enostavno ne zmore. Toliko let že delam v sociali, da ne gledam več na moč, sploh pa ne v eni taki zdravstveni ustanovi, kot je naša. Gre za timsko delo, tudi če nimamo občutka, eden brez drugega ne moremo delati, jaz brez zdravnika ne, zdravnik lažje brez mene, so situacije, ko potrebuje zdravnik naše usluge, ampak te bi lahko tudi izven ustanove dobil, kar preko centrov, ni nujno, da ima tukaj nekoga. Vprašanje je, kaj bo v prihodnosti, kako bo socialna služba zastavljena, sigurno pa bo na takšen način, kot bo želel direktor, kakšen koncept dela bo on zastavil v program dela, in če on noter tega ne bo imel, je vprašljivo koliko bo tukaj sploh socialnih delavcev. Včasih je bila socialna služba izjemno pomembna, mislim, da na pomenu niti ni toliko izgubila, mislim, da bi po pomenu pridobila, če bi se število socialnih delavcev povečalo. Mislim, da en socialni delavec za pet oddelkov, je lahko res samo intervencijska služba. Potreba se čuti, vendar je tako zastavljeno, da je trenutno nemogoče to spremeniti. Lahko, da se bo zgodilo v prihodnosti, da bo direktor nekdo, ki bo imel posluš, ki bo v programu želel imeti določeno število socialnih delavcev in takrat ne bo problem za nastavitve. In takrat bo tudi narava dela socialnega delavca v psihiatriji tudi drugačna, ker bo del timov po oddelkih, zdaj pa v bistvu samo pokrivaš urgentne zadeve na oddelkih, povezovanje navzven.

6:Zadovoljna sem s tem, da si lahko sama organiziram svoje delo, to je bila moja ideja in to možnost imam, da precej samostojno delam, da organiziram, kdaj bom na oddelku, kdaj bom kaj delala. So pa seveda stvari, ki jih je treba pa takoj narediti, potem pa seveda smo z oddelki povezani, pa me pokličejo. Z sodelovanjem z ostalim osebjem sem tudi zadovoljna, z zdravniki, sestrami. Pogrešam pa sigurno kakšno kolegico, če bi bile vsaj dve, bi

bilo sigurno lažje, bi se dalo delo drugače organizirati, bi se dalo bolje delati, zdaj pa res narediš samo tisto kar je najnujnejše, ostalih stvari pa pač ne moreš. Če bi bilo možno, bi si želela sigurno več skupinskega dela, sem bolj povezana z pacienti in so tudi radi prihajali k meni na pogovore. Kar je pa zelo narobe je pa plača, to je pa problem številka ena. Če bo sistem ostal enak kot je, bo vse samo slabše. Pogrešam res sodelavce, spremenjen sistem plač in normativov, z delom sem zadovoljna, rada to delam, ampak sama res ne zmorem, pa še nič plačana nisem.

7: Zadovoljna sem nekako s tem, da socialna služba pridobiva na veljavi, kar je verjetno pripomoglo tudi to, da se vedno bolj izobražujemo, da smo visoko izobražen kader, da to ni neko laično delo, ampak strokovno delo, da so vidni rezultati, predvsem pa to, da so pacienti zadovoljni, ko skupaj opravimo neko delo. Nezadovoljna pa sem v vsakem primeru s tem, da je to delo premalo cenjeno, predvsem pri ostalih službah, da morda včasih mislijo, da smo bolj neka tehnična služba, ki je namenjena zgolj urejanju finančnih zadev, nakupov itd in ker to misli osebje, potem posledično pogosto to mislijo tudi pacienti. Ob tem, da imajo pacienti hkrati pa tudi visoka pričakovanja z nami, z našim delo, da bomo naredili nekaj nemogočega, kar ni zmeraj možno. Pogrešam, da bi imeli večjo veljavo v timu, večjo veljavo na oddelku, da ne bi bili mi samo tisti, ki izpolnjujemo neke ukaze drugih profilov, ampak, da smo tisti, ki dajemo pobude, ko nas poslušajo in seveda ko izrazimo neko mnenje, da za njim lahko tudi stojimo, torej, da smo pobudniki nekih sprememb, ne pa samo izvajalci.

8: Z delom v socialni službi sem zadovoljna, rada delam to, kar delam, vendar ne zmorem, ni posluha s strani vodilnih, da bi nas začeli poslušati, da je nemogoče spremljati toliko pacientov naenkrat, da ne moreš dovolj strokovno delati z pacientom, je pa čedalje več socialne problematike pri pacientih, hospitalizacija se krajša, in če povzamem, je neizvedljivo, da bi bil primer dobro zaključen s strani vseh članov tima. Želim si, da bi imel vsak oddelke na psihiatriji svojega socialnega delavca, da bi bili res lahko prisotni, da bi se več pogovarjali in skupaj reševali problematiko, ki je nastala, delo bi bilo kvalitetnejše, bolj pristno. Tu pa gre za kvantiteto in ne kvaliteto. Ta posluh za naše delo, koliko razgovorov opravimo, koliko se ukvarjamo z svojci in drugimi institucijami, tega res ne razumem, da tega ne vidijo in ne slišijo. Dostikrat pogrešam to, da naši zdravniki nimajo vpogleda v službe zunaj bolnišnice, enostavno ne razumejo, da nekaterih stvari ni mogoče urediti, ker tudi mreže zunaj bolnišnice ni, ni pomoči na domu, ni oblik pomoči za starostnike, obstaja seveda ta oblika pomoči, vendar je neorganizirana, ni recimo 24 urnega varstva ipd., zavarovalnica pritiska k čim hitrejšemu odpustu, potem pa naj gre pacient lepo domov in kako naj gre domov, če vemo, da nima urejenih osnovnih stvari, da nima recimo nikogar, nima varstva ipd., velik problem vidim tudi pri manjših občinah, ker ne morejo doplačevati za domsko varstvo in institucije. Tako, da socialni delavci pišemo dopise županom in prosimo za pomoč, da naj se vendarle nekaj naredi. Naš sistem delovanja ni dobro zasnovano.

9: Če opredelim, nekako čutim zadovoljstvo z delom, načinom, kvaliteto in količino v socialni službi. Nezadovoljstvo čutim tudi z uvajanjem timskega dela, ne morem reči, da je to tim v pravem pomenu besede, da smo demokratični pri odločitvah, nezadovoljstvo čutim z statusom socialne službe, ker je sistem zastavljen tako, da je kadrovska politika slaba, socialnih delavcev je premalo, kar posledično pomeni, da je praktično pokrivanje oddelkov po kvaliteti slabo in sigurno nezadovoljivo do pacientov. Jaz to nezadovoljstvo izražam, ves čas opozarjam na to, da moram kvalitetno delati, vendar ne morem, ker ne zmorem. Pogrešam nekatere oblike dela, supervizijsko delo, predvsem pa večji posluh za naše delo, in naše rezultate pri reševanju problematike pacientov.

10: Z delom socialne službe sem sicer zadovoljna, vendar mislim, da bi lahko veliko bolj sodelovali, moje delo je sicer sprejeto in moji podatki, moje delo, ki ga delam, mislim, da bi bilo lahko še bolj upoštevano, ker mi prinašamo objektivne podatke, tudi ogromno podatkov dobimo od sorodnikov, iz celega okolja in tudi mislim, da so vse pridobljene informacije koristne in pomembne pri obravnavi pacientov. Delo bi moralo biti enakopravno. V preteklosti so bili zdravniki tisti, ki so usmerjali zdravljenje, in je bilo naše delo pod povprečjem, recimo samo urejanje zdravstvenega zavarovanja, in take malenkosti, tako da moje delo ni bilo dobrodošlo in sem šla skozi trnovo pot, da sem dosegla vsaj neko sodelovanje in začela prikazovati svoje delo, povedala sem kaj mislim, včasih sem se mogla tudi zoperstaviti, povedati, da to ni v redu, zahtevati, da se moje mnenje tudi upošteva, da se upošteva dostojanstvo do pacientov, da nekateri podatki niso za v javnost ipd., da spoštujejo pacienta kot posameznika, kot človeka, da se o pacientih ne pogovarjamo poniževalno, temveč kot o človeku, ki želi, ki hoče našo pomoč. In sem ogromno truda vložila v to, da so me začeli upoštevati, da se mi zdijo podatki, ki sem jih pridobila pomembni za paciente, hkrati pa sem jih obveščala recimo o spremembi zakonodaje. Naše delo je vsekakor zelo pomembno, pomemben pa je tudi naš odnos, saj zdravniki naše delo spremljajo in dopolnjujejo. Sicer so pa moraš tudi znati organizirati delo, kako spremljati vsakega posameznika, in sem s tem zadovoljna. Pogrešam boljše organiziranost v bolnišnici in med bolnišnicami, mislim, da smo zelo dobri, tudi naša šola je zelo dobra. Če želiš resnično delati dobro, je delo zelo naporno, sploh pa zato, ker pokrивam tri oddelke, vsaka družina potrebuje obravnavo. Če bi bila socialna služba drugače organizirana, da bi nas bilo več, potem bi imeli več časa za obravnavo, potem bi lahko resnično delati to, za kar smo se usposabljali. Dostikrat recimo porabiš pol dneva, da dobiš določene informacije, da poiščeš svojce, jih kontaktiraš, navezuješ stike z socialnimi službami in potem dejansko zmanjka časa, da začneš obravnavo z pacientom, da delaš s svojci ipd.

11: Jaz osebno recimo zelo pogrešam sodelovanje z zunanjimi službami, zaradi pretoka informacij, zaradi namestitvev, že zaradi sodelovanja po odpustu, se mi zdi, da je to sodelovanje nerazvito, da smo premalo skupaj. Drugače pa sem z delom izredno zadovoljna in to delo z veseljem opravljam.

12: Jaz se v tej službi zelo dobro počutim, rada delam v tej službi, rada delam z psihiatričnimi pacienti, pacienti so tukaj nekaj časa in če danes ne rešiva vsega, ali pa če narediva samo načrt, kako bova reševala problematiko, jaz potem lahko to spremljam, vidim, kako nama načrt pomoči uspeva, lahko ga popraviva, sproti lahko odpreva še kakšne druge stvari, bolj se spoznava z pacientom, lahko potem res delaš z človekom, lahko skupaj kaj premakneva na bolje, to je velika prednost. Nezadovoljna sem najbolj z vtikanjem drugih strok v moje delo, najbolj me moti to, da mi zdravnik, sestra reče to pa to naredi, recimo jaz tega človeka še videla nisem, sploh ne vem recimo, kaj je sploh njegov problem, pa naj kar začnem delati, to kar pravijo drugi, oziroma so drugi zaznali ta problem pacienta in jaz ne morem kar nekaj storiti za pacienta, če ga sploh nisem videla in ga ne poznam. Recimo mi določenega pacienta ni nihče predstavil, tudi svojci se niso obrnili name, niti sam pacient, potem pa zdravniki pričakujejo oz. rečejo, zdaj pa bo pacient odpuščen, uredite mu domsko varstvo, tako ne gre, to ni sodelovanje, nimam čarobne palčke, ki bi lahko pričarala v tako kratkem času rešitev, za katero predvidevajo, da je najboljša. Vidiš, kako niso osveščeni o nekaterih zadevah, da ne poznajo zadev, ne poznajo omejitev in pogojev itd. Mislijo, da ni potrebno prej, da te o zadevah obveščajo, da je moja naloga recimo samo ta, da bom poklicala v dom za starejše, jutri pa gre pacient že lahko tja, kot en kos pohištva, neosebno mu ne bo nihče nič povedal, razložil ipd. Tega ne morem razumeti. Moti me tudi to, da enostavno ne zmorem vsega dela, da enostavno ne morem spoznati vseh pacientov in verjetno mine kar nekaj hospitalizacij, se nekajkrat vrne v bolnišnico, dokler na oddelku ne zaznajo, da bi bil pa že čas, da pristopimo k pacientu ali pa da se oglasi sam pri meni itd., da bi bil potreben nek širši pristop k problematiki, da ni to samo medicinski problem, da če se bo tudi drugje v življenju pacienta spremenilo, se bo mogoče tudi na medicinskem področju. Meni se zdi škoda, da preteče ogromno časa, preden zaznamo te stvari, da se je pa zdravstveno stanje pa res že toliko poslabšalo, ko bi imeli možnost obravnav skupnih že v preteklosti, da bo spet pretekla dolga pot, da bo pacient poskušal normalno zaživeti v svojem okolju.

4. Sodelovanje na raportu?

1: Sodelujemo na raportu, naša vodja socialne službe je prisotna na jutranjem raportu, pred leti smo hodile vse na raport, potem pa so to ukinili. In tudi vodje drugih služb sodelujejo na raportu. Mislim, da bi morali biti na raportu, že zaradi pretoka informacij in tistega začetnega odnosa pri obravnavi pacientov.

2: Naša socialna služba sodeluje na jutranjem raportu, slabo sicer ne bi bilo, če bi bile vse vabljenе na raport, sicer se mi zdi da je tista ura zame pomembnejša, da naredim druge stvari, telefonske razgovore z institucijami, ki jih potrebujem za svoje delo ipd. Zdravniki so seveda vsi prisotni, ostali sodelujoči pa so samo vodje drugih služb. Če je kaj posebnega, se poskušamo takoj obveščat med sabo. Mislim, da ne bi bilo slabo, če bi bile vse na raportu, že zaradi pretoka informacij.

3: Mi smo bili prisotni na raportu vsa leta, ne vem kdaj je bilo to ukinjeno, ker zdaj sodeluje na raportu samo vodja. Ta vloga je pomembna, ker sem bila s tem obveščena, sicer sem poznala skoraj vse paciente, in sem seveda takoj tudi vedela, kaj bi bilo treba narediti, ampak zdaj tega ni več, je bilo kar naenkrat ukinjeno. Mislim, da bi morale biti na raportu, te izkušnje imamo. S tem je ukinjeno timsko delo na raportu in to ni dobro.

4: Na raportu ne sodelujem, sodelujejo samo zdravniki in psihologi, moram povedati, da ne bi bila nikjer več rada zraven, zakaj bi pa bila, če nisem cenjena, ne dovolj plačana. Sicer pa tudi ne zmorem vsega dela iz vseh oddelkov in bi mi raport vzel še najmanj dodatno uro, če pa bi bilo nas več, pa če gledam pomembnost socialne službe, bi pa sodelovala pri raportu. Se mi zdi, da je to pomembna funkcija in bi bilo pomembno, da bi bili zraven, pa tudi medicinske sestre, če mene vprašaš.

5: Pri nas na raportu sodelujejo vodje posameznih služb, razen vseh zdravnikov seveda in to vsak dan, tam izvejo sigurno koristne informacije, kaj se je dogajalo ponoči, koliko sprejemov je bilo itd. Ni mi všeč, da nas ni zraven, vendar je sigurno to, da smo na raportu kot služba zelo pomembna, saj informacije krožijo, mnenja krožijo in tudi pripadnost vseh služb je koristna za vse.

6: Na raportu sodelujemo vodje posameznih služb, vsako jutro, tako, da smo seznanjeni z pomembnimi dogodki, ki so se zgodili ali ponoči ali pri sprejemih, tako, da ta pretok informacij steče potem tudi med nami v socialni službi in smo na tekočem z zadevami, ki so pomembne tudi za nas.

7: Sodelujem na raportu, poleg zdravnikov je tam še vodja delovne terapije, glavna sestra, psihologi, tam izvemo marsikaj pomembnega v zvezi z pacienti, in se v glavnem potem nekako že lahko organiziramo, in takoj prepoznamo reševanje problematike vsak iz svoje strokovnosti, pri nas smo se organizirali tako, da gre vsakič eden izmed nas, ki delamo v socialni službi. Mislim, da je prav, da smo zraven, saj gre za nek odnos do novo sprejetih pacientov in navsezadnje za odnos in tisti občutek pripadnosti med nami, različnimi strokovnjaki, ki delamo v psihiatrični bolnišnici.

8: Včasih se mi zdi, da glavnina zdravnikov, ki sedijo na raportu, degradirajo paciente, ki so prišli v bolnišnico. To pomeni, da že kar na začetku ocenjujejo paciente, kakšni so, iz kakšnega okolja izhajajo in dajejo že vnaprej neke prognoze, ki niso zmeraj take, lahko so boljše in tudi slabše. Prav je, da smo tam, ker s tem, s to

prisotnostjo zmanjšamo opravljanje, in povečamo konkretne dogovore takoj. Vse informacije v zvezi z pacienti so dobrodošle, če se oglasimo vmes, lahko tudi zdravnikom in drugim prisotnim tudi z naše strani posredujemo informacije, npr. v zvezi z zakonodajo, povprašamo, če so bili pri sprejemu svojci, če tega ne povejo itd.

9: Mislim, da bi morali biti na raportu vse socialne službe v vseh bolnišnicah, že zaradi enakovrednosti med nami, socialnimi delavci in navsezadnje gre za prisotnost socialnih služb, kar v prevodu pomeni, da smo tudi neki vezni, pomembni člen pri obravnavi že na začetku.

10: Na raportu ne sodelujemo, sodelujejo samo psihologi in so najbolj povezani z zdravniki in je tudi njihovo mnenje najbolj pomembno. Ne razumem, zakaj nas nihče nikoli ne povabi, saj so informacije o sprejemih, odpustih in raznih drugih zelo pomembne pri našem delu. Ti dve službi sta nekako ločeni od drugih, ki prispevamo k obravnavi pacientov in je velika hierarhična razlika med nami. Mislim, da bi bili enakovrednejše vse strokovne službe, če bi skupaj sodelovali že na raportu, s tem se kaže določena moč in nemoč, je pa res, dokler nas ne bo več v socialni službi, tudi močni ne moramo biti ne znotraj bolnišnice, ne zunaj bolnišnice.

11: Moje mnenje je, da bi nek stik z zdravniškim raportom dnevno morali imeti tudi socialni delavci. S tem ne mislim da bi vsi vsak dan morali biti poleg, morda bi bilo dovolj, da bi bil prisoten eden izmed kolektiva, morda vodja službe, ki bi se vključil v vsebino pogovora, v kolikor bi bilo to potrebno, oziroma, v kolikor bi se tema dotikala naše službe. Povzetke bi potem socialni delavec, ki bi bil tam prisoten, prenesel in posredoval ostalim članom kolektiva.

12: Mislim, da bi na raportu morali biti prisotni, ne vsi, ampak npr. samo vodja, da bi bili seznanjeni z stvarmi, ki se v bolnišnici dogajajo, in tudi z našimi pacientkami in pacienti. Nekako moramo informacije skozi celotno obravnavo pridobivati, tako pa bi bilo prihranjenega kar nekaj časa, če tega ne bi bilo treba. Gre tudi za organizacijo časa, če bi na raportu socialna služba predvidevala nek potek obravnave, bi bili tudi drugi kadri seznanjeni z našim delom in bili tudi bolj osveščeni. Gre pa sigurno tudi za neko pripadnost timu.

5. Se vam zdi, da bi morali sploh kaj spremeniti na področju socialnih služb v psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji? Kaj bi spremenili? Na kakšen način? In s čigavo pomočjo?

1: Seveda, prvo mi pride na pamet, boljše plače in opis del in nalog v socialnih službah, ker s tem kar je sedaj napisano ne moremo biti zadovoljni, še administracija ima boljše naloge kot mi. Na tem področju bo treba ogromno narediti in se med sabo povezati in se povezati tudi z pristojnimi organi, Ministrstvi, Socialno zbornico, Fakulteto ipd. Treba je sigurno začeti pri organizaciji socialnih služb, nekako poenotiti dela in naloge, da bi postali bolj močni skupaj, s tem bi se izboljšala motivacija za delo in naša cenjenost, rada pa bi opozorila predvsem plače, in bi se obrnila na pristojne državne organe, da bi imele posluš zato. Upam, da bo ta tvoja naloga kaj prispevala k temu.

2: Ja, seveda, samo ne vem kako bi to spremenili, kdo bi nam pomagal. Mislim, da brez nas ne morejo nič, ampak veljamo pa nič, da bi nam dal nekdo ta občutek pripadnosti, vrednost, ali pa npr. zberemo ene podatke, potem jih pa nihče ne upošteva, to so redki zdravniki, ki nas slišijo, drugi pa enostavno so preveč eminentni, da bi upoštevali še druga mnenja. Mislim, da bi bila povezava med bolnišnicami super, da bi nekako delali iste smernice, bili enotnejši, ne pa da dela vsak po svoje, bi postali bolj močni, da recimo lahko potem rečem, ja v Idriji ali v Mariboru pa isto delajo ali pa tako in tako delajo, pa bi mogoče malo obstali in začeli poslušati. V bistvu hočem povedat, da za vsako stvarjo, ki jo delaš stoji tudi zdravnik, nimamo take moči, da bi se zoperstavili proti mnenju zdravnika, pa čeprav vemo, da razmišlja narobe ali nestrokovno. Predlagala, bi sigurno boljše normative dela, pooblastila, opise delovnega dela, vsaj nek začetek, ki bi poskušal izboljšati razmere v naši socialni službi in poenotenje del v vseh bolnišnicah v socialni službi.

3: Lahko bi filozofirala do onemoglosti, moje predstave, pa predstave enega direktorja psihiatrične ustanove, so lahko enake, lahko pa se tako zelo razlikujejo, da na nek način ne moremo priti skupaj, smo tako majhni proti psihiatru v eni ustanovi, da bi težko rekla, da bi lahko vplivala na spremembe, razen s tem, da zelo korektno delam, mislim da drugo v tem trenutku, kolikor so stvari zastavljene ni možnosti. Mislim, da bi bilo super, da bi bile vse socialne službe poenotene, samo koliko je to v realnosti izvedljivo pa sem skeptična, še vedno bo tu medicinski model dela, medicinski kader, ker smo mi samo sodelavci. Ko razmišljam za nazaj, da v naši ustanovi, lahko govorim samo za našo, smo bili zelo pomembni, vplivni v enih obdobjih, pa spet manj pomembni, trenutno je to vodstvo opredelilo enega socialnega delavca na psihiatriji, na terapevtskem oddelku pa dva, mi smo se izobraževali tudi na medicinski fakulteti, za drugo naravo dela, ni bilo to vezano na socialo. Vse je odvisno od človeka samega, kako se bodo stvari odvijale na oddelkih, kako obvladuje stvari, da je človek miren, nič histeričen, korekten, pa se da delati v normalnih okoliščinah.

4: Glede organizacije, je sigurno premalo organiziranosti med nami, socialnimi delavci v Sloveniji, da bi se morali znati organizirati, na en način povezati, dvigniti svoj ugled, ne vem zakaj je to tako, ampak če primerjam organiziranost nas in npr. medicinskih sester, ki se znajo boriti za svoje pravice, si znajo izboriti svojo ceno, svoj položaj. Mislim, da bi se v prvi vrsti morali sami organizirati, če ne znaš tega sam najprej, potem nam tudi drugi ne morejo pomagati. Lahko nam sicer za začetek dajo ne vem večjo plačo, ampak cenili nas pa morajo, morali bi imeti strukturirano organizirane delovne naloge, obveznosti, pooblastila, da se lahko dokažemo in potem gradimo odnose naprej. Smo očitno tako naravnani, da smo socialni in da si ne zaslužimo boljšega. Imamo tudi

mi svojo ceno. Ampak enostavno nismo motivirani npr. za druženja med nami, ker smo vsi potihem slabe volje zaradi prej omenjenega. Mi nimamo absolutno nič, sociale v zdravstvu ni.

5: Na vsak način bi bilo potrebno spremeniti to, da bi imeli socialni delavci možnost vključevanja v druga izobraževanja izven bolnišnice, da bi se vključevali tudi v druge terapije, kognitivna, realitetna terapija, vse to obstaja, in da bi bilo to omogočeno tudi našim profilom in da bi to lahko uporabljali pri našem delu, v teh skupinah, ki jih imamo po oddelkih. Le z izobraževanjem gredo lahko zadeve naprej in le na ta način bi naredili korak naprej, da nismo samo tisti, ki npr. urejajo zdravstvena zavarovanja, finančne zadeve, ki bi jih lahko mimogrede delal tudi kdo drug, ampak, da delamo nekaj globjega, z neko vsebino. Seveda so te spremembe, le do neke mere odvisne od nas, socialnih delavcev, ampak veliko tudi o tistih, ki odločajo o tem, kakšen bo način izobraževanja kadrov. Vemo, da so izobraževanja zelo draga in da je potem vse to povezano z določenimi finančnimi stroški bolnišnice ali osebe same in z samo odsotnostjo dela, vendar bi bilo treba to sprejeti in omogočiti, morda bi bil to prvi način sprememb. Drugi način, bi bil morda ta, da bi drugi profili videli, da je socialni delavec enakovredni član tima, da ima enakovredno vlogo, veliko vlogo, da ima svoja lastna znanja, ki so prav tako pomembna, če bi vsak od profilov prispeval na oddelku tisto specifično znanje, ki ga ima samo on, bi bilo to prav gotovo neka optimalna pomoč pacientom. Veliko vlogo ima tudi vodstvo bolnišnice, verjetno strokovni svet, ki odločajo o izobraževanju, kaj bo omogočeno, komu bo omogočeno izobraževanje in glede strokovnosti in cenjenosti, se bi morali potruditi vsi člani tima na oddelku, da bi sprejeli specifična znanja nas posameznikov in da smo vsi člani tima enakovredni.

6: Ja, mislim, da je absolutno treba čim več spremeniti, se je treba prilagajati, gre za bistven premik dela klasičnega socialnega delavca, mi imamo normative za klasično delo socialnega delavca, normativ, če se dela v skupini, vprašanje, je kaj lahko spremenimo, kaj je priznано skozi normative, zdaj imamo, če bi bili vsi v hiši dobro organizirano socialno službo, glavni problem je kaj je na papirju in kaj je delo na oddelku, potrebno je uvajanje novih oblik dela, ki bi se kontinuirano delale, to so notranja prilagajanja v hiši, drugačen način dela, socialni delavec lahko popolnoma sam dela, ima proste roke, čutimo eno naklonjenost, pripravljenost na spremembe, problem so normativi zunaj in pripravljenost na spremembe, saj smo le zdravstveni sodelavci, vstopamo kot terapevt v proces dela, ne kot priveseček, obračati bi se morali na socialno zbornico, na pristojna ministrstva, vloga socialnega delavca je treba gledati tudi skozi cenjenost, je še prisotna mentaliteta, da smo deklice za vse, da dela vse od paketov, plačuje položnice, to je naša stvar,

7: V prvi vrsti zakonodajo, socialni delavci v psihiatriji ali kjer koli smo, smo poklicani, da pomagamo ljudem, da skupaj iščemo možne rešitve. Dostikrat se nam zgodi, da tudi svojci odpovejo pri obravnavi, naša dolžnost je seveda poskrbeti za dobrobit pacienta, tudi domsko oskrbo, varstvo, ampak dolžnosti svojcev pa so nekako ob strani, oni se pa ne čutijo dolžni, poklicani, recimo v takšen stanju kot je, ga doma ne moremo imeti, saj ste vi dolžni poskrbeti zanj, naj ostane v bolnišnici, vendar bolnišnica ni varstvena ustanova, ni dom, to je zelo velik problem. Ni nekega soglasja med ministrstvi, kakšne so čakalne liste za domove, kako urejati to problematiko. To področje bi se moralo urediti na državni ravni, sodelovanje občin, predvsem pa centrov za socialno delo. Bolj organizirana patronažna služba in aktivna vloga tudi zunanjih služb izven bolnišnice.

8: Mislim, da bi lahko spremenili nekaj na tem področju na dva načina. Prvo pokažimo, kaj znamo, novi programi, novi načini dela in metode dela. Recimo, če nekaj delam, pokažem tudi drugim na oddelku, kaj znam, kaj zmorem in imam rezultate, potem lahko tudi povem, recimo tako in tako delajo tudi v drugih bolnišnicah, jim dokažem, da je to izvedljivo in primerljivo, da smo lahko dobri in učinkoviti. Drugi način pa sigurno preko Sekcije, Društva, Zbornice, da dokažemo svoje delo in ga poskušamo uveljaviti.

9: Jaz mislim, da ja, da bi lahko uvedli kakšne spremembe, vsekakor, da bi bile socialne delavke in delo kot stroka bolj cenjeno, bolj sprejeta. Ker mi nismo administrativni delavci, kot nas dostikrat ostali delavci jemljejo, naše delo je specifično, zelo težko, delati na psihiatriji je sigurno veliko težje kot npr. na centrih, je zelo specifično. Vsaka služba ima svojo specifiko, moram reči tudi naša služba ima svoje specializacije in bi se s tem lahko uveljavila, ampak se žal specializacij ne uveljavlja v zdravstvu in jih nihče ne upošteva, ne strokovno, ne z vidika plače. Mislim, da bi nam to uspelo s pomočjo ministrstev, pristojnih, da bi jih z našim delom seznanjali, ker niti ne vejo, kakšno delo opravljamo tukaj. Se bi strinjala, da bi se naše delo poenotilo izenačilo z delom centrov, tudi kar se napredovanj, nazivov in plač tiče, ker smo res v manjšini in nas pristojni ne poznajo. Mislim, da smo na tem področju zelo prikrajšani. Izpostavila bi pa sigurno tudi storitve, ki niso plačane, delamo pa tudi storitve, kot so prva socialna pomoč, svetovanje ipd., ampak tega ni, za svoje delo, ki ga strokovno in korektno opravljamo smo sigurno premalo plačane. Naše delo je sigurno težko, izpostavila bi tudi specializacijo, podiplomski študij, ki ni uveljavljeno, oceno težavnosti dela in naše iztrošenosti, poenotenje dela socialnih služb in korektno obravnavo in cenjenost socialnih služb. Zelo pomembno je, da v svoje znanje vlagas, se izobražuješ, povpraševanje s strani svojcev je, vendar delo ni enakovredno vrednoteno in se to pozna tudi na plači. Čeprav se ljudje neradi pogovarjamo o plačah, pa bi se morali, lahko povem, da je razlika med nami in centrom tudi stotisoč in več, kar absolutno ni pravično. Plače v zdravstvu so sigurno različne, kot plače v socialnem varstvu. Smo zelo prikrajšani, nimamo nekega sistema dela in nalog, ki bi plačo tudi opravičeval, to bi sigurno morali izpostaviti in upam, da bo naloga pokazala, kako zelo so pozabili na naše delo in na naš slab gmotni in strokovni položaj v primerjavi z drugimi strokami, saj delamo samo administracijo, kar absolutno ne drži.

10: Jaz si celo želim, da bi imeli nek sistem povezovanja, da bi se lahko tudi primerjali med bolnišnicami, da bi imeli enotne naloge dela v socialnih službah, več izobraževanja na področju psihiatrije in socialnega dela. Pogrešam tudi standarde in normative na področju socialnih služb, kategorizacijo, kam paciente usmerjati, ali v domove za starejše ali v Hrastovec, prihaja do razhajanja v mnenjih, kam kakšen pacient spada, da bi se socialne službe tudi zunaj bolnišnice in bolnišnične socialne službe bolj povezovala, saj gre za koristi pacientov in za njihovo najboljše možno bivanje zunaj bolnišnice. Gre za dvojne informacije, npr. v tem domu je prostor za našega pacienta, potem pa ga ni, ali pa to podvajanje vlog, prošenj, ki jih pošiljamo v razne ustanove in ne najdemo skupnega dialoga, kako pomagati pacientom. Nekako vidim, da se naših pacientov v institucijah izogibajo in nimajo pravega posluha za njihove potrebe. Pogrešam te kriterije, kdo spada kam, kakšni so pogoji za bivanje ipd., kdo je pristojen za kaj ipd. Sploh pa naj omenim odpust iz bolnišnice, ni te povezave med nami, ni neke zunanje socialne službe, ki bi lahko spremljala naše paciente, predvidevala zadeve, ki bi se lahko zgodile, ni patronažnih služb itd., ni neke službe na terenu, obrniti bi se morali tudi na Ministrstva, Socialno zbornico itd., da bi bili bolj povezani in tudi z našo fakulteto.

11: Mislim, da bi morala biti svetovalna služba prisotna na vseh oddelkih, ker vidim, da zelo pomaga vsako svetovanje, ki ga uspeš s pacientom ali s svojci opraviti, in je vsem v veliko pomoč, s tem pridobijo informacije, pridobijo na moči, kako naj v svojem življenju poskušajo organizirati stvari, da bi bilje funkcionirali. Potem mislim, da bi morali obvezno delati s svojci, ne samo takrat, ko svojci in naša služba to želi, morajo vedeti informacije, potek zdravljenja, imajo neke svoje predstave o zdravljenju, neka svoja pričakovanja, ki so velikokrat nerealna, recimo, da bo prišel pacient ven iz bolnišnice zdrav, kot da smo popravni servis, pomembno je, da so pacienti osveščeni o možnosti in da se pogovarjamo o skupnem življenju po odpustu. Izpostavila bi normative, koliko socialnih delavcev bi moralo biti v bolnišnici, vsekakor bi si želeli, da bi imel vsak oddelek svojega socialnega delavca, boljšo plačo, pri tem smo absolutno prikrajšani. Ni urejenih pooblastil, kaj lahko delamo, da o opisu delovnega mesta ne govorimo, ker izgleda, da smo administrativni delavci in ne strokovnjaki na svojem področju, zato pa tudi delamo določene stvari, ki bi jih lahko počel kdo drug, z srednjo izobrazbo ali manj, ampak pustimo to. Mislim, da bi se te stvari dalo urediti naprej znotraj institucije, da bi imeli več posluha za našo službo, navsezadnje gre tudi za razlike med bolnišnicami, koliko nas je zaposlenih v socialnih službah, nek dogovor bi se moral vzpostaviti in te razlike tudi upoštevati, mislim, da bi morali pri tem imeti navsezadnje besedo tudi ministrstva, ki so pristojna za to področje. Zelo bi bilo pomembno, da bi se socialne službe po bolnišnicah povezale, doseže neke spremembe tisti, ki je močen, če bi nas bilo več, bi bili sigurno v nekem smislu tudi močnejši za spremembe.

12: Treba bi bilo doreči stvari na področju sociale in zdravstva. Nekako smo pozabljeni, s strokovne plati in kot člani tima. V zdravstvu se je zelo težko uveljaviti, sploh zaradi hierarhije v zdravstvu in zaradi narave dela, ki ga v naši službi ne moremo dokazati. Sigurno bi bilo treba spremeniti opise del in nalog in to tudi vrednotiti, uveljaviti standarde in normative v zdravstvu na področju socialnega dela v psihiatriji, upoštevati enakovredno plačilno politiko, plača primerljiva z drugimi kadri ipd. Pogrešam sigurno več izobraževanja na tem področju, srečanj in možnosti sodelovanja z Ministrstvi-zdravstvo in socialna, FSD in MF.

6. Kako deluje timsko delo v vaši psih.bolnišnici?

1: Navidezno je kar dobro. Sicer vidim, da se želijo pacienti predvsem individualno pogovarjat, ker skupin imajo že itak ogromno. Pa recimo zdravnik reče, ja, zdaj po skupini boste pa poročili timu, kako je bilo, vendar imam velikokrat občutek, da je to zgolj zaradi forme, saj te itak ne posluša in kar nekaj drugega začne govoriti, tako da formalno timsko delo je, vsebinsko pa mislim da ne, ko pa se gre za kakšno premeščanje, ali pa odpust, ali pa kako se bo s svojci delalo, se pa zelo malo upošteva moje mnenje, me strašno moti, ker osebe začne čez svojce pljuvati, pa ga čisto ignorirajo, pa jim hočem povedat še malo to plat, ki jo jaz poznam, pa pravijo, ja ti si pa preveč naivna, pa jim preveč verjameš, jaz imam občutek, da se mnenja mojega ne upošteva, je pa res to še malo, da se tudi učimo, kako bi se znali potegniti za svoje mnenje, vljudno ampak odločno postaviti za svoje mnenje. Potem pa mi prekipi, in bi se pa najrajši skregala.

2: Lahko rečem, da sem enakovreden član tima, in nikoli ni bil pacient odpuščen, če se jaz nisem s tem strinjala, smo morali biti nekako vsi zato, da je bil pacient odpuščen, ni bilo tako recimo, da je zdravnik rekel, da bo pa zdaj odpuščen, pa je to narejeno ali pa ni, vedno se gleda tudi na to, če so tudi naše stvari zaključene.

3: Timskega dela pri nas ni. Pri nas recimo rečejo zdaj bo pa timski sestanek, jaz pa sploh ne vem ali je to timski sestanek, pri nas so tim sestre, to je za njih timski sestanek. Ne sodelujejo še drugi profili, nikoli se ne usedemo, da bi za tega pacienta naredili nek načrt, pa bi vse vsi usedli, in povedali npr. to bi ti naredil ipd. Recimo nikoli ni delovnega terapevta, psihologa, zdravnika. V preteklosti smo bili na viziti tudi psihologi in delovni terapevti, in je zdravnik rekel, ampak to so redki zdravniki, ali imate še vi kaj za vprašati ipd. in me je zdravnik tudi upošteval, me poklical v zvezi z kakšnim primerom, je upošteval moje mnenje, še zdaj ga zelo spoštujem, pa recimo je bila na viziti dvomljiva diagnoza, pa sem izbrala vse podatke in je to vse upošteval, včasih so me celo vprašali, dajte zbrati podate, in na podlagi mojega mnenja se je tudi odločalo ali bo nekdo v bolnišnici ali ne, ali bo šel domov, sem čutila eno odgovornost do pacienta, do ostalega osebja, to kar je pa zdaj pa ni za nikamor.

Moje mnenje je štel tudi pri diagnozi. Saj če bi zdaj govorila, kakšna druga kolegica, bi sigurno drugače povedala.

4: Timsko delo na posameznih oddelkih recimo, da deluje delno, na enih oddelkih bolj, na drugih manj, seveda je to odvisno od časa, vendar če si sam za vse oddelke, je to skoraj nemogoče. Mislim, da sem sama enakopraven člen tima na oddelku, se počutim enakovredno, moje mnenje se upošteva, je pa res, da imam toliko let službe za sabo, tako da mi ni problem povedati, kar mislim, tudi ko nadomeščam kolegico, mi ni problem, nikoli mi nihče ne ugovarja, imam že nek renome, ugled, jaz sem si s svojim trdim delom to pridobila. Na našem oddelku se vsi člani dobro razumemo in se vse dogovorimo, recimo, vsi pravijo, da smo dober tim, verjetno smo tudi kot posamezniki dobri in spadamo skupaj, verjetno, če bi bil kakšen od nas drugačen, bi prihajajo do konfliktov, tako pa ne. To je verjetno izjema.

5: Mi imamo timski sestanek na vsakem oddelku enkrat na teden, ki se jih udeležujem. Tam je prisoten tim celotnega oddelka, se pravi zdravnik, medicinsko osebje, terapevti, psihologi in mi. Psihološka služba isto pokriva oddelke tako kot mi. Deluje kar v redu, sem zadovoljna. Skupaj obravnavamo paciente, se pogovorimo, kaj bi bilo treba narediti. Moram pa omeniti, da ko pomislim na denar in na naše razlike v timu po plačah, se počutim res manjvredna in neke motivacije ne čutim, delo opravljam korektno.

6: Bi rekla, da se timsko delo nekako izboljšuje, da je pa še vedno daleč stran od tistega, kar bi si želeli. Želela bi si, da bi bili pri vsakem pacientu, da bi sodelovali vsi člani tima, recimo »pred seboj« bi imeli pacienta z določeno problematiko, vsakdo bi pogledal problematiko iz svoje perspektive, pogledal, kako bi vsak kot strokovnjak na svojem področju, najbolje pomagal. Potem bi skupaj našli rešitev in naredili individualni načrt pomoči za vsakega pacienta posebej. Vemo, da je psihiatrija veča, kjer ne moreš posploševati, ampak je potrebno pogledati vsakega človeka posebej. Pravega timskega dela ni, ker gre bolj za delitev, razdeljevanje nalog, nekdo na oddelku, ponavadi je to zdravnik, bolj nekako reče, kaj bi bilo potrebno narediti, ali pa reče to in to naredite, ali pa tukaj je treba urediti to in to, bolj pogosto gre za izvrševanje ukazov, kot pa za vprašanje, kaj pa vi mislite, kaj menite, kaj bi bilo v tem primeru po vaše iz vašega stališča, s stališča socialne službe, ampak kljub temu, se to izboljšuje, je že več timskega dela, vsaj v primerjavi z preteklostjo.

7: V timu sodeluje zdravnik, socialni delavec, delovni terapevt in medicinsko osebje na oddelku. Pri nas imamo navado, da se pacient, ki je prvič v bolnišnici, da se timu predstavi, pove zakaj je prišel, kakšne so njegove težave, seveda če ne želi govoriti o tem, se k pacientu pristopi kasneje. Kasneje člani tim, ko pacient oddide, se o primeru pogovorimo, drugi dan, se o problematiki spet pogovarja z pacientom, naredimo nekakšen okvir pomoči, če zdravstveno stanje dopušča, se pogovorimo, kaj bi bilo za pacienta primerno. Medicinske sestre poročajo, kako je bilo ponoči na oddelku, zdravnik nekako opredeli stanje in terapijo, če zdravstveno stanje dopušča se dogovorimo glede delovne terapije, jaz pa npr. če vidim, da bi bilo treba urediti ali zdravstveno zavarovanje ipd, povem, da bom jaz to uredila, tako, da pacient ve, na koga se obračati. Imam občutek, da timsko delo nekako gre, želeli pa bi si sigurno drugačno vlogo pri obravnavi, več strokovnosti.

8: Lahko rečem, da nisem član tima, kajti član tima lahko pove svoje mnenje, in se mnenje tudi posluša, čeprav tega ostali člani nekako niso mogli razumeti, jaz sodelujem na timskih sestankih, ampak trdim, da nisem sodelovec tima, ampak servis timu. Povem, da se z obravnavo ne strinjam, če vem, da je obravnavna napačna, in da realno ne bo prinesla rezultata, ki si ga želimo, da bi bil tudi pacient zadovoljen. Zato se zmeraj pogovorim z pacienti, o njegovih željah in to je potem tudi argument na timskih sestankih, kar se mi zdi prav in pošteno. Čeprav zdravniki in ostali člani potem to nestrinjanje vzamejo kot napad na njih same, pa ne drži, tim je zato, da se stvari argumentira in najde najboljšo možno rešitev pri problemu, ki je nastal pri pacientih. Seveda je doseči način argumentiranja zelo težko, to je proces, ki traja nekaj časa, da se te tudi ostali člani tima navadijo in začnejo spoštovati tvoje mnenje.

9: Vsak dan imamo kratke sestanke. Na timih sodelujemo z zdravniki in sestrami, delovnimi terapevti obvezno, se dogovarjamo o aktualni problematiki, ki recimo se je lahko zgodila čez noč, kakšne spremembe so nastale pri pacientih, kaj bi se dalo narediti za izboljšanje stanja, vse to se dogovorimo, potem si povemo, če je kakšen od nas pridobil kakšno novo informacijo, če želim, da je zdravnik seznanjen tudi z mojim delom, potem to povem, hkrati pa nam tudi zdravniki povedo, kaj so se pogovarjali, kaj se jim zdi še pomembno, kaj je treba še narediti, raziskati in dostikrat napotijo paciente na individualne razgovore, da raziščemo na katerih področjih bi se dalo pomagati.

10: Na timih se dogovarjamo o obravnavi pacientov, dogovorimo se kdo bo kaj postoril za pacienta, kateri zdravnik bo prevzel primer, kako se bomo povezali z svojci in zunanjimi institucijami in potem vsak član tima z svoje strokovne plati zbira informacije o pacientih, potem pa to poročamo na timskih sestankih. Imam prosto pot odločanja, kaj je moja naloga, kaj bom naredila za izboljšanje situacije pri pacientu, čeprav mi tudi zdravnik pove, kaj naj naredim, no saj vsem članom tima.

11: V bolnišnici je hierarhija med nami, vsemi službami seveda prisotna, najbolj pomemben član tima je zdravnik, psihologa še nisem videla, ima zelo samostojno delo in je tudi najbolj direktno povezan z zdravnikom. Ta hierarhija vpliva na timsko delo, to se mi zdi narobe. Če že mora biti hierarhija naj bo, ne pa v timu. Se mi zdi, da bi vsaka stroka ogromno prispevala z znanjem svoje stroke, čisto enakovredno, tu pa gre za nekega vodjo, ki je zdravnik, in on pove drugim kaj naj naredijo v zvezi z pacienti in drugi seveda ne upamo nič reči, potem

nekako gremo in naredimo tisto, kar je zdravnik želel in kakorkoli to zmoremo in po stroki naredimo. Potem na timu nekako dajemo povratne informacije, kaj se je naredilo za pacienta, nekako razložimo potek opravljenega dela, ker na timu tudi ne moreš priti nekako do besede, ker s tem nekako nasprotuješ in se ne upaš povedati, da določenih stvari nima prav in da jih ne razume. In s tem imaš sigurno več dela pri zbiranju podatkov. Naš tim tako zgleda, naloži se delo drugim in socialni delavec je eden izmed tistih, ki pride na tim, da delo dobi. Stvari se preveč razvlečejo, predolgo časa traja, ta pretok informacij ni povezan med nami in seveda dela je ogromno, rezultatov pa tisti trenutek, ko jih zdravnik želi, ne more biti. Mi nismo še imeli timskega sestanka, da bi bili pacienti zraven, tako da zdravnik pove, kje je zaznal problem, vpraša nas, če imamo že kakšne informacije o pacientih, sestre na oddelku povejo, kako pacienti funkcionirajo na oddelku, koliko so samostojni, ker gre tudi za velikokrat za različne informacije, svojci pravijo tako, sestre na oddelkih pa opazijo drugačno sliko pri pacientih ipd. Ta pretok informacij je pomemben za našo službo, saj lažje načrtujemo individualne razgovore, sestanke z svojci. Mi na timski sestanek prinesemo heteroanamnestične podatke, zdravniki nam pa povejo anamnezo, neko prognozo.

12: Timsko delo pri nas je zgolj v pomoč zdravnikom.

7. Sodeluje vaša socialna služba pri obravnavi uporabnikov in uporabnic na oddelku? Na kakšen način sodelujete pri obravnavi?

1: Sodeluje po nareku zdravnikov, smo ene vrste servis storitev, ki jih naša služba lahko naredi in za katere drugi mislijo, da jih moramo mi narediti, da bi se pa počutili pomembne ali kakorkoli prispevali nekaj dobrega pa še daleč ne presega mentaliteto drugih kadrov.

2: Na našem oddelku spremljamo pacienta od sprejema do odpusta, vse službe enakovredno obravnavajo pacienta, končni cilj je seveda uspešna rehabilitacija in zadovoljen pacient pri odpustu, vsak primer obravnavamo celostno in korektno.

3: Ja sodelujemo ja, ampak vprašanje je kako naše videnje vpliva na obravnavo, mislim, da to že timsko delo pokaže, da ni tiste celostne obravnave, nismo na timu. Največkrat je tako, da zdravnik reče, tukaj bi bilo pa fajn če bi se to in to naredilo, da bi povabili domače, da bi se urejalo dom za pacienta, sem pa se pa zgodi, da tudi zdravnik nič ne opazi, da bi bilo potrebno kaj narediti. Sodelujem pri obravnavi, kar določi zdravnik v posameznih primerih, ampak kot sem rekla, če ni timskega dela, tudi obravnava ne more biti korektna.

4: Jaz pri obravnavi pacientov delam kot skupinski terapevt, tako da direktno tistega dela socialne službe ni pri mojem delu. So seveda izjeme, ko je treba kaj urgentnega urediti za pacienta, ampak delamo res samo skupinsko terapijo in tako lahko vsak dan sodelujemo pri obravnavi pacientov, ker je pač narava dela in program dela tak, da se stvari govorijo in razrešujejo vsak dan v skupini z vsemi pacienti skupaj.

5: Sodelujem pri obravnavi, seveda s svojim stališčem, izhajam iz stroke, povem, kaj bi bilo primerno za enega pacienta, dam predloge, seveda pa delam tudi po nareku zdravnika, ko mi reče, da naj naredim, recimo naj mu poskušam najti domsko varstvo ipd. Razen tu imam pripombo, da se včasih drugi profili vtikajo v moje delo, oz. bi radi videli, da bi naredila še stvari, ki ravno niso moje delo, že tako imam veliko preveč dela, vendar sem to razčistila, da je moj prispevek pri obravnavi čim bolj strokoven in korekten.

6: Naša služba sodeluje pri obravnavi uporabnikov na oddelku, na oddelku smo stalno prisotni, torej se z pacienti pogovarjamo o problematiki, da vidimo neko celostno sliko problema, v kakšnih razmerah živi, s kom živi ipd., povežemo se z njegovo socialno mrežo, z domačimi, v kolikor je to mogoče in z centrom za socialno delo, po potrebi tudi z patronažno službo ali zdravstvenim domom, ali pa z službo, če je še v službi. Predvsem se pogovorimo z njim, kakšne so njegove želje, s čim se pacient strinja ipd., se povežemo z pristojnimi službami in poskušamo seveda čimbolj uspešno rešiti problem.

7: Sodelujemo pri obravnavi, kolikor pač je možna fizična prisotnost na oddelku, problem je v tem, da nisem prisotna vsak dan na oddelku in neposredno potem tudi nisem pri obravnavi pacientov. Imam pa vedno odprta vrata za paciente in se dogovarjamo o pogovorih in obravnavi z moje strani.

8: Obravnava pacientov s strani vseh služb, strokovnjakov, ki so na timu, bi morala biti izpostavljena že na timih, če pa se na timu ne počutiš kot enakovredni član, pomeni, da tvoje mnenje pri obravnavi ni pomembno. Seveda je naša služba prisotna pri obravnavi, že s tem, ko poskušamo rešiti problem skupaj z pacienti, obravnavamo problematiko, ki se je med hospitalizacijo pokazala, in predvidevamo, kakšna problematika se bo pokazala po odpustu. Mislim, da bi pri obravnavi že v začetku morale sodelovati tudi zunanje službe in sicer bi morale biti prisotne na timskih sestankih, ko bi reševali nek konkreten primer. Mislim, da v večini primerov ravno naša služba reši primer, vendar si zasluge prevelikokrat delijo ravno zdravniki, češ saj smo mi rekli, tako pa tako naredite, vendar v resnici ne gre za to, gre za individualno obravnavo slike problematike pacienta, ki nam jo zaupa in poudarjam, da nismo servis storitev, temveč močen člen pri obravnavi s strani različnih strokovnjakov.

9: Seveda z svojo prisotnostjo na timskih sestankih na en način sodelujemo pri obravnavi pacientov, vendar ne tako, kot bi morala obravnava biti. Mislim, da je obravnava pacientov ključnega pomena pri procesu zdravljenja in sigurno zelo vpliva tudi na odpust in življenje po odpustu pacientov. Ne gre za občutljivost, ampak gre za pripadnost. Mislim, da je moje mnenje pri obravnavi ravno tako pomemben prispevek k izboljšanju stanja

pacientov, da je mnenje iz moje strani vredno spoštovanja, kajti včasih se zdi, da tim na oddelku primer obravnave pacienta zakomplicira in ne vidi hitrejše, boljše rešitve za rešitev problematike, tu dostikrat nastopim kot močan člen mnenja, vendar se drugim v tistem trenutku to ne zdi pomembno, kasneje pa se izkaže, da bi bilo moje razmišljanje pravilno, korektno in učinkovito. Obravnava sama je tudi na vizitah pomembna, da sodelujemo skupaj, seveda je na vizitah odvisno od zdravnika ali bo povedal pacientom, da smo jim tudi mi na voljo, velikokrat se zgodi, da želijo sami vse, in tudi zasluge prevzemajo radi sami. Pristen odnos pomoči bi bil že na vizitah jasen in tudi pacienti bi se odločali tudi za našo pomoč.

10: Mislim, da moje mnenje, ki ga izražam tekom zdravljenja na oddelku, je upoštevano pri obravnavi pacientov. Obravnava oz. del obravnave, ki ga s strani socialne službe prispevamo timskega delu, zahteva ogromno truda, iznajdljivosti, tudi drugih znanj. Seveda bi bilo lahko moje mnenje bolj upoštevano, vendar vedno šteje nekako mnenje zdravnika, ki je včasih prepričan, da samo on ve in razume pacienta in primer problematike. Veliko lažje, uspešneje bi delali, če bi se posamezna mnenja res upoštevala. Mislim, da delam dobro.

11: Seveda so pacienti prišli v bolnišnico najprej zaradi zdravstvenih težav. Se ne razglablja na začetku zakaj je do teh težav prišlo. Če pacient z zdravnikom sodeluje toliko, da sprejme terapijo, ki jo zdravnik predpiše, da bi olajšale simptome bolezni, ki so navsezadnje lahko posledica tudi socialnih razlogov in če pacient sprejme to terapijo, ki bi ublažila zdravstveno stanje, potem pacient sploh ne pride do nas in ne sodelujemo pri obravnavi. Naša institucija se ukvarja z simptomi, se pravi da se pacient dogovarja z zdravnikom, zdravnik blaži simptome, naš pacient pa naprej še tako živi in si dela verjetno dolgoročno škodo. Če je pacient nesrečen čisto zaradi nekaj drugega, kar bi lahko tudi mi ugotovili, potem tako zdravljenje ne more biti uspešno. Ko pa se pacient upre, da ne bo več jemal zdravil in začne govoriti tudi o drugih težavah, ki jih ima, takrat pa se zdravniki začnejo počutiti nemočne in takrat pa začnejo, zakaj pa ni nobena socialna služba še nič naredila, takrat pa aktivirajo socialno službo, zahtevajo, da se na terenu kaj spremeni, zahtevajo spremembe od svojcev. Obravnava pacientov ni takšna kot bi si jo želeli.

12: Seveda je moja predstava o obravnavi pacientov in pacientk drugačna, kot je v praksi. Obravnava naj bi bila timsko delo, kar bi posledično pomenilo, da res dela vsak tisto kar zna, za kar je usposobljen in da bi šla časovno obravnava bolj uspešno skozi in v dobrobit pacientom. Obravnava naj bi bila res timsko delo, kjer bi se tim sestel in dogovoril, kaj je dobro in se srečeval in se soočal skupaj z problematiko. Saj na nek način sodelujemo pri obravnavi, ampak preveč je tistega dela, ko ti npr. zdravnik reče, zdaj pa bi bilo potrebno še npr. poklicati svojce ali urediti domsko varstvo, čeprav smo se to z pacientom npr. že mi dogovorili ipd. Gre za delo in čas, ki ga ne bi bilo treba po nepotrebnem delati dvakrat. Gre za pripravljenost za sodelovanje v timu.

8. Imate kot član tima na oddelku možnost povedati vaše mnenje in ga tim tudi upošteva?

1: Pri pomembnih odločitvah nimam besede, npr. za določen primer, recimo ali bo prišlo do spremembe ukrepa zdravljenja in do prostosti, ampak ima ta oseba neurejene stanovanjske in družinske razmere, pa zdravnik nima posluha, da ni več za bolnišnico, da mora biti odpuščen ipd. Po eni strani, dajmo narediti nekaj za pacienta, po drugi strani vaše socialne anamneze so tako fajn, ampak posluha na timu pa ni, in to ni timsko delo.

2: Vse je odvisno od zdravnika, ali posluša tvoje mnenje in ga tudi kritično sprejme, če pa gre za nesprejetost drugega kadra, in čez zdravnikovo mnenje ne moreš, potem pa gre za ignoranco in to sigurno ni timsko delo, lahko celo pride do konfliktnih situacij, ki kažejo na to, da vodja tima ne zna organizirati dobrega tima.

3: Lahko povem svoje mnenje, ampak ne vem pa če ga upoštevajo, zelo velikokrat se moje mnenje ne upošteva, npr. poizvem recimo, kaj je bilo z pacientom, ampak ne glede na moje mnenje, ga bo zdravnik ali zadržal ali pa odpustil, in včasih ne vidim smisla zbiranja nekih podatkov, ki so sami sebi namen, ne vem zakaj sem se povezala z institucijami, če je nesmiselno ipd. Ni ene organiziranosti, komunikacije, enega dogovora, ampak ti moraš to takoj recimo poklicat, poizvesti, ampak na koncu se izkaže, da je bila to samo momentalna kaprica zdravnika, ki ne pomisli dolgoročneje na pacienta, je pač on tako rekel.

4: Sem sigurno enakovreden član tima, moje mnenje se upošteva, sploh nimam tistega občutka manjvrednosti, je pa res, da imam toliko izkušenj, veliko let delovne dobe, tako da mi ni problem iti tudi na psihiatrične oddelke, je pa vse seveda odvisno od članov tima, v mojih letih se je že toliko kadrov menjalo, tako da sploh ni problema. Odvisno seveda je pa tudi to upoštevanje mnenja od ljudi, kako razmišljajo, kako čutijo.

5: Imam možnost povedati svoje mnenje, kaj drugi s tem naredijo, se ne obremenjujem, ampak možnost imam. Seveda včasih tim upošteva moje mnenje, včasih tudi ne, saj to je logično, zmeraj se vsi ne morejo strinjati z mojim mnenjem, tako da se tudi prilagodimo mišljenju drug drugega, ampak vsaj možnost pa imam. Vendar pa povem, da bom naredila tako in tako, kot se mi zdi, da je prav.

6: Jaz mislim, da je to predvsem odvisno od oddelka do oddelka, kjer delaš, oz. od osebja, ki tam dela. Imam srečo, sem na oddelku, kjer je to mnenje možno povedati in mislim, da je še kar upoštevano.

7: Če bi bila enakopravni član tima, si predstavljam, da sem vsak dan na viziti, na timskem sestanku, da si prisoten pri pacientih, da ga lahko spremljaš, da lahko dnevno kontaktiraš z njimi, kajti mi kot socialni delavci vemo, da je najbolj pomemben odnos. Ta odnos, to zaupanje si moraš pridobiti do pacientov, ko boš večkrat pristopil do njih, bo spregovoril o svojih težavah, ne pa tako, da danes prideš, čez dva dni prideš, to se mi ne zdi prav. Drugače pa svoje mnenje glede obravnave članom tima povem, tudi če se z kakšnim mnenjem ne strinjam.

Seveda je odvisno, kako ga bodo drugi razumeli to moje videnje, mnenje in ali se bodo s tem strinjali. Dostikrat se zgodi, da pacienta poznam, sva že delal skupaj v prejšnjih obravnavah, na prejšnjem sprejemu, zdravnik recimo pa te osebe ne pozna, in sem že tu en korak pred njim, ker bolje poznam problematiko, in zakaj bi čakala, da bi na timu recimo prišli do ene možne rešitve, ko pa lahko povem že poznane informacije in se problem lahko bistveno hitreje reši.

8: Socialni delavci smo na timih prezirani, s svojim načinom, s svojim odnosom želimo prispevati pri obravnavi pacientov, vendar nimamo dovolj poguma, da bi rekli, jaz to znam, to zmorem in bomo delali tudi po našem prepričanju, vendar mi pristanemo na sistem servisa in to igramo, po nareku zdravnikov. Samo z odločnostjo in strokovnim argumentiranjem bomo dosegli neko upoštevanje na timih in posluh pri obravnavi pacientov. To nezadovoljstvo smo izpostavili na timske sestanke, takrat so me poslušali, kajti moje delo je odgovorno in čutim odgovornost do pacientov in ne želim, da delam, kar se mi ne zdi prav in kar se mi zdi, da je nekorektno do pacientov, in da jih preveč ujekamo, ko pa pride do odpusta, nastane pa problem, kako bo pacient zaživel doma, če pa v bolnišnici npr. ni mogel do bankomata. Predvsem pa me moti, ta odnos zdravnikov, ko pravijo, da nismo kompetentni za določene naloge v zvezi z pacienti, ali so to skupine ipd., vendar z odločnostjo, z znanjem smo že dokazali nasprotno, glavno je da so pacienti zadovoljni, saj pomagamo njim. Moramo pa biti prepričani v svoje delo, v svoje mnenje, tega nam ne more vzeti nihče. In moje mnenje se upošteva na timu.

9: Jaz vedno poskušam povedati, kaj mislim, saj smo imeli težave z tem, kaj se mi zdi pomembno, kaj sledi po zakonu, kaj bi bilo treba še narediti za pacienta, tudi povem, če s z kakšno stvarjo ne strinjam, ali da je nepotrebna, zakaj se ne strinjam. Na timu se potem razpravlja o tem, da se dvomi razblini, da je situacija jasna ipd. Gre pa tudi za nerazumevanje našega dela, ostali člani tima ne vedo, kaj je sploh naše delo, ni jasnih pooblastil in nalog, kaj jaz lahko in kaj ni moje delo. Gre pa za ključno zadevo, da zastopam interese pacientov, ne pa interese drugih članov tima. To bi moral tudi zdravnik sprejeti, če moje mnenje vsak malo šteje, bi ostali člani tima morali vedeti, da je ključnega pomena pacient, in da ne morem delati po nareku zdravnika, ki včasih ne razmišlja dobro, npr. želi, da se pacienta odpusti, pa bi bilo dobro počakati, da se zadeve z moje strani še uredijo, poizvejo itn.

10: Jaz povem recimo, da smo stvari, ki so bile možne izvesti za pacienta, opravili maksimalno in potem to člani tima sprejmejo. Jjim razložim potek mojega dela, na koga sem se obračala, kakšne so možnosti, tako zakonske, tako s strani pristojnih služb, ki sodelujejo pri primeru, potem nekako skupaj naredimo zaključek, kakšne so možnosti za pacienta, ali bi mu podaljšali bivanje v bolnišnici, kako bo po odpustu itd. Seveda pa moram stvari, ki sem jih na timu povedala tudi uresničiti in ne bi mogla pričakovati, da se mojega mnenja ne bi upoštevalo, če naredim stvari, za katere vidim, da so možne in izvedljive. Seveda pa se trudim, da bi se moje mnenje upoštevalo, sploh če pacienta dlje časa poznam.

11: Seveda nimam tega občutka. Kot povratno informacijo, ko se že ve s kom se bomo pogovorili, takrat upoštevajo te informacije, moje mnenje, drugače pa ne. Da bi pa sami lahko povedali svoje mnenje, ali pa da se s nekaterimi stvarmi ne strinjam, ali da smo drugače zaznali problematiko pacientov, pa mislim, da nimamo te možnosti.

12: Mnenje vsekakor povem, sploh če se mi zdi, da je pomembno za naše paciente. Seveda je vprašanje koliko je to mnenje upoštevano, koliko ga upošteva zdravnik itd. Se mi zdi, da če vsak član tima pove svoje mnenje, da se lažje tudi ureja stvari za paciente.

9. Kaj pogrešate na timskih sestankih po oddelkih?

1: Več lepših odnosov, komunikacije, upoštevanje mojih mnenj, se mi zdi, da so moja mnenja ignorirana, mogoče srednje sestre še najbolj berejo te stvari, jaz pogrešam, da me vprašajo za mnenje, recimo, ko se dogovarjajo, kam bo recimo pacient šel in kaj bi priporočala, imam sicer dosti za okoli hoditi, pa vsaj pričakujem, da bi recimo vprašali, kako je bilo, da bi poslušali, kaj imam za povedat.

2: Naše timsko delo na oddelku zelo dobro poteka, res celovito obravnavamo vsakega pacienta posebej, si izmenjujemo mnenja, tako, da lahko rečem da ne pogrešam ničesar, razen stalne ekipe.

3: Pogrešam to, da bi sploh bilo timsko delo, jaz si to čisto jasno predstavljam, kako bi moralo to izgledati. Vsak bi moral iz svoje plati, svoje strokovnosti povedati svoje mnenje pri obravnavi, že to da imamo različna znanja, jaz si lahko predstavljam, kaj npr. dela delovna terapevtka, ampak spoštujem njeno mnenje, in se v njeno delo ne bom vtikala npr. ti moraš pa zdaj injekcijo dati pacientu, ne bom njej govorila, ti, to bi morala pa tako pa tako, nam se pa npr. to dogaja, kar naprej nas sestre opominjajo, ti bi morala pa še to, pa to, npr. pokliči patronažno, ti dam številko, pa bi se ona mogoče bolje zmenila z svojo kolegico, ne ampak vztraja pri svojem, nimam nič proti temu, da jo bom jaz poklicala, gre pa za neskladje nekih dogovorov itd. Drugi profili meni ne rabijo razlagati, kaj je moje delo, in nekih sodb v naprej tudi ne rabim, npr. ti svojci so pa taki in taki, to ni pošteno, ampak tako je. Eno stvar tudi ne morem dopovedati zdravnikom in sestram, da bi aktivirali svojce, da bi bili pacienti čim bolj samostojni, se mi zdi, pa da smo kot en servis, potem pa gre nekdo domov in ne zmore npr. dvigniti denar, ker smo ga v bolnišnici preveč ujekali.

4:Moram reči, da na mojem oddelku, kjer delam vrsto let imamo dobre odnose kot tim in kot profesionalci. Lahko rečem, da pri našem timskem delu ne pogrešam res nič, ker je pač narava dela druga, in se moramo dogovarjati stvari sprti.

5:Jaz sem z temi timskimi sestanki zelo zadovoljna, in ne bi prav nič spremenila, sigurno pa bi bilo bolje, da bi bila po oddelkih več časa, vendar tega fizično ne zmorem, če pa nas bi bilo več, bi bilo tudi delo drugačno in bi na timih tudi bolj aktivno sodelovala.

6:Predvsem pogrešam to, da je premalo timskih sestankov. Timski sestanki so organizirani na vsake toliko časa in niso redni. Je pa res, da se vsak dan po viziti in drugih obveznostih na oddelku dobimo in tam predebatiramo dnevno stvari, če pa govorimo o nekem poglobljenem timskem delu, tega je premalo.

7:Sigurno pogrešam komunikacijo med nami, izvedbo individualnih načrtov. So primeri pacientov, za katere vemo da izid ne bo dober, da je zunanji svet krut, in bi se lahko v času zdravljenja, ob pomoči zunanje mreže, z večjimi kapacitetami prostorov v domovih, institucijah, stanovanjske skupine, bolje organizirali, bolje sodelovali in bolje reševali problematiko, ki je nastala in seveda skupaj z pacientom.

8:Socialni delavci smo na timih prezirani, s svojim načinom, s svojim odnosom želimo prispevati pri obravnavi pacientov, vendar nimamo dovolj poguma, da bi rekli, jaz to znam, to zmorem in bomo delali tudi po našem prepričanju, vendar mi pristanemo na sistem servisa in to igramo, po nareku zdravnikov. Samo z odločnostjo in strokovnim argumentiranjem bomo dosegli neko upoštevanje na timih in posluh pri obravnavi pacientov. To nezadovoljstvo smo izpostavili na timskem sestanku, takrat so me poslušali, kajti moje delo je odgovorno in čutim odgovornost do pacientov in ne želim, da delam, kar se mi ne zdi prav in kar se mi zdi, da je nekorektno do pacientov, in da jih preveč ujčkamo, ko pa pride do odpusta, nastane pa problem, kako bo pacient zaživel doma, če pa v bolnišnici npr. ni mogel do bankomata. Predvsem pa me moti, ta odnos zdravnikov, ko pravijo, da nismo kompetentni za določene naloge v zvezi z pacienti, ali so to skupine ipd., vendar z odločnostjo, z znanjem smo že dokazali nasprotno, glavno je da so pacienti zadovoljni, saj pomagamo njim. Moramo pa biti prepričani v svoje delo, v svoje mnenje, tega nam ne more vzeti nihče. In moje mnenje se upošteva na timu.

9:Pogrešam sigurno diskusije o tem, kaj bi pri pacientih lahko še drugače naredili, kaj bi bilo boljše, kajti vsak primer obravnave je drugačen, individualen, ni recepta za enotno delo, pogrešam to, da bi z mnenji vseh članov tima dosegli konsenz odločitev in ne bi delali po mnenju npr. zdravnika, ki je po navadi glavni vodja tima. Da bi dali večji poudarek na novo sprejete paciente. Tisti, ki so sprejeti večkrat, jih nekako poznamo, poznamo njihove potrebe, želje, zmožnosti reševanja problematike, pri novo sprejetih bi pa lahko več časa posvetili resnično obravnavi, ki bi vsebovala strokovna mnenja vseh služb.

10:Glede na to, da toliko časa preživimo skupaj na timskih sestankih, da si izmenjujemo informacije, seveda moramo najti tudi določene kompromise, saj glavni je zdravnik in tvoje mnenje sigurno ne bo preglasilo zdravnikovega, pa sploh ne gre za to, saj je pomemben pacient, vendar bi lahko rekla, edino, da pogrešam pri timskih je komunikacija, boljše razumevanje dela socialne službe in potrpežljivost pri odkrivanju možnosti za pacienta, pri konkretnih zadevah, ki se urejajo za pacienta, saj je narava dela socialne službe taka, da stvari res niso in je tudi nemogoče, da bi bile urejene v enem tednu, včasih traja tudi več tednov, da odkrijemo možnosti, ki so v tistem trenutku dane za rešitev situacije, v kateri se je pacient znašel.

11:Pogrešam enakovrednost stroke na timu, da bi vsak lahko povedal s svojega stališča mnenje, kaj lahko vsak od nas naredi za pacienta in skupaj z pacienti. Seveda je pa tudi veliko odvisno od oddelka do oddelka, kakšni so člani tima tako osebno in kako so pripravljeni spoštovati tudi druge stroke. Pogrešam to predajanje informacij, mi smo dejansko samo servis informacij, zgolj v pomoč zdravnikom, mi zdravnikom pomagamo razjasniti problematiko, ni pa nujno, da se to mnenje upošteva, tako ali drugače se bo zdravnik odločil, kaj je najbolj primerno za paciente. Mi pa slišimo stvari, ki so nam tudi v pomoč pri določenih pacientih, vendar se o tem ne govori. Seveda je koristen tudi tak tim, čeprav ni najbolj kvaliteten, ampak smo vsaj takrat skupaj.

12:Pogreša, odkrit pogovor, odprt dialog, brez strahu zamere. Timski sestanki so namenjeni tudi izpostavljanju problematike, ki je prisotna na oddelku. Pogrešam pristne odnose, sproščenost in večjo motivacijo za dobrobit pacientov.

10. Kako poteka sodelovanje z zdravniško službo? Ste zadovoljni z sodelovanjem? Zakaj da in zakaj ne?

1:Naša zdravnica na našem oddelku je super, tudi ostali zdravniki so ok, saj se morajo oni prilagoditi našem že utečenemu tempu na oddelku, recimo so želeli še eno zdravnico poslati na naše oddelke, pa smo bili vsi proti in so upoštevali naše mnenje. Čeprav gre za neko raztresenost profilov, eni pridejo, eni odidejo, dosti je tudi odsotnosti, bolniške, porodniške, tako da zaenkrat še nimamo tisti utečeni tim pri obravnavi, ampak na splošno lahko rečem da dobro sodelujemo, se dopolnjujemo.

2:Čuti se tista hierarhična lestvica, zdravnik je najpomembnejši, potem ostalo medicinsko osebje, potem psihologi, nazadnje pa mi in delovni terapevti. S posameznimi zdravniki nimam očitnih problemov, pogrešam to, da ne upoštevajo tega socialnega stališča, da so zelo zaverovani v svoje delo.

3:Vse je odvisno od zdravnika, ali sem dovolj kompatibilna, po njihovih besedah, ne vem, prevelika hierarhija je, prevelika avtoritativnost pa ne prinaša uspehov na medosebnem sodelovanjem.

4: Jaz sem zelo zadovoljna z sodelovanjem z zdravniško službo, počutim se enakovredno zdravniku, saj delamo vsi terapevtsko. Stvari se dogovorimo, jaz sem recimo vezana samo na enega zdravnika in je to sigurno drugače, kot pa če si vezan na več zdravnikov, saj smo si ljudje zelo različni in se absolutno moraš prilagoditi, ne smeš biti preobčutljiv, histeričen, pa ne stvari preveč osebno jemati.

5: Sodelujemo dobro, kolikor pač to lahko opredelim, pretok informacij med nami je zadovoljiv, lahko tudi pokličem zdravnika in ga vprašam, kako je z pacientom, kaj bi bilo treba ipd. Lahko ga pokličem kadarkoli, tudi oni mene pokličejo, če rabijo kakšno informacijo.

6: Seveda je prisotna miselnost, da so drugi profili v bolnišnici več vredni, kot nekateri, vendar je to odvisno od posameznikov in mislim, da se ta mentaliteta spreminja. Z zdravniško službo predvsem sodelujemo na raznih vizitah, po vizitah, ko se pogovorimo o tem, kaj bi bilo potrebno urediti za pacienta, mislim pa, da še vedno premalo sodelujemo, oz. nas morda zdravniška služba obravnava včasih premalo kot enakovrednega partnerja in gre za neko hierarhično urejenost v bolnišnici, vendar odvisno od vsakega posameznika. Zadovoljna sem predvsem takrat, ko smo povprašani za mnenje, ko nas zdravniki vidijo kot enakovredni sodelavce, kot nekoga, ki ima določeno specifično znanje o socialni problematiki in smo po njem tudi povprašani. Nisem zadovoljna pa takrat, ko gre za delitev nekih nalog, to in to je potrebno narediti, pri tem te pa sploh ne vprašajo za mnenje, če ga podaš, ga pa ne upoštevajo.

7: Sodelovanje je dobro, lahko bi bilo sicer boljše, kar pa je slabo, da zdravniki včasih ne razumejo, da določenih primerov socialni delavec ne more rešiti, ker ni podpore zunaj. Včasih ne morejo razumeti, da se na da urediti npr. pomoči na domu, recimo tudi za dve uri, če se ne da, če ni možnosti se ne da, ali pa recimo ne moremo urediti dodatnega zdravstvenega zavarovanja, če pacient nima pet let službe, nobenih prihodkov, oz. mora prej recimo poravnati dolgove, svojci pa ne želijo imeti s tem nič opravka ali pa tudi ne zmorejo ipd.

8: Meni so ti odnosi, komunikacija z zdravniki zaenkrat ok, vendar če gledam količino, je premalo informacij med nami, podatkov in je videti, da delajo nekaj zase. Velikokrat gre za prehitevanje odločitev, vse je nujno, kar zmeraj ne drži, dalo bi se z boljšo komunikacijo te stvari zgladiti in bi bilo delo za vse lažje in manj stresno, kot je sedaj. Mislim, da bi morali delati na medsebojni komunikaciji in biti hkrati zgled pacientom.

9: To je sigurno odvisno od zdravnika samega, ki je prisoten na oddelkih, z enim boljše sodeluješ, z enim slabše. Seveda se pozna sodelovanje z starejšimi in mlajšimi zdravniki. Starejši so eminenca in njihovega razmišljanja ne bo mogoče nikoli spremeniti, pri mlajših pa imamo možnost, da bi se njihova mentaliteta glede sodelovanja z drugimi službami, ki so prisotne v bolnišnici spremenila, vendar dajmo času čas. Se sigurno kaže sprememba na področju komunikacije, ko pridejo tudi zdravniki do nas, nam povejo mnenje, jih zanima tudi naše, in tu se počutim enakovredno, ko čutim in vidim, da določene zdravnike res zanima moje mnenje, in potem sem tudi zadovoljna. Nezadovoljna pa sem občasno z ignoriranjem, z dajanjem občutka manjvrednosti in z njihovo vsemogočnostjo, da znajo prav vse in da samo npr. oni vedo, kaj je najbolje za paciente in navsezadnje tudi za njihove svojce.

10: Sodelovanje med nami poteka v redu, sicer pa točno vem, s katerim zdravnikom lažje kontaktiram, se pogovorim, mislim, da sem zadovoljna z sodelovanjem, je pa res, da so tudi zdravniki strašno zasedeni, tako kot mi, vsak ima svojo naravo dela, in se nekako prilagajamo drug drugemu. Drugače se vse poskušamo dogovoriti na timskih sestankih, se pa tudi zgodi, da se tekom dneva pokličemo, ampak res v izjemnih primerih.

11: Socialni delavci cenimo odnose, mislimo, da z dobrimi odnosi dosežemo več, vendar to posledično pomeni, da smo velikokrat tihi in si ne upamo povedati mnenja, tisto kar nas moti in upamo, da se bo nekaj spremenilo, če pa ni dobrega odnosa in če bomo kaj povedali kaj narobe, bomo pa spet izgubili možnost dobrega odnosa, kako boš delal naprej, pa če boš sploh še delal ipd. Moramo delati z ostalimi sodelavci, z pacienti, z svojci, z ljudmi in rabimo najprej dobre odnose. Če komunikacija znotraj bolnišnice slabo poteka, če ni priložnosti, da se dober odnos zgradi, in če je odnos navidezno dober, saj ni slab, je nekakšen uraden odnos, vendar moramo paziti na vsaj to možnost odnosa, ker drugače ne bomo mogli delati. Seveda je pa vse odvisno, kakšen je zdravnik kot človek, več komu lahko zaupaš, komu ne. Nekako skozi bomo nad odnosi, smo odgovorni za svoje delo. To se lepo vidi pri delu s svojci, npr. zdravnik pove, da bo nekdo odpuščen, svojci se s tem ne strinjajo, in nekako potem pridejo svojci do nas potožit, vendar moraš spet paziti, moraš podpreti svojca in hkrati svojega sodelavca. Umetnost dela socialnega delavca je, kako komunicirati, da ne izgubljaš na odnosih.

12: Sodelovanje poteka v redu, pogrešam predvsem pristen odnos, kot do sodelavca, čuti se tista avtoritativnost, čeprav spoštovanje mora biti pristono, vendar pričakujem da z obeh strani. Drugače pa imam, občutek, da se tudi oklep topi, in da se skriva v mnogih zdravnikih še marsikaj lepega kot pa samo znanje in sposobnosti.

11. Kako poteka sodelovanje z psihološko službo? Ste zadovoljni z sodelovanjem? Zakaj da in zakaj ne?

1: Z psihologi nimamo dosti stikov, kar je narobe, včasih se zgodi, da preberem kakšno njihovo mnenje, to je pa vse, vendar bi bile tudi njihove informacije zelo dobrodošle pri našem delu, že pri načrtovanju skrbi ipd. Oni so služba zaprtega tipa, diagnostiki, ki z sami pacienti nimajo dosti opravka, samo testirajo in diagnosticirajo.

2: Nekako imam občutek, da nimajo potrebe po sodelovanju z nami, kar je sigurno narobe, mislim, da bi skupaj dobro funkcionirali in se eden od drugega veliko naučili.

3: Z psihologi jaz prav nič ne sodelujem in jih prav nič ne pogrešam. Ne vem kaj bi z njimi.

4:Sem zadovoljna z sodelovanjem, mi se vsakodnevno videvamo, se pogovorimo o pacientu, tako da z moje strani se dobro razumemo, ker smo si vsakodnevno na razpolago.

5:Psihologi so tudi vezani na oddelke, čeprav se videvamo na timih, prevelikega sodelovanja med nami ne čutim, oni imajo specifično delo diagnosticiranja in mislim da jih naše delo ne zanima toliko. Lahko bi sigurno koristneje sodelovali že zaradi interesov pacientov, ampak ne vem kako bi to vzpostavili.

6:Moram reči, da socialna služba in psihološka služba ne sodelujemo neposredno, tako da niti nimamo nekega sodelovanja, morda edino takrat, ko pride do tistega timskega sestanka, takrat se pogovarjamo o določenih osebah, sicer pa mislim, da je naše sodelovanje slabo in lahko rečem, da ga sploh ni. Tako, da s tem sodelovanjem ne morem biti zadovoljna in morda bi bilo res potrebno v prihodnosti narediti kaj v tej smeri in poglobiti sodelovanje, kljub temu oni imajo neko specifično znanje tako kot mi in bilo zelo v redu, da bi sodelovali in tudi skupaj sodelovali pri obravnavi pacientov.

7:Psiholog je enakopraven član tima, in če pride kaj tako nujnega, pomembnega se pokličemo. Več ali manj se na timu dogovorimo, če pa je kdaj kakšen primer, za katerega menim, da bi lahko tudi njihovo mnenje prispevalo k boljši rešitvi, pa potrkam na njihova vrata.

8:Recimo sodelujemo pri določenih primerih obravnave, recimo v tej smeri, da mi povedo, kaj so ugotovili pri pacientu, ali bi bil zmožen samostojnega življenja ipd, vendar bi morali delati tudi sami na medsebojni komunikaciji, in bi bilko lahko naše sodelovanje krasno

9:Z psihologi zelo malo sodelujem, čeprav moram reči, da zadnje čase kar sodelujevi, mi pove svoje mnenje, ki je pri mojem delu tudi pomembno, vendar nimamo pristnega sodelovanja že pri obravnavi pacientov ne, kar ni v redu, kot sem povedala, če bi že v začetku začeli sodelovati, tako kot se pri obravnavi spodobi, tudi z kasnejšim sodelovanjem, dopolnjevanjem ne bi imeli problemov.

10:Z psihologi nimam stikov, recimo vem, kateri pacient bo šel na individualni razgovor, testiranje k psihologu, ker to zvem na viziti, da bi imeli tesno sodelovanje, ga nimamo, čeprav ne bi bilo slabo, da bi bili več skupaj, že zaradi informacij, ki bi si jih lahko izmenjali.

11:Ga ni. Preberem psihološko poročilo, ki je v popisu pacienta in to je vse. Če bi delali bolj eno psihoterapevtsko delo, bi verjetno potrebovali več sodelovanja, tako pa delamo vsak svoje samostojno delo, tako da nekega sodelovanja ni. Njihova poročila pa mi pomagajo pri orientaciji za moje delo, da vem, kaj lahko od pacienta pričakujem, koliko sodelovanja lahko pričakujem, kje so strokovne ovire razlogi za njegovo nefunkcioniranje.

12:V bistvu nekega sodelovanja ni med nami, čeprav je njihovo delo zelo zanimivo in tudi njihova poročila so zanimiva za branje in uporabna za naše delo. Mislim, da bi se lahko bolje povezali, saj moram reči, da je sodelovanje med nami zelo pomembno in obratno.

12. Kako sodelujete z delovno-aktivacijsko službo? Ste zadovoljni z sodelovanjem? Zakaj da in zakaj ne?

1:Z delovnimi terapevti pa nimamo dosti stika, oni so pač zaprti na oddelku in se ukvarjajo z njimi, recimo paciente spomnijo na razne aktivnosti in recimo na mojo skupino, da bi pa prav posebej sodelovali pa ne. Da bi delale na kakšnem primeru skupaj, se še ni zgodilo, to je res potem vse odvisno od timskega dela.

2:Tudi z delovno terapevtko dobro sodelujemo, imamo veliko sodelovanja, se recimo pogovarjave o določenih primerih, težavah, ali se ti zdi npr. smiselno, da gre tja in tja ipd. Tudi delovni terapevti zelo dosti pomagajo pri primerih in nas tudi vprašajo, kaj bi pa ti tukaj naredila ipd. Ampak seveda je vse odvisno od ciljev, ki si jih kot tim zastavimo.

3:Z delovnimi terapevti dobro sodelujemo, se tudi pokličemo in se videvamo na oddelkih, se mi zdi, da smo isti rang med profesijami in nimamo problemov, pustimo drug drugega da dela, tisto kar dobro zna in res ni problemov.

4:Delovni terapevti so tudi člani tima na našem oddelku in lahko rečem, da se tudi z njimi dobro razumemo, oni imajo sicer malo drugačno strukturo dela, se z pacienti potem tudi individualno ukvarjajo, ampak rečem, da se dobro razumemo.

5:Jaz nimam problemov tudi z delovnimi terapevti, sicer tudi z njimi ne sodelujem tako veliko, verjetno zaradi mojega tempa delovnika, ampak načeloma nima nikakršnih problemov v sodelovanju z njimi, vsak dela na svojem področju.

6:Jaz osebno zelo dobro sodelujem z delovnimi terapevti, imamo srečo, ker delam z osebami te službe, ki so zelo odprte do vseh profilov, to mi zelo pomaga, velikokrat se pogovorimo z delovnimi terapevti o določenih pacientih, o tem kakšne so njegove delovne navade, higienske navade, kako je pripravljen sprejeti kakšno delo v delovni terapiji, pri glasbenih urah, pri telovadbi in raznih delavnicah, ali gre za pripravljenost s strani pacientov, ali so motivirani za delo, za nekaj spremeniti, ali so zainteresirani in te informacije nam zelo prav pridejo pri našem individualnem delu in na skupinah in pri celostni obravnavi nekega uporabnika, ko gre za npr. za nameščanje v stanovanjskih skupinah, v domove za starejše ali drugih ustanovah, ker smo tam povprašani, kako se določena oseba obnaša, koliko je motivirana, koliko je pripravljena sodelovati. Zato te informacije moramo imeti, in te informacije dobimo prav od delovnih terapevtih in sem zelo zadovoljna s tem sodelovanjem,

in pravzaprav ne bi nič spremenila, v prihodnje si želim le intenzivnejšega sodelovanje, morda kakšne skupne ure, skupaj skupine, kjer bi si izmenjavali informacije v korist pacientom.

7: Pri nas z delovnimi terapevti dobro sodelujemo, tu in tam včasih načrtujemo tudi skupaj, kaj bi bilo v redu za pacienta, ali so to prevozi, spremstva pacientov, ali ogled stanovanjske skupine, ali ogled domačega okolja, da delovni terapevt tudi vidi, kaj ima pacient doma, kaj počne, in tudi upoštevamo želje pacientov, če recimo želi, da bi šel pa tudi delovni terapevt z njim na ogled ali na dom, ali v zavod, in s tem nimamo nikakršnih problemov, vse se dogovorimo. Mislim, da bi bilo lahko sodelovanje še boljše, vendar zaradi obsega dela ne zmoremo usklajevati načrtov, delovna terapija ima svoj proces dela, vendar bi bilo krasno sodelovati intenzivneje tudi z njimi.

8: Njihovo mnenje je v moji perspektivi tudi zelo pomembno, saj večina časa preživijo z pacienti, mislim, da so njihovih informacije za moje delo zelo koristne, edina napaka je, da se absolutno premalo družimo, ker imamo vsak svoj tempo dela in naravo dela.

9: Z delovnimi terapevti imam zelo dobre izkušnje, zelo sproščeno sodelujemo med sabo, moram reči, da se z njimi dobro počutim, spoštujem njihov trud pri pacientih, imajo zelo veliko individualnega dela in je njihovo mnenje vsekakor dobrodošlo. Dostikrat se zgodi npr. da se pacienti na vizitah in oddelkih drugače obnašajo, kot na terapevtskih srečanjih, kjer imajo določene aktivnosti, so bolj sproščeni in mislim, da je njihovo mnenje izrednega pomena. Imajo ogromno podatkov, ki so koristni pri obravnavi v timu.

10: Dobro sodelujemo, vidimo se na timskih sestankih, tam izvem koristne tudi z njihove strani, da bi pa individualno sodelovali, ne sodelujemo, razen če bi me zanimalo izjemno za kakšnega posameznega pacienta, potem jih pokličem, drugače se vsakodnevno vidimo in sem z njihovim delom in našimi odnosi med sabo zelo zadovoljna.

11: Dobro sodelujemo, v tem smislu, da je ta služba tudi nam enakovredna, so odnosi spontani, pristni, se ne vikamo, oni upajo stopiti k nam in obratno. Nas tudi pokličejo, ko na terapijah pacient govori o stvareh, za katere vedo, da mu bomo pomagali mi in vidimo se na timu. Njihove informacije se mi zdijo zelo pomembne in so njihova mnenja na timu tudi upoštevana.

12: Sodelujemo skupaj na timskih sestankih in zelo cenim njihovo delo. Delovni terapevti dejansko največ časa preživijo z pacienti in so njihova opažanja in ugotovitve pri aktivnosti vsekakor zelo pomembne. Pogrešam to, da bi se več pogovarjali tudi o njihovih videnjih in mnenjih.

13. Kako poteka sodelovanje z ostalim medicinskim osebjem? (medicinske sestre in medicinski tehniki, diplomirane medicinske sestre, strežniki). Ste zadovoljni z sodelovanjem? Zakaj da in zakaj ne?

1: Pri oddelčnih sestrah in osebju me moti to, da mislijo, da morajo one komandirati in določati kaj boš naredil, po drugi strani pa cenim to, da so kot nekatere posrednice med nami in ostalimi člani tima. Recimo tisti dan ko nisem na viziti, pa pokličem sestro, ali je kaj posebnega in pridem potem na oddelek. Če je sama sestra ali kdo drug tak da ni težaven človek, potem se vse da dogovoriti, vse je odvisno od ljudi.

2: Se da delati z njimi, vendar smo si določili jasne meje avtoritete in se spoštujemo med sabo kot strokovnjaki. Z srednjimi medicinskimi sestrami dobro sodelujemo, ni posebnosti, omenila pa bi odnose z višjimi sestrami, ki se pa imajo že za zdravnike, in so tudi po hierarhični lestvici takoj za zdravniki. Se mi zdi, da ohranjajo položaj, ki ga imajo in se zato zelo borijo, kar je prav, saj so zelo močna lahko rečem organizacija, imajo dober sindikat in so skupaj zelo močni, avtoritarni, mi pa nimamo nič in ne moremo biti močni. Čeprav so pa odnosi jasno določeni, ne družijo se preveč z nami, da smo zdravniki in sestre močnejše, in to se pozna na prijateljskih vezeh in razločevanju med kadri, to je zdaj moderno, da se držimo vsak zase. Včasih lahko rečem, da smo si bili enaki, smo si drug drugemu pomagali, bilo je vse drugače, nismo razločevali, to je moje delo, to je tvoje delo, smo bili bolj skupaj in bolj povezani kot smo zdaj.

3: Z medicinskim kadrom dobro sodelujemo, je narava njihovega dela močno povezana z našim delovanjem na oddelku, kot tim se po končanih srečanjih dobivamo, da tudi oni povedo, kakšna je bila situacija čez dan, ko nas ni več v službi in smo si dobri.

4: V medicinskem osebju sodelujem vsak dan, če je treba me sestre tudi pokličejo, pridem na oddelek, tako, da moram reči, da z njimi in z zdravniki še najbolj sodelujemo. So na oddelkih in poznajo paciente, jih spremljajo, povedo kateri od svojcev je prišel na oddelke itn. Mislim, da je pretok informacij dober, seveda pa pride včasih tudi do navzkrižja interesov, ampak to je povsod.

5: Bolj kot je odvisno od same službe, je odvisno sodelovanje od tega, katera oseba je na oddelku prisotna. So osebe, ki so zelo nedostopne, katere mislijo, da je socialni delavec nekdo, ki opravlja dela, kot so dvigovanje denarja, nakupi ipd. mimogrede, bi lahko to delo opravljal tudi srednje sestre na oddelkih, ker poznajo bolje potrebe in želje pacientov kot mi, ki nismo stalno prisotni na oddelku. Po drugi strani pa so seveda tudi osebe po oddelkih s katerimi krasno sodelujemo, in mislim, da je prav medicinsko osebje na oddelku tisto s katerimi imaš največ stikov in je stalno prisotno na oddelku in z pacienti, in ga najbolj pozna in ti da marsikdaj najbolj objektivno informacijo o pacientu, kakšen je v popoldanskem času, ko ni ostalih profilov v službi in v nočnem času. Te informacije nam zelo koristijo pri našem delu z pacienti in posredovanjem informacij naprej, konkretno

pri posredovanju informacij institucijam, ki te podatke želijo in potrebujejo. Še vedno je pa veliko te miselnosti, da socialni delavci delamo tako kot pred dvajsetimi leti, morda ne vidijo, da je socialni delavec sedaj veliko bolj izobražen, ima univerzitetno izobrazbo in že po izobrazbeni strukturi imamo večjo izobrazbo kot npr. diplomirane medicinske sestre, imamo mnoga znanja in je nekako pomemben sogovornik na oddelku.

6: Vsi delamo v dobrobit pacienta. Z odnosom sem zadovoljna, seveda so tu pa tam kakšna navzkrižja tako kot povsod drugje, delamo drug z drugim, si pomagamo, naredimo kaj drug za drugega. Na timu si stvari povemo, jih razjasnimo, se pa z sestrami po oddelkih tudi največkrat kličemo, že zaradi informacij, ali pa tudi zaradi malenkosti, ali zaradi želje pacientov ipd. Lahko rečem, da z službami v bolnišnici dobro sodelujem, pogrešam včasih seveda boljšo komunikacijo, več razumevanja pri naravi mojega dela, sploh pri prepoznavanju, kaj je moje delo itn.

7: Relativno dobro sodelujemo z zunanjimi institucijami, odvisno od primera do primera problematike pacientov, nezadovoljstvo izražam z neznanjem drugih služb, v zvezi z našimi pacienti, njihovimi željami, potrebami, marsikdo zunaj nima posluha za naše paciente, se jim ne da nič, nekateri so pa krasni. Tu gre za menjvrednostni kompleks, da so naši pacienti manjvredni kot npr. drugi ljudje, da tako ali tako ne bo nič iz njih ipd. Seveda vsak institucijami razmišlja drugače, nekateri so bolj odprti za pogovore, nekateri manj. Izpostavim naj, da ni zunanje mreže, ki bi nas povezovala, in bi lahko bolj reševali problematiko pacientov, to sploh ni razvito, potem pa imajo zunanje institucije nemogoče predstave o rešitvi problematike, hkrati pa se ne zavedamo, da nimamo niti osnovnih stvari rešenih, od stanovanj, do denarnih zadev, služb za naše paciente ipd. S tem je realizacija želj, potreb in možnosti za naše paciente, vsaj tistih, ki nimajo svojcev, niti finančnih sredstev za preživetje, nemogoča, nekorektna in nepravilna.

8: Gre velikokrat za nerazčiščen odnos dela. Ostalo medicinsko osebje, če lahko tako rečem, je velikokrat prepričano samo o svoji kvaliteti dela in nas velikokrat gledajo z viška, češ, saj to ne znate, to ne razumete, to je vaše delo, to ni moje delo, ne bom tega delala, sem preveliko časa hodila v šole ipd. Gre za neke frustracije, ki so prisotne, tako kot pri vseh ostalih službah. Mislim, pa, da so njihove informacije dobrodošle za naše delo, predvsem zaradi odnosov pacientov po oddelkih, po končanih vizitah, zaradi stika s svojci ipd. Moram reči, da dobro sodelujemo.

9: Z vsemi na oddelkih, to so sestre, višje sestre dobro sodelujemo, saj skoraj že moramo. Gre za pretok informacij, kaj se je na oddelku dogajalo z pacienti, tudi ponoči, ali so imeli kaj obiskov, so se svojci oglasili ipd. Me tudi velikokrat pokličejo na oddelek, ko pride do kakšne problematike, ki jo lahko uredim, ali so to finančne zadeve, ali samo individualni pogovor, za katerega so pacientke izrazile željo ipd. Seveda včasih prihaja do nejasnosti nekaterih nalog, ampak se poskušamo dogovarjati in si postavljati meje, vse z kulturnim pristopom.

10: V redu sodelujemo, sicer te včasih pokličejo res za kakšno banalno zadevo, recimo nakupa škatlice cigaret, ampak dobro, jaz vzamem to, kot da je tukaj še nekaj v ozadju in to izkoristim še za pogovor z pacientom in to jemljem, kot stik z zunanjim svetom. Drugače pa dobro sodelujemo, saj so njihove informacije za naše delo ravno tako pomembne, recimo marsikaj zvem o pacientu, kako se počuti, kako so svojci sprejeli hospitalizacijo ipd.

11: So velikokrat tisti, ki pomagajo priti do zdravnika, se pokličemo, dogovorimo o stvareh, so neki posredniki med nami in zdravniki. Na njih se najbolj pogosto obračamo in tudi oni na nas, mislim, da sodelujemo dobro, seveda je spet odvisno kakšna komunikacija je med nami, kdo je tisti, na katerega se obračaš, ali razume tvoje delo.

12: Imam zelo dobre odnose z njimi, seveda je spet odvisno od narave človeka, kako gleda na stvari. Enostavno ne smeš biti obremenjen s tem, kdo si, ampak kako delaš, in to med nami zelo dobro deluje. Spoštujem njihovo delo, vsekakor pa upam, da tudi oni moje.

14. Se vam zdi pomembno, da bi bila socialna služba pri sprejemu uporabnikov in uporabnic v psih.bol.? Zakaj da in zakaj ne?

1: Meni se zdi pomembno, da bi bili pri sprejemu, čeprav so sprejemi 24 ur na dan, bi bili lahko zraven vsaj v dopoldanskem času, ker bi potem rabili drugo organizacijo, zaradi dežurstev. Po moje pa samo v določenih primerih, ko so npr. svojci pri sprejemu, zaradi pretoka informacij ipd. Sicer pa tudi fizično tega ne bi zmogli, ker itak ne moreš biti hkrati na več koncih. Fino bi bilo, da bi bili povezani, m pa bi nas npr. poklical, če bi se že pri sprejemu videlo kaj takega, kar bi bilo pomembno tudi za nas, v tistem trenutku. Saj tukaj pa gre za tisto komunikacijo.

2: Na našem oddelku smo pri sprejemu, ker so pač vnaprej planirani in se mi zdi pomembno, da smo pri sprejemu takoj.

3: Ja, o tem smo se pa že pogovarjal, da ne bi bilo slabo, če bi bila naša služba zraven. Svojce imaš zraven pri sprejemu takoj, včasih imamo celo detektivsko akcijo, da svojce sploh najdemo ali jih dobimo po telefonu, velikokrat so svojci pri sprejemu zraven, pa recimo sestra pa zdravnik ne zapišeta podatkov, ki jih potrebujemo, ker se jim pač ne zdi pomembno, recimo pomembno bi bilo, da smo zraven pri starejših pacientih, že zaradi dogovora za naprej, recimo, če bi šlo za vprašanje domske oskrbe, potem res to dolgo traja, da se dobimo in

poskušamo najti rešitev za nastali problem. V dopoldanskem času bi bilo to možno organizirati, sicer bi bilo sigurno veliko pripomb s strani zdravnikov, kaj bi sploh delali zraven. Mogoče bi bilo to funkcionalno pri določenih primerih, kajti pri vseh res ne bi mogli biti zraven, pa še odvisno od primera do primera, v kakšni fazi pride v bolnišnico, in seveda veliko nekega spraševanja ob sprejemu pa spet ne bi bilko v redu za pacienta.

4: Mislim da ne bi bilo primerno, da bi bila socialna služba pri sprejemu. Jaz bom tako rekla, da sem spoznala iz izkušenj, da v preteklosti je bilo v obvezno v tistem času, da so bili socialni delavci povsod, ali so bila to podjetja, šole ipd. Takrat je bilo moderno, da je bil socialni delavec povsod zraven. Ampak kaj se je zgodilo in v firmah se je zgodilo, da so začeli socialni delavci igrati drugo vlogo, če npr. nisi kaj v redu naredil, si bil pa poslan k socialnemu delavcu, enako se je zgodilo v šolstvo, če nisi bil priden, če ti v šoli ne gre, si bil poslan k socialnemu delavcu. Tako se je tudi že v okolju vedelo, aha, tale je pa problematičen, nekaj ni v redu s tabo. Zakaj ne pri sprejemu, recimo eno vlogo branilca, mislim, da ne bi bilo v redu. Bolj je pomembno, da je socialni delavec prisoten potem, ker sam sprejem, taka ali tako indikacije za sprejem odredi zdravnik, ki sprejema. Kaj bo takrat socialni delavec pri sprejemu zraven, ali se bomo šli zdaj sodišče, bomo na hitro en senat organizirali, kaj pa lahko socialni delavec lahko reče proti besedi zdravnika, še jaz ko sem toliko časa v bolnišnici in psihiatrične bolezni obvladam, kaj bom jaz tam zraven rekla zdravniku, ki se odloča ali bo pacienta sprejel, ali je nujno in bom jaz rekla ne to pa ni, ali kaj? To mora tisti naredi, ki je pristojen za to, ko pa je človek že sprejet, ko je že v ustanovi, potem je pa v redu, da je član tima tudi socialni delavec. Se mi zdi pa kar v redu, da so zdaj te komisije, da je sprejem čisto nekaj nevtralnega s strani sodišča, da se to izvaja. Čeprav tudi ne najboljše, praksa je to pokazala. Jaz mislim, da bi bili zelo hitro socialni delavci označeni kot policaji, in naša naloga bi bila, da bi bili na istem bregu z človekom, ki mu pomagamo, s tako vlogo pa se bi takoj znašli na drugem bregu, tudi če ne bi nič takega naredili. Če bi meni nekdo rekel, da bi morala to delati zdaj, verjetno pred desetimi leti bi to sprejela, bi rekla, jaz tega delala ne bom. Ampak to je moje mnenje.

5: Na vsak način bi bilo to zelo v redu, če bi bilo to možno, mislim, da bi bili tudi dežurni zdravniki zadovoljni, če bi bilo to možno izvesti. V našem primeru, je trenutno to nemogoče, ker sem sama, in še tega ne bi zmogla, bi bila pa sigurno pripravljena to delati, če bi bilo to dovoljeno in bi nas bilo več. Je pa organizacijsko kar zahteven proces, moram reči, da mene včasih pokličejo na sprejem, da se poslužujejo tega, če zdravnik oceni, da je kaka socialna zadeva pri pacientu, ali je treba kaj preveriti, hitro urgirati ipd., da se on lažje odloči za sprejem, ne gre pa pri teh izjemno redkih primerih, da se zraven pri sprejemu za nič drugega, kot za varovanje lastnega hrbta, ne zaradi pomembnosti naše službe. Gre pa predvsem tu za prisotnost svojce, takrat bi bila pa rada zraven, da se takoj pomenimo stvari, ne da jih potem iščem in čakam kdaj bodo spet prišli. Na sprejemu pa drugi profili seveda ne morejo vedeti mojih potreb, kaj jaz rabim za obravnavo in gredo podatki mimo, kar zbežijo, in ni smiselno, lahko bi že v začetku obravnave, pri sprejemu naredili veliko koristnega za pacienta.

6: Ja, mislim, da bi bilo v redu, v tem smislu, da dobimo tisto prvo sliko, ko lahko takoj posredujemo pri nekomu, od kod prihaja, s kom živi, s kom lahko stopimo v stik, kako mu lahko pomagamo, kako ima urejene zadeve, s kom lahko kontaktiramo ipd. zadeve. To mislim, da bi bila zelo fajn zadeva, da bi bila socialna služba na razpolago 24 ur na dan, kar se tiče sprejema. Po drugi strani pa moramo biti realni in vedeti, da je socialna služba majhna služba in da verjetno že iz tehničnih razlogov ne bi bilo izvedljivo, ker to pomeni dnevno dežurstvo, nas je pa premalo. Verjetno ob takšnem načinu dela, kot ga imamo sedaj ne bi bilo možno in izvedljivo.

7: Zelo bi si želela, da bi bili lahko ob sprejemu, da bi se začelo delati s pacientom že ob samem sprejemu, če bi nas bilo v prihodnosti več. Da bi lahko individualno delal, da bi upošteval pacientove želje in jih speljal v okviru zmožnosti, njegovih pričakovanj, odločitev do odpusta. Boljša komunikacija med službami, kaj bomo naredili, ko je pri pacientu po treh, štirih mesecih bivanja v bolnišnici še vedno nejasna slika, kam bo šel po odpustu in se odpre problem, katerega bi lahko že prvi dan začeli reševati. Ob samem sprejemu imaš po navadi tudi svojce zraven, in bi lahko že ob sprejemu se veliko pogovorili, se dogovarjali za naprej, lahko slišiš zgodbo svojca in osebe, kar je zelo pomembno, preden lahko spet vzpostavimo to srečanje skupaj pacient in svojci traja, individualni razgovor ali z svojci ali z pacienti, ne bo nikoli tako pristen, kot če so zbrani vsi akterji skupaj, to zelo pogrešam. Recimo, da osvestimo svojce, kako naprej, kam naj se obrnejo, kajti prepričani so svojci, da lahko pacient ostane kar v bolnišnici in to za vedno, v nekaterih primerih, gre sploh za nejasnost glede tega. Svojcem lahko ponudiš informacije takoj in to pogrešam.

8: Meni se zdi, da ne, mogoče v nekkih primerih, v večini sprejemov pa ne. Verjamem, da je najbolj pomemben prvi kontakt med zdravnikom in pacientom v smislu varnosti. Pacienti prihajajo v akutnih fazah, kjer je prisoten velik strah kot simptom in se mi zdi zelo pomembno, da je čim manj osebja pri sprejemu, že zaradi zaupanja in občutka varnosti pacienta, da ga ne okupira hkrati ne vem koliko profilov. Včasih bi bilo dobro, da smo pri sprejemu, ko je narava problematike taka, da bi tudi mi bili lahko zraven, zaradi informacij in hitrega ukrepanja pomoči in če so svojci zraven, zaradi njih in njihovih občutkov strahov, kaj se bo dogajalo in predvsem zaradi posredovanja informacij njim, če izrazijo potrebo po tem.

9: Včasih mogoče ne bi bilo slabo. Prav pri sprejetih pacientkah, ki me poznajo in so se me že navadile, zaradi informacij, ki jih poznamo in zaradi usmerjanja in povezovanja z svojci, če so pri sprejemu zraven. Po drugi strani pa bi bil sprejem še bolj naporen, saj bi tudi naša prisotnost zmedla tisto zaupanje, ki je že tako otežkočeno, saj je vsak sprejem drugačen, in gre predvsem v začetku za sodelovanje zaupanja med pacienti in

zdravnikom. Mislim, da bi težko zaupali tudi nam. Vendar v določenih primerih bi bilo to dobrodošlo, seveda samo v dopoldanskem času, ker nas je premalo in bi težko organizirali štiriindvajset urno dežurstvo. Mogoče ne bi bilo slabo, da bi nas pri sprejemu zdravniki in sestre poklicali, če bi ocenili, da je to stvar socialne službe, predvsem pa takrat, ko so svojci in tudi oni potrebujejo nasvete, informacije. Sicer pa o sprejemu odloča zdravnik, ne vem če bi naše mnenje pri sprejemu sploh kaj veljalo, saj s tem prevzemamo tudi neko odgovornost za pacienta, sploh pa mislim, da se zdravniki za prisotnost socialne službe pri sprejemu ne bodo strinjali. Zdravniki niso dovolj osveščeni o našem delu, o naših kompetencah, da bi znal oceniti, kdaj bi bilo primerno, da smo tudi mi lahko pri sprejemu.

10: Če bi bila pri sprejemu opažena kakšna socialna indikacija, potem mislim, da bi bilo zelo v redu, da bi bili pri sprejemu zraven, recimo, če bi bila kakšna stvar za preveriti, ali pa če so pri sprejemu svojci ali pa celo center za socialno delo, če pa je nekdo naročen na sprejem, pa čaka na prosto mesto, je ambulantno voden, potem v tistem primeru, ne vem, zakaj bi tam sedela in bi morala poslušati sprejem, tam sta tako ali tako dežurni zdravnik in sestra. Mislim, da v določenih situacijah ja, za katere bi zdravnik ocenil ali bi bilo v redu, da bi bila zraven ja, drugače pa mislim, da nima smisla, ker o sprejemu tako ali drugače odloča zdravnik, sploh če gre za urgenco.

11: Zdelo bi se nam zelo pomembno, vendar je pri nas to neizvedljivo, ker nas je premalo. Zdelo bi se nam zelo v redu, zaradi sodelovanja z svojci in pacienti, saj marsikdo sploh ne ve, da smo prisotni v bolnišnici. Pacienti bi bili bolj usmerjeni v to, da se bo nekaj delalo z njim, za njega, skupaj z njim, da se mu bo pomagalo, ne samo na zdravstvenem področju, ampak tudi na življenjskem. Bolj smiselna bi bila naša prisotnost zaradi svojcev, saj z pacientom v času sprejema verjetno tudi ne bi mogli govoriti, zaradi akutne faze v kateri je sploh prišel, vendar bi morali videti vsaj kakšen sprejem, da bi razumeli stanje v katerem je prišel in razumeli njegovo stisko. Takoj bi lahko vstopili v stik s svojci, videli bi, kaj so pripravljene tudi svojci narediti za svojega bližnjega.

12: Prisotnost naše službe pri sprejemu, bi bilo organizacijsko nemogoče urediti. Sprejem da, v primerih, ko so svojci prisotni pri sprejemu svojih bližnjih, zaradi posredovanja informacij, sprejem ne pri sprejemih pacientov, kjer je že tako preveč prisotnih, kar lahko še bolj zmede pacienta.

15. Kako sodelujete z službami zunaj bolnišnice? In kaj pogrešate?

1: Kar veliko sodelujemo z zunanjimi službami, seveda je vse odvisno od primera do primera, lahko rečem, da sodelujemo večinoma dobro. Sem kar zadovoljna, mogoče včasih malo pri teh socialnih poročilih zakomplicirajo, večinoma zaradi rabe podatkov, ampak večina ne komplicira, saj je vse z pisnim dovoljenjem, hočejo pisno zaprosilo itd. Edino določene institucije (csd) včasih prelagajo dolžnosti na nas, recimo ne želijo iti pogledat na teren, kaj se z pacientom dogaja, saj ste itak vi tam, pa pojdite sami. Kdo pa bo šel na teren če ne iz centra, sam zdaj ko je pa pri nas, pa moramo mi iti pogledat, saj to ni nič narobe, če gremo mi pogledat. Tu pa tam hoče nekdo malo prelagati stvari na nas, je pa tudi pomembno, da pacienti spoznajo zunanje institucije, se ti ne zdi? Gre za smiselnost primera, če je npr. nekdo v Novem mestu doma, je smiselno da mi dobimo poročilo iz centra, kakšna je situacija, kako je z stanovanjem ipd., jaz osebno tudi ne morem pustiti vse skupaj in na vrat na nos iti pogledat situacijo, saj tu gre vendar za vzpostavitev mreže. Saj razumem po eni strani, da prelagajo dolžnosti na našo socialno službo, vendar je vsaka stvar dobrodošla, sicer pa je po navadi tako, da zmanjka časa in je pacient ali premeščen ali pa odpuščen.

2: Včasih imam občutek, da se Centri držijo striktno zakona in da so zaposleni sami pravniki, ki nimajo posluha za to vrstno problematiko in za reševanje le-te. Včasih moraš prav malo zagroziti, da kaj zmigajo, samo veliko energije porabiš, malo jih moraš pritisniti.

3: Sodelujemo v redu, je pa seveda spet odvisno, s kakšnimi ljudmi delaš zunaj, ali imajo posluh za probleme naših pacientov. Točno se ve, s katerimi je super delat, z enimi se da delati z enimi pa težko. Večinoma delamo s centri za socialno delo, z nevladnimi organizacijami. Želim si, da bi več sodelovali, da bi bilo več sodelovanja, mogoče ne bi bilo narobe, če bi se tudi z njimi srečevali, se pogovarjal med sabo. Mislim, da imajo veliko problemov zunanje institucije kar se tiče sodelovanja, kot pa mi z njimi, recimo, kličejo iz terena, npr. ta pacient je pa poslabšan, pa rečejo zdravniki, pa naj bo še en mesec doma, potem bomo pa videli, kako bo, potem pa res pride v zelo poslabšanem stanju v bolnišnico, je pa spet vse narobe, zakaj jih npr. Nismo obveščali ipd. Niso recimo zdravniki pripravljene iti v akcijo, dokler je na doma, na terenu, je vaša skrb, ko pa pride v bolnišnico, je pa naša.

4: Načeloma dobro, v redu, to so centri, delovne organizacije. Se mi zdi, da je zdaj kar dosti nekih blokad z temi telefoni in različnimi službami, ne morem verjeti, da so centri tako slabo organizirani. Sem bolj utrujena, ko kličem pristojne, kot pa ko sodelujemo na skupini, pa nihče nič ne ve, moraš pa ti določene stvari hitro organizirati v zvezi z pacientom, se povezati, nas lovi tudi čas, saj smo zdravstvena institucija, moramo stvari hitro raziskati, kaj je bolezensko, kaj je treba drugega narediti ipd. V preteklosti je bilo manj socialnih delavcev na centru, pa smo se lahko vse zmenili, dogovorili, zdaj pa me samo prevezujejo in nihče nič ne ve, ampak jaz nisem tam, ne vem kako imajo stvari organizirane, jaz tako doživljam stvari, se mi zdi da je vse skupaj neorganizirano.

5: Z zunanjimi službami sodelujem v glavnem po telefonu, zunaj sem redko, ker pač ne zmorem, z sodelovanjem pa nisem zadovoljna posredno, ogromno ljudi poznam in točno vem s katerimi se da kaj dogovoriti, s katerimi ne

bomo daleč prišli. Nisem zadovoljna z centri in nevladnimi organizacijami, zaradi tega, ker niso pripravljeni poslušati in se dogovarjati glede pacientove problematike, niso poučeni, ne vem kolikokrat smo se npr. pogovarjal o nekem postopku, kako psihiatričnega pacienta pospremiti po odpustu, ampak še zmeraj vlada mišljenje, da je psihiatrični pacient čuden, in da je naša dolžnost, da poskrbimo za njega. To miselnost strašno velikokrat doživljam, to je glavni vzrok vseh problemov, ki pri sodelovanju nastanejo. Ni neke povezave med službami, vsak se drži vsak zase. Vse je seveda odvisno od centra, kjer te službe pomoči delajo, potem pa je odvisno seveda, kakšna oseba na tem področju dela, ponekod delajo zelo v redu.

6: Mislim, da kar dobro sodelujemo, predvsem dobro sodelujemo z nevladnimi organizacijami, smo dnevno v navezi, zelo so zainteresirani za sodelovanje z socialno službo v bolnišnici, tudi mi smo v končni fazi najbolj vezni člen med uporabniki in njimi in mislim, da gre za zelo dobro sodelovanje, mislim, da zmeraj boljše sodelujemo, se nevladne organizacije razvijajo. Poleg tega sodelujemo z domovi za stare, kar se osebja tiče moram reči, da dobro sodelujemo, problem je, da ni prostih mest za naše uporabnike in praktično neka služba skoraj zahteva, da se uporabnika namesti v dom, prostora v domovih pa ni, in ista pričakovanja imajo tudi svojci. Tukaj smo precej nemočni. Veliko sodelujemo tudi z centri za socialno delo, seveda je odvisno s katerimi centri sodelujemo in s kom sodelujemo, z nekaterimi krasno sodelujemo, jih lahko pokličemo v vsaki situaciji, za vsakega pacienta in so res pripravljeni pomagati, tudi osebno pridejo pogledati pacienta, z nekaterimi pa se niti po telefonu ne moreš pogovarjati, kaj šele, da bi prišli v bolnišnico, ali pa na domu po odpustu. Pogrešam več sodelovanja, da bi se več osebno srečevali, bili bolj povezani z pacienti, ker vemo, da se bodo pacienti vračali v domače okolje ali v ustanovo in lahko pričakujemo, da se bodo pacienti po vsej verjetnosti vračali tudi v bolnišnico, zato bo treba to sodelovanje poglobiti, če je neka kontinuiteta sodelovanja, je potem lažje vzpostavljati stike za naprej.

7: Na timih sodelujemo pri centrih za socialno delo, sodelujemo z Karitasom, smo tudi z njimi vzpostavili tim, zaradi patronažne službe na terenu. Dobro sodelujemo tudi z nevladnimi organizacijami, centri. Vendar bi bilo sodelovanje med nami znotraj bolnišnice in službami zunaj bolnišnice lahko boljše, razmišljam o tem, kako bi bilo v redu, da bi se med nami vzpostavila neka vez, da bi pacient, ko odide od nas, šel v varne roke drugim službam, seveda v navednicah, da bi bilo za njih poskrbljeno kot si zaslužijo, da bi se spodbujalo njihova ustvarjalnost in možnosti za samostojno življenje. Zelo bi bilo v redu, da bi bila socialna služba na terenu razvita, da bi bila npr. samo ena socialna delavka za naše paciente, ki imajo težave v duševnem zdravju, in bi jih naprej usmerjala, jim pomagala. S to mrežo bi lahko zmanjšali hospitalizacije. Ta vez med bolnišnicami in zunanjim svetom manjka pri nas in če bi se znali dobro organizirati, bi bilo za vse dobro, najbolje pa za paciente.

8: Sodelujemo zelo dobro. Seveda je vse odvisno od situacije, od pripravljenosti za pomoč, za pretok informacij. Poskušam čim več vključevati tudi druge službe v reševanje problematike, saj bo po odpustu pacient večinoma odvisen od njihove pomoči. Gre za sodelovanje med službami v bolnišnici in zunaj nje, čeprav mislim, da je tega sigurno premalo, ni neke organizacije, ki bi prevzela nadaljno pomoč po odpustu. Velikokrat se zgodi, da so pacienti po odpustu prepuščeni samemu sebi, svojci se ne zavedo recimo znakov poslabšanja za morebiten ponoven sprejem, patronažne službe so preobremenjene, ni prostorov v domovih za starejše, ni npr. stanovanj za samostojno življenje pacientov, je nek začaran krog, pa če bi še rajši pomagal, je včasih problematika nerešljiva z vsemi službami, ki sodelujejo pri reševanju problematike.

9: Načeloma dobro sodelujemo, seveda prihaja do problematike pri nastanitvi v domove, tako kot verjetno povsod, posebno problematiko vidim pri dogovarjanju z občinami, ki bi morale plačati recimo domsko oskrbo ali stanovanjsko skupnost ipd. predvsem gre za problematiko nastanitev in denarja. Človek bi rad pomagal, se maksimalno potrudil, potem pa naleti na ovire, ki onemogočajo človeku dostojno življenje. Se npr. pacient strinja z stanovanjsko skupnostjo, bi bilo to tudi zanj najbolj ugodna rešitev, pa se konča pri plačilu in standardu človeka, ki bi začel novo, umirjeno življenje. Dobro sodelujemo tudi z centri, seveda odvisno, kakšen je ta človek ali ima posluh, z nevladnimi pa nimamo dobrih izkušenj, ni dovolj kapacitet, tudi skupine so oddaljene, int. udi če bi bila pripravljenost s strani pacienta, ugotovimo, da bi porabil pol dneva, da pride do nevladnih in njihovim oblikam pomoči ipd.

10: Seveda je sodelovanja premalo, pacienti so v bolnišnici povprečno tri mesece, ampak v tistem času bolj delajo na zdravljenju ali blaženju nekih simptomov predvsem zdravniki, z neko medikamentozno terapijo se blaži zdravstveno stanje, premalo pa delamo na učenju socialnih veščin, kako bo preživel dan, urejamo njegov status, na druženjih, kaj bi pacienti radi spremenili, zato pa seveda nujno rabimo tudi druge službe, ki bi naprej pomagale po odpustu pacientu živeti, kakor si želi. Mi imamo prakso, da povabimo nevladne organizacije v bolnišnico, ki bi kasneje spremljale naše paciente, če bi bilo to možno. Seveda je treba vzpostavljati to motivacijo pacientov za vključevanje zunaj bolnišnice. Tudi stanovanjske skupnosti bi bile marsikdaj dobra rešitev za naše paciente, vendar se vse ustavi pri financiranju in posluhu občin. Drugače pa z zunanjimi službami dobro sodelujemo, seveda odvisno od primera do primera, kje se zatakne pri komunikaciji, predvsem pa pogrešam osveščenost tudi zunanjih služb o potrebah pacientov, o upoštevanju njihovih želj in zmožnosti, včasih nastane velik problem, ko se ne moremo dogovoriti o ureditvi najosnovnejših potreb pacientov, kaj šele, da bi uspeli skupaj doreči kakšno konkretno rešitev. Spet gre za neko vzpostavljanje odnosov med vsemi akterji, ki so udeleženi v problemu.

11:Seveda se dogaja, da še vedno zunanje institucije nimajo posluha za potrebe in želje naših pacientov. Enostavno ne želijo poslušati in niso pripravljeni na sodelovanje. Drugače pa zelo dobro sodelujemo z nevladnimi organizacijami (Ozara in Šent) in z domovi za stare, najmanj dobro pa z Centri za socialno delo, kjer enostavno nimajo časa ne znanja za naše uporabnike po odpustu.

12:Sodelujemo kar dobro, seveda odvisno od človeka s katerim delaš na drugi strani. Dore izkušnje imamo z domovi za stare, kjer so pripravljeni poslušati problematiko in nam tudi pomagati, z nevladnimi organizacijami sodelujemo malo slabše, ker enostavno ni kapacitet za naše uporabnike, kar ne pomeni, da so krivi oni, kriv je sistem. Najmanj pa sodelujemo z centri za socialno delo, ker nimajo interesa za uporabnike duševnega zdravja in za razumevanja narave in načina dela tudi niso dovolj usposobljeni.

16. Ali bi se strinjali z uvedbo socialnih popisnic za uporabnike in uporabnice duševnega zdravja, ki bi omogočile pregled dela socialnih služb v vseh psihiatričnih bolnišnicah in omogočile, da bi uvedli nove predloge na področju delovanja socialnih služb v psih.bol. v Sloveniji?

1:Meni bi bilo tak način dela zelo v redu, da bi bilo vse na enem mestu, da ne bi morali vsakič ponovno podatkov iskati in da bi imele v bistvu en dokument. Se pravi če dobro razumem, bi začeli z pisanjem tega dokumenta ob sprejemu, in bi ga dopolnjevali do pacientovega odpusta, kar bi bilo zelo smiselno in mislim, da bi bili tudi podatki na tak način zbrani zelo koristni, ja mislim, da bi sigurno delala z to popisnico, seveda jo moram prej videti, mislim, da je to super.

2:Super bi bilo, da bi se pokazalo to naše delo, in raziskovanje v tej smeri, če bi bil formular dobro zastavljen, bi bilo super, ker nam en tak dokument manjka, zdaj pišemo samo zaznamke, in potem to damo v popis. Se mi zdi to super.

3:Mislim, da bi bilo to zelo dobro, če bi potem dobili res eno analizo, kaj delamo v naših službah, ampak, da bi res vse bolnišnične socialne službe to delale, me pa res zanima, kakšna bi bila analiza in rezultati. Super.

4:Bom samo omenila, kakšen cirkus imajo sestre z svojimi »plahtami«, kjer nekaj zapisujejo kaj delajo z pacienti, namesto, da bi se ukvarjale z pacienti. Toliko bedarij na enem mestu, na tistih plahтах, jaz v vseh letih psihiatrije še nisem videla. Pravzaprav nekaj ocenjujem, za kar nisem verodajna, zato sem že apriori proti nekim plahтам, da bi jih tudi v sociali imeli. Če bi bilo nekaj razumnega, pametnega, ampak jaz bi morala to videti, potem verjetno bi bila za. Moram pa reči, da je naše delo, tako zelo intimno, zelo mora biti diskretno napram ljudem, da se mi zdi neko popisovanje neumnost. Bolj pomemben je zame odnos, delati na odnosu, kot pa se ukvarjati z papirjem. Če pa bi videla, da je to, bom rekla, kar je dobro zastavljeno in da lahko dobre rezultate dobimo. Sem pa že dostikrat rekla, da hvala bogu, da nas niso doletele take »plahte« z ministrstva, take neumnosti. Je pa manj verjetno, da bi mi uspeli to uvesti, kajti vsa dokumentacija o pacientu, ki smo jo mi zbrali, gre zdravniško dokumentacijo, če bo zdravnik rekel, tega v zdravniški dokumentaciji ne bo, ne bo. Tako je. Treba je biti realen in zaradi tega se jaz ne počutim nič manjvredno, ampak, če mi nekdo reče, ali boš pisala plahto ali se boš z enim pacientom petnajst ali dvajset minut pogovarjala, se bom sigurno odločila za pogovor, ker pacienti rabijo čim več pogovorov. Seveda pa bi morala to popisnico videti, bi jo morali tudi praktično izkusiti, moje stališče je pa še vedno, čim manj papirja, čim manj računalnikov, pa čim več pacientov.

5:To bi bilo za vsakega pacienta kot eno poročilo, se pravi, da bi to nadomestilo moje listke in zaznamke, zdaj je vse odvisno kako bi bilo to narejeno, če bi imela jaz s tem še eno dodatno delo, bi bilo to narobe, če pa bi bilo to smiselno, da bi bilo koristno, mislim, da bi bilo to super.

6:Mislim, da potrebujemo neko smiselno popisnico, ki bi omogočila vrednotenje našega dela in s tem tudi dejansko pokazala, kaj zmoremo, kako delamo, kaj delamo skupaj z našimi pacienti. Zelo bi me zanimali rezultati in bi bilo super, da bi v vseh bolnišnicah uporabljali to, takoj bi bili bolj povezani in bi se lahko tudi primerjali med sabo, seveda v pozitivnem smislu. Mislim, da rabimo tak dokument, katerega kadarkoli lahko pokažemo zdravnikom in s tem pokažemo naš prispevek k obravnavi pacientov.

7:Super, jaz se strinjam z tem, ampak skrbi me obseg dela. Če bi delali v vseh bolnišnicah na primerih enako, se pravi z popisnicami, mislim, da bi res lahko dobili konkretne rezultate, tudi naše storitve, mislim, da bi bila stvar zelo zanimiva. In če ne poskusimo, ne moremo videti. Mislim, da v naši službi z popisnicami ne bi bil problem, seveda, bi jih morali videti in praktično začeti uporabljati.

8:Z uvedbo takih popisnic se načeloma strinjam, čeprav mi imamo neko obliko takega dokumenta, ampak ga uporabljamo samo interno, bilo pa bi smiselno poenotiti in ovrednotiti kasneje naše delo, vendar z neko poskusno dobo in možnostjo spreminjanja takega dokumenta in dopolnjevanja.

9:Mislim, da ne bi bilo slabo, saj zbiramo podatke in pišemo zaznamke, spremljati pacienta na tak način sigurno ne bi bilo slabo, saj bi imeli vse na enem mestu in upam, da bi se potem to popisnico lahko tudi vložilo kot dokument v celoten zdravstveni spis pacientov. Morali bi poskusiti, kako bi zadeva štartala, kako bi se to izpeljalo in kakšne rezultate bi seveda dobili. Mislim, da bi bilo na ta način naše delo ovrednotene, mogoče celo bolj cenjeno, sploh če bi se o tem kasneje tudi pisali, seveda brez osebnih podatkov. Mislim, da bi s tem lahko uvedli neke spremembe.

10:Ja, mislim, da bi bilo to zelo v redu, želim si nekaterih sprememb, seveda bi morali vsaj poskusno neko obdobje te popisnice preizkusiti, da vidimo, kako bi stvar funkcionirala. Drugače sem načeloma za in bi z temi popisnicami delala in bi tudi želela podatke, informacije v zvezi z nadaljnjim delom, bi pa opozorila na varstvo osebnih podatkov, kar mislim, da bi tudi bilo, če bi želeli te podatke pošiljati npr. v eno izmed bolnišnic, kjer bi se te podatke zbiralo.

11:Verjetno bi bilo dobro, da bi začeli nek skupni projekt, se pravi, da bi uvedli te popisnice v vse bolnišnice, vendar pomislim, koliko časa ti recimo vzamejo nekatere stvari in kako bomo to ovrednotili, seveda so smiselne te popisnice, če bi bile dobro zasnovane in iz katerih bi bilo možno dobiti podatke in ugotovitve v zvezi z delom socialnih služb. Zanimalo bi nas, kakšni rezultati bi bili, po določenem časovnem obdobju, mislim, da bi delali z temi popisnicami, ne bi bilo problema.

12:Bilo bi dobro, da bi imeli skupen sistem ovrednotenja našega dela. Mislim, da bi bil tak način nujno potreben, s tem pa bi imeli nek dokazni material za ovrednotenje našega dela. Mislim, da bi bilo super.

17. Katere spremembe še predlagate za izboljšanje delovanja socialnih služb v psih.bol. v Sloveniji?

1:Ni usklajenih predpisov, tudi zaradi plač, manjka nam tudi veliko dela zunaj, na terenu, ne da smo samo »zaprti« noter v psihiatričnih bolnišnicah, da bi bili bolj mobilni, ta ideja o kriznem timu je meni osebno zelo všeč. Manjka nam nekaj vmes po odpustu, recimo mi center za socialno delo obvestimo o odpustu, pa lahko eventuelno malo bolje poskrbijo in pogledajo na osebo, ki je odpuščena. Moral bi obstajati neke vrste center zunaj bolnišnice, ki bi še naprej pomagal osebam, ki so odpuščene, če se ne znajdejo zunaj bolnišnice, neka podaljšana roka psihiatrije, neko koordinacijo bi rabili, da bi se organizirali in še naprej pomagali pacientom.

2:Pogrešamo tudi premalo sodelovanja med bolnišnicami, tako psihiatričnimi kot tudi splošnimi, kjer so zaposleni socialni delavci in delavke, oz. kjerkoli v zdravstvu, kjer imajo socialno službo, teh povezav ni in s tem tudi pretoka informacij ni. Bolj bomo povezani, bolj bomo močni tudi za spremembe. V bistvu se med sabo sploh ne poznamo, ne delujemo kot enota socialna služba, nikoli ne iščemo pomoči v drugih bolnišnicah ipd.

3:Mislim, da moram tukaj izpostaviti predvsem tudi plačilno politiko, so res velike razlike že med nami zaposlenimi v socialnih službah, kolikor smo se pač pogovarjale med sabo, da ne govorim o razlikah, primerjavah z drugimi institucijami, potem bi izpostavila res ureditev del in nalog, pooblastil v socialnih službah, poenotenje dela in večjo povezanost med sabo, več strokovnih srečanj in izobraževanja, mogoče tudi boljšo povezanost med fakulteto za socialno delo in medicinsko fakulteto ipd. Pa služben avto.

4:Mislim, da moram tu izpostaviti motivator plača, v psihiatriji je na tem področju beda. Imamo plačo, kot srednje medicinske sestre, pa res veliko delamo, lahko rečemo, da dobro delamo, ampak smo zato absolutno premalo plačane. Da prideš v službo in si plačan vsaj v sorazmerju z drugimi. Mislim, da bi bilo treba na tem področju nekaj narediti, ne za zaradi imidža, ni nobene potrebe, bolj zaradi občutka, da si dobro plačan. Pomembno je, da se izobražuješ, vendar da dobimo v plačilnih razredih eno mesto, bi bil pa velik napredek, da smo vzporedno z profili znotraj ustanov rangirani, to se mi zdi pomembno, se mi zdi pošteno. Če nam bi uspelo to tudi narediti, bi bili sigurno bolj motivirani za delo in bi bilo sigurno drugače. Saj potem tudi za dodatno izobraževanje nimaš interesa, zakaj pa bi se izobraževal, če pa se ne ceni dela tudi po plači. Jaz sem že kar obupala, da bi sociala v zdravstvu kar koli naredila, ker so že zunaj nesoglasja, potem sem si pa rekla, da bi vsaj imela tisto, kar rada delam, to mi je pa uspelo, da ne uvenem, da imam energijo, ki jo rabim, na en način smo že izgoreli, nimaš v plači neke cenjenosti, nimaš tudi v stroki v psihiatriji neke podpore, ker tudi sama psihiatrija še išče svoje mesto, kako in kaj se bo organizirala. Če pa še to ne delaš rad, kar delaš, ja potem pa kapituliraš, pa samo študiraš, da bo konec te more. Meni je uspelo priti na tisto mesto v psihiatriji, ki me veseli, lahko pa ne bi bilo tako.

5:Izpostavila bi večjo povezanost med bolnišničnimi socialnimi službami, poenotenje, sodelovanje socialnih služb, več druženja, medsebojnega spodbujanja, motiviranja, da bi postali močnejši, da bi se naše delo cenilo, za konec pa sigurno predlagam ureditev plač v socialni v zdravstvu, poenotiti dela in naloge, se dogovarjati o normativih, predstavljati naše delo navzven in službam v bolnišnici, mogoče bodo imeli potem posluh, da nas je premalo in da rabimo tudi mi pomoč.

6:Socialni delavci v vseh psihiatričnih bolnišnicah, bi morali biti bolj povezani med sabo, kljub temu da imamo Sekcijo psihiatričnih socialnih delavcev, mislim da bi morala biti Sekcija bolj aktivna, da bi bila srečanja pogostejša, da bi na srečanja povabili strokovnjake različnih področij, kjer bi nam predavali, da bi uredili napredovanja v npr. mentorje, svetovalce ipd., da bi bili to tudi v psihiatriji, poleg tega mislim, da je plača socialnih delavcev premajhna za delo, ki ga opravljamo, ker vemo, da gre za zelo obremenjujoče delo in če primerjamo socialne službe in socialne delavce drugod, potem vidimo, da smo premalo plačani, tudi ta finančna politika bi se moral spremeniti. Mislim, da je naša naloga ali želja vseh socialnih delavcev v psihiatriji ta, da bi postali enakopravni člani timov na oddelkih, da bi nas poslušali, da bi lahko povedali svoje mnenje in predlagali možne rešitve. To je nekoliko težje, ker timsko delo ni odvisno samo od nas. Mogoče pa nam primanjkuje neke samozvesti in da tudi sami prepogosto mislimo, da smo v službi samo za urejanje osnovnih zadev, finančnih zadev za naše paciente, in si nekako kar ne upamo izražati svojih mnenj, čeprav vemo, da imamo prav in da smo samo mi tisti, ki lahko določene stvari uredimo skupaj z pacientom in mi to najboljše znamo. Če bomo

samozavestnejši in se bomo za svoje pravice borili in bili za to še bolje plačani, potem lahko rečem, da se socialni službi dobro godi.

7: V prvi vrsti, da bi imeli skupna srečanja, strokovni obiski po bolnišnicah, predavanja na strokovne teme, da spregovorimo o naših težavah, stiskah. Mogoče bi bilo fajn, da bi tudi o kakšen primeru pacienta, ki se nam zdi nemogoče rešljiv za človeka samega, da bi se lahko med sabo, med službami pogovorili, da bi lahko skupaj posredovali naša mnenja, prošnje na višje distance. Potem sigurno sprememba normativov, vrednotenje našega dela, mislim da smo socialni delavci po bolnišnicah zelo prikrajšani. Tudi pri plačah, če sem odkrita ni enotnih plač, ni dodatkov za težavnost dela, obremenjenost, ni ovrednoteno naše delo, koliko truda, pomoči vložiš v enega človeka, ker se trudiš skupaj z njim, da bi se kaj premaknilo, omenim naj samo za primer, da jaz kot socialni delavec v bolnišnici opravljam prvo socialno pomoč, storitev, ki jo nihče ne vidi, dosti manjka v kolektivnih pogodbah v zvezi z nami. Potem ni dodatkov za izobraževanja pa naj bo to podiplomski študij ali pa specializacije. V prvi vrsti pa predvsem to, da bi nas bilo več, da bi res bil en socialni delavec na oddelku in to ne samo pri nas, v vseh psihiatričnih bolnišnicah, še enkrat poudarjam sprememba normativov.

8: Na prvem mestu naj izpostavim kadrovske politike, torej več kadrov v socialnih službah, na drugo mesto pa naj postavim več znanja, mislim, da ljudje, ki končajo socialno delo, nimajo dovolj znanja o psihiatriji, pogrešam neko ozko specializacijo s področja psihiatrije. To »neznanje« je obremenjeno s skritimi, lastnimi predsodki o psihiatriji. Naslednje naj poudarim, da bi morali tudi socialni delavci v psihiatriji delati na sebi, da kasneje pri svetovalnem, strokovnem delu ne deliš z pacienti svojega lastnega neodobravanja in predsodkov. Socialni delavci smo odgovorni, da prispevamo k izboljšanju negativne slike o pacientih, smo sodelujoči pri obravnavi pacientov, in samo z znanjem in našimi lastnimi, jasnimi predstavami o psihiatriji in obravnavi pacientov, lahko izboljšamo delovanje socialnih služb v psihiatriji.

9: Mislim, da v prvi vrsti bi si želela več slišati o nas, o našem delu, ljudje, institucije nas sploh ne poznajo, ne poznajo sploh našega dela, ne psihiatričnih ustanov, bilo je zelo malo narejeno na tem področju. Pogrešam sigurno en forum na temo psihiatrije in naše vloge pri delu z pacienti. Sigurno ne bi bilo slabo, da bi bile bolj organizirane vse službe v bolnišnicah, da bi se več družile in sodelovale, saj se med sabo ne poznamo, pa tako malo nas je. Pa boljše plače.

10: Predvsem bi si res želela dober opis del in nalog v socialni službi, s tem tudi ene vrste pooblastil, ki jih imamo kot oporo za naše delo in argumentiranje zdravnikom in ostalim članom tima. Pa izpostavila bi večje povezovanje med bolnišnicami in več strokovnih, izobraževalnih srečanj, ki bi pripomogli, da bi bile bolj motivirane za delo in imele navsezadnje tudi boljši občutek pripadnosti tako v bolnišnici kot zunaj nje.

11: Do sprememb za izboljšanje delovanja socialnih služb bi moralo priti, že zaradi razlik med bolnišnicami, prvo naj izpostavim kadre, že tu smo socialne službe prikrajšane. To poenotenje ali pa vsaj predlog, da bi imel vsak oddelek svojega socialnega delavca bi bil velik napredek, ta posluh tudi za naše potrebe, želje bi prispeval k izboljšanju kvalitete dela, večje motivacije za delo, ne gre za to, da ne delamo radi z pacienti, ampak gre za našo vrednost, našo oceno dela, upam, da bo naloga uspešna, da bo prikazala naše delo in pokazala razumevanje tudi za nas. Želimo si sigurno večje plače, ali vsaj kompromis med drugimi službami, da smo enakovredno ocenjeni, se pravi sprememba kolektivne pogodbe in količnikov ali pa vsaj dodatki, bonusi za naše delo. Seveda si želim, če povzamem kaj smo povedali, da bi sodelovali na raportu, da bi bila naša služba bolj cenjena, da bi aktivno sodelovali pri obravnavi in imeli možnost ustvarjalnega dela, individualnega dela, predvsem pa dobre rezultate skupaj z pacienti. Več bi se morali pogovarjati tudi o socialnih službah v medijih, ljudje nas ne poznajo, širša javnost ne ve, da obstajamo, boljša povezanost tudi z Fakulteto za socialno delo, z Ministrstvi za zdravje in socialo itd. Predvsem pa bomo številčno močnejši, boljši, se bomo lahko primerjali, organizirali več srečanj, predavanj, želimo si več glasu in opredelitev pooblastil in storite naše službe.

12: Ogromno je stvari, ki si jih želimo, vendar bodimo realni, sistema in ustaljene prakse se ne da spreminjati tako hitro. Za začetek bi bilo dovolj, da bi imeli interne akte usklajene, da bi se znotraj bolnišnic znali boriti za svoje pravice, potem pa šli ven. Spremembe lahko uveljavimo z pomočjo pristojnih institucij, ki bi nas podprle. Začnimo počasi.