

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

BOGDAN DOBNIK

**ANALIZA TERENSKEGA DELA Z LJUDMI
Z IZKUŠNJO DUŠEVNE STISKE**

MAGISTRSKO DELO

MENTOR: IZR. PROF. DR. VITO FLAKER

LJUBLJANA, 2008

ZAHVALA

Pričujoče magistrsko delo ne bi ugledalo luči sveta brez podpore mentorja izr. prof. dr. Vita Flakerja ter mojih sodelavcev, ki so bili pripravljeni nameniti svoj čas in energijo izpolnjevanju anketnih vprašalnikov in pisanju dnevnikov. Hvala bivšemu predsedniku društva Ozara Slovenija in prijatelju Igorju Hrastu, ki me je v času nastajanja dela moralno podpiral in spodbujal ter sodelavki in vodji programa Mreža pisarn za svetovanje Tanji Velkov, s katero sem podelil marsikatero strokovno dilemo. Hvala tudi mami Majdi in očetu Otu ter tašči Ildi, še zlasti zato, ker mi je v poletnih mesecih odstopila prijetno senco češnje, v kateri je nastal največji del mojega magistrskega dela. Največja zahvala pa gre moji partnerki Sani, ki me je ves čas bodrila ter mi pomagala odganjati skrbi in črne misli.

PREDGOVOR

S terenskim delom sem se prvič srečal v zadnjem letniku študija na takratni Visoki šoli za socialno delo. Vključil sem se v projekt terenskega dela z uživalci nedovoljenih drog, ki ga je na območju Ljubljane pričela pilotno izvajati Aids fundacija Robert. Takrat sem se prvič поближе seznanil z metodami dela na terenu ter skupaj z ostalimi izvajalci opravil začetni trening. Kmalu sem na podlagi poročil, evalvacije ter številnih osebnih izkušenj ugotovil, kako pomembne rezultate smo dosegali s terenskim delom pri vključeni ciljni populaciji. Seznanil pa sem se tudi s številnimi strokovnimi in organizacijskimi dilemami, ki spremljajo terensko delo.

Do nedavnega sem opravljal dela strokovnega delavca na programu Pisarna za svetovanje. Program je pred sedmimi leti oblikovalo društvo Ozara, od takrat pa se neprekinjeno izvaja v 15. krajih širom Slovenije. Program, ki ga je kot koristnega prepoznalo tudi Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, vsebuje elemente terenskega dela z ljudmi s težavami v duševnem zdravju. Model se v relativno kratkem času izvajanja seveda še ni popolnoma izoblikoval. Ostajajo številne dileme, ki se nanašajo predvsem na neizdelane standarde in normative ter organizacijske nejasnosti. Tako naprimer Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve postavlja nerealen kriterij o številu vključenih uporabnikov, ki znaša kar 120 uporabnikov na enega zaposlenega strokovnega delavca. V primerjavi z normativi, ki določajo razmerje med številom strokovnih delavcev in uporabnikov, vključenih v programe asertivnega terenskega dela v Združenih državah Amerike ali Veliki Britaniji, je razmerje ministrstva kar desetkrat višje.

Ravno zato sem se v magistrskem delu osredotočil na raziskovanje terenskega dela z ljudmi z izkušnjo duševne stiske ter iskanju paralel med izkušnjami s tovrstnim delom v tujini in Sloveniji. V uvodu opisujem, kako že sam prostor določa, kakšno metoda dela bomo izbrali. Strokovni delavci s področja socialnega in zdravstvenega varstva namreč ne delujejo samo v pisarnah institucij, temveč tudi v drugih prostorih, ki se med seboj po marsičem razlikujejo. Nadalje se osredotočim na različne modele terenskega dela in njihove značilnosti, še zlasti na izkušnje s terenskim delom na področju duševnega zdravja v Veliki Britaniji, Združenih državah Amerike in Sloveniji.

V nadaljevanju predstavim številne raziskave, ki kažejo na koristnost terenskega dela ter opišem osnovne značilnosti in lastnosti programov asertivne obravnave v skupnosti, še zlasti pa specifične timskega dela. Uvod končam s kritičnim pogledom nekaterih avtorjev na asertivno terensko delo. Sledi raziskovalni del, v katerem sem želel preveriti postavljene hipoteze ter odgovoriti na številna odprta vprašanja v zvezi z izvajanjem programa Pisarna za svetovanje, ki ponuja terensko delo na področju duševnega zdravja v slovenskem prostoru. Na koncu magistrskega dela pridobljene rezultate predstavim v razpravi, ugotovitve strnem v sklepe ter ponudim nekatere predloge za nadaljnji razvoj terenskega dela v Sloveniji.

Moje magistrsko delo je verjetno prvi poskus analize terenskega dela z ljudmi z izkušnjo duševne stiske, ki se v zadnjem času vse bolj uspešno in opazno uveljavlja v Sloveniji. Zavedam se, da bi bilo obravnavano temo, predvsem zaradi njene širine, kompleksnosti in inovativnosti, možno predstaviti tudi bistveno drugače. A sem se glede na omejen prostor in čas odločil, da glavnino teoretičnega dela posvetim različnim izkušnjam z izvajanjem tega pristopa, pri čemer so me zlasti zanimali zgodovinski razlogi za njegov nastanek in argumenti za nadaljnji razvoj, prednosti v primerjavi s tradicionalnimi pristopi, njegovi pozitivni in negativni učinki na vključene uporabnike, izkušnje pri vključevanju oseb z različnimi težavami v duševnem zdravju, timsko delo in odnosi med posameznimi profili ter storitve, ki jih zagotavljajo programi terenskega dela.

Seveda pa bi rad na tem mestu opozoril tudi na nekatere pomanjkljivosti mojega magistrskega dela. Tako vanj nisem vključil izkušenj, ki ga imajo s terenskim delom na primer v sosednji Italiji, Nemčiji ali skandinavskih državah. Glavni razlog tiči v pomanjkanju ter dostopnosti ustrezne literature in dejstvu, da izmed tujih jezikov obvladam le angleškega. Vsekakor bi lahko več pozornosti namenil predlogu Zakona o duševnem zdravju ter rešitvam, ki jih prinaša tudi na področju terenskega dela. Žal pa se je predlog v času mojega pisanja večkrat spremenil, še vedno pa tudi ni čisto jasno, ali bo sploh doživel parlamentarno obravnavo ter v kratkem ugledal luč sveta. Težava moje raziskave je ta, da so strokovni delavci, ki so bili vanjo vključeni, svoje delo beležili zgolj mesec dni. Vsekakor bi lahko na podlagi dnevnikov, ki bi jih pisali v daljšem časovnem obdobju, dobil še bolj realno oz. celovito predstavbo o njihovem delu. Res pa je, da bi to tako od njih, kot tudi od mene, zahtevalo (pre)veliko dela,

časa ter energije. Pomanjkljivost raziskave se kaže tudi v tem, da vanjo nisem vključil mnenja uporabnikov o programu Pisarna za svetovanje. Prav zato bo potrebno v prihodnosti s pomočjo poglobljenih randomiziranih kontrolnih študij izmeriti pozitivne učinke tega programa na vključene uporabnike ter dokazati njegovo stroškovno upravičenost.

Kljub temu pa si želim, da bodo imeli rezultati mojega magistrskega dela aplikativno vrednost pri nadaljnjem razvoju terenskega dela na področju duševnega zdravja pri nas. Tudi smernice, ki kažejo na korenite spremembe znotraj psihiatrične stroke ter postopno uvajanje skupnostne psihiatrije, v katerem bi psihiatri, kot tudi ostali zdravstveni delavci, zapustili svoje oddelke in ordinacije ter se podali na teren, še dodatno večajo pomen mojega pisanja. Upam, da bo pričujoče magistrsko delo prispevalo k oblikovanju (ali vsaj razmišljanju) o uvedbi takšnega modela terenskega dela, ki bo lahko uspešno odgovoril na dejanske potrebe uporabnikov ter tako resnično pripomogel k večji kakovosti njihovega življenja.

KAZALO

1 UVOD.....	12
1.1 Prostori, v katerih se odvija socialno delo	12
1.1.1 Institucionalni prostor	12
1.1.1.1 Ovire za uporabnike v institucionalnem prostoru	14
1.1.1.2 Kritika institucionalnega prostora	15
1.1.1.2.1 Institucije kot totalne ustanove	15
1.1.1.2.2 Vstop v institucionalni prostor in bivanje v njem	16
1.1.1.2.3 Posledice po odhodu iz institucij	18
1.1.2 Javni prostor.....	19
1.1.3 Zasebni prostor	20
1.1.4 Povezava različnih tipov prostorov	22
1.2 Terensko delo kot sestavina socialnega dela	22
1.2.1 Različni modeli terenskega dela ter njihovi cilji	24
1.2.2 Terensko delo na področju duševnega zdravja.....	26
1.2.2.1 Terensko delo na področju duševnega zdravja v Sloveniji	27
1.2.2.1.1 Kratka predstavitev programa Pisarna za svetovanje	29
1.2.2.1.1.1 Upravičenci do vključitve v program in pogoji sprejema	30
1.2.2.1.1.2 Storitve programa in njihovi izvajalci.....	30
1.2.2.2 Razvoj asertivnega terenskega dela v Veliki Britaniji.....	31
1.2.2.3 Razvoj asertivnega terenskega dela v Združenih državah Amerike ...	33
1.2.2.3.1 Asertivna obravnava v skupnosti.....	35
1.2.3 Raziskave o programih asertivnega terenskega dela.....	37
1.2.3.1 Raziskave, opravljene v Združenih državah Amerike	38
1.2.3.2 Raziskave opravljene v Veliki Britaniji in Evropi.....	42
1.3 Značilnosti populacije, vključene v asertivno terensko delo	44
1.3.1 Osebe, ki jim vključitev najbolj koristi	44
1.3.1.1 Osebe s psihotično motnjo	44
1.3.1.2 Osebe iz etničnih manjšin.....	45
1.3.1.3 Osebe z bipolarno motnjo razpoloženja.....	45
1.3.2 Osebe, ki od vključitve nimajo koristi.....	46
1.3.2.1 Osebe z osebnostno motnjo	46

1.3.2.2	Osebe s poudarjenimi negativnimi simptomi	47
1.3.2.3	Osebe, ki jim je izrečen ukrep obveznega zdravljenja	47
1.3.3	Osebe, ki jim lahko vključitev pogojno koristi	48
1.3.3.1	Osebe z dvojno diagnozo (psihoze ter zloraba substanc)	48
1.3.3.2	Osebe, ki so doživele prvi izbruh psihoze	48
1.4	Asertivna obravnava v skupnosti kot model neprekinjene skrbi.....	48
1.4.1	Timsko delo kot osnova za neprekinjeno skrb.....	50
1.4.2	Stabilizacija kriz in preprečevanje ponovnih hospitalizacij.....	51
1.5	Tim asertivne obravnave v skupnosti.....	52
1.5.1	Odnosi v timu asertivne obravnave v skupnosti	52
1.5.2	Člani tima asertivne obravnave v skupnosti	53
1.5.2.1	Tajnica	53
1.5.2.2	Socialni delavec.....	54
1.5.2.3	Medicinska sestra	55
1.5.2.4	Psiholog.....	55
1.5.2.5	Zaposlitveni svetovalec.....	55
1.5.2.6	Strokovnjak s področja zasvojenosti.....	56
1.5.2.7	Psihiater.....	56
1.5.2.8	Ostali profili	57
1.5.2.9	Vključevanje uporabnikov	58
1.5.3	Velikost tima in število vključenih uporabnikov	58
1.5.4	Razmerje med osebjem in uporabniki	60
1.6	Timsko delo, vpliv in vodenje	60
1.6.1	Vodja tima	62
1.6.2	Osnovni principi timskega dela.....	63
1.6.2.1	Timsko delo kot predpogoj za neprekinjeno skrb.....	63
1.6.2.2	Porazdeljena odgovornost	63
1.6.2.3	Skupno odločanje	64
1.6.2.4	Učenje od članov tima	65
1.6.2.5	Integrirane storitve	65
1.6.3	Značilnosti dela z uporabniki	65
1.6.4	Principi dela s svojci	68
1.6.5	Storitve, ki jih zagotavljajo programi asertivnega terenskega dela	70
1.7	Vključevanje in odpust iz programov asertivne obravnave v skupnosti	76

1.7.1	Postopki napotitve in sprejema	76
1.7.1.1	Priprava predhodnega načrta obravnave.....	78
1.7.1.2	Obsežno ocenjevanje in izdelava načrta obravnave	79
1.7.2	Odpust iz programov asertivne obravnave v skupnosti	82
1.8	Organizacijski vidik delovanja programov asertivne obravnave v skupnosti	84
1.8.1	Zagotavljanje kakovosti programa.....	84
1.8.2	Smernice za vzpostavitev novega programa.....	86
1.9	Kritika programov asertivne obravnave v skupnosti.....	89
1.9.1	Filozofija programov asertivne obravnave v skupnosti.....	89
1.9.1.1	Biološka usmerjenost.....	89
1.9.1.2	Socialna kontrola	89
1.9.2	Raziskave o učinkih programov asertivne obravnave v skupnosti	91
1.9.2.1	Neodvisnost raziskav	91
1.9.2.2	Neustrezni instrumenti	92
1.9.2.3	Vprašljivost proučevanih kazalcev	92
1.9.3	Neposredno delo z uporabniki.....	93
1.9.3.1	Uporabnik sodeluje s celim timom	93
1.9.3.2	Tim zadovoljuje vse potrebe uporabnikov	93
1.9.3.3	Negativno stereotipiziranje uporabnikov storitev.....	93
1.9.3.4	Profesionalizacija posameznikovih potreb	93
1.9.3.5	Pomanjkanje poudarka na podporni mreži uporabnikov	94
1.9.3.6	Asertivno terensko delo je napad na uporabnike	94
1.9.3.7	Preusmerjanje časa in energije za delovanje tima.....	95
2	PROBLEM.....	96
2.1	Izhodišče raziskave.....	96
2.2	Problem raziskave	96
2.3	Raziskovalni načrt.....	99
3	METODOLOGIJA.....	101
3.1	Vrsta raziskave	101
3.2	Merski instrument in viri podatkov.....	101
3.3	Populacija in vzorčenje	103
3.4	Zbiranje podatkov	103
3.5	Obdelava in analiza podatkov.....	107
3.5.1	Izbor relevantnih delov besedila	108

3.5.2 Razčlenitev besedila na teme in poimenovanje	108
3.5.3 Kodiranje	110
3.5.4 Ureditev pojmov ter njihovo definiranje	111
4 POSKUSNA TEORIJA	116
4.1 Vzpostavitev delovnega odnosa z uporabnikom	116
4.2 Profil terenskega delavca	116
4.3 Prednosti terenskega dela in njegovi učinki	118
4.4 Pomanjkljivosti terenskega dela	119
4.5 Ciljna populacija za terensko delo	120
4.6 Dela, ki jih opravljajo strokovni delavci programa	122
4.6.1 Strokovno delo	126
4.6.1.1 Delo s posameznikom	130
4.6.1.1.1 Individualno delo z uporabniki	133
4.6.1.1.1.1 Osebno delo z uporabniki	136
4.6.2 Administrativno delo	138
4.6.4 Notranja organizacija	140
4.6.5 Zunanja organizacija	144
4.6.6 Druga dela	148
4.6.7 Ostalo	151
5 RAZPRAVA	155
6 SKLEPI IN PREDLOGI	162
7 LITERATURA	169

KAZALO TABEL IN GRAFOV

Tabela 3.1 Razčlenitev besedila ter poimenovanje v prvem delu raziskave.....	109
Tabela 3.2 Razčlenitev besedila ter poimenovanje v drugem delu raziskave	109
Tabela 3.3 Kodiranje v prvem delu raziskave.....	110
Tabela 3.4 Kodiranje v drugem delu raziskave.....	111
Tabela 3.5 Ureditev pojmov ter njihovo definiranje v prvem delu raziskave	112
Tabela 3.6 Vsa opravila strokovnih delavcev	114
Tabela 3.7 Ureditev pojmov ter njihovo definiranje v drugem delu raziskave	115
Graf 4.1 Frekvenčna distribucija vseh opravil.....	123
Graf 4.2 Razmerje med deleži posameznih opravil	123
Graf 4.3 Trajanje posameznih opravil.....	124
Graf 4.4 Razmerje med trajanjem posameznih opravil.....	124
Graf 4.5 Povprečno trajanje posameznih opravil.....	125
Graf 4.6 Frekvenčna distribucija strokovnih del.....	126
Graf 4.7 Razmerje med deleži strokovnih del.....	126
Graf 4.8 Trajanje strokovnih del	127
Graf 4.9 Razmerje med trajanjem strokovnih del	128
Graf 4.10 Povprečno trajanje strokovnih del	128
Graf 4.11 Frekvenčna distribucija del s posameznikom	130
Graf 4.12 Razmerje med deleži del s posameznikom	130
Graf 4.13 Trajanje del s posameznikom.....	131
Graf 4.14 Razmerje med trajanjem del s posameznikom.....	131
Graf 4.15 Povprečno trajanje del s posameznikom.....	132
Graf 4.16 Frekvenčna distribucija individualnih del z uporabniki	133
Graf 4.17 Razmerje med deleži individualnih del z uporabniki	133
Graf 4.18 Trajanje individualnih del z uporabniki.....	134
Graf 4.19 Razmerje med trajanjem individualnih del z uporabniki.....	134
Graf 4.20 Povprečno trajanje individualnih del z uporabniki.....	135
Graf 4.21 Razmerje med deležem opravil osebnega dela z uporabniki	136
Graf 4.22 Razmerje med trajanjem opravil osebnega dela z uporabniki	136
Graf 4.23 Frekvenčna distribucija administrativnih del	138

Graf 4.24 Razmerje med deleži administrativnih del	138
Graf 4.25 Povprečno trajanje administrativnih del	139
Graf 4.26 Frekvenčna distribucija opravil notranje organizacije	140
Graf 4.27 Razmerje med deleži opravil notranje organizacije	140
Graf 4.28 Trajanje opravil notranje organizacije	141
Graf 4.29 Razmerje med trajanjem opravil notranje organizacije	142
Graf 4.30 Povprečno trajanje opravil notranje organizacije	142
Graf 4.31 Frekvenčna distribucija opravil zunanje organizacije.....	144
Graf 4.32 Razmerje med deleži opravil zunanje organizacije.....	144
Graf 4.33 Trajanje opravil zunanje organizacije	145
Graf 4.34 Razmerje med trajanjem opravil zunanje organizacije	146
Graf 4.35 Povprečno trajanje opravil zunanje organizacije	146
Graf 4.36 Frekvenčna distribucija drugih del	148
Graf 4.37 Razmerje med deleži drugih del	148
Graf 4.38 Trajanje drugih del.....	149
Graf 4.39 Razmerje med trajanjem drugih del.....	149
Graf 4.40 Povprečno trajanje drugih del.....	150
Graf 4.41 Frekvenčna distribucija ostalih opravil	151
Graf 4.42 Razmerje med deleži ostalih opravil	151
Graf 4.43 Trajanje ostalih opravil.....	152
Graf 4.44 Razmerje med trajanjem ostalih opravil.....	152
Graf 4.45 Povprečno trajanje ostalih opravil.....	153

1 UVOD

1.1 Prostori, v katerih se odvija socialno delo

Socialno delo v precejšnji meri določa prostor v katerem poteka, saj vedno poteka v kontekstu določenega okolja in v interakcijah z ljudmi, ki v tem prostoru bodisi živijo ali opravljajo svoje dejavnosti.

Prostor je za način dela socialnega delavca ali delavke pomemben, v zvezi z dostopnostjo storitev, kako določa njihova pooblastila in način vzpostavljanja stikov, pogovarjanja in kako navsezadnje krepí ali slabi njihovo zmožnost ravnanja in ukrepanja (Flaker, 2003: 45).

Ločimo tri različne tipe prostorov (institucionalni, zasebni in javni), kjer strokovni delavci opravljajo svoje naloge z različnimi nameni, odvisno od konkretne situacije oz. potreb uporabnikov. Ti prostori se razlikujejo med seboj po pravilih, ki v njih veljajo, po oblasti, ki jih nadzira, in načinih, s katerimi ljudje stopajo v izmenjave (Flaker, 2003: 47).

V vsakem izmed teh prostorov je možno vzpostaviti sodelovanje med strokovnimi delavci in uporabniki, vendar pa obstajajo določene razlike med posameznimi tipi prostorov. Vsak izmed njih ima določene prednosti ter seveda tudi slabosti (Flaker, 2003).

1.1.1 Institucionalni prostor

Flaker (2003) opisuje institucionalni prostor kot prostor, ki je omejen na kompleks ustanove; zanj veljajo posebna oblast, posebna pravila in poseben namen. To ga razlikuje od zasebnega in javnega, katerih namen je splošen. Nekateri prostori so bolj odprti in dostopni za vse in so skoraj del javnega prostora (knjižnice, gostinski lokali, trgovine), drugi so bolj zaprti in ekskluzivni (tovarne, šole, samostani). Bolj ko so zaprti, bolj sta jasna članstvo in pripadnost in bolj so zveze usodne (se pravi,

nenaključne), večja je tudi moralna in formalna odgovornost do posebne oblasti, ki ureja prostor. Oblast v institucionalnih prostorih hkrati skrbi, da v prostor ne vdre domače in zasebno življenje njenih članov in pa vanj ne poseže in vdre splošna in javna oblast. Če npr. prekrški presegajo kompetence in oblast neke ustanove, premestijo kršitelje v ustanovo, ki je namenjena za take prekrške.

Socialno delo ima svoj institucionalni prostor, ki naj bi težil k čim večji odprtosti in dostopnosti, deluje pa tudi v drugih institucionalnih prostorih (obiski v bolnišnicah, zaporih, zavodih, šolah). Pri vstopanju v institucionalni prostor mora socialni delavec upoštevati pravila tega prostora in njegovo oblast, hkrati pa lahko tako v stikih z osebjem kot z varovanci ureditve problematizira. V neposrednih srečanjih z uporabniki naj poišče tiste niše ali planjave, ki so dovolj javne (npr. zavodski park, šolsko igrišče) ali dovolj intimne (npr. pisarna socialnega delavca). V teh prostorih se bo lažje neobremenjeno in osebno srečal z uporabnikom (Flaker, 2003: 48).

Socialno delo največkrat poteka ravno v tem tipu prostora. Za institucionalni prostor je značilno, da v njem socialni delavci opravljajo večino svojega strokovnega dela. Prav zaradi tega ga morajo socialni delavci optimalno uporabiti v smislu zagotavljanja kvalitetnih ter dostopnih storitev, s katerimi so lahko uspešno zadovoljene potrebe uporabnikov. Socialno delo se praviloma opravlja tudi v prostorih drugih institucij s katerimi socialni delavci bodisi sodelujejo ali pa v njih opravljajo določene naloge, ki so povezane z njihovim konkretnim delom. V teh prostorih je potrebno dosledno spoštovati pravila, ki v njem veljajo, razumeti pa je potrebno tudi strokovni jezik, ki je v njem v rabi. V prostore drugih institucij se strokovni delavci najpogosteje odpravijo z namenom, da obišejo uporabnike, ki so v njih trajno ali začasno nameščeni. Z neposrednim spoznavanjem njihovega okolja lahko socialni delavci na primer lažje razumejo njihovo zadovoljstvo ali pa nezadovoljstvo s prostorom oz. lažje razumejo njihove težave v procesu prilagajanja na novo okolje. S tem lahko uporabnike učinkoviteje podprejo pri vzpostavljanju in ohranjanju socialnih stikov v novem okolju in to tako, da v njem poiščejo ljudi, ki bodo tvorili tako njihove formalne kot tudi neformalne socialne mreže (Flaker, 2003).

1.1.1.1 Ovire za uporabnike v institucionalnem prostoru

Ovire v institucionalnem prostoru lahko v osnovi delimo na tiste, na katere lahko uporabniki naletijo v samem prostoru ter tiste, na katere lahko naletijo še preden vanj sploh vstopijo. Socialni delavci jih lahko zaznajo le, če se jim uspe vživeti v različne življenjske situacije uporabnikov. Ovire v grobem delimo na fizične in druge ovire, ki so povsem tehnične narave, ter ovire psihične, socialne in organizacijske narave. Vsaka skupina ovir ljudem preprečuje, da bi si poiskali ustrezno pomoč takrat, ko jo najbolj potrebujejo. Vsekakor pa ni odveč omeniti, da obstaja še cela vrsta drugih dejavnikov, ki lahko za uporabnike predstavljajo potencialne ovire (Flaker, 2003).

V nadaljevanju avtor pravi, da med fizične ovire sodijo predvsem arhitektonske ovire, ki lahko uporabnikom na primer onemogočajo dostop do prostorov v višjih nadstropjih. Te so največkrat nepremostljiva ovira za gibalno ovirane ljudi na vozičkih. Pomembna arhitektonska ovira so lahko tudi preozka vrata, ki ljudem na vozičkih zapirajo pot do strokovnih delavcev. Takšnih ovir je seveda lahko še cela vrsta. Velikokrat pa se v vsakdanjem življenju pripeti, da uporabniki zaradi strahu, neizkušenosti ali odpora ne zmorejo uporabljati naprav in pripomočkov za njihovo premagovanje.

Oddaljenost od centra je ovira za tiste, ki težko hodijo, ki nimajo denarja za javni prevoz in ne premorejo svojega. Telefonski stiki so težava ne samo za gluhe, ampak tudi za sramežljive, tesnobne ljudi, pa tudi za tiste, ki se niso navajeni pogovarjati po telefonu. Če ima kdo težave s fizičnim dostopom do socialnega delavca, lahko te ovire odstranimo (npr. preselimo pisarno v pritličje), lahko omogočimo alternativen dostop (zgradimo dvigalo), lahko pa jih premagamo tako, da pomagamo prenesti človeka po stopnicah. Lahko pa perspektivo obrnemo in obiščemo osebo na domu ali pa se z njo dobimo v javnem prostoru. V vseh teh primerih bomo pokazali, da nam je tega človeka mar, v slednjih bomo celo pokazali, da smo v naše druženje pripravljeni vložiti trud in napor, hkrati pa je to priložnost za ustvarjanje bolj osebnega in delovnega stika (Flaker, 2003: 45).

Ovire nastajajo zlasti v miselnosti ljudi in ne zaradi fizične oddaljenosti, dodaja avtor. Gre za podobo institucije v javnosti, ki omogoča ljudem, da jo neovirano uporabljajo, ker ji zaupajo, ali pa vanjo ne stopajo, ker že vnaprej dvomijo vanjo, ali pa se bojijo stigmatizacije. Morebitno zadrego, strah ter odpor, ki se lahko pri uporabnikih pojavijo v trenutku, ko se odločijo poiskati pomoči v kateri izmed institucij, uvrščamo med psihične ovire. Vzrok zanje so lahko npr. negativne predhodne izkušnje s socialnimi delavci in drugimi strokovnjaki oz. podobnimi ustanovami ter dosedanje neuspehe pri reševanju sedanje ali kakšne prejšnje težave (nezaupanje, predsodki, strah pred zavrnitvijo, odpor do institucij, odpor do obrazcev ipd.). Odpor je lahko tudi posledica stigme, ki jo nosijo nekatere institucije, kar še zlasti velja za psihiatrične bolnišnice.

Avtor opozarja, da ne gre zanemariti vloge socialnih ovir, saj lahko na primer ravno pomanjkanje denarja za prevoz do kraja, kjer deluje institucija ali pa pomanjkanje primernih oblačil uporabniku prepreči, da bi poiskal ustrezno pomoč. Med tovrstne ovire sodijo tudi težave pri vzpostavljanju socialnih stikov (slušne in govorne motnje, slabo obvladovanje jezika) in podobno. Med organizacijske težave pa uvrščamo težave, ki so na primer posledica neustreznih normativov oz. same organiziranosti določene ustanove. Tako lahko na primer že vnaprej določene uradne ure, pomenijo določeno oviro za uporabnike.

1.1.1.2 Kritika institucionalnega prostora

1.1.1.2.1 Institucije kot totalne ustanove

Goffman (1987) ugotavlja, da so ustanove kraj, kjer se redno dogaja neka vrsta dejavnosti ter zajemajo čas in zanimanje svojih članov. Ustanova zajame tako rekoč vse vidike posameznikovega življenjskega kroga (delo, zabava, rekreacija, itn.). Ravno zaradi tega totalnega zajetja jih imenuje totalne. Totalnost zajetja simbolizirajo tudi pregrade, ki jih taka ustanova zgradi med seboj in zunanjim svetom. Te ustanove so fizično oddaljene od ostalega sveta (z zidovi, gozdovi, močvirjem, bodečo žico ipd.).

Po mnenju avtorja je osnovna postavka moderne družbe ta, da posameznik spi, se igra, dela na različnih mestih z različnimi soudeleženci, pod različno oblastjo in brez vseobsegajočega načrta. Osrednja značilnost totalne ustanove je, da se pregrade med temi različnimi sferami rušijo, saj se vsi vidiki življenja odvijajo na istem kraju, vsaka faza dnevne aktivnosti se odvija vpričo velikega števila drugih ljudi, ki so enako obravnavani; za vse dejavnosti obstaja urnik, ki je vsiljen od zgoraj s sistemom eksplicitnih formalnih pravil, namen različnih vsiljenih dejavnosti pa je zadovoljitev ciljev ustanove.

Varovanci v ustanovi živijo in imajo močno omejen stik z zunanjim svetom, meni avtor. Osebje je v ustanovi le med osem urnim delavnikom, sicer pa družbeno integrirano v zunanjem svetu. Eni druge zaznavajo v ozkih, sovražnih stereotipih. Osebje zaznava varovance kot zagrenjene, zarotniške in nevredne zaupanja. Varovanci zaznavajo osebje kot poniževalno, ošabno in zlobno. Osebje se počuti superiorno in krepostno, varovanci pa manjvredne, slabe, krive in graje vredne. Med obema skupinama je strogo omejena socialna mobilnost ter velika in formalno predpisana socialna razdalja. Komunikacija informacij je omejena, še posebej glede načrtov, ki jih ima osebje glede varovancev. Varovanec je tipično izločen iz odločanja o svoji usodi. Izločanje pa omogoča distanco in kontrolo.

Po mnenju avtorja ima delo v totalni ustanovi čisto drugačen položaj, kot ga ima delo v družbi sicer. V totalni ustanovi imajo ljudje do dela drugačna stališča in motive. V nekaterih totalnih ustanovah teče delo počasi, v vzdušju dolgčasa. Ponekod je dolgčas tisti, ki motivira za delo (varovanec dela, ker mu je dolgčas), v drugih je dela spet preveč. V nekaterih ustanovah je delo na nek način suženjsko, saj so varovanci ves čas na voljo osebju. Ne glede na to ali je dela v ustanovi preveč ali premalo, je za človeka, ki je bil zunanje delovno usmerjen, situacija demoralizirajoča.

1.1.1.2.2 Vstop v institucionalni prostor in bivanje v njem

Vsak varovanec vstopi v ustanovo s svojimi lastnimi navadami, pojmovanjem sebe, ki ga je glede na organizacijo osebnosti potrjevalo domače okolje. Ob vstopu v ustanovo varovanec ne dobi v zameno neke druge kulture. Goffman (1987) govori o

»diskulturizaciji«, kot posledici dolgega izostanka iz družbenih tokov in sprememb. Vstop v ustanovo »oropa« novinca večine tistih stabilnih ureditev, ki so mu omogočale samopojmovanje. Z nizom degradacij, poniževanj, se »jaz« sistematično, čeprav čisto ne namenoma modificira. Zgodi se nekaj konkretnih premikov v njegovi moralni karieri, glede lastnih verovanj o sebi in pomembnih drugih.

Poleg napisanega poudarja, da je s pregrado med ustanovo in civilno družbo varovanec onemogočen, da bi igral svoje vloge. V ta namen se v totalnih ustanovah pogosto dogaja, da je označeno uvodno obdobje, ko varovanec niti ne sme ven niti ga ne smejo obiskovati. Poleg razlaščenja, ki je tako rekoč avtomatična posledica ločitve od zunanjega sveta, pa obstajajo še drugi tipi modifikacije. Ob vstopu v ustanovo pričaka varovanca cela vrsta sprejemnih procedur: zapis anamneze, fotografiranje, tehtanje, slačenje, kopanje, dezinfekcija, striženje, sprejem institucionalne obleke, dajanje navodil in določanje bivališča. Te procedure imenuje avtor programiranje.

Naslednja oblika modifikacije, o kateri piše avtor, je izpostavljenost kontaminaciji. Meje, ki si jih posameznik zunaj lahko postavi, da zavaruje predmete samo občutenja (telo, čustva, misli, delno lastnino), so v ustanovi često prekoračene. Pride do vdora informacij o sebi. Zabeležijo socialna in emocionalna dejstva, posebno obremenilna, kartoteka je vedno na voljo osebju. Druga vrsta take kontaminacije so različne oblike individualnih ali skupinskih spovedi, kjer naj varovanec odkrije svoje misli, dejstva, čustva o sebi pred novim občinstvom.

Po mnenju avtorja pa poleg neposrednih napadov na »jaz«, obstajajo še oblike preinačitve simboličnega pomena dogodkov v neposredni prisotnosti varovanca, ki ne ustrezajo prejšnjemu samopojmovanju. Ta vir modifikacije je težje razpoznaven, ker učinkuje posredno. Gre za prekinitvevn odnosu med posameznim akterjem in njegovim delovanjem. Ena od takih prekinitvevn je luping, pri katerem gre za to, da je npr. negotovanje v civilni družbi priznan način samoobrambe, kadar je situacija taka, da je treba ubogati. V ustanovah pa je negotovanje dokaz, da je človek neubogljiv. Drug napad na varovanca kot akterja je regimentizacija in tiranizacija. Tudi, če je posameznik v civilni družbi v določenih situacijah podvržen nekaterim pravilom in

standardom dejavnosti, obstajajo v njegovem življenjskem krogu situacije, kjer se lahko giblje po svoje.

1.1.1.2.3 Posledice po odhodu iz institucij

Do ustanov je kritična tudi Lamovčeva (1995). Uporabniku lahko po odhodu iz ustanove, še zlasti psihiatrične bolnišnice, ostanejo naslednje posledice:

- *Odvisnost od zdravil* je posledica dolgotrajnega jemanja zdravil, kar naj bi služilo preprečevanju nadaljnjih kriz.
- *Dosmrtna stigmatiziranost*. Družba spremeni svoje obnašanje do osebe, ki se je zdravila na psihiatriji, prizadeti posameznik pa se seveda temu primerno odziva. Počasi se zavest o stigmatiziranosti naseli tudi vanj. Njegove besede nimajo več iste teže. Ljudje ne poslušajo več vsebine tega, kar želi povedati, temveč se osredotočijo le še na način. Takšna oznaka ga največkrat spremlja celo življenje.
- *Znižano samospoštovanje in zaupanje vase*. Prav vsak uporabnik psihiatričnih ustanov utрпи močno škodo na področju samospoštovanja. Najprej je deležen ritualov ponižanja in razosebljanja. V ta sklop spada tudi nasilen odvzem obleke, ki z medicinskega stališča nima nobene osnove. Doživljanje uporabnika postane razvrednoteno, nepomembno. V tisti psihiatrični prostor, kjer bi moral biti njegov jaz, se sedaj naseli psihiater. On je namreč tisti, ki »ve«, kaj je dobro za uporabnika, ta pa je prisiljen le pasivno spremljati njegove odločitve. Tako se ljudje počutijo preveč nemočne.
- *Utrditev lažnega jaza*. Hkrati s prej opisanimi procesi se utrjuje lažni jaz. Uporabnik je prisiljen postati tak, kot ga hočejo videti drugi. Prepuščen bo samemu sebi, tak pa ne bo dolgo zdržal. Umaknil se bo v invalidski pokoj ali psihozo, če ne še bolj radikalno, kot kaže visoka samomorilnost med temi osebami.

- *Spremenjeni odnosi z družino.* Ko se uporabnik vrne domov, se razmere, kakršne je doživljal v ustanovi, nadaljujejo v družini. Postane tretjerazredni član družine. Družina ga duši, hkrati pa jo potrebuje, saj nima kam drugam. Tako pač kroži med družino in ustanovo.
- *Spremenjeni odnosi na delovnem mestu.* Če ima uporabnik srečo, da še ima svoje delovno mesto, se mora tudi tu pripraviti na nenehno opazovanje. Nekatera delovna okolja so »dobrohotna« in skušajo uporabniku vsiljivo »pomagati«. Vso to nepotrebno in nadležno skrb mora uporabnik potrpežljivo prenašati. V takih okoljih je tudi navada, da se o njegovi izkušnji ne spregovori. To je prepovedana tema. Delati se mora, kot da se ni nič zgodilo.
- *Spremenjeni odnosi s prijatelji.* Podobno kot v službi je tudi s prijatelji: pretirano zaščitništvo ali žalitve. Večina uporabnikov je skoraj povsem zamenjala svoje prijatelje, nekateri pa so ostali sami.
- *Izguba ciljev v življenju* je rezultat seštevka ali morda celo množenja zgoraj opisanih poledic.

1.1.2 Javni prostor

Javni prostor (ulice, trgi, parki, javna prevozna sredstva, poslovno-trgovski centri, avtobusne in železniške postaje itn.) je prostor enakopravnih državljanov. V javnem prostoru veljata načeli splošne dostopnosti in civilne nepozornosti, se pravi, k vsakomur lahko pristopimo, hkrati pa nas drugi ne zanimajo. Javni prostor je javno dobro, je od vseh in od nikogar posebej. Vseeno ga nekatere skupine ljudi naseljujejo in udomačujejo bolj ko druge. To so tisti, ki bodisi nimajo doma ali iščejo drug dom, ter v nedrjih javnega prostora in tudi v bolj intimnih delih ustvarjajo svoj del nikogaršnje zemlje (Flaker, 2003: 48) .

Za socialno delo v javnem prostoru je najbolj značilno to, da lahko z njim dosežemo tiste ciljne skupine, ki s strokovnimi službami bodisi niso zadovoljne ali pa zaradi

raznovrstnih predsodkov ali morebitne stigmatizacije ne iščejo pomoči pri njih. Upravičenost takšnega početja izhaja iz dejstva, da je bistveno več takšnih ljudi, ki bi pomoč resnično potrebovali kot pa tistih, ki se dejansko oglasijo pri ustreznih službah in pomoč tudi poiščejo. Vsekakor morajo socialni delavci sprejeti njihova stališča ter upoštevati dejstvo, da se številni ljudje sramujejo svojih problemov in jih zaradi tega prikrivajo. Tako se neredko zgodi, da se takšni ljudje na neustrezen način trudijo sami rešiti svoje probleme, s čimer se lahko slabša kvaliteta njihovega življenja. Praviloma ti ljudje poiščejo pomoč strokovnih služb šele takrat, ko je tako hudo, da si ne morejo več sami zagotavljati niti najnujnejših sredstev za preživetje ali pa je ogroženo celo njihovo življenje (Flaker, 2003). To še posebej velja za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki predvsem zaradi stigme, pomanjkanja uvida v duševno motnjo ali tega ker težave preprosto skrivajo oz. si jih nočejo priznati, pomoč poiščejo šele takrat, ko so simptomi motnje že tako poudarjeni, da postanejo moteči za okolico.

Socialno delo torej uporablja javne prostore v primerih, ko hoče ustvariti pogoje za neobremenjeno srečanje enakopravnih posameznikov, se pravi, uporabi ga kot nevtralni teren, ker bi bilo domače ali institucionalno okolje preveč obremenjujoče. V javnem prostoru obstaja dialektika med naključnostjo in zarotništvom, ki je se zlasti privlačna za socialno delo. Socialno delo v javnem prostoru je nuja za tiste skupine ljudi, ki nimajo doma ali ne živijo doma (ibid.).

1.1.3 Zasebni prostor

Socialno delo se odvija tudi v zasebnem prostoru, ki ga lahko enostavno označimo kot prostor, v katerem uporabniki živijo. Poseganje v osebni prostor uporabnika je zelo občutljivo početje, saj mu dom pomeni ne samo zatočišče, ampak predvsem varen kraj, ki mu daje občutek pripadnosti, stalnosti ter domačnosti. Pri odločanju za vstop v zasebni prostor morajo socialni delavci preveriti njegovo upravičenost, pretehtati vse njegove vidike in okoliščine ter se nanj tudi ustrezno pripraviti. Seveda morajo tudi uporabnikom dopustiti, da se na obisk tudi sami primerno pripravijo. Vstopanje v uporabnikov dom je hkrati tudi vstopanje v njegov osebni prostor, zato mora socialni delavec še posebej upoštevati pasove, ki določajo distanco med njim

ter uporabnikom in jih nikakor ne sme prestopiti. Pozoren socialni delavec lahko na podlagi razumevanja uporabnikove neverbalne komunikacije ter odnosa in reakcij spozna, kako ga le-ta vidi, doživlja in sprejema (Flaker, 2003).

Za zasebne prostore velja, da so posebej zavarovani in vanje človek ne more stopiti nepovabljen in nenajavljen. Je prostor, ki ga suvereno zasedajo člani gospodinjstva. Tujec se z vstopom vključi v gospodinjstvo, postane gost in sprejme »hišna pravila«, člani gospodinjstva pa mu ponudijo gostoljubje. Je hkrati prostor individualnosti in intime na eni strani (spalnica) in solidarnosti na drugi (kuhinja in shramba) (Flaker, 2003: 47).

Vstop v zasebne prostore terja od socialnega delavca obzirnost, vljudnost in rahločutnost. Kar je v procesih spoznavanja mogoče, je v situacijah nujnih intervencij zelo kočljivo. Kjer ni apriorne moči in pooblastil, sta mogoča dialog in konkretno pridobivanje moči za skupno delovanje. Nemoč ustvarjanja dialoga in delovanja lahko socialnega delavca ali delavko pripelje do tega, da premesti osebo v institucionalno okolje, saj tam obstaja apriorna strokovna moč. Kar je v nekaterih primerih legitimna in produktivna poteza, je v drugih bolj posledica pomanjkanja potrpljenja in inovativnih ali ustvarjalnih idej (ibid.).

Avtor je mnenja, da je obisk na domu še posebej smiseln:

- ker omogoča drugačno spoznavanje osebe kot v pisarni (spoznavanje materialnega okolja, konkretne ureditve vsakdanjega življenja, spoznavanje prek predmetov in dogodkov v neposrednem okolju itn.),
- ker omogoča konkretno preverjanje nekaterih trditev in konkretno refleksijo situacij,
- ker je priložnost za dogovore in pobude, ki so manj mogoče ali utemeljene v pisarni (npr. ponuditi pomoč na domu),
- če je soditi, da se bo obravnava nadaljevala,
- ker lahko mimogrede vključimo v razgovor še druge člane gospodinjstva ali tudi sosede,
- ob vrnitvi uporabnika iz ustanove ali pred njo,
- ko so potrebne mediacije, pojasnjevanja in druge dejavnosti v neposrednem okolju,

- kadar uporabniki ne morejo ali nočejo od doma ali pa se z njimi ni mogoče srečati drugje (nepokretnost, strah pred odprtim prostorom, odpor do uradnih prostorov ipd.).

1.1.4 Povezava različnih tipov prostorov

Za socialne delavce je v procesu reševanja problemov pomembno, da znajo izkoristiti prednosti vsakega izmed tipov prostorov, seveda pa morajo imeti vedno pred očmi tudi omejitve posameznega prostora. Vsak prostor prinaša prednosti in slabosti v določeni situaciji oz. posameznem primeru. Prav zato je potrebno v vsakem izmed prostorov poiskati prednosti, ki bodo pripomogle k rešitvi problemske situacije. Socialni delavci se morajo zavedati, kako lahko posamezen prostor prispeva k rešitvi določenega problema ter da je uporabnik, ki v njem biva, vedno na prvem mestu. Probleme je potrebno reševati iz uporabniške perspektive, pri tem pa upoštevati povezanost in medsebojno dopolnjevanje posameznih prostorov. To naredi situacijo kompleksnejšo in bolj razvidno, tako da socialnim delavcem omogoča celovitejši pristop pri reševanju problemov (Flaker, 2003).

Avtor meni, da lahko socialni delavec opravi analizo, ki mu bo pokazala, kako delujejo posamezni prostori v različnih okoliščinah in se ravna v skladu z dobljenimi spoznanji. Takšna analiza da tudi odgovor na vprašanje, kakšna pooblastila potrebujemo za delovanje v posameznem tipu prostora. V skladu z uporabniško perspektivo pa vsekakor velja, da moramo pri načrtovanju stikov upoštevati njihove predloge in jih torej opraviti tam, kjer je to za uporabnike najbolj optimalno. Ob pogovorih pa lahko sodelujejo tiste osebe, ki jih uporabnik sam izbere.

1.2 Terensko delo kot sestavina socialnega dela

Terensko delo je po mnenju Grillsa (1998) usmerjeno v interakcije in na interpretacijo tistega, kar je mogoče zaznati v konkretnem okolju. Strokovni delavec se z vstopom v uporabnikovo bivalno okolje približa njegovemu intimnemu svetu. Na tak način spoznava njegove dileme, frustracije, vsakodnevna rutinska opravila, odnose z

drugimi in tveganja, ki so del njihovega vsakdanjega življenja. V bistvu lahko tudi socialno delo razumemo kot nenehno raziskovanje življenjskega sveta uporabnikov, saj namreč praktično vsako strokovno opravilo v socialnem delu vsebuje raziskovanje dela kompleksnih življenjskih okoliščin uporabnika in vsega tistega, kar determinira njegovo trenutno situacijo ter hkrati daje možnosti za rešitev problemov, ki ga ovirajo.

Socialno delo je stroka, ki deluje izven trdnih institucionalnih prostorov. Medtem ko ima pravo sodišče, medicina kliniko, pedagogika šolo, torej prostore, ki avtomatično usmerjajo in narekujejo odnose in izmenjave med ljudmi, ki se tam nahajajo, ko mora obiskovalec avtomatično prevzeti jezik in odnose, ki vladajo v instituciji, socialno dela takega posebnega prostora nima; deluje med ljudmi, uporablja njihovo govorico in logiko, ki je podobna vsakdanji. V tem smislu je prostorsko difuzno in nujno reflektivno (Jordan, 1987: 140).

Pogled v preteklost pokaže, da se je socialno delo dejansko razvilo iz terenskega dela. Tradicionalna dobroteljnost, ki pomeni začetek socialnega dela, je temeljila predvsem na pristnem stiku z uporabniki in je praviloma potekala v njihovem življenjskem okolju. S profesionalizacijo je socialno delo postopoma izgubljalo usmerjenost v neposredno povezovanje z ljudmi v njihovem življenjskem okolju. Socialni delavci so postajali podobni strokovnjakom drugih profilov za katere je značilno, da večino svojega delovnega časa preživijo za zidovi institucij. S tem se je posledično zmanjšal pomen terenskega dela, ki je tako postalo manj pomembna sestavina socialnega dela (Milošević Arnold, 1988).

Socialno delo je v svoji predpoklicni fazi potekalo predvsem na terenu in je do začetka druge svetovne vojne bilo usmerjeno v pomoč ljudem pri premagovanju posledic revščine. V prvi razvojni fazi po vojni se je socialno delo udeleževalo kot aktivizem v okviru različnih političnih in humanitarnih organizacij. Tovrstno početje je blažilo rigidnost takratnih ustanov in to v obdobju, ko so te delovale izključno po upravnih principih. V obdobju profesionalizacije ter institucionalizacije socialnega dela so socialni delavci še vedno ostali relativno povezani z dogajanjem na terenu. S sprejetjem novega zakona o družinskih razmerjih v poznih sedemdesetih letih

prejšnjega stoletja, so se strokovni delavci centrov za socialno delo pričeli usposabljeni za svetovalno delo. Ker je delo svetovalcev zahtevalo dosti bolj poglobljeno strokovno znanje, so se svetovalci postoma pričeli ločevati od drugih, »navadnih« strokovnih delavcev, ki so opravljali naloge pretežno po upravnem postopku. Slednji so sicer po potrebi del svojega dela še vedno opravljali na terenu, za svetovalce pa je sčasoma postalo kar samoumevno, da terensko delo ne sodi v njihov delokrog (Milošević Arnold in Poštrak, 2003).

V sedanjem obdobju, ko govorimo o profesionaliziranem socialnem delu, postaja terensko delo vedno bolj deležno ustrezne pozornosti. Počasi namreč prihaja do uravnoveženosti vseh sestavin socialnega dela. Vedno številčnejše nevladne organizacije razvijajo najrazličnejše programe in projekte, ki vsebujejo komponente terenskega dela. Med njimi je zmeraj več takšnih, ki jih brez terenskega dela sploh ne bi bilo mogoče izvajati. Se pa socialno delo v uporabnikovem življenjskem okolju zmeraj bolj uveljavlja tudi znotraj javnih služb. Za centre za socialno delo velja, da sta predvsem področji rejništva in pomoči na domu najbolj izrazito povezani s terenskim delom (ibid.).

V post moderni dobi postaja vstopanje v uporabnikovo bivalno okolje, znotraj katerega se mu poskušamo približati, da bi ga čimbolj razumeli ter upoštevali njegove življenjske izbire, nujna sestavina socialnega dela. Samo z neposredno udeležbo v prostorih, kjer poteka življenje ljudi, lahko spoznavamo njihove vsakodnevne navade, probleme in odnose, ki jih imajo z drugimi. Brez razumevanja pogledov in dejavnosti tistih, katerih življenja poskušamo spoznavati, koncepti pomoči ne bi imeli prav nobene praktične vrednosti (Grills, 1998).

1.2.1 Različni modeli terenskega dela ter njihovi cilji

Rhodes (1996) deli terensko delo na peripatetično delo (ang. *peripatetic outreach*), ki se pogosto imenuje tudi zunanje delo ter terensko delo na domu (ang. *dominiciary outreach*). Za prvi model je značilno, da se bolj kot na pomoči potrebne posameznike osredotoča na organizacije, kjer terenski delavci delujejo v skupnostnih službah in ustanovah, kot so zapori, vzgojni zavodi, prevzgojni domovi, mladinski klubi, šole.

Pogosto je cilj tega modela seznanjanje z določeno problematiko in obveščanje uporabnikov o razpoložljivih storitvah. Druga metoda terenskega dela na domu pa je lahko še posebej uporabna, kadar terenski delavci ne poznajo lokacij, kjer se zbirajo ciljni posamezniki ali skupine. Uporabnike lahko poiščejo kar na njihovih domovih ali domovih drugih uporabnikov. S tovrstnim delom se lahko dopolnjuje ulično delo ali pa tudi peripatetično terensko delo.

Glede na strategije terenskega dela loči avtor terensko delo, usmerjeno v posameznike (ang. *individual outreach*) ter terensko delo, usmerjeno v skupnost (ang. *community outreach*). Prvo se osredotoča na pospeševanje sprememb v individualnem vedenju in bazira na odnosu uporabnik - terenski delavec, v katerem slednji krepí uporabnikovo samopodobo, samozavest ipd. Cilj slednjega pa je doseganje sprememb v skupnosti ter opolnomočenje celotne skupnosti. V praksi se terensko delo, usmerjeno v skupnost osredotoča na spreminjanje neustreznih norm, vrednot in navad neke skupnosti. Spremembe so lahko usmerjene tudi v socialno politiko v skupnosti in v širšem okolju, ali v aktivnosti za oblikovanje ustrežnejše zakonske ureditve in podobno.

Pri opravljanju terenskega dela morajo biti njegovi izvajalci seznanjeni z naslednjimi splošni pravili, ki jih morajo brez izjeme upoštevati ter se po njih ravnati. Vsekakor morajo na prvem mestu pretehtati smiselnost in koristnost poseganja v uporabnikovo bivalno okolje. To morajo opraviti na podlagi predhodne ocene stanja na terenu in potreb posebnih ciljnih skupin, deloma pa tudi na podlagi učinkovitosti predhodno opravljenih storitev. Terenski delavci se morajo vedno držati pravila, da je prav uporabnik sam vedno prvi vir informacij. Seveda pa morajo za vsako poseganje v uporabnikovo življenjsko okolje, še posebej pa za zbiranje podatkov v njem, vnaprej pridobiti njihovo soglasje (Flaker, 2003).

1.2.2 Terensko delo na področju duševnega zdravja

Terensko delo na področju duševnega zdravja je način dela s tistimi ljudmi z izkušnjo duševne stiske, ki niso uspešno vključeni v obstoječe službe pomoči, ter potrebujejo podporo v svojem življenjskem okolju. Tradicionalne službe na področju duševnega zdravja praviloma nudijo storitve v pisarnah ter za zidovi ustanov, kamor prihajajo uporabniki k strokovnjakom po nekem naprej dogovorjenem urniku. Za razliko pa je pri terenskem delu ravno strokovni delavec tisti, ki obišče uporabnika na njegovem domu, kavarni, parku ali ulici oz. tam, kjer je njegova podpora najbolj potrebna ter s tem tudi učinkovita. Obenem pa so lahko tudi stanovanjske skupine, zapori, delovna okolja ter oddelki psihiatričnih bolnišnic primerne lokacije za srečevanja med uporabniki in strokovnimi oz. terenskimi delavci.

Takšen fleksibilen pristop omogoča službam dostop do ljudi, ki jih drugače ne bi bilo možno vključiti v obravnavo in to v okoljih, v katerih se počutijo najbolj varne. Terenski delavci lahko obiskujejo in spremljajo uporabnike tudi takrat, ko ti koristijo storitve ali programe drugih služb. To vzpodbuja dvosmerno sodelovanje, ki med uporabniki in terenskimi delavci pomaga razvijati zaupanje in vzpostavlja pogoje za uspešen ter dolgotrajen delovni odnos.

Terenski delavci si prizadevajo za pogosto obiskovanje uporabnikov ter ohranjanje že vzpostavljenih stikov. Dolgoročen cilj takšnega pristopa je izgradnja delovnega odnosa med posameznikom in službami duševnega zdravja. Terenski delavci si na fleksibilen ter kreativen način prizadevajo za vzpostavitev zaupnega odnosa z vsakim izmed uporabnikov, pri čemer so še posebej osredotočeni na njihove potrebe. Na ta način jim skušajo ponuditi paket zdravstvenih in socialno-varstvenih storitev, ki zadovoljujejo specifične potrebe vsakega izmed njih.

Prvi model terenskega dela, ta izvira iz Združenih držav Amerike in se je prvotno imenoval trening za življenje v skupnosti (ang. *Training in Community Living*), sta razvila Leonard Stein in Mary Test (Sainsbury Centre for Mental Health, 2003). Potekal je v obliki treninga socialnih veščin ter temeljil na normalizaciji življenjskih razmer uporabnikov, preskrbi z ustreznimi zdravili in nadzoru nad njihovim jemanjem, krizni intervenciji ter učenju in podpori uporabnikov v njihovem okolju pri opravljanju

vsakdanjih aktivnostih. Učinki takšnega pristopa so se kazali v dramatičnem zmanjšanju ponovnih hospitalizacij ter zmanjšanju stroškov za njihovo zdravljenje. Uporabniki so kazali izboljšanje zdravstvenega stanja (manj simptomov, manj poslabšanj ipd.) ter psihosocialnega funkcioniranja (več se jih je zaposlilo, znali so si bolje strukturirati dnevne aktivnosti, izboljšali so odnose z bližnjimi ipd.) (Burns in Firn, 2002).

Danes je v Združenih državah Amerike timsko terensko delo z ljudmi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju del ustaljene prakse. Podobno velja tudi za nekatere druge države. Tako so npr. v Avstraliji v zadnjih letih razvili uspešen model timskega terenskega dela, ki so ga v Novem južnem Walesu poimenovali mobilni tim skupnostne obravnave (ang. *Mobile Community Treatment Team*) oz. mobilni tim intenzivne skupnostne obravnave (ang. *Mobile Intensive Treatment Team*) v Queenslandu. V teh timih deluje ponavadi od osem do deset strokovnjakov iz različnih področjih, ki skušajo doseči tiste osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki niso vključeni v nobeno izmed obstoječih služb duševnega zdravja (Stein in Santos, 1998).

V Veliki Britaniji in nekaterih evropskih državah se asertivno terensko delo na področju duševnega zdravja izvaja že dlje časa. V Amsterdamu je Querido (Querido, 1968 v Burns in Firn, 2002) že leta 1930 ustanovil svojo mobilno kliniko. Francozi so leta 1960 (Kovess in drugi, 1995 v Burns in Firn, 2002) razvili »secteur« pristop, ki je zajemal tudi obiskovanje na domu.

1.2.2.1 Terensko delo na področju duševnega zdravja v Sloveniji

V Sloveniji se specializirano terensko delo na področju duševnega zdravja do nedavnega praktično ni izvajalo oz. se je izvajalo v omejenem obsegu. Na področju zdravstvenega varstva, natančneje zdravstvene nege, je potrebno omeniti obiske medicinskih sester, organizirane v okviru patronažne službe ter obiske družinskih ter dežurnih zdravnikov, ki pa uporabnike največkrat obišejo šele v primerih opaznega poslabšanja njihovega psihičnega stanja. Oboji na podlagi ocene posameznikovega psihičnega statusa zavrnejo ali potrdijo potrebo po njegovi hospitalizaciji. Poleg tega

pa lahko dežurni zdravniki ob pomoči spremljevalnega osebja ter policije izpeljejo hospitalizacijo proti volji posameznika, če ta resno ogroža svoje življenje, življenje drugih ali povzroča večjo materialno škodo. Na področju socialnega varstva opravljajo obiske na domu strokovni in laični delavci centrov za socialno delo (npr. v primerih urejanja rejništev) ali drugih specializiranih služb (npr. v okviru zagotavljanja storitve pomoči na domu), ki pa nimajo specializiranih spretnosti ter veščin za delo s to ciljno populacijo. V zadnjih letih izvajata obliko terenskega dela z ljudmi z izkušnjo duševne stiske tudi nevladni organizaciji Ozara ter Altra.

O uvedbi asertivnega terenskega dela, ki bi temeljilo na nepretrganem spremljanju skupine oseb z najtežjimi duševnimi motnjami, razmišlja tudi uradna psihiatrična stroka. Pilotni program, ki so ga oblikovale psihiatrične bolnišnice, so poimenovali Skupnostno psihiatrično zdravljenje. Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo je program že odobril pod pogojem, da se do predstavitve Zdravstvenemu svetu uskladi med vsemi psihiatričnimi bolnišnicami. Snovalci programa priznavajo, da so se pri njegovem oblikovanju zgledovali po tujih programih asertivnega terenskega dela, predvsem po programu Asertivne obravnave v skupnosti (ang. *Assertive Community Treatment*). Ker ta poleg psihiatričnega zdravljenja zajema cel kup drugih storitev (socialnovarstvene, psihološke, zaposlitvene ipd.), se vsaj izbor imena za program (Skupnostno psihiatrično zdravljenje) ne zdi primeren. Ime namreč poudarja in favorizira zgolj en segment storitev - psihiatrično zdravljenje, ne pa tudi celostne obravnave vključenih oseb.

Kljub dobrim nameram snovalcem, pa bi program lahko predstavljal zgolj »selitev« medicinskega modela obravnave duševnih motenj iz institucij v skupnost. Ravno zaradi tega so številni tuji avtorji (Novak in Topolski, 1998; Stein in Santos, 1998; Phillips in drugi, 2001; Burns in Firn, 2002; Allness in Knoedler, 2003) zelo dosledni, ko opisujejo poslanstvo programa Asertivne obravnave v skupnosti. Vsi vedno znova poudarjajo, da program ponuja cel spekter različnih storitev, ki jih uporabnikom zagotavlja interdisciplinaren terenski tim enakopravnih strokovnjakov. V standardih za programe asertivne obravnave v skupnosti, ki delujejo v kanadski provinci Ontario, so avtorji (Ministry of Health and Long-Term Care, 2004) v uvodu zapisali, da se termin »*treatment*« ne nanaša zgolj na zdravljenje, temveč tudi na rehabilitacijo in

ostale podporne storitve. Zaradi tega sem se tudi odločil, da v magistrskem delu za omenjeni program uporabljam prevod »Asertivna obravnava v skupnosti«.

1.2.2.1.1 Kratka predstavitev programa Pisarna za svetovanje

Obsežna evalvacija obstoječih programov društva Ozara (stanovanjskih skupin in dnevnih centrov) iz leta 1997 je pokazala, da potrebujejo ljudje s težavami v duševnem zdravju individualno obravnavo ter ustrezno podporo tudi v njihovem domačem okolju. Tako se je leta 1999 oblikoval program Pisarna za svetovanje, ki preko terenskega dela omogoča dostop do uporabnikov, ki jih drugače ne bi bilo možno vključiti v ustrezne službe pomoči. Danes se program izvaja v petnajstih enotah društva Ozara in sicer v Ljubljani, Celju, Novem mestu, Kranju, Izoli, Brežicah, Novi Gorici, Ljutomeru, Črnomlju, Sevnici, Krškem, Tolminu, Bohinju, na Jesenicah ter Ravnah na Koroškem. Skupno število evidentiranih uporabnikov v letu 2006 je bilo 1694, od teh pa se je v program aktivno vključilo 492 uporabnikov.

Pisarna za svetovanje je program psihosocialne pomoči in podpore osebam s težavami v duševnem zdravju, ki se lahko izvaja v njihovem življenjskem okolju (na domu, v javnih prostorih), v pisarni svetovalnice ali po telefonu, odvisno od želje in potrebe posameznika. Dejstvo je, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju v času duševne stiske zaprti vase, neradi zapuščajo svoje domače okolje, se ne želijo izpostavljati in srečevati z drugimi ljudmi, vsakršni obiski pri osebni zdravniku, psihiatru in ostalih strokovnjakih pa so zanje v tem času prenaporni.

Program zadovoljuje specifične potrebe vključenih uporabnikov v njihovem življenjskem okolju, kar prispeva k večji samostojnosti in kvaliteti njihovega življenja. Pisarna za svetovanje deluje s ciljem krepitev osebne moči in vpliva uporabnikov, zmanjševanja njihove socialne izključenosti, večanja njihove participacije v socialnem okolju, jačanja njihovih socialnih komponent in zagotovitve trajnega sistema podpore. Dolgoročen cilj programa je izgradnja zaupnega delovnega odnosa med vključenimi uporabniki, izvajalci programa ter ostalimi izvajalci znotraj mreže programov in storitev za duševno zdravje.

1.2.2.1.1.1 Upravičenci do vključitve v program in pogoji sprejema

Program je namenjen ljudem s težavami v duševnem zdravju, ljudem v duševni stiski in njihovim svojcem. Vključitev v program je prostovoljna in se opravi na željo posameznika. Vse storitve programa so za vključene osebe brezplačne. Trajanje vključitve je odvisno od volje in pripravljenosti posameznika ter njegovega zdravstvenega in vsesplošnega počutja. Posameznik sam izbira storitve, ki jih želi prejemati. Do storitev na terenu so upravičene osebe, ki zaradi narave duševne motnje ali gibalne oviranosti ne zmorejo zapustiti bivalnega prostora in so začasno nezmožni samostojnega funkcioniranja. Upravičenci do programa so tudi posamezniki s težavami v duševnem zdravju z nižjim socialnim ekonomskim statusom in tisti, ki živijo v oddaljenih ruralnih okoljih s slabimi transportnimi povezavami.

1.2.2.1.1.2 Storitve programa in njihovi izvajalci

Storitve zagotavljajo strokovni delavci in sodelavci s področja socialnega varstva, laični delavci in prostovoljci. Vključeni uporabniki lahko izbirajo med naslednjimi storitvami:

1. *Informativni razgovor.* Obsega pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske, informiranje o pravicah ter mreži služb pomoči.
2. *Osebna pomoč.* Zajema svetovanje, urejanje, vodenje ter podporo pri razreševanju osebnih stisk, vključevanju v aktivno življenje, iskanju ustrezne zaposlitve, pomoč pri morebitni upokojitvi, podporo pri nadaljevanju izobraževalnega procesa, pomoč pri uveljavljanju socialno-varstvenih pravic. Usmerjena je v razumevanje, podporo in čustveno razbremenitev, soustvarjanje rešitev ter podporo pri premagovanju akutnih duševnih kriz.
3. *Socialna oskrba.* Obsega pomoč v uporabnikovem življenjskem okolju pri raznih domačih opravilih v primerih, ko jih uporabnik zaradi občutnega poslabšanja

psihičnega stanja ne zmore sam opravljati ter pomoč pri ohranjanju socialnih stikov.

1.2.2.2 Razvoj asertivnega terenskega dela v Veliki Britaniji

V Veliki Britaniji predstavlja uvedba skupnostnih psihiatričnih medicinskih sester nekakšen začetek terenskega dela na področju duševnega zdravja. Rees, višji zdravnik iz bolnišnice Warlingham Park v Croydonu, je leta 1954 prvi predstavil vlogo skupnostnih psihiatričnih medicinskih sester. Te so se na začetku ukvarjale le s spremljanjem nedavno odpuščenih shizofrenih uporabnikov, njihov prvotni namen pa je temeljil zgolj na spodbujanju uporabnikov za jemanje predpisane terapije. Z obiskovanjem na domovih niso pričeli samo zaradi številnih težav, s katerimi se srečujejo osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju in se nanašajo na nestanovitnost, pomanjkanje motivacije za zdravljenje in rehabilitacijo, temveč predvsem zaradi širšega razumevanja konteksta težav uporabnikov ter vpliva družbe na razvoj in potek duševne motnje ter okrevanja (Moore, 1961 v Burns in Firn, 2002).

Gibanje, ki je poudarjalo pomen obravnave v skupnosti (ang. *The Therapeutic Community Movement*) in je nastalo po koncu druge svetovne vojne, je namreč opozorilo na dejstvo, da lahko uporabniki medosebni odnosi ter odnos družbe do njih zaustavi ali pospeši proces okrevanja (Jones, 1952 v Burns in Firn, 2002). Študije dolgotrajnih uporabnikov psihiatričnih storitev, kot je na primer znana študija *Three Hospitals' Study* (Wing, 1968), so nedvomno dokazale, da je mogoče proces okrevanja izboljšati oz. pospešiti s skrbnim spremljanjem v domačem okolju.

Zakon o duševnem zdravju iz leta 1959 je močno vplival na nadaljnji razvoj delovanja skupnostnih psihiatričnih medicinskih sester ter terenskega dela nasploh. Ta je vsem psihiatričnim bolnišnicam, ki sprejemajo neprostovoljno hospitalizirane uporabnike, naložil, da jim zagotovijo ustrezno poboljšnično podporo. Ravno to dejstvo pa je botrovalo razvoju novih služb duševnega zdravja, predvsem interdisciplinarnega terenskega dela (Burns in Firn, 2002: 3).

Proces deinstitutionalizacije v 60. letih prejšnjega stoletja je v Veliki Britaniji močno prispeval k radikalnemu zmanjšanju števila postelj v psihiatričnih bolnišnicah ter botroval zapiranju velikih institucij, dodajata avtorja. Zmanjšanje institucionalnih kapacitet je pomenilo, da so imele skupnostno orientirane službe opraviti s povečanim številom oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Zaradi vse večjega pritiska na te službe, se je pokazala velika potreba po interdisciplinarnem delu na domovih teh oseb.

Skupnostni timi za duševno zdravje so v Veliki Britaniji nastali kot odgovor na te potrebe. Danes v Veliki Britaniji zagotavljajo storitve več kot 90-im odstotkom oseb s težavami v duševnem zdravju. To so interdisciplinarni timi, ki na določenem teritoriju zagotavljajo celostno obravnavo tistih posameznikov, ki potrebujejo specializirane zdravstvene in socialnovarstvene storitve. Območje delovanja se lahko od tima do tima razlikuje. Nekateri delujejo na območju, ki jih pokriva psihiatrična bolnišnica, spet drugi pa teritorij delovanja določijo glede na njegove specifikke, predvsem glede na razpoložljivost drugih ustreznih služb (Johnson in Thornicroft, 1993).

Skupnostni timi za duševno zdravje se razvijajo postopoma in pragmatično, vendar pa je navkljub njihovem uspehu, o njihovem delovanju zelo malo napisanega. O učinkih njihovega dela je bilo (za razliko od programov asertivne obravnave v skupnosti, ki je eden najpogosteje raziskovanih programov sploh) do danes opravljenih le malo raziskav (Tyrer in drugi 1999, Tyrer, 2000 v Burns in Firn, 2002).

Aktualna angleška zakonodaja na področju duševnega zdravja je v zadnjem času omogočila oblikovanje, razvoj in širitev asertivnih terenskih timov, ki naj bi postali dopolnilo skupnostnim timom duševnega zdravja. Osnovne karakteristike asertivnih terenskih timov so povzete po ameriškem modelu asertivne obravnave v skupnosti (Wright in drugi, 2003).

Vloga asertivnih terenskih timov se na področju duševnega zdravja v Veliki Britaniji hitro veča. K temu prispeva podpora, ki jo ima ta pristop v zakonodaji in sicer predvsem v Nacionalnem načrtu razvoja služb duševnega zdravja (ang. *National Service Framework for Mental Health*) (Department of Health, 1999) ter Smernicah

za implementacijo politike duševnega zdravja (ang. *Mental Health Policy Implementation Guide*) (Department of Health, 2001).

1.2.2.3 Razvoj asertivnega terenskega dela v Združenih državah Amerike

Program asertivnega terenskega dela je na začetku naletel na številne težave. Kot inovativen pristop je nastal v okolju, ki je po eni strani spodbujalo inovacije, po drugi pa ni dovoljevalo njihovega nadaljnega razvoja v primeru, da so bile le-te v nasprotju s prevladujočo prakso okolja. Program je nastal v ameriški državni psihiatrični bolnišnici Mendota v Madisonu, v zvezni državi Wisconsin, ki je bila do sredine prejšnjega stoletja klasična psihiatrična bolnišnica (Thomas, 1999).

Konec 60. let pa so se v bolnišnici odločili, da povečajo aktivnosti na področju raziskovalne dejavnosti, zaradi česar so tudi povečali raziskovalni oddelek. Zaposlili so inovativnega mladega direktorja za raziskovanje in izobraževanje dr. Arnolda Ludwiga. Ta je takoj po prihodu v bolnišnico formiral oddelek za posebno obravnavo (ang. *Special Treatment Unit*), ki je bil v osnovi raziskovalni oddelek, namenjen proučevanju različnih psihosocialnih tehnik za uspešnejšo rehabilitacijo uporabnikov s shizofrenijo. K sodelovanju je povabil še dva mlada, a zelo nadarjena strokovnjaka, in sicer psihiatra Arnolda Marxa in psihologinjo Mary Ann Test. Skupaj so na podlagi opravljenih raziskav oblikovali in implementirali več novih psihosocialnih pristopov. Ludwig je bil namreč globoko prepričan, da lahko prav različne psihosocialne intervencije pripomorejo k hitrejšemu odpuščanju shizofrenih pacientov iz bolnišnice (Stein in Santos, 1998).

Čeprav se osebje ostalih oddelkov občasno ni strinjalo z vsemi pristopi, ki so jih uporabljali na tem oddelku, pa so Ludwig in njegovi sodelavci kljub temu uživali visoko podporo vodstva bolnišnice. Vodstvo jih je podpiralo zato, ker si je kot enega izmed svojih osrednjih ciljev zastavila ravno oblikovanje novih pristopov pri zdravljenju in rehabilitaciji oseb s težavami v duševnem zdravju (Stein in Santos, 1998: 15)

Avtorja pravita, da so Ludwig, Marx in Testova s programom, ki se je izvajal na oddelku za posebno obravnavo, dokazali, da imajo različne psihosocialne tehnike velik učinek tudi na prej neodzivne paciente, saj se je bistveno izboljšalo njihovo funkcioniranje v bolnišnici. Čeprav je glavnina dela temeljila na bolnišničnem zdravljenju, pa je osebje kljub temu pridobilo številne izkušnje, ki so jih kasneje uporabili tudi pri izvajanju skupnostne skrbi za uporabnike po njihovem odpustu iz posebnega oddelka. Leta 1970 je Ludwig zapustil mesto direktorja za raziskave in izobraževanje, njegovo mesto pa je zasedel Leonard I. Stein. Ta zamenjava je prinesla številne spremembe, saj se je Ludwig osredotočal izključno na uporabnost psihosocialnih tehnik znotraj oddelkov bolnišnice, medtem ko je Marxa, Testovo in Steina bolj zanimalo to, kako uporabnikom pomagati, da bodo lahko zadovoljivo in neodvisno živeli v domačem okolju. Zaradi tega se niso več osredotočali na aktivnosti, ki potekajo znotraj bolnišnice in pripravljajo uporabnike na življenje v skupnosti, temveč so se začeli posvečati aktivnostim, ki uporabnikom v izven bolnišnice pomagajo na poti k bolj samostojnemu in kvalitetnemu življenju.

Marx, Testova in Stein so uspeli pridobiti sredstva za izvedbo pilotne študije *The Prevention of Institutionalization Program*, katere rezultat je dokument o izvenbolnišnični obravnavi ljudi z resnimi oblikami duševnih motenj (Stein in Santos, 1998). Na podlagi te študije sta Stein in Testova pridobila še precejšnja sredstva s strani Nacionalnega inštituta za duševno zdravje (*National Institute of Mental Health – NIMH*), ki sta jih porabila za obsežnejše študije o modelu skupnostne skrbi za ljudi s težavami v duševnem zdravju (ibid.).

Avtorja navajata, da so opravljene študije odprle prostor za razpravo o nujnih spremembah pri organiziranju osebja, ki po novem ni več delovalo na bolnišničnih oddelkih, temveč na lokacijah izven bolnišnice. Manjšino časa so namenili načrtovanju dela z uporabniki, glavnino pa za neposredno delo z njimi na njihovem domu, delovni organizaciji ali terenu. Gledano z vidika bolnišnice, pa takšen inovativen predlog ni sovpadal z njeno tradicijo, filozofijo in uveljavljeno prakso. Zaradi tega je vodstvo bolnišnice izražalo naslednje pomisleke:

- *Upravičenost časa za usposabljanje*. Postalo je jasno, da bo zaradi dodatnega usposabljanja osebja, trpelo njihovo ustaljeno delo v bolnišnici.

- *Stroški transporta in odgovornost.* Vodstvo je skrbelo, da nimajo dovolj finančnih sredstev za povrnitev potnih stroškov osebju, izpostavilo pa se je tudi vprašanje odgovornosti v primeru morebitnih prometnih nesreč, zaradi česar osebje uporabnikov ne bi smelo prevažati s svojimi avtomobili.
- *Nadzor osebja.* Vodstvo je skrbelo, da osebje na terenu ne bo tako učinkovito delalo, saj bodo izven njihovega nadzora.
- *Upravičenost nekaterih storitev.* Vodstvo ni moglo razumeti, da nekaterih aktivnosti (v smislu učenja socialnih veščin) ni mogoče izvajati zgolj na uporabnikovem domu, temveč izključno v javnih prostorih (osebje mora uporabnika, če ga želi npr. naučiti naročiti hrano, pospremiti v restavracijo, saj ga tega ne more naučiti doma).

Avtorja opisujeta, da se je vodstvo bolnišnice znašlo v veliki dilemi, zaradi česar so začeli inovatorjem postavljati različne ovire z namenom, da bi le-ti opustili projekt ter pričeli delati na novem, ki bi bil za bolnišnico bolj sprejemljiv. Kljub temu so bili Stein, Testova in Marx, predvsem zaradi številnih pozitivnih učinkov, odločeni izpeljati projekt do konca. Zaradi tega se je vodstvo znašlo še v večjem precepu. Končno pa je vodstvo, na podlagi vztrajnosti Steina, Testova in Marxa, številnih uspešnih pogajanj ter dobre volje, privolilo v usposabljanje osebja ter alokacijo sredstev za potrebe dela na terenu. Tako so bile počasi premagane vse ovire in napočil je čas za nadaljnji razvoj koncepta, ki so ga sprva poimenovali Trening za življenje v skupnosti (ang. *Training in Community Living*).

1.2.2.3.1 Asertivna obravnava v skupnosti

Trening za življenje v skupnosti je dejansko prvotni naziv za program Asertivne obravnave v skupnosti (v nadaljevanju AOS). Naziv so spremenili nekaj mesecev po zagonu programa, ko je postalo jasno, da ponuja več kot samo trening socialnih veščin. Program je izvajalo osebje z oddelkov psihiatrične bolnišnice, ki so jih

premestili v skupnost, uporabnikom pa so bili dosegljivi ves dan, sedem dni na teden. Obravnava uporabnikov je temeljila na individualnih načrtih obravnave, ki so bili oblikovani na podlagi realne ocene posameznikovih težav v socialnem funkcioniranju. Večino storitev je osebje zagotavljalo na domovih vključenih uporabnikov, javnih prostorih ter delovnih okoljih. Uporabnikom so zagotavljali stalno in intenzivno podporo pri iskanju službe ter pomagali pri reševanju težav, ki so nastale v njihovem delovnem okolju. Osebje je uporabnike usmerjalo k konstruktivnemu preživljanju prostega časa ter jim pomagalo pri razvoju socialnih veščin. Spodbujali so jih za vključevanje v rekreativne in družbene aktivnosti. Osebje se ni osredotočalo samo na težave uporabnikov, temveč predvsem in izključno na tisto, kar so dejansko zmogli. Podporo so nudili tudi svojcem, sorodnikom, prijateljem ter ostalim ljudem znotraj njihove socialne mreže. Program je vseboval tudi komponento asertivnosti, saj je osebje na lastno pobudo obiskalo tiste uporabnike, ki se niso pojavili že nekaj časa. Prav tako so jim pomagali pri odpravljanju ovir in premagovanju težav, ki so vplivale na prenehanje sodelovanja v programu (Thomas, 1999).

Program AOS vsaj na začetku ni pustil vidnejših sprememb. Bil je namreč nasprotje aktualne prakse in navidez nekompatibilen z obstoječimi modelom skrbi za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Njegovega razvoja vsaj sprva niso spodbujali ljudje iz akademskih krogov in administratorji. Bilo jih je namreč strah, da pomeni razvoj programa grožnjo obstoječemu modelu na področju duševnega zdravja. Skrb za te ljudi, ki se s tem iz institucij prenese v skupnost, bi lahko zmanjšala število postelj v psihiatričnih bolnišnicah in zavodih, s tem pa tudi število delovnih mest v njih. Seveda pa bi tak premik pomenil tudi redistribucijo finančnih sredstev (Stein in Santos, 1998: 34).

Zaradi tega se avtorja ne čudita, da je prišlo do odpora z različnih strani. Predstavniki bolnišnic so ta proces označili kot potencialno škodljivega za uporabnike ter ga primerjali s procesom deintitucionalizacije v Združenih državah Amerike iz 60. let prejšnjega stoletja, ki je v pustil številne negativne izkušnje. Seveda pa so obenem zanikali dejstvo, da so te izkušnje posledica pomanjkanja ustreznih služb skupnostne skrbi. V nekaterih zveznih ameriških državah so bili sindikati zaposlenih v bolnišnicah

tako politično močni, da bi lahko ustavili širjenje modela AOS. Eden izmed argumentov nasprotnikov je bil tudi ta, da so za delovanje programa AOS potrebni posebni ljudje, s posebnim znanjem. Navkljub številnim nasprotovanjem pa se je program hitro širil. Še v 70. letih prejšnjega stoletja si strokovnjaki na področju duševnega zdravja niso niti predstavljali, da bodo delovali na terenu oz. domovih ljudi. Danes pa po svetu delujejo že številni uspešni programi, ki se zgledujejo po modelu AOS, in imajo naslednje nazive: *Program of Assertive Community Treatment (PACT)*, *Continuous Treatment Teams (CTT)*, *Mobile Community Treatment (MCT)* ali *Community Support Programs (CSP)*. Programi, ki temeljijo na prvotnem t.i. »Madisonskem modelu«, pa delujejo še v Kanadi, Avstraliji in Veliki Britaniji.

Na podlagi predstavitve razvoja asertivnega terenskega dela lahko zaključim, da sta iz dveh različnih kulturnih okolij, Združenih držav Amerike in Velike Britanije, nastala dva različna pristopa terenskega dela z osebami z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju – skupnostni timi za duševno zdravje in programi asertivne obravnave v skupnosti. Navkljub nekaterim zgodovinskim in organizacijskim razlikam pa imata pristopa veliko skupnega, saj oba temeljita na konceptu asertivnega terenskega dela.

1.2.3 Raziskave o programih asertivnega terenskega dela

Empirične raziskave, ki nedvoumno kažejo na pozitivne učinke ter stroškovno upravičenost, so osnova za dokazovanje upravičenosti določene storitve ali programa. S pridobljenimi informacijami je možno vplivati na pripravljavce zakonodaje, da za dokazano uspešen program uredijo pravno formalne pogoje za njegovo delovanje ter uredijo ustrezen sistem financiranja.

Model asertivnega terenskega dela je najbolj raziskan izmed vseh programov duševnega zdravja v skupnosti (Novak in Topolski, 1998). Od prvotne študije v 70. letih prejšnjega stoletja pa do danes, so v Združenih državah Amerike, Avstraliji, Veliki Britaniji ter Kanadi opravili ducat kliničnih raziskav o njegovih učinkih.

Raziskave, še posebej tiste, opravljene v Združenih državah Amerike, so ponudile močan dokaz o vsesplošni učinkovitosti modela ter pokazale na nekatere specifične koristi (Stein in Santos, 1998):

- povečana stabilnost remisij in podaljšanje obdobj bivanja v skupnosti
- zmanjšanje stroškov hospitalnega zdravljenja
- izboljšanje uvida v bolezen, ki se kaže v rednem jemanju predpisane terapije
- zmanjšanje nezaželenih stranskih učinkov zdravil
- zmanjšanje resnosti simptomov duševne motnje
- izboljšana zmožnost samostojnega bivanja
- izboljšano socialno funkcioniranje ter večanje zaposljivosti
- izboljšana kvaliteta življenja

1.2.3.1 Raziskave, opravljene v Združenih državah Amerike

Prve raziskave, ki so pokazale na koristnost asertivnega terenskega dela, sta v Združenih državah Amerike opravila Testova in Stein (Sainsbury Centre for Mental Health, 2003). Leta 1978 sta izsledke raziskave objavila v svojem delu *The clinical rationale for community treatment : Alternatives to Mental Hospital Treatment*.

Burns in Santos (1995) sta analizirala rezultate različnih raziskav o delovanju programa AOS, ki so bili objavljeni med letoma 1990 in 1994. Rezultati analize so pokazali na močne pozitivne učinke, ki jih ima program AOS na zmanjšanje ležalne dobe ter na zadovoljstvo uporabnikov in njihovih svojcev.

V raziskavi, opravil jo je Wasmer s sodelavci (1999), so v obdobju 10. let spremljali pogostost hospitalizacij uporabnikov, vključenih v 64 različnih programov AOS. Trajanje ležalne dobe v psihiatrični bolnišnici se je v času trajanja raziskave zmanjšala pri vseh uporabnikih, tudi pri tistih, ki so bili v tem času premeščeni v druge programe. Ležalna doba se je najbolj skrajšala pri uporabnikih, ki so bili ves čas vključeni v programe AOS.

Namen naslednje študije, ki jo je skupaj s sodelavci opravil Dincin (1993), je bil zelo podoben. Želeli so ugotoviti, za koliko se je zaradi programa AOS zmanjšala raba

bolnišničnih storitev pri ljudeh, pri katerih je obstajala največja verjetnost ponovnih hospitalizacij. Preiskovance so spremljali leto dni pred vključitvijo v program AOS ter tri leta po vključitvi vanj. Dobljene rezultate so primerjali z rezultati, ki so jih dobili pri kontrolni skupini preiskovancev, ki niso bili vključeni v program AOS. Avtorji raziskave so prišli do zaključka, da se je zaradi programa AOS občutno zmanjšala ležalna doba pri vključenih uporabnikih.

V naslednjo raziskavo sta McGrew in Bond (1995) vključila šest naključno izbranih programov AOS, delujočih v severovzhodnem delu ameriške zvezne države Indiana. Želela sta ugotoviti, kakšne učinke imajo programi na vključene uporabnike. Rezultati so pokazali, da se je za tretjino zmanjšala pogostost hospitalizacij v psihiatrično bolnišnico, ležalna doba pa se je, v primerjavi z obdobjem pred vključitvijo v program, zmanjšala za 50 odstotkov. Raziskava je pokazala še na izboljšanje kvalitete življenja vključenih uporabnikov, ki so jo zaznali tako oni sami, kot tudi osebje programa AOS.

Salkever in njegovi sodelavci (1999) so želeli oceniti učinke programa AOS na rabo bolnišničnih storitev med populacijo uporabnikov z dolgotrajnimi in ponavljajočim se težavami v duševnem zdravju, ki redko potrebujejo nujno psihiatrično pomoč. Pri uporabnikih programa AOS se je v času raziskave verjetnost za hospitalizacijo zmanjšala za 40 odstotkov, ta učinek pa je še posebej opazen pri starejših uporabnikih.

Phillips je s sodelavci (2002) opravil analizo 25 randomiziranih kontroliranih študij o asertivnem terenskem delu. Analiza je pokazala, da je program AOS učinkovit pri zmanjšanju hospitalizacij, dražji od tradicionalnih programov, uporabniki in njihovi svojci pa so z njim bolj zadovoljni kot s tradicionalnimi programi duševnega zdravja. Rezultati kažejo, da je program AOS učinkovit, vendar vsem uporabnikom ni enako dostopen.

Zaradi relativno velikih stroškov so z nekaterimi raziskavami želeli preveriti stroškovno učinkovitost programov AOS. Bond in njegovi sodelavci (1990) so v leto dni trajajočo raziskavo vključili 82 uporabnikov, ki so imeli v življenju vsaj 17 hospitalizacij in so bili vključeni bodisi v programe asertivne obravnave v skupnosti bodisi v dnevne centre. Po enem letu je bilo v program AOS še vedno vključenih 76

odstotkov od prvotno vključenih uporabnikov, medtem ko je bilo takšnih v dnevnem centru zgolj 7 odstotkov. Uporabniki programa AOS so bili v primerjavi z uporabniki dnevnega centra v času raziskave opazno manjkrat hospitalizirani, zmanjšala pa se je tudi njihova ležalna doba. Uporabniki programa AOS so bili bolj zadovoljni s prejetimi storitvami, imeli so manj opravka s policijo in manj problemov s ponovno hospitalizacijo, poleg naštetega pa so imeli manj težav z nastanitvijo.

Na stroškovno učinkovitost programa AOS je pokazala tudi študija Wolffa in njegovih sodelavcev (1997). Rezultati študije, v kateri so primerjali učinkovitost klasičnega *case managementa* (v nadaljevanju načrtovanja in organiziranja podpore) z učinkovitostjo programa AOS, so pokazali, da so imeli uporabniki slednjega programa več stikov z osebjem, manj simptomov, zadovoljstvo z obravnavo pa je bilo večje. Podatki, ki so jih zbrali s pomočjo 85 uporabnikov, kažejo, da med pristopoma ni statistično pomembne razlike v stroških, ki so nastali z obravnavo uporabnikov. Avtorji so na podlagi ugotovitev zaključili, da dosega AOS program pri uporabnikih boljše rezultate, pri čemer pa stroški obravnave niso višji kot pri modelu načrtovanja in organiziranja podpore.

S študijo, ki jo je opravilo več avtorjev (Quinlivan in drugi, 1995 v Gomory, 1999), so želeli oceniti učinke asertivnega terenskega dela ter klasičnega načrtovanja in organiziranja podpore na uporabnike ter rabo bolnišničnih in izvenbolnišničnih storitev. Pri tem so ocenili tudi stroške oskrbe. Ugotovili so, da oba pristopa vplivata na zmanjšano število hospitalizacij pri uporabnikih, ki so pogosti koristniki bolnišničnih storitev. Avtorji so tudi mnenja, da lahko takšen način dela pripomore k zmanjšanju stroškov, ki nastanejo zaradi skrbi za duševno zdravje. Ugotovili so še, da lahko v tim aktivno vključeni uporabniki, igrajo pomembno vlogo pri zagotavljanju storitev uporabnikom.

V kalifornijskem okraju sta Chandler in Spicer (2002) s kontroliranim eksperimentom želela ugotoviti, ali ima program AOS na uporabnike podobne učinke, kot jih imajo tradicionalne službe. Poleg tega sta želela preveriti njegovo stroškovno upravičenost. Rezultati so pokazali, da je program AOS prispeval k znižanju stroškov obravnave oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, saj so bili stroški obravnave

eksperimentalne skupine v štirih letih, kolikor je trajal eksperiment, dosti nižji od stroškov obravnave kontrolne skupine.

Prav nasprotno je pokazala naslednja raziskava, v kateri je želel Curtis s svojimi sodelavci (1998) ugotoviti, ali intenzivna poboljnišnična obravnava, ki je osnova programa AOS, dejansko pripomore k izboljšanju kvalitete življenja vključenih uporabnikov. V raziskavo je bilo zajetih 292 uporabnikov, ki so bili odpuščeni iz psihiatrične bolnišnice ter so se vključili bodisi v program asertivnega terenskega dela (eksperimentalna skupina), bodisi v klasične poboljnišnične programe (kontrolna skupina). Ugotovili so, da med skupinama ni razlik v nobeni izmed spremenljivk, zaradi česar so zaključili, da terensko delo neposredno ne vpliva na kvaliteto življenja vključenih uporabnikov.

V naslednjo raziskavo so bili neposredno vključeni uporabniki programa. McGrew in sodelavci (2002) so uporabnike programa AOS povprašali, katere značilnosti asertivnega terenskega dela so jim najmanj všeč. 44 odstotkov jih je odgovorilo, da ni značilnosti, ki je ne bi marali. 21 odstotkom niso všeč značilnosti, specifične za asertivno terensko delo (kot npr. obiski na domu) ter tiste, ki jih strokovnjaki pogosto kritizirajo v literaturi (npr. intruzivnost oz. vsiljivost). 16 odstotkov vprašanih ni zadovoljnih z neustrezno implementacijo programa AOS, ki se kaže npr. v premajhni pogostosti obiskov, 19 odstotkov pa z nekaterimi vidiki, značilnimi za vse službe duševnega zdravja (npr. neprimerna lokacija prostorov, kjer program deluje).

Zanimiva je tudi raziskava Herinckxa in njegovih sodelavcev (Herinckx in drugi, 1997 v Spindel in Nugent, 2001). Želeli so namreč ugotoviti, ali je program AOS, v primerjavi s klasičnimi pristopi, uspešnejši pri vključevanju, predvsem pa pri ohranjanju uporabnikov v programu. Rezultati so pokazali, da je programu AOS uspelo »zadržati« 68 odstotkov uporabnikov, klasičnim programom pa zgolj 43 odstotkov. V obeh vrstah programov pa je v prvih devetih mesecih od dneva vključitve obstajala večja verjetnost, da se izključijo iz programa. Nadalje so ugotovili tudi to, da so se uporabniki klasičnih programov dvakrat pogosteje izključili zaradi nezadovoljstva z obravnavo.

Nekatere raziskave so pomembno vplivale na razvoj politike duševnega zdravja. Mowbray, Plum in Masterton (1997) v članku opisujejo, kako je prva raziskava programa AOS, ki so jo opravili v mestu Harbinger, vplivala na pomembne programske spremembe sistema javnega duševnega zdravja v zvezni državi Michigan. Državna strategija, ki je temeljila na kopiranju programa iz Harbingerja po ozemlju celotne države ter njihovem ustreznem financiranju in nadzoru, danes rezultira v več kot 100 uspešno delujočih programih asertivnega terenskega dela v Michiganu.

1.2.3.2 Raziskave opravljene v Veliki Britaniji in Evropi

Evropske raziskovalce za razliko od ameriških ne zanimajo zgolj učinki, ki jih ima asertivno terensko delo na zmanjšanje števila hospitalizacij. Zanima jih tudi to, kakšen je vpliv programa na delovanje ostalih programov v skupnosti, kateri so pomembni elementi programa ter kakšna je narava storitev, ki naj bi bile zagotavljane.

Za razliko od Združenih držav Amerike, kjer je program že dobro etabliran, pa so pogledi, ki jih lahko najdemo v evropski literaturi kontradiktorni. Dve sistematični študiji, opravljeni v angleški organizaciji *Cochrane Collaboration* (Marshall in drugi, 1997; Marshal in drugi, 1998 v Burns in drugi, 2001), sta o učinkovitosti asertivnega terenskega dela pokazali različne rezultate. Ena izmed raziskav je pokazala na pozitivne učinke programa, druga pa tega ni potrdila. Prva raziskava, ki so jo leta 1997 opravili Marshall, Gray, Lockwood in drugi (Sainsbury Centre for Mental Health, 2003) je pokazala, da lahko asertivno terensko delo prispeva k zmanjšanju števila ponovnih hospitalizacij. Ugotovili so tudi, da je uporabnikom takšen pristop dosti bližji kot ostale, klasične storitve.

Študija, ki sta jo Greatleyeva in Ford (2002) opravila med uporabniki v Londonu, prav tako kaže na številne pozitivne rezultate timskega terenskega dela. V delu *Out of the Maze* sta poleg ostalih rezultatov navedla tudi večanje socialne vključenosti uporabnikov, ki se kaže predvsem na področjih zaposlovanja ter izobraževanja. Uporabniki so navedli, da jim je asertivno terensko delo pomagalo pri iskanju

ustrezne nastanitve, strukturiranju njihovega prostega časa ter izboljšanju odnosov z ostalimi družinskimi člani. Poudarili so, da se zaradi terenskega dela počutijo veliko bolje. To izboljšano počutje ni samo posledica izboljšanja njihovega duševnega zdravja, ampak kvalitete njihovega življenja nasploh.

Randomizirana kontrolna študija Hollowaya in Carsona (Holloway in Carson, 1998 v Burns in drugi, 2001), v kateri sta primerjala program asertivnega terenskega dela s standardnimi programi, je za razliko od prej omenjenih študij, pokazala le na eno bistveno razliko med programoma, ta pa se je nanašala na občutno izboljšano zadovoljstvo uporabnikov.

V dve leti trajajoči študiji *UK700* (UK700 Group, 1999), v katero so zajeli 708 psihotičnih uporabnikov iz štirih različnih centrov, so merili učinke na podlagi spreminjanja zgolj ene variable asertivnega terenskega dela - števila vključenih uporabnikov. Rezultati študije niso pokazali na razliko v številu hospitalizacij ali na izboljšanje zdravstvenega stanja uporabnikov ter njihovega socialnega funkcioniranja.

Fioritti in sodelavci (1997) so opravili deskriptivno študijo, ki se nanaša na vzpostavitev programa asertivnega terenskega dela v Italiji. Program je naletel na relativno velik odpor med strokovno javnostjo, saj so bili prepričani, da ga Italija, ki ima dobro razvito skupnostno psihiatrijo, preprosto ne potrebuje. Fioritti je ugotovil, da je program »izzval« hierarhično ureditev, ki je veljali med psihiatri in medicinskimi sestrami. Kljub temu pa so timsko delo, ki temelji na enakopravnosti vseh strokovnjakov, kmalu sprejeli medse. Enoletna študija je pokazala na velik napredek, ki ga ima program na zmanjšanje simptomov, skrajšanje ležalne dobe, znižanje stroškov in zmanjšanje oškodovanosti. Program pa se navkljub pozitivnim rezultatom ni obdržal, predvsem zato, ker je slabo vplival na moralo služb, ki so delovale v istem okolju. Zato se je preoblikoval na takšen način, da je osebje polovico delovnega časa porabilo za asertivno terensko delo, polovico pa za klasične izvenbolnišnične aktivnosti.

Na Švedskem so opravili randomizirano študijo s kontrolno skupino, v katero so zajeli uporabnike, vključenih v program asertivnega terenskega dela. Ta jim je zagotavljal tako zdravljenje kot tudi psihosocialno rehabilitacijo. Na podlagi te in ostalih študij,

opravljenih na Švedskem, Bjorkman in Hansson (2001 v Burns in drugi, 2001) zaključujeta, da asertivno terensko delo vpliva na zmanjšanje hospitalizacij ter na izboljšanje kakovosti vključenih uporabnikov, nekoliko pa se je izboljšalo tudi njihovo zdravstveno stanje in socialno funkcioniranje. Vse raziskave so pokazale, da mora biti oseba, ki načrtuje in organizira podporo, usposobljen strokovnjak. Najbolj primeren profil za načrtovanje in organiziranje podpore so medicinske sestre in socialni delavci.

Velika razlika med rezultati raziskav, opravljenih na programih asertivnega terenskega dela v Združenih državah Amerike in Evropi, se po mnenju avtorjev kaže tudi zaradi načina njihovega financiranja. Večina raziskav v Združenih državah Amerike je bila opravljena na programih, izdelanih za specifično ciljno skupino uporabnikov, ki so neodvisni tako v strokovnem kot tudi finančnem smislu. Evropski raziskovalci pa so za razliko od ameriških kolegov proučevali programe, ki so bili programsko financirani, kar pomeni, da so bili sofinancirani iz različnih virov. Prav noben izmed teh programov ni imel neodvisnega ter stabilnega vira financiranja. Druga izmed možnih razlag za takšno razliko, ki je značilna za ves evropski prostor, pa kaže na neuspeh prenosa programa iz Združenih držav Amerike v Evropo. Tretja možna razlaga pa se nanaša na različnost storitev, ki so jih prejeli preiskovani uporabniki (eksperimentalne in kontrolne skupine).

1.3 Značilnosti populacije, vključene v asertivno terensko delo

1.3.1 Osebe, ki jim vključitev najbolj koristi

1.3.1.1 Osebe s psihotično motnjo

Rezultati številnih raziskav kažejo, da je asertivno terensko delo najbolj primerno za psihotične uporabnike, še posebej tiste, ki doživljajo pogosta poslabšanja, zaradi česar so posledično tudi pogosteje hospitalizirani (Mueser in drugi, 1998).

Osebe s psihotično motnjo so tudi tisti, ki lahko od asertivnega terenskega dela največ pridobijo. Številni klinični dokazi kažejo, da lahko s tovrstnim pristopom še posebej pridobijo manj stabilni in mlajši posamezniki s psihotično motnjo. Pristop je primeren tudi za uporabnike, ki niso v zadostni meri vključeni v obstoječe službe na področju duševnega zdravja, ter tiste, ki zaradi preteklih izkušenj ali nezaupanja zavračajo zdravljenje v psihiatrični bolnišnici. Ravno slednji imajo najpogosteje dolgo in pestro zgodovino neprosto voljnih hospitalizacij (Burns in Firn, 2002: 22).

Avtorja sta mnenja, da so najprimernejša ciljna skupina asertivnih terenskih timov mlajše osebe s psihotično motnjo, pri katerih motnja traja 10 ali 15 let. Pri teh osebah pozitivni simptomi motnje prevladujejo nad negativnimi simptomi. Poleg tega doživljajo pogosta poslabšanja in niso zmožni samostojnega socialnega funkcioniranja. To so pretežno moški, ki niso vključeni v nobeno obravnavo, ki so pogosto impulzivni, v obdobju akutne epizode motnje pa pogosto ogrožajo sebe ali druge.

1.3.1.2 Osebe iz etničnih manjšin

Osebe iz različnih etničnih manjšin (v Veliki Britaniji so to najpogosteje mladi temnopolti Afričani) lahko prav tako veliko pridobijo z asertivnim terenskim delom. Danes potekajo številne diskusije o tem, ali so ti ljudje zadovoljivo vključeni v obstoječe službe pomoči (neustrezen pristop in nedosegljivost služb, negativna klima in predsodki okolice). Vsekakor pa je dejstvo, da se ravno ti uporabniki soočajo z največjimi težavami. Zaradi tega so pogosto v podskupini uporabnikov, ki jih prioriteto vključujejo v programe asertivnega terenskega dela (Littlewood in Lipsedge, 1997).

1.3.1.3 Osebe z bipolarno motnjo razpoloženja

Bipolarna motnja razpoloženja, predvsem pa bizarno vedenje, ki jo največkrat spremlja, predstavlja za posameznikovo okolico večje težave kot katerakoli druga

psihotična motnja. Poleg tega je psihično stanje teh ljudi krhko in izrazito nestabilno, dodatno težavo pa povzročata še slab uvid v motnjo ter zavračanje medikamentoznega zdravljenja. Posledice poslabšanj so pri njih dokaj pogubne (npr. promiskuitetno vedenje žena). Ti uporabniki imajo najpogosteje zgolj površinske stike s službami, pa še te v obdobjih, ko je njihovo zdravstveno stanje bistveno poslabšano. Te stike ponavadi prekinejo takoj, ko se počutijo bolje. Razlog za slabo sodelovanje tiči v dejstvu, da ti uporabniki povečini dobro okrevajo, v obdobju remisije pa se najpogosteje sramujejo svojega vedenja v obdobju manije. Če želimo resnično spoznati te ljudi, jih moramo spoznati v obdobju med obema fazama motnje. Prav pri tem pa ima nepogrešljivo vlogo asertivno terensko delo (Burns in Firn, 2002).

Če strnem vse zgornje ugotovitve, potem lahko ugotovim, da vključitev v asertivno terensko delo najbolj koristi osebam:

- s psihotično motnjo,
- s hitro spreminjajočim se nihanjem razpoloženja,
- s težavami v socialnem funkcioniranju,
- ki zavračajo prepisano terapijo,
- iz etničnih manjšin.

1.3.2 Osebe, ki od vključitve nimajo koristi

1.3.2.1 Osebe z osebnostno motnjo

Ni nenavadno, da so uporabniki s psihotično motnjo, ki trpijo še zaradi osebnostne motnje, najpogosteje med tistimi, ki zavračajo zdravljenje in jih je zaradi tega težko vključiti v službe pomoči. Asertivno terensko delo pa je pristop, ki cilja na uporabnike, kateri imajo težave pri navezovanju in ohranjanju zaupnih odnosov. Zaradi tega so že poskusili v asertivno terensko delo vključiti uporabnike, katerih primarna diagnoza je osebnostna motnja. Čeprav o smiselnosti njihovega vključevanja ni opravljenih še nobenih študij,

pa klinične izkušnje kažejo, da se ta način dela ni izkazal za uspešnega (Burns in Firm, 2002: 24).

Osebnostna motnja je zelo nedefiniran pojem, ki zajema goro najrazličnejših problemov. Zaradi tega še danes ne obstaja splošni konsenz o najustrežnejšem načinu njihovega zdravljenja. Zato se pogosteje zdravijo posamezniki z mejno strukturo osebnosti (borderline osebnostna motnja), pa še te brez izjeme zdravijo v institucionalnih in ne skupnostno orientiranih službah (Shearin in Linehan, 1994 v Burns in Firm, 2002).

1.3.2.2 Osebe s poudarjenimi negativnimi simptomi

Večina skupnostnih timov za duševno zdravje izvaja skrb za posameznike z dolgotrajno psihotično motnjo, ki živijo v izrazito slabih bivalnih razmerah. Pogosto so pri njih poudarjeni negativni simptomi (motnje volje, motnje kognitivnih funkcij, motnje čustvovanja ipd.), ki močno prevladujejo nad pozitivnimi oz. produktivnimi (mednje sodijo npr. halucinacije, blodnje). Številni strokovnjaki so prepričani, da lahko program asertivnega terenskega dela, predvsem preko strukturiranja prostega časa, bistveno izboljša kvaliteto njihovega življenja, s tem pa dvigne njihovo motivacijo in skrb zase. Številne izkušnje pa kažejo drugačno podobo. Študija *Three Hospitals' Study* je na primer pokazala, da so imeli ti uporabniki sicer koristi od podpore pri strukturiranju dneva in aktivnosti, medtem ko se program asertivnega terenskega dela pri poskusih njihovega vključevanja ni izkazal za posebej uspešnega (Wing in Brown, 1970).

1.3.2.3 Osebe, ki jim je izrečen ukrep obveznega zdravljenja

V asertivno terensko delo se poskusi vključitve oseb, ki jim je bil s strani sodišča izrečen ukrep obveznega zdravljenja, niso pokazali za uspešne (Burns in Firm, 2002). Avtorja sicer navajata, da sta pri imela pri delu s to populacijo zelo pozitivne izkušnje, dodajata pa, da je bila uspešnost dela odvisna predvsem od narave in resnosti kaznivih dejanj. Resni prestopki, kot npr. požigi ali nevarni poskusi fizični napadov

oseb, predstavljajo resno oviro za delo v skupnosti. Zaradi tega so ustanovili posebne forenzične asertivne terenske time, vendar raziskav oz. podatkov o njihovi uspešnosti zaenkrat še ni na voljo.

1.3.3 Osebe, ki jim lahko vključitev pogojno koristi

1.3.3.1 Osebe z dvojno diagnozo (psihoze ter zloraba substanc)

Številni strokovnjaki so mnenja, da je asertivno terensko delo najustreznejši model obravnave uporabnikov z dvojno diagnozo. Najbolj obsežno objavljeno gradivo govori o t.i. »Drakovem timu« iz New Hempshira, ki opisuje delo z alkoholom zasvojenimi uporabniki iz relativno urejenih socialnih okolij. Rezultati njihovega dela kažejo, da je za uporabnike z dvojno diagnozo najprimernejše ravno »integrirano« asertivno terensko delo, ki je sposobno istočasno obravnavati obe motnji hkrati (Drake in drugi, 1998).

1.3.3.2 Osebe, ki so doživele prvi izbruh psihoze

Osebe, ki so doživele prvi izbruh psihoze, sprva niso vključevali v programe asertivnega terenskega dela. Deloma tudi zaradi tega, ker so se prvotni timi osredotočali zgolj na tiste uporabnike, ki doživljajo pogoste relapse. Prav zaradi številnih potreb teh ljudi po ustreznem zdravstvenem in socialnem varstvu ter zaradi odpora, ki se je predvsem pri mladih uporabnikih pojavil pred institucionalnim zdravljenjem, se je asertivno terensko delo izkazalo kot primeren model za njihovo obravnavo (Burns in Firn, 2002).

1.4 Asertivna obravnava v skupnosti kot model neprekinjene skrbi

Skupnostno skrb na področju duševnega zdravja pogosto označujemo z izrazom »poboljnišnična skrb« oz. »skrb po odpustu«. Termin ni najbolj ustrezen, saj daje

večji poudarek zdravljenju v psihiatrični bolnišnici, manjši pa skrbi, ki sledi po odpustu. Takšen neustrezen pristop, ki se osredotoča zgolj na akutna obdobja, se uporablja le na področju duševnega zdravja, medtem ko se pri ostalih kroničnih boleznih, kot so npr. diabetes ali kronične bolezni srca, ne uporablja. Praktično vsi strokovnjaki pa se strinjajo, da potrebujejo ljudje, pri katerih se te motnje pojavijo, ustrezno neprekinjeno skrb tudi zunaj bolnišnice, saj lahko le tako stabilizirajo bolezen in ohranijo svoje funkcionalne zmožnosti.

Neprekinjena skrb se tako uporablja pri številnih kroničnih boleznih, ki se jih sicer ne da pozdraviti, lahko pa jih do neke mere obvladamo oz. zazdravimo. Uporablja se pri ljudeh, ki želijo navkljub bolezni živeti stabilno in dostojno življenje v skupnosti. Ta cilj se v programu AOS dosega s pomočjo (Stein in Santos, 1998):

1. *Uporabe celostnega pristopa.* To pomeni, da se tim AOS osredotoča na vse dejavnike, ki vplivajo na posameznikovo funkcioniranje v skupnosti. Med njih sodijo: finančno stanje, bivalne razmere, prostočasovne aktivnosti, druženje, možnosti za zaposlitev, službe za krizno intervencijo, zdravstvene službe ter službe na področju socialnega varstva.
2. *Izključne odgovornosti za vse tiste aspekte posameznikovega življenja, ki vplivajo na kvaliteto in stabilnost njegovega bivanja v skupnosti.* Četudi neka druga služba prevzame del skrbi za določenega človeka, vključenega v program AOS, pa tim AOS navkljub temu prevzame skrb za nadzorovanje kakovosti njihovih storitev. Če nekdo potrebuje določeno storitev, mu jo mora tim AOS tudi zagotoviti. V kolikor potrebne storitve ne ponujajo sami, morajo tej osebi poiskati drugega izvajalca te storitve.
3. *Skrbnega spremljanja.* Tim AOS mora več čas vedeti, kaj se dogaja s posameznikom, saj lahko le tako ustrezno in pravočasno ukrepa. Eden izmed ključnih namenov skrbnega spremljanja je zgodnje odkrivanje poslabšanj in zagotavljanje pravočasnih intervencij, ki lahko preprečijo razvoj psihotičnih epizod. Seveda je potrebno natančno poznati zgodnje znake, ki lahko kažejo na poslabšanje. Nadalje pa morajo uporabnikom pomagati, da se jih naučijo prepoznavati tudi sami ter jih pripraviti, da o njih poročajo osebju. Žal pa je res tudi to, da morajo mnogi uporabniki doživeti nekaj relapsov, preden se zavejo

pomembnosti samo-opazovanja in samo-prepoznavanja zgodnjih znakov poslabšanja.

4. *Časovno neomejene vključenosti uporabnikov.* Uporabnik je v program AOS vključen dokler mu takšna obravnava koristi oz. dokler se zanj ne najde kakšna bolj primerna rešitev. AOS storitve se zagotavljajo v daljšem časovnem obdobju, v nekaterih primerih celo do smrti vključenih uporabnikov. To pa ne pomeni, da uporabnike ni mogoče premestiti v druge, manj ali bolj intenzivne programe.

1.4.1 Timsko delo kot osnova za neprekinjeno skrb

Načrtovanje in organiziranje podpore so razvili z namenom, da povežejo dokaj nepovezane skupnostne službe. Model uvaja eno samo osebo, ki dela na primeru določenega uporabnika. Je kot nekakšno »lepilo« znotraj sistema, saj dela s ponudniki storitev iz različnih sektorjev ter skrbi, da vsakdo prejme potrebno storitev. Načrtovalec in organizator podpore je lahko uspešen le v tistih okoljih, v katerih je na voljo dovolj ustreznih služb. Model ni uspešen pri ljudeh, ki se upirajo strokovni obravnavi oz. potrebujejo bolj intenzivno podporo, kot jim jo lahko zagotovi en sam strokovni delavec (Stein in Santos, 1998: 48).

Program AOS uvaja pojem »ključne osebe«, s čimer daje po prepričanju avtorjev jasno vedeti, da osebe, za katere je odgovorna ključna oseba, obravnavajo tudi ostali člani tima. V modelu AOS so torej vsi člani tima odgovorni za slehernega uporabnika, vsak član tima pa dela praktično z vsemi uporabniki in je hkrati ključna oseba za določeno število uporabnikov. Pri izbiri ključne osebe je potrebno upoštevati stopnjo ujemanja med njim in določenim uporabnikom, tako na osebnem kot tudi profesionalnem nivoju. Zato je potrebno ključno osebo sprva določiti zgolj za krajši, poskusni čas ter jo kasneje, če je to potrebno, zamenjati s tisto, ki bolj ustreza uporabniku. Seveda pa se mora uporabnik strinjati s takšno zamenjavo, paziti pa je potrebno tudi, da je vsak član tima AOS ključna oseba za približno enako število uporabnikov. Nekateri programi AOS ne poznajo ključne osebe. S tem želijo poudariti dejstvo, da so funkcije vodenja enakomerno porazdeljene med cel tim. V vsakem

primeru pa vsak član tima AOS dela z vsemi uporabniki. Model zadovoljuje rehabilitacijske potrebe posameznika, ki od osebja zahteva, da imajo z uporabniki produktivne odnose skozi daljše časovno obdobje. Tega pa za razliko od tima ne more zagotoviti posamezen strokovnjak.

To dejstvo so želeli potrditi Bond in njegovi sodelavci (1991). V dve leti trajajoči študiji so preverjali učinkovitost timskega dela ter ga primerjali z učinkovitostjo individualnega pristopa pri delu z uporabniki, ki so pogosto zdravljeni na intenzivnih oddelkih psihiatričnih bolnišnic. Ugotovili so, da timski pristop sprva ni vplival na zmanjšanje rabe bolnišničnih storitev, po daljšem časovnem obdobju pa se je izkazal za veliko bolj uspešnega od pristopa, ki temelji na delu posameznega strokovnega delavca. Ugotovili so tudi, da je timski pristop podlaga za dolgotrajnejšo oz. neprekinjeno skrb, prav tako pa so pri timskem pristopu zaznali manj negativnih učinkov zaradi menjav kadra.

1.4.2 Stabilizacija kriz in preprečevanje ponovnih hospitalizacij

Tim AOS največ truda ohranjanju kvalitetnega in stabilnega življenja uporabnikov v skupnosti. Ko se kateri izmed njih znajde v akutni krizi, mu tim pomaga to krizo stabilizirati v okolju, ki je zanj najmanj restriktivno. V primerih, ko njegovo poslabšanje uide izven kontrole, pa ga član tima AOS pospremi k sprejemnemu zdravniku v psihiatrično bolnišnico. V času hospitalizacije osebje tima AOS ves čas tesno sodeluje z osebjem psihiatrične bolnišnice, predvsem pri zdravljenju ter oblikovanju načrta ob in po odpustu. Skrbijo, da ima redne stike s svojimi bližnjimi ter ga skušajo čim hitreje vrniti nazaj v skupnost, kjer nadaljujejo z obravnavo (Stein in Santos, 1998).

Pri preprečevanju poslabšanj je namreč pomembno, da ljudi s težavami v duševnem zdravju stalno spremljamo. Ko tim pri posamezniku prepozna znake poslabšanja, se mora takoj oz. čimprej primerno odzvati. Prav zato je pomembno, da je tim uporabnikom na voljo 24 ur na dan. Natančna ocena posameznika oz. izdelana analiza tveganja bo pomagala pri odločitvi, koliko spremljanja dejansko potrebuje, da lahko premaga ali vsaj stabilizira krizo. To

pa je najlažje storiti na kraju kriznega dogajanja, ki je največkrat ravno dom uporabnikov (Stein in Santos, 1998: 51).

Avtorja dodajata, da lahko z razumevanjem situacije, ter ustrezno in pravočasno intervencijo celotnega tima, oseba premaga krizo in ostane doma. Kljub temu pa še vedno prihaja do situacij, ko so medosebni odnosi s svojci zaradi krize tako hudi, da mora oseba zapustiti svoj dom. Ko pride iz tega turbulentne okolja, se lahko njegovo stanje zopet kmalu stabilizira. Zato mu je potrebno najti kratkotrajno namestitev, kjer lahko ostane nekaj dni oz. dokler se situacija doma ne uredi. Takšen pristop ima kar nekaj prednosti, saj zagotavlja reševanje kriz po načelih normalizacije. Takšen način, pri katerem lahko oseba še naprej hodi v službo ali opravlja druge aktivnosti, je tudi cenovno zelo ugoden. V kolikor pa tudi takšna rešitev ne zadostuje, pa je osebo v krizi potrebno namestiti v psihiatrično bolnišnico. Pri tem je ključnega pomena stalen kontakt med timom AOS ter osebjem intenzivnega ali prolongiranega oddelka. Njihov odnos mora temeljiti na sodelovanju, saj mora tima AOS z osebo aktivno sodelovati, četudi je ta v bolnišnici. Pred samim sprejemom član tima AOS osebo pospremi k sprejemnemu zdravniku ter mu posreduje vse pomembne informacije o osebi v krizi, kot tudi pričakovanja, ki se nanašajo na njegov sprejem in zdravljenje. Tim AOS hospitalizirano osebo dnevno obiskuje, sodeluje pri izdelavi načrta zdravljenja ter jo spodbuja, da se vključuje v različne aktivnosti, ki potekajo v bolnišnici.

1.5 Tim asertivne obravnave v skupnosti

1.5.1 Odnosi v timu asertivne obravnave v skupnosti

Narava neposrednega dela v uporabnikovem okolju zahteva od članov tima tudi nekatere osebne lastnosti, kot na primer potrpežljivost, empatijo, optimizem, prepričljivost, pragmatizem, fleksibilnost, dobro presojo, iznajdljivost ipd. To je okolje, ki od njih zahteva, da opravljajo poleg svojih nalog tudi naloge drugih članov. Tako mora npr. medicinska sestra znati uporabniku priskrbeti denarno socialno pomoč, socialni delavec pa poznati in prepoznati stranske učinke zdravil. Prav zato so še kako pomembne osebne značilnosti osebja, saj jim omogočajo, da uspešno delajo v okolju,

v katerem je odgovornost porazdeljena med vse člane tima (Stein in Santos, 1998: 55).

Po prepričanju avtorjev zahteva neprekinjena skrb oblikovanje trdnejšega delovnega odnosa kot je značilen oz. potreben pri krizni intervenciji ali kratkotrajni skrbi v času poslabšanja. Dolgotrajno delo omogoča zgodnje prepoznavanje simptomov poslabšanja, kar omogoča ustreznejše predpisovanje terapije oz. ustrezno hitro interveniranje. Zaradi tega mora biti stalno spremljati uporabnike ter prepoznavati specifične simptome bolezni skozi daljše obdobje.

1.5.2 Člani tima asertivne obravnave v skupnosti

Burns in Firn (2002) menita, da morajo asertivni terenski tim sestavljati vsaj trije strokovnjaki – s področja zdravstvene nege, zdravljenja in socialnega varstva. Veliko skupnostnih timov za duševno zdravje vključuje še klinične psihologe ter delovne terapevte. V zadnjih časih je možno zaslediti trend zaposlovanja različnih sodelavcev, ki sicer nimajo ustrezne formalne izobrazbe, imajo pa ogromno delovnih ali življenjskih izkušenj.

Njuno mnenje potrjuje tudi raziskava, v kateri je sodelovalo dvajset strokovnjakov, delujočih v programih AOS (McGrew in Bond, 1995). Raziskava je pokazala, da bi bilo po njihovem mnenju v tim potrebno vključevati tudi zaposlitvene svetovalce ter strokovnjake za zdravljenje odvisnosti. Med profili, ki bi tvorili idealen tim AOS, pa so najpogosteje omenili psihiatra, medicinsko sestro ter socialnega delavca.

V nadaljevanju bom predstavil najpogostejše profile, ki po mnenju Steina in Santosa (1998) sestavljajo asertivne terenske time ter na kratko opisal razloge za njihovo vključitev, kot jih navajata avtorja.

1.5.2.1 Tajnica

Tajnica, ki je kot edina v pisarni prisotna ves čas, je nekakšna vez med timom, uporabniki ter skupnostjo. Pomembno je, da uporabnik doživlja tim AOS kot domačen in dosegljiv. Bolj kot se uporabnik čuti dobrodošlega oz. sprejetega, večja je verjetnost, da bo v procesu pomoči postal aktivno udeležen. Zato mora biti tajnica zrela in prijazna oseba, z dobro razvitimi medosebnimi spretnostmi.

Tajnica opravlja številna rutinska administrativna opravila. Tako na primer sprejema in informira potencialne nove uporabnike, se oglašča na telefon, sprejema sporočila in pošto ter vse to tudi beleži. Skrbi tudi za to, da je dokumentacija o delu z uporabniki ustrezno ažurirana ter preverja in dopolnjuje podatke o vključenih uporabnikih (spremembe naslova, menjave telefonskih števil...). Opominja strokovne delavce na delo, ki ga morajo na določen dan opraviti, uporabnike pa obvešča o morebitni zamudi strokovnega delavca. V številnih programih je tajnica zadolžena tudi za finančni vidik delovanja programa, predvsem za plačilo obratovalnih stroškov in stroškov telefona. Poleg tega upravlja z denarnim skladom, ki je uporabnikom namenjen v primerih izjemnih finančno-materialnih stisk. Tajnica pa lahko uporabnikom, ki jo obiščujejo, razdeli tudi vnaprej pripravljena zdravila. Tajnica je, za razliko od strokovnjakov, vedno dosegljiva v pisarni. Zaradi tega jo lahko uporabniki pokličejo ali obiščujejo kadar se ne počutijo dobro, strokovnjaki pa jim niso na voljo. Zato je pomembno, da ima o uporabnikih čim več potrebnih informacij, saj lahko tako lažje razume njihovo stisko.

1.5.2.2 Socialni delavec

Dobro izurjen socialni delavec ima številne poklicne spretnosti in široko znanje za njihovo uporabo. Ima informacije o razpoložljivih resursih, ki jih uporabniki potrebujejo za rešitev svojih težav. Takšno delo zahteva dobro poznavanje različnih birokratskih sistemov, saj ima vsak izmed njih značilno ureditev. Znati mora delati s tistimi strukturami oblasti na nacionalni in lokalni ravni, ki skrbijo za stanovanjsko politiko, obenem pa poznati nacionalno ter lokalno zakonodajo. Dobro usposobljen socialni delavec zna uporabnikom strokovno svetovati ter ponuditi pomoč njihovim svojcem in otrokom. Socialni delavec je v timu AOS pogosto primarna kontaktna oseba za maksimalno število uporabnikov (dvanajst uporabnikov).

1.5.2.3 Medicinska sestra

Praktično vsi uporabniki tima AOS jemljejo različna psihiatrična zdravila, ki imajo številne stranske učinke. Glede na to, da je psihiater največkrat zaposlen zgolj za polovičen delovni čas, je prav medicinska sestra tista, ki ima v timu AOS osrednjo vlogo pri skrbi za nabavo zdravil in njihovim jemanjem. Medicinska sestra mora psihiatra ažurno obveščati o morebitnih poslabšanjih, le-ta pa ji lahko svetuje (tudi po telefonu) o morebitni spremembi odmerka zdravila oz. njegovi zamenjavi. Medicinska sestra lahko daje zdravila (tudi v depo injekcijski obliki), pregleda laboratorijske rezultate, pripravlja zdravila za tiste, ki tega sami niso sposobni ter spremlja tudi druge zdravstvene težave uporabnikov. Z namenom izboljšanja sodelovanja med osebnim zdravnikom in uporabnikom uporabnike pogosto pospremi na kontrolni pregled, sodeluje na pregledih ter jim skuša na razumljiv razložiti tisto, kar je v strokovnem jeziku povedal zdravnik. Medicinska sestra je pogosto primarna kontaktna oseba za tiste uporabnike programa AOS, ki imajo resne zdravstvene probleme. Ponavadi ne prevzame maksimalnega števila uporabnikov, ampak je primarna kontaktna oseba za največ osem uporabnikov.

1.5.2.4 Psiholog

Tako kot socialni delavec, je tudi psiholog primarna kontaktna oseba za dvanajst vključenih uporabnikov. Psiholog, usposobljen za različne oblike psihoterapije, uporablja svoje znanje pri individualnem in skupinskem delu, kot tudi pri reševanju kriznih situacij.

1.5.2.5 Zaposlitveni svetovalac

Zaposlitveni svetovalac je strokovnjak s področja zaposlitvene rehabilitacije in podpornega zaposlovanja. Uporabnikom pomaga razvijati njihove delovne spretnosti, spremlja pa tudi stopnjo njihove prilagoditve na delovno okolje, pri čemer upošteva

njihovo delovno storilnost in socialne spretnosti. Zaposlitveni svetovalec zagotavlja različne vrste podpornih storitev, s katerimi pomaga uporabnikom ohraniti obstoječe delovno mesto ali poiskati novo.

1.5.2.6 Strokovnjak s področja zasvojenosti

Prisotnost tovrstnega strokovnjaka lahko bistveno izboljša učinkovitost celotnega tima AOS. Znano je, da ima več kot polovica oseb s težavami v duševnem zdravju težave zaradi uživanja alkohola ali nedovoljenih drog. Zloraba psihoaktivnih substanc destabilizira njihovo duševno ravnovesje in ovira okrevanje. Uporabnikom programa AOS je zdravljenje zasvojenosti in duševne motnje ponujeno na integriran način, medtem ko v tradicionalnih službah zdravijo ti dve motnji ločeno. Zato mora biti strokovnjak seznanjen s problematiko drog, poleg tega pa mora imeti spretnosti, ki mu pomagajo pri motiviranju uporabnikov za zdravljenje. Prav tako mora poznati specifične intervencije s področja zasvojenosti kot so npr. metode akutne detoksifikacije, raba farmakoloških nadomestkov ter psihoterapevtsko delo.

1.5.2.7 Psihiater

Psihiater je, za razliko od ostalega osebja, najpogosteje zaposlen le za polovičen deloven čas. Zaradi tega ni prisoten na vseh timskih sestankih osebja, zato se morajo ostali člani velikokrat sami odločati, katere informacije mu bodo posredovali oz. na katere težave naj bo pozoren. Nivo sodelovanja psihiatra v timu je odvisen predvsem od njegovih spretnosti, kot tudi od njegovega odnosa do ostalih članov tima. Veliko psihiatrov se namreč ne strinja, da so njihovi nadrejeni iz vrst ne-medicinske stroke. Seveda pa je to bolj kulturno-zgodovinski kot strokovni problem.

V vsakem timu AOS naj bi psihiater deloval vsaj 24 ur tedensko. Zaradi zaposlitve za polovičen delovni čas, je psihiatru težko postati integralni del tima. Znanje o duševnih motnjah in zdravilih je seveda bistvenega pomena za delo z vključenimi uporabniki. Če pa je to hkrati tudi vse, kar lahko prispeva psihiater, potem je njegov delokrog zelo omejen. Psihiater lahko na primer s poučevanjem ne-medicinskega osebja o

zdravilih ter njihovih stranskih učinkih še dodatno izboljša učinkovitost celotnega tima.

V uspešnem programu AOS je psihiater razpoložljiv in dostopen. Avtorja menita, da obstaja neposredna povezava med količino truda, ki ga psihiater vloži v funkcioniranje asertivnega terenskega tima, ter stopnjo vpliva, ki ga ima psihiater v timu. Tako bo imel npr. psihiater, ki dovoli, da ga osebje pokliče tudi izven njegovih uradnih ur, več vpliva kot nekdo, ki ni dosegljiv. K dobri klimi v timu lahko psihiater prispeva tudi, če npr. obišče delujočo izmeno izven svojih delovnih ur, če je na voljo za nujne intervencije ipd. Psihiatri pogosto mislijo, da sta njihova moč in avtoriteta pridobljena z leti šolanja in njihovim statusom oz. da so prav oni izključno odgovorni za vse vidike uporabnikovega zdravljenja. V resnici pa si morajo takšen status v timu AOS pridobiti. Delo v timu je lahko zelo hvaležno, a zahteva predanega psihiatra, ki ima poleg izvrstnih kliničnih, še socialne ter administrativne spretnosti.

1.5.2.8 Ostali profili

Na potrebo po vključitvi ostalih profilov, sta pokazali zlasti raziskavi Dixona in sodelavcev (1997, 1998). V prvi (Dixon in sodelavci, 1997) so analizirali program AOS za odrasle brezdomce z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki je zaposlil zagovornika pravic uporabnikov (ang. *consumer advocate*). Na podlagi opravljene analize so ugotovili, da je vključitev zagovornika pripomogla, da je celoten tim razvil bolj pozitiven odnos do vključenih uporabnikov.

V drugi raziskavi (Dixon in drugi, 1998) so proučevali, kako je vključitev terenskega delavca, ki je usposobljen za delo s svojci, vplivala na sodelovanje z brezdomnimi osebami s težavami v duševnem zdravju in njihovimi svojci. Tim AOS je v času raziskave intenzivno delal z 61. odstotki svojcev vključenih uporabnikov. Ugotovili so, da je zaradi tega kar 73 odstotkov uporabnikov navezalo stik s svojimi svojci, prav tako pa jih je veliko izmed njih ulico zamenjalo za katero izmed primernih oblik nastanitve.

1.5.2.9 Vključevanje uporabnikov

V zadnjem času postaja vse bolj jasno, da lahko imajo uporabniki pomembno vlogo pri izvajanju storitev na področju duševnega zdravja. Izkušnje programa AOS v Baltimoru kažejo na velik pomen ter vlogo uporabnikov pri zagotavljanju določenih storitev. Pomembno lahko prispevajo predvsem zaradi izkušenj, ki jih imajo pri soočanju in premagovanju lastnih težav. Lažje lahko prepoznajo in razumejo številne vsakodneвне probleme, s katerimi se soočajo ljudje z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. So vlogi nekakšnih zagovornikov, saj člane tima opozarjajo na potrebe in pravice, ki jih imajo vključeni uporabniki. Sodelujejo predvsem s tistimi uporabniki, ki zaradi različnih razlogov ne zaupajo strokovnjakom tima AOS, ter jih spodbujajo za sodelovanje z njimi. Njihova osebna izkušnja lahko dodatno senzibilizira osebje, tako da lahko postanejo občutljivi za številna odprta vprašanja in potrebe uporabnikov (Stein in Santos, 1998).

1.5.3 Velikost tima in število vključenih uporabnikov

Prvi timi AOS so zaposlovali osemnajst ljudi, od katerih jih polovica ni imela strokovne izobrazbe. Prav vsi izmed njih so predhodno delali na oddelkih psihiatričnih bolnišnic. Od takrat gre trend v smeri zmanjševanja števila oseb v timu, od katerih so vsi (razen tajnice) strokovnjaki s področja duševnega zdravja. Tim AOS na Rhode Islandu zaposluje najmanj deset in največ petnajst izvajalcev zaposlenih za poln deloven čas, pri čemer lahko na enega strokovnjaka vključijo največ deset uporabnikov. Skupno število uporabnikov ne sme presegati števila sto petdeset. V timu so poleg vodje tima in psihiatra, zaposlenega za polovičen čas, vsaj dve medicinski sestri ter en zaposlitveni svetovalec. Ostali člani pa morajo imeti ustrezno izobrazbo sociološke ali podobne smeri (Stein in Santos, 1998).

Avtorja navajata, da je v okrožju Dane, zvezne države Wisconsin, tim še manjši in zaposluje osem izvajalcev ter psihiatra, ki je zaposlen za polovičen deloven čas. Razmerje med uporabniki in izvajalci je deset proti ena. Izvajalci morajo imeti najmanj univerzitetno izobrazbo. V Michiganu, kjer deluje največ timov AOS v ZDA, so pričeli s timi desetih izvajalcev, ki niso vključevali več kot sto uporabnikov. Ker so spoznali,

da je takšen tim prevelik, so oblikovali tim osmih izvajalcev, ki vključuje največ šestdeset uporabnikov. Tim sestavljajo psihiater (zaposlen od osem do dvanajst ur tedensko), najmanj ena medicinska sestra ter vsaj eden diplomirani socialni delavec oz. psiholog. Preostala mesta zasedajo osebe z univerzitetno ali podiplomsko izobrazbo humanističnih ved, vključili pa so tudi osebo, ki ima sama izkušnjo duševne motnje.

Zgornji primeri kažejo, da se timi AOS med seboj dokaj razlikujejo. Čeprav so timi med seboj različni, pa za vse veljajo naslednja pravila (Allness in Knoedler, 2003):

1. Tim naj bo tako velik, da lahko deluje sedem dni na teden in sicer tudi v večernih urah ter med vikendi. Ker mora biti tim v stalni pripravljenosti za primere nujnih intervencij, je najbolj primeren tim, sestavljen iz osmih ljudi, pri čemer sta psihiater in tajnica izvzeta.
2. Tim naj ne bo prevelik, saj se lahko v velikih timih pojavijo težave v komunikaciji med člani tima. Zato naj tim ne bi štel več kot dvanajst ljudi (psihiater in tajnica sta izvzeta).
3. V timu naj bodo strokovnjaki, ki so potrebni za tovrstno delo: psihiater, medicinska sestra, socialni delavec, psiholog, zaposlitveni svetovalec ter strokovnjak s področja zasvojenosti. Njihovo število je odvisno od velikosti tima in od okolja, v katerem deluje. Vodja tima je lahko kdorkoli iz zgoraj naštetih poklicev.
4. Večina oz. vsaj 80 odstotkov članov tima naj bo zaposlenih za poln deloven čas.
5. Ker je delo težko in zelo odgovorno, morajo izvajalci prejeti ustrezno plačilo, kakor tudi uživati ostale bonitete (vsaj dodatek za terensko delo).
6. Fluktuacija kadra v timu AOS mora biti čim manjša. Menjave kadra so redkejše v dobro delujočih timih, v katerih je osebje skrbno izbrano. Pri izbiri kadra je potrebno upoštevati njihovo znanje o rehabilitaciji, skupnostni skrbi ter načrtovanju in organiziranju podpore. Vsekakor pa je pri zaposlovanju novega kadra bolje počakati, kot pa zaposliti nekoga, ki zgolj zapolni prazno delovno mesto.
7. Razmerje med številom uporabnikov in strokovnih delavcev ne sme biti nižje od razmerja osem proti ena in ne višje od deset proti ena.

1.5.4 Razmerje med osebjem in uporabniki

V standardih za delovanje programa AOS je zapisano, da mora vsak tim AOS imeti kadrovske kapacitete za zagotavljanje minimalnega razmerja med osebjem in uporabniki. Tako morajo timi, ki delujejo v mestnih središčih, imeti vsaj enega člana osebja zaposlenega za poln deloven čas (psihiater in tajnica sta izključena) na vsakih 10 vključenih uporabnikov. Timi, ki delujejo na podeželju, pa morajo imeti vsaj enega člana osebja zaposlenega za poln deloven čas (psihiater in tajnica sta izključena) na vsakih 8 vključenih uporabnikov (Ministry of Health and Long-Term Care, 2004).

Standardi dopuščajo, da se lahko razmerje v izjemnih primerih zmanjša, predvsem v primerih, kadar uporabniki pogosteje doživljajo akutno duševno stisko, preživijo več časa v institucionalnih okoljih, ali pa imajo resne zdravstvene težave, ki zahtevajo več obiskov pri splošnih zdravnikih. Razmerje se lahko zniža tudi v okoljih, v katerih mora osebje tima zaradi lastne varnosti delati v parih ali pa morajo prepotovati večje geografske razdalje. Timi, ki delujejo na podeželju, lahko zaposlujejo manj osebja, saj se predvideva, da je v teh okoljih manj ljudi, ki trpijo za resnimi težavami v duševnem zdravju. V kolikor pa temu ni tako, pa lahko tim deluje v polni zasedbi (ibid.).

1.6 Timsko delo, vpliv in vodenje

Timsko delo, kakor ga je razvilo socialno delo, temelji na enakopravnem sodelovanju vseh članov, na razvoju tima, na fleksibilni delitvi dela in na prednosti, ki jo imajo zanj naloge pred vlogami. V interdisciplinarnih timih je delo socialnih delavcev in delavk zelo pomembno zaradi interdisciplinarne usmerjenosti socialnega dela, zlasti pa zaradi zmožnosti povezovanja strokovnega jezika z vsakdanjim jezikom. Socialne delavke in delavci delujejo pogosto kot prevajalci med kontekstom strokovne obravnave in vsakdanjim

kontekstom uporabnika. Tudi ko niso vodje, pogosto zaradi svojih značilnosti v timu delujejo usklajevalno (Flaker, 2003: 28).

Zadovoljstvo osebja je povezano s stopnjo vpliva, ki ga imajo pri sprejemanju pomembnih odločitev. Z možnostjo soodločanja lahko izboljšamo vzdušje v timu ter povečamo učinkovitost osebja. Stopnja vpliva posameznega člana tima je najbolj vidna na timskih sestankih, kjer se sprejemajo odločitve v zvezi z obravnavanjem uporabnikov. Vsekakor pa je njegov vpliv odvisen od številnih faktorjev. Najbolj viden vir moči je stopnja strokovne izobrazbe oz. kliničnega znanja, na posameznikov status pa vplivata še njegova dostopnost in število ur, ki jih je opravil v timu (Stein in Santos, 1998).

Vodja tima lahko po mnenju avtorjev pomembno vpliva na učinkovitost tima in odnose med osebjem, še posebej kadar ima v timu velik vpliv. Člani tima pridobivajo na zadovoljstvu in lastni veljavi le, če so prepoznani kot koristni in potrebni. Tisti, ki so v timu zaposleni za polovičen delovni čas, prav gotovo težje uveljavljajo svojo moč, prav tako pa težje razvijejo pripadnosti timu. Na vlogo posameznika v timu vplivajo, poleg njegove izobrazbe in znanja, še nekateri drugi faktorji. Večjo moč odločanja v timu bo imel tisti strokovnjak, ki je bolj predan organizaciji in delu katerega opravlja. Zaradi tega imajo zaposleni za polovičen čas manj vpliva, saj velja prepričanje, da so zaradi manjšega števila delovnih ur tudi manj povezani z timom AOS.

Avtorja navajata, da obstaja še nekaj dejavnikov, ki lahko pomembno vplivajo na zmanjšanje ugleda posameznika v timu. Če npr. nekdo podcenjuje ostale strokovnjake ali pa se preveč vmešava v njihov delo, ga lahko ostali člani hitro izrinejo iz svoje sredine. Podobno se lahko zgodi tistim, ki npr. prikrivajo informacije pred svojimi kolegi, niso zanesljivi ali pa želijo biti v središču pozornosti. Ti ljudje zaradi svojega odnosa ponavadi ne dobijo vseh potrebnih informacij o uporabnikih ter so izključeni iz pomembnih diskusij v zvezi z načrtovanjem prihodnjih aktivnosti programa AOS.

1.6.1 Vodja tima

Stein in Santos (1998) menita, da je za dobro funkcioniranje tima potreben kompetenten vodja tima. Tim in uporabniki programa postanejo s časom, predvsem zaradi dolgotrajnega in intenzivnega sodelovanja kot nekakšna »velika družina«. Osebne značilnosti vodje tima vplivajo na odnose v tej »družini« ter na njeno delovanje. Vodja tima mora znati sprejemati negotovost in določeno stopnjo rizika, saj se drugače ne bo sprijaznil z dejstvom, da lahko prav vsak član tima sprejema pomembne odločitve v zvezi s svojim delom. Da lahko spodbudi takšen skupen model odločanja, mora biti vodja tima pristaš egalitarnosti.

Vedno mora imeti pred očmi, da je cilj tima pomagati uporabnikom, ne pa olajšati dela samim sebi. Vsi člani tima, še posebej pa njegov vodja, morajo delati v skladu s svojo vestjo. Drug drugega morajo, če je to potrebno, opozarjati, da so njihova prva dolžnost uporabniki. Vodja tima mora biti prepričan, da lahko tim naredi to, kar je potrebno narediti. Takšen pristop je lahko dober zgled tudi ostalim članom tima. Vodja mora biti pozoren tudi na klimo, ki vlada v timu. V vsakem trenutku mora vedeti, kaj se dogaja z vsakim izmed članov tima ter mu biti pripravljen ponuditi pomoč ali podporo. Zato je dobro, če vodja tima prakticira redne polurne sestanke z vsakim članom tima posebej (Stein in Santos, 1998: 67).

Avtorja dodajata, da je poleg osebnih značilnosti vodje tima pomembno tudi njegovo strokovno znanje, saj poleg administrativnega opravlja tudi strokovno delo. To ga med drugim ohranja v stiku z vsakodnevnimi težavami vključenih uporabnikov in odgovornostjo, ki ji je osebje vsakodnevno izpostavljeno. Zato naj bi vodja tima vsaj 50 odstotkov svojega delovnega časa namenil konkretnemu strokovnemu delu ter bil primarna kontaktna oseba za šest uporabnikov. Ponavadi je prav on tisti, ki ima prvi stik s potencialnim novim uporabnikom. Zato je njegova naloga skrbno beleženje in nadziranje vsake nove vključitve v tim AOS. Naslednja naloga, ki od njega zahteva dobro strokovno znanje, pa je zagotavljanje supervizije za člane tima AOS.

Administrativne naloge vodje tima se po pisanju avtorjev nanašajo predvsem na vodenje timskih sestankov, zbiranje in obdelavo različnih podatkov za financiranje

programa, poročanje o delu tima AOS, pripravljane finančnih načrtov, načrtov dela ipd. Poleg teh opravlja še naloge tiskovnega predstavnika ter je zadolžen za komunikacijo z zunanjo strokovno ter laično javnostjo. Vodja tima je pogosto v nekakšni posredniški vlogi, saj lahko npr. na eni strani doživlja pritiske s strani svojcev, po drugi pa nanj pritiska osebje, ki se upira njihovim željam in zahtevam. Zato je zanj najbolje, če zavzame nevtralno pozicijo ter sprejeme poglede obeh strani. To pa lahko stori le, če lahko vidi stvari v širšem kontekstu ter v kolikor ne pozabi na dolgoročne cilje tima AOS.

1.6.2 Osnovni principi timskega dela

1.6.2.1 Timsko delo kot predpogoj za neprekinjeno skrb

Če želimo zagotoviti neprekinjeno skrb, potrebujemo službo, ki je uporabnikom na voljo 24 ur na dan ter zaposliti osebje, ki ima znanje o zdravljenju, psihosocialni rehabilitaciji ter spretnosti za nudenje praktične pomoči in podpore. Vsekakor pa je potrebno, da so vse intervencije med seboj ustrezno usklajene. Pogostost relapsov ter njihovo trajanje in resnost sta namreč neposredni povezani s kvaliteto zgoraj izvajanih nalog. Jasno pa je, da vsega omenjenega delo ne more opraviti zgolj en posamezen strokovnjak, temveč le interdisciplinaren tim, ki ima potrebno znanje, osebje ter čas (Allness in Knoedler, 2003: 17).

1.6.2.2 Porazdeljena odgovornost

Odgovornost za vključene uporabnike je potrebno porazdeliti med vse izvajalce programa AOS. Vsak član tima mora spoznati vsakega izmed vključenih uporabnikov in vsak uporabnik mora spoznati vse člane tima. Porazdelitev odgovornosti med člane tima ima prednosti tako za uporabnike kot tudi za njih same. Takšen pristop je npr. zelo učinkovit pri preprečevanju izgorevanja strokovnih delavcev, saj je pri tovrstnem delu njihova morala na visoki ravni, njihova fluktuacija pa zelo nizka.

Prednost se kaže tudi v dejstvu, da si lahko delavec v timu vzame odmor oz. dopust takrat, kadar ga resnično potrebuje ali želi. Znano je namreč, da je vsakodnevno delo s to populacijo, zelo zahtevno in stresno početje. Prednost se kaže še v možnosti skupinskega proslavljanja doseženih pozitivnih rezultatov ter možnosti nudenja medsebojne podpore, kadar se zgodijo kakšni nepredvidljivi, neljubi dogodki. Vsekakor lahko že en negativen dogodek predstavlja tolikšno breme, da ga strokovni delavec sam le stežka nosi. In ravno pri tem mu lahko najbolje pomaga tim ljudi, s katerimi lahko kadarkoli podeli ne samo svoje občutke žalosti in nemoči, ampak tudi odgovornost za nastali dogodek (Thomas, 1999).

Prednost timskega dela, ki ga po mnenju avtorja neposredno občutijo predvsem uporabniki, se kaže v primerih morebitnih zamenjav strokovnih delavcev. Ker uporabnik sodeluje z večino strokovnih delavcev v timu AOS, mu zamenjava enega izmed delavcev ne predstavlja večjega problema. To je seveda pravo nasprotje načrtovanju in organiziranju podpore, kjer uporabniki sodelujejo praviloma zgolj z enim strokovnim delavcem, saj jim lahko njegova zamenjava predstavlja zelo bolečo izkušnjo. Naslednja prednost za uporabnike se kaže v možnosti izbire strokovnega delavca. Uporabnik, vključen v tim AOS si lahko namreč izbere, ali želi sodelovati zgolj z enim, ali z več strokovnimi delavci.

1.6.2.3 Skupno odločanje

V praksi najbolje delujejo timi, ki delujejo in sprejemajo odločitve v skladu z modelom skupnega odločanja. Tim se vsakodnevno sestaja na sestankih, ki jih vodi vodja tima. Ta spodbudi in povabi k diskusiji vse prisotne člane tima, tako da lahko komentirajo ali predlagajo tisto, kar se jim zdi pomembno ali uporabno. Kadar pride do razhajanj v mnenjih, se mora diskusija podaljšati za toliko časa, dokler se ne sprejme splošni konsenz o določeni zadevi. V programu AOS namreč vsi poznajo določenega uporabnika, zato se pričakuje, da bodo sprejete odločitve v resnici tudi timske odločitve. Seveda pa je nemogoče pričakovati, da bi se vsi strinjali z vsako sprejeto odločitvijo. Za model skupnega odločanja je namreč značilno, da se sprejemajo tudi takšne odločitve, s katerimi se ne strinjajo prav vsi člani tima. Če pa je kateri izmed članov tima mnenja, da bi lahko imela sprejeta odločitev velik negativni učinek, je

njegova odgovornost, da ohranja in spodbuja diskusijo do sprejetja zadovoljive odločitve. Jasno pa je, da imajo v modelu skupnega odločanja predlogi nekaterih članov tima večjo težo kot predlogi drugih članov (Stein in Santos, 1998).

1.6.2.4 Učenje od članov tima

Tim AOS je interdisciplinaren, saj vključuje različne strokovnjake, ki imajo znanje na različnih področjih. Pri delu se v maksimalni meri izkorišča znanje vsakega posameznega strokovnjaka, pri čemer se upošteva, da to znanje ni izključno v njegovi »domeni«. Zato se vse strokovnjake s specifičnim znanjem in spretnostmi spodbuja, da svoje znanje in spretnosti, v kar največji meri prenašajo tudi na ostale člane tima. Tako v timu AOS strokovnjaki poučujejo svoje sodelavce z namenom, da vsi spoznajo vsaj temeljna teoretična izhodišča in osnovne principe njihovega dela (Stein in Santos, 1998).

1.6.2.5 Integrirane storitve

AOS lahko opišemo tudi kot sistem zagotavljanja raznolikih storitev, s katerimi skuša zadovoljiti celoten spekter potreb vključenih uporabnikov. Storitve, ki jih ponuja, lahko v grobem razdelimo na storitve zdravljenja in zdravstvene nege, psihosocialno rehabilitacijo ter načrtovanje in organiziranje podpore. Ker je tim AOS ponudnik skoraj vseh storitev, mora tim neprekinjene skrbi poskrbeti, da ponudijo uporabnikom enovit paket storitev, s katerimi zadovoljujejo njihove trenutne potrebe. Preko njih uporabnikom pomagajo na poti k stabilnemu, neodvisnemu in kakovostnemu življenju v skupnosti (Stein in Santos, 1998).

1.6.3 Značilnosti dela z uporabniki

V nadaljevanju bom predstavil najpomembnejše značilnosti dela z uporabniki, vključenimi v program AOS (Stein in Santos, 1998; Thomas, 1999; Allness in Knoedler, 2003; Ministry of Health and Long-Term Care, 2004):

- a) *Uporaba asertivnega pristopa.* Tim AOS ne izvaja kontrole ali nadzora nad vključenimi uporabniki. Je pa res, da morajo člani tima velikokrat storiti prvi korak, če želijo hitro in učinkovito posredovati. Zato morajo v vsakem trenutku natančno vedeti, kaj se dogaja s posameznim uporabnikom.
- b) *Skrbno ocenjevanje.* Poleg podatkov, ki jih tim AOS o uporabnikih pridobi na podlagi skrbnega ocenjevanja, uporablja tudi informacije, ki jih dobijo iz dokumentov o njihovih preteklih obravnavah. S tem imajo na voljo podatke o preteklih hospitalizacijah, predpisani terapiji, njeni uporabi ter morebitnih stranskih učinkih. Koristno je, če pridobijo tudi dokumentacijo o ostalih psihiatričnih oz. psiholoških obravnavah in njihovih rezultatih. Pomembno je, da se člani tima seznanijo z uporabnikovimi izkušnjami in odnosom do vseh preteklih obravnav ter željami, povezanimi z njimi.
- c) *Osredotočanje na uporabnikove vire moči.* Tradicionalni programi zdravljenja se povečini osredotočajo zgolj na bolezen in njene simptome, pri čemer pa zanemarjajo uporabnikove vire moči. Po drugi plati pa programi psihosocialne rehabilitacije pri oblikovanju rehabilitacijskega načrta izkoriščajo ravno uporabnikove vire moči in se ne posvečajo uporabnikovi bolezenski sliki. Avtorji verjamejo v visoko stopnjo prepletanja med zdravljenjem in rehabilitacijo in so prepričani, da obe dosemeta najboljše cilje takrat, kadar jih v paketu zagotavlja en sam izvajalec. Seveda pa je zato potrebno predhodno izpeljati skrbno oceno uporabnikovega zdravstvenega stanja, na podlagi katerega se določi potrebne načine zdravljenja, nadalje pa skrbno oceniti uporabnikove vire moči ter jih vključiti v njegov rehabilitacijski načrt.
- d) *Odgovarjanje na individualne potrebe uporabnikov.* Po skrbni oceni uporabnikovih potreb se skupaj z njim oblikuje ustrezen načrt zdravljenja in rehabilitacije. Le na takšen način je mogoče odgovoriti na potrebe in želje

vsakega izmed vključenih uporabnikov, seveda pa je potrebno načrt tudi periodično pregledovati in po potrebi dopolnjevati ter prilagajati.

- e) *Zagotavljanje storitev »in vivo«*. Če želijo službe pomoči delovati po principu »in vivo«, potem morajo svoje storitve izvajati v skupnosti, natančneje v življenjskem okolju uporabnikov. Če na primer nek uporabnik potrebuje pomoč pri pospravljanju stanovanja, ker bo drugače deležen določenih sankcij s strani stanodajalca, ga je teh opravil praktično nemogoče naučiti v dnevnem centru oz. zgolj z nasveti. Zato je veliko ustrežnejše, če tega uporabnika nekdo obišče na njegovem domu ter mu pokaže, kaj in kako je potrebno kaj narediti, lahko pa mu, če je to potrebno, pri tem ponudi tudi konkretno pomoč. Takšen pristop je koristen tudi v številnih drugih situacijah kot je npr. spremljanje psihotičnega uporabnika na kontrolni pregled k psihiatru.
- f) *Zagotavljanje podpore v »pravi meri«*. Vsi ljudje potrebujemo ustrezno podporo pri premagovanju vsakodnevnih težav ter v različnih obremenjujočih življenjskih situacijah. Večina oseb s težavami v duševnem zdravju nima vedno na voljo služb, zaradi slabih spretnosti za vzpostavljanje ter vzdrževanje medosebnih odnosov pa so pogosto osamljeni. Tako potrebujejo zadostno količino podpore že zgolj za osnovno, vsakodnevno funkcioniranje. V preteklosti so strokovnjake s področja duševnega zdravja učili, da lahko uporabnikom preveč podpore škoduje, čeprav je danes splošno znano, da je ustrezna podpora ključnega pomena za izboljšanje njihovega vsesplošnega delovanja.
- g) *Upoštevanje državljanskih pravic uporabnikov*. Osebe AOS se zaveda, da so tudi uporabniki programa državljani z vsemi državljanskimi pravicami in dolžnostmi, in ne zgolj osebe, ki trpijo za duševno motnjo. Tako imajo uporabniki programa AOS pravico do življenja v skupnosti, znotraj katere lahko koristijo vse tiste storitve in pravice (npr. pravna pomoč, zdravstveno varstvo, bančne storitve itd.), ki so na voljo ostalim članom skupnosti. Zato je naloga izvajalcev storitev AOS, da postanejo zagovorniki temeljnih državljanskih pravic vključenih uporabnikov.

h) Stabilizacija akutnih duševnih kriz. V kolikor se želi uporabnikom resnično pomagati doseči stabilno in kvalitetno življenje v skupnosti, jim je potrebno zagotoviti učinkovito pomoč v času akutnih duševnih kriz. Pri tem je potrebno poznati razliko med storitvami krizne intervencije in storitvami za stabilizacijo kriz. Večina urgentnih služb, te povečini delujejo v okviru bolnišnic ali zdravstvenih domov, opravlja krizne intervencije, ki temeljijo na ocenjevanju in izvedbi nadaljnjih ukrepov. Tako se pogosto en sam strokovni delavec na podlagi ocene uporabnika odloči, ali ga je potrebno hospitalizirati v psihiatrično bolnišnico ali ne. Druge alternative, kot je npr. stabilizacija krize s pomočjo pogostih obiskov in intenzivne podpore na domu, pa žal pogosto niso na voljo. Seveda je več kot očitno, da je z večanjem števila služb pomoči, predvsem pa z večanjem njihove dostopnosti, mogoče zmanjšati število bolnišničnih obravnav. Žal pa so danes ljudje v krizi še vedno prepogosto hospitalizirani, namesto da bi jim omogočili stabilizacijo kriz na njihovih domovih. Pri krizni stabilizaciji se torej ocenitev stanja oz. tveganja uporabi zgolj za iskanje ustreznih poti za njeno stabilizacijo in ne za odločanje o morebitni hospitalizaciji. V programu AOS opravlja storitve za stabilizacijo krize tim AOS sam. Uporabnika v akutni duševni krizi ocenijo v okolju, v katerem mu bo načrt za stabilizacijo krize tudi najbolj koristil (najpogosteje doma). Uporabnika vsaj teden ali dva obiskujejo zelo pogosto, če je potrebno tudi nekajkrat dnevno. Kadar je potrebno, lahko pri stabilizaciji krize pomagajo tudi ostali ljudje iz uporabnikove neformalne mreže kot npr. družinski člani, prijatelji, delodajalec itd.

1.6.4 Principi dela s svojci

Svojci oseb s težavami v duševnem zdravju so zlasti v preteklosti nosili dvojno breme. Najpogosteje so morali prevzeti celotno skrb za te osebe, po drugi strani pa so s strani strokovnjakov pogosto slišali očitek, da so ravno oni odgovorni za nastanek motnje. Seveda pa je danes več kot očitno, da z iskanjem krivca ne pomagamo niti uporabniku, kaj šele njihovim svojcem.

Če želi tim AOS učinkovito delati z uporabnikom, morajo člani tima vzpostaviti sodelovanje tudi z njegovimi družinskimi člani. Ne glede na to, ali oseba s težavami v duševnem zdravju trenutno živi s svojo družino ali ne, pa tim AOS ves čas tesno sodeluje z družinskimi člani. Pri delu s svojci se najpogosteje uporablja psihoedukacija, ki služi učenju družinskih članov o duševnih motnjah, ustvarjanju primerne klime, ki lahko zmanjša verjetnost relapsov ter zagotavljanju takšnega okolja, ki lahko pripomore k hitrejšemu okrevanju njihovih bližnjih (Stein in Santos, 1998: 83).

McFarlane in njegovi kolegi (1997) so tisti, ki so v program AOS vpeljali psihoedukacijo družin. Kadar opravljajo psihoedukacijo istočasno za več družin hkrati, pa takšen način dela družinam omogoča, da se soočijo s stigmo in izključenostjo. Spodbuja se jih namreč, da razširijo in ojačajo svoje socialne mreže, sodelujejo pri skupnem reševanju problemov, si nudijo medosebno podporo in se družijo z ljudmi izven družine in programa AOS. Takšna skupinska obravnava članom družine omogoča, da se učijo drug od drugega ter da obnovijo svojo neformalno socialno mrežo.

Skupaj (McFarlane in drugi, 1995) so opravil tudi študijo o učinkih vključevanja svojcev v psihoedukacijsko skupino. Rezultati so pokazali, da so uporabniki, katerih svojci so vključeni v skupinsko delo, v času trajanja študije postali bolj uspešni pri iskanju zaposlitve. V obeh primerih so svojci govorili o zmanjšanem subjektivnem in objektivnem bremenu, ki ga doživljajo zaradi skrbi za svoje bližnje. Rezultati so pokazali, da vključevanje svojcev v program AOS prispeva k uspešnejši rehabilitaciji uporabnikov, pri svojcih pa dosega številne pozitivne učinke.

Avtorji zaključujejo, da je pri vključenih svojcih možno doseči boljše učinke, če se psihoedukacija in pristopi asertivnega terenskega dela združijo. Menijo, da združitev pristopov omogoča rezultat, zaradi katerih je AOS v osnovi nastal - popolno integracijo uporabnikov v skupnost ter koordinirano obravnavo. Prav tako izpostavlja pomen podpore družinam vključenim uporabnikom ter prednosti skupinskega dela s svojci, ki mora biti sestavni dela programov AOS.

1.6.5 Storitve, ki jih zagotavljajo programi asertivnega terenskega dela

Program asertivnega terenskega dela ponuja vključenim uporabnikom in njihovim svojcem naslednje storitve, ki sem jih povzel iz ameriških in kanadskih standardov za delovanje programov asertivnega terenskega dela (Allness in Knoedler, 2003; Ministry of Health and Long-Term Care, 2004):

A. Koordinacija storitev

Vsakemu uporabniku se dodeli strokovnjak, ki načrtuje in organizira podporo. Ta koordinira in nadzoruje aktivnosti, ki jih v skladu z njegovim individualnim načrtom izvaja tim AOS. Koordinacija storitev zajema še koordinacijo s skupnostnimi službami, predvsem skupinami za samopomoč, uporabniškimi organizacijami ter zagovorniškimi organizacijami.

B. Ocenjevanje in intervencija v kriznih situacijah

Ocenjevanje in intervencija v kriznih situacijah se zagotavlja 24 ur na dan, 7 dni v tednu in sicer preko telefona ali osebnih stikov.

C. Ocenjevanje simptomov in njihovo obvladovanje

Ta storitev zajema naslednje podstoritve:

1. Stalno ter obsežno ocenjevanje uporabnikovih simptomov, značilnih za duševno motnjo, preverjanje natančnosti diagnoze in ugotavljanje uporabnikovega odziva na zdravljenje
2. Psihoedukacijo, ki se nanaša na duševno motnjo in učinke ter stranske učinke predpisanih zdravil

3. Aktivnosti za obvladovanje simptomov, ki uporabnikom pomagajo prepoznati simptome ter vzorce pojavljanja njegove bolezni, da lahko razvije metode, katere mu bodo pomagale zmanjšati njihove učinke
4. Psihološko pomoč in psihoterapijo

D. Predpisovanje zdravil, administracija, nadzorovanje in vodenje dokumentacije

Psihiater AOS tima:

1. Vzpostavi individualni odnos z vsakim uporabnikom
2. Oceni simptomatiko vsakega uporabnika in jim ponudi ustne in pisne informacije o duševnih motnjah
3. Postavlja natančne diagnoze, ki bazirajo na obsežnem ocenjevanju. Tovrstno ocenjevanje določajo smernice za medikamentozno zdravljenje, ki naj jim psihiater sledi
4. Ponuja izobraževanja o zdravilih, njihovih prednostih in potencialnih rizikih
5. Ocenjuje in dokumentira uporabnikove simptome duševne motnje, vedenje, ki je odraz odziva na zdravila ter zapisuje stranske učinke zdravil
6. Izvaja psihoterapijo

Vsi člani AOS tima ocenjujejo in dokumentirajo simptome uporabnikove duševne motnje, vedenje, ki je odraz odziva na zdravila ter zapisujejo stranske učinke zdravil. Poleg tega zagotavljajo še ostale storitve:

1. Nabavo zdravil

2. Izvajanje varovanja ter kontrolo nad zalogo potrebnih zdravil
3. Oskrbo uporabnikov z zdravili v skladu z obstoječimi zakoni

E. Storitve za uporabnike z dvojno diagnozo (uživalce drog)

Te storitve med drugim zajemajo naslednje individualne in skupinske intervencije, ki vsebujejo elemente:

1. Motiviranja (npr. odkrivanje protislovnosti, psihoedukacija)
2. Aktivnega zdravljenja (npr. trening kognitivnih veščin, aktivacija virov v skupnosti)
3. Kontinuiranega preprečevanja relapsov (npr. identifikacija sprožilcev, priprava plana za preprečevanje relapsa)

F. Storitve, usmerjene v delo in zaposlovanje

Te pomagajo uporabniku oceniti, odkriti in obdržati zaposlitev. Zajemajo pa tudi:

1. Ocenjevanje želja v zvezi z zaposlitvijo ter zmožnosti za delo, ki se opravi na podlagi preteklih izobrazbenih in preteklih delovnih dosežkov in ocenitve aktualne delovne zmožnosti na delovnem mestu znotraj zaposlitvenih programov.
2. Ocenjevanje učinkov, ki jih ima duševna motnja na uporabnikovo delazmožnost, z upoštevanjem specifičnih vzorcev vedenja, ki vplivajo na njegovo delovno učinkovitost ter razvijanjem intervencij, ki lahko zmanjšajo ali odpravijo te vzorce vedenja ter pomagajo najti ustrezno delovno okolje

3. Izdelavo rehabilitacijskega zaposlitvenega načrta, ki uporabniku pomaga pri učenju potrebnih veščin za iskanje in ohranjanje službe
4. Individualno suportivno terapijo, ki naj uporabnikom pomaga prepoznati in soočiti se s tistimi simptomi duševne motnje, kateri kvarno vplivajo na njihovo delovno zmožnost
5. Krizno intervencijo v delovnem okolju oz. službi
6. Z delom in zaposlitvijo povezane podporne storitve, kot so npr. pomoč pri ohranjanju osebne higiene, skrb za ustrezno oblačenje, pomoč pri jutranjem bujenju, in prevozi, če je to potrebno

G. Aktivnosti vsakdanjega življenja

Te zajemajo tehnike namenjene prilagajanju uporabnika na okolje, tako da lahko učinkoviteje uporabi naučene spretnosti, s katerimi lažje:

1. Najde stanovanje, ki je varno, urejeno in si ga lahko privošči (npr. iskanje stanovanja, iskanje sostanovalca, dogovarjanje z lastnikom stanovanja, čiščenje, opremljanje s pohištvom ter ostalimi aplikacijami kot so telefon, televizor ipd.)
2. Izvaja gospodinjska opravila kot so čiščenje, kuhanje, nakupovanje ter pranje perila
3. Skrbi za osebno higieno in ustrezno garderobo
4. Razvije ali izboljša tehnike za ravnanje z denarjem
5. Uporablja dosegljiv javni prevoz
6. Izbere in obiskuje osebnega zdravnika ter stomatologa

H. Trening socialnih veščin ter veščin za prosti čas

S temi storitvami lahko uporabniki:

1. Izboljšajo komunikacijske veščine, razvijejo asertivnost in povečajo samozavest
2. Razvijejo socialne veščine ter izboljšajo medosebne odnose
3. Lažje načrtujejo in bolje izkoristijo svoj prosti čas
4. Bolje komunicirajo npr. z lastniki stanovanj in sosedi
5. Lažje prepoznajo in uporabljajo socialne in rekreativne aktivnosti, ki so jim na voljo

I. Vrstniške podporne storitve

To so storitve, ki uporabnikom pomagajo prepoznati, razumeti in se boriti zoper lastno diskriminacijo ter jim pomagajo razviti mehanizme, s katerimi se lahko ubranijo pred dodatno stigmatiziranostjo. Zajemajo pa:

1. Vrstniško svetovanje in podporo
2. Predstavitve in napotitve v skupine za samopomoč ter organizacije, ki izvajajo zagovorništvo in promovirajo okrevanje

J. Podporne storitve

Podporne storitve oz. neposredna asistenca uporabnike spodbuja, da koristijo tiste storitve ostalih služb službe, ki jih potrebujejo za vsakodnevno življenje:

1. Zdravstvene in zobozdravstvene storitve

2. Finančno in materialno podporo oz. pomoč
3. Socialne službe
4. Javni prevoz
5. Odvetniške pisarne

K. Izobraževanje, podpora ter svetovanje uporabnikovim svojcem ter ostalim bližnjim

Te storitve, ki se lahko izvajajo le na podlagi seznanitve oz. privolitve uporabnika, zajemajo:

1. Individualizirano psihoedukacijo o uporabnikovi motnji ter vlogi družine in ostalih bližnjih v terapevtskem procesu
2. Intervencije za obnovitev stikov, reševanje konfliktov ter ohranjanje odnosov z družinskimi člani ter bližnjimi
3. Stalna komunikacija (osebna in telefonska) ter sodelovanje med AOS timom in svojci
4. Predstavitve in napotitve svojcev v skupine za samopomoč svojcev in zagovorniških organizacije, ki promovirajo okrevanje
5. Asistenca uporabnikom z otroki (zajema individualno svetovanje, starševski trening in koordinacijo storitev) vključuje:
 - a. Storitve, ki nudijo uporabnikom podporo v času nosečnosti in ob rojstvu otroka

- b. Storitve, ki uporabnikom omogočijo, da opravijo svoje starševske obveznosti ter lahko koordinirajo storitve za svoje otroke
- c. Storitve, ki uporabnikom pomagajo obnoviti stike s svojimi otroki, ki niso pod njihovim skrbništvom

1.7 Vključevanje in odpust iz programov asertivne obravnave v skupnosti

1.7.1 Postopki napotitve in sprejema

Vsem službam, s katerimi se srečujejo ljudje s težavami v duševnem zdravju je potrebno ponuditi ustrezen opis programa AOS, ki mora vsebovati informacije o tem, na kakšen način program dopolnjuje obstoječi sistem skrbi za te ljudi, kot tudi to, katerim posameznikom lahko program najbolj koristi. Informacije morajo vključevati tudi seznam z natančno opredeljenimi kriteriji za sprejem oseb v program. Ko službe nekoga napotijo v program AOS, mora vodja tima iz različnih virov (osebni zdravnik, lečeči psihiater, socialni delavec centra za socialno delo ipd.) pridobiti vse potrebne informacije, na podlagi katerih se odloči, ali je napotitev oz. vključitev upravičena (Stein in Santos, 1998: 88).

Program AOS ima natančno izdelane kriterije za sprejem novih uporabnikov. Ti kriteriji omogočajo, da so v program vključeni resnično tisti, ki takšno obravnavo najbolj potrebujejo. V standardih za delovanje programa AOS so zapisani naslednji kriteriji (Allness in Knoedler, 2003):

1. Posamezniki z osnovno diagnozo shizofrenije, shizoafektivne motnje ali z resno obliko razpoloženske motnje, ki imajo pogoste psihotične epizode in so pogosto hospitalizirani, so najbolj upravičeni za sprejem v program.

2. Ostali primerni posamezniki za vključitev so tisti z težjimi duševnimi motnjami, ki potrebujejo občasno akutno intenzivno ali prolongirano oskrbo oz. obstaja verjetnost, da brez storitev programa AOS ne bodo zmogli ustrezno funkcionirati v domačem okolju ter tisti, ki imajo težave in oškodovanosti na naslednjih področjih:
- a) *zaposlovanje*: oseba ni zmožna redno delati oz. lahko dela le ob ustrezni podpori ali pa je nezaposlena zaradi ponavljajočih se psihotičnih epizod in izostankov z delovnega mesta.
 - b) *izobraževanje*: oseba brez ustrezne podpore ni zmožna v normalnem času doseči želene izobrazbe.
 - c) *gospodinjska opravila*: oseba ni zmožna samostojno opravljati gospodinjskih opravil kot npr. pripraviti kosila, počistiti stanovanja, upravljati z denarjem, skrbeti za otroke ipd.
 - d) *medosebni odnosi*: oseba ni sposobna razvijati ali ohraniti odnosov z drugimi osebami oz. se samostojno vključevati v družabne in rekreacijske aktivnosti. Veliko teh oseb razvije neustrezne vedenjske vzorce ali pa se »normalno« vede le ob ustrezni podpori ali vodenju.
 - e) *funkcioniranje v skupnosti*: oseba doživlja socialno izključenost, ki mu onemogoča zadovoljevanje osnovnih potreb kot je npr. ustrezna namestitvev
 - f) *skrb zase in samostojno življenje*: oseba ni zmožna opravljati nekaterih vsakodnevnih opravil kot so npr. skrb za zunanji izgled in osebno higieno, pranje perila, pripravljanje hrane, uporaba javnih prevoznih sredstev, razpolaganje s financami ipd.
3. Posamezniki z osnovno diagnozo motnje odvisnosti, organskimi motnjami, pervazivnimi razvojnimi motnjami ali osebnostnimi motnjami niso primerni za vključitev v program. V kolikor pa ima oseba z osnovno diagnozo resne duševne motnje še katero izmed zgoraj naštetih motenj (sekundarna diagnoza), pa je primerna za vključitev v program AOS.

V Veliki Britaniji je večina uporabnikov storitev skupnostnih timov za duševno zdravje napotena s strani zdravstvenih ali socialnih služb, nekaj pa se jih vključi neposredno.

V 80. letih prejšnjega stoletja so uvedli postopek direktnega dostopa, kljub temu pa danes večina timov obravnave uporabnike, ki so k njim napoteni. Odprt oz. direkten dostop je imel za posledico, da je večina timov sprejemala pretežno takšne uporabnike, ki niso imeli resnih in kompleksnih težav, saj zmorejo ti za razliko od uporabnikov z resno duševno motnjo zase zahtevati več. Zaradi tega so bili tisti najbolj prizadeti uporabniki še vedno izključeni iz tovrstnih oblik pomoči. Delo z uporabniki, vključenimi na podlagi direktnega dostopa oz. lastne presoje, izvajalcem storitev ni predstavlja prevelikega izziva (predvsem zaradi tega, ker niso mogli uporabljati velik del svojih spretnosti in znanj), povzročalo pa je tudi zmedo med zaposlenimi v zdravstvenih in socialnih službah, saj se je njihovo delo velikokrat prepletalo ter podvojevalo z delom tima (Burns in Firn, 2002).

Ameriški standardi za delovanje programov AOS, enako pa tudi kanadski (Allness in Knoedler, 2003; Ministry of Health and Long-term Care, 2004), dajejo velik poudarek postopnemu vključevanju uporabnikov, še zlasti na začetku delovanja programa. Ti od novoustanovljenih timov AOS zahtevajo, da uporabnike postopno vključujejo v program. Tako mora vsak nov tim AOS omejiti sprejem uporabnikov (od 4 do 6 na mesec), pri čemer mora tim, ki deluje v mestu (sestavljen iz 10 – 12 delavcev), vključiti največ od 100 do 120 uporabnikov, tim, ki deluje na podeželju (sestavljen iz 6 – 8 delavcev), pa največ od 42 do 50 uporabnikov.

1.7.1.1 Priprava predhodnega načrta obravnave

Po vključitvi osebe je potrebno zanj oblikovati predhodni načrt obravnave, ki temelji na skrbnem ocenjevanju. Ocenjevanje, ki je eden temeljnih elementov programa AOS, je kontinuirana aktivnost, izpeljana s pomočjo stalnega spremljanja in je osnova za določitev vseh potrebnih nadaljnjih intervencij. Za oblikovanje predhodnega načrta obravnave velikokrat zadostujejo že informacije, ki se pridobijo na prvem srečanju z uporabnikom. Pri pripravi načrta aktivno sodelovanje tudi uporabnik, če je to seveda mogoče oz. če to sploh želi (Santos in Stein, 1998).

Predhodni načrt obravnave vsebuje podatke o psihiatričnih diagnozah, predpisanih zdravilih, bivanjski situaciji, finančnem stanju ter preliminarne informacije o

morebitnih težavah na področju zaposlovanja, izobraževanja, medosebnih odnosov, integracije v skupnost in spretnosti za vsakdanje življenje. Namen uvodnega ocenjevanja je hitra izdelava začetnega načrta obravnave, s pomočjo katerega je mogoče določiti aktivnosti za takojšnjo zadovoljitev nujnih potreb uporabnika kot tudi predvideti in oblikovati njegove dolgoročne cilje. Ti morajo biti natančno opredeljeni v načrtu obravnave, ki ga je potrebno izdelati v tridesetih dneh od dneva vključitve (Allness in Knoedler, 2003).

1.7.1.2 Obsežno ocenjevanje in izdelava načrta obravnave

Nemudoma po implementaciji predhodnega načrta obravnave, mora primarna kontaktna oseba preveriti, ali ima vse podatke, potrebne za pripravo obsežnega načrta obravnave ter pridobiti vse manjkajoče podatke. Ta načrt je osnova za dolgotrajno delo osebja tima AOS z določenim uporabnikom. Center za duševno zdravje iz okrožja Dane (ang. Mental Health Center of Dane County) uporablja več ocenitvenih formularjev, s katerimi pridobi različne informacije, potrebne za izdelavo obsežnega načrta obravnave. Izpolnjeni formularji se nato uporabijo zgolj kot pripomoček pri oblikovanju načrta, ki mora biti zapisan v narativni oz. pripovedni obliki. Pri izdelavi tega načrta mora v čim večji meri sodelovati tudi uporabnik, načrt pa je potrebno izdelati v mesecu dni po njegovi vključitvi v program. Načrt obravnave je potrebno pregledati vsaj vsakih šest mesecev ter ga, v kolikor je potrebno, tudi ustrezno dopolniti oz. spremeniti (Stein in Santos, 1998: 92).

Pri zbiranju podatkov o uporabniku, ki so potrebne za izdelavo načrta obravnave, mora osebje zajeti vseh petnajst spodaj naštetih področij njegovega bivanja in delovanja. Informacije s prvih dvanajstih področij posreduje uporabnik sam, ostale tri (informacije o družini, prijateljih ter koriščenju storitev drugih služb) pa lahko osebje pridobi le z privoljenjem uporabnika (Ministry of Health and Long-Term Care, 2004):

1. *Anamneza psihiatričnih obravnav.* Predpisana zdravila in njihov odmerek, jemanje terapije (samostojno jemanje, morebitne zlorabe, zavračanje določene terapije itd.), stranski učinki, ki jih zaznava uporabnik, stranski učinki, ki jih zaznava ocenjevalec, obiskovanje kontrol pri psihiatru (redno, občasno),

nivo znanje o duševni motnji in zdravilih, uporabnikovo razumevanje motnje, vpliv duševne motnje na njegovo splošno počutje, kaj pomaga/škoduje v primerih uporabnikovega relapsa, vpliv simptomov na funkcioniranje.

2. *Psihiatrične hospitalizacije*. Sezam vseh zdravljenj v psihiatrični bolnišnici.
3. *Zdravstveno stanje*. Podatki o izbranem osebnem zdravniku, zobozdravniku, okulistu, fizične omejitve, ki lahko vplivajo na delazmožnost, podatki o prehranjevanju, spalne navade, zdravstvena anamneza (bolezni v otroštvu, cepljenja, spolne bolezni, kontracepcija, zgodovina družinskih bolezni, aktualen zdravstveni status).
4. *Raba alkohola in nedovoljenih drog*. Uporabnikovo poročilo o rabi drog, pogled družine in prijateljev na uporabnikovo jemanje drog, vpliv preteklih negativnih izkušenj na uživanje drog, podatki o morebitni rabi drog ostalih družinskih članov.
5. *Vsakdanje aktivnosti*. Spretnosti pri nabavi hrane in njeni pripravi, tipičen dnevni jedilnik oz. dieta, čiščenje in vzdrževanje stanovanja, osebna higiena in skrb za oblačenje, uporaba prevoznih sredstev, socialne veščine, medosebne spretnosti, upravljanje z denarjem.
6. *Kulturno okolje*. Kulturno okolje oz. etnična skupina, ki ji uporabnik pripada, kulturne razlike med osebjem in uporabnikom, uporabnikove verske navede in prepričanja, vpliv uporabnikovega kulturnega okolja na razumevanje duševnih motenj ter njihovega zdravljenja, težave uporabnika, ki izvirajo iz diskriminacije.
7. *Ocenitev družinskih/medosebnih odnosov*. Trenutni uporabnikovi odnosi, imena staršev in njihova starost, imena sorojencev in njihova starost, uporabnikovo videnje odnosov z drugimi.

8. *Ocenitev neformalne/formalne podpore.* Prijatelji, družina, vsi tisti, ki jim uporabnik zaupa težave, cerkev, skupine za samopomoč, klubi in organizacije, službe ter imena njihovih ključnih oseb.
9. *Informacije o finančnem stanju.* Denarni dodatki in finančne pomoči, opis trenutnih mesečnih prihodkov in odhodkov uporabnika.
10. *Bivanjske razmere.* Razmere v katerih je živel uporabnik, trenutni naslov in telefonska številka, pogoji, v katerih trenutno živi, odnosi z stanodajalci in sosedi, morebiten sostanovalec.
11. *Zaposlitev.* Službe, ki jih opravlja oz. želi opravljati, oviranosti, ki zmanjšujejo njegovo delazmožnost, zaposlitveni status, dostopnost javnih prevoznih sredstev, število ur, ki jih opravi na delovnem mestu, pretekle zaposlitve (tip, delovnik, odnosi z delodajalci in sodelavci), delovne spretnosti, motivacija za delo, učinek simptomov na delazmožnost.
12. *Pravni postopki.* Zgodovina neprostoVOLJNIH hospitalizacij, morebitni skrbniki (njegovo ime, naslov in telefon), popis preteklih kaznivih dejanj in aretacij, zgodovina pogoJNIH izpustov, ostali pravni postopki (razlastitev, tožbe, dedovanje...).
13. *Intervjuji s službami.* Naziv službe in ime kontaktne osebe, storitve, ki jih zagotavljajo, stopnja uporabnikove vključenosti, ocenitve, ki so jih izpeljale druge službe, cilji, ki so si jih zastavile službe in uporabnik, mnenje služb o vključitvi uporabnika v program AOS.
14. *Intervju z družinskimi člani.* Razmerje, ki ga imajo intervjuvanci do uporabnika, podatki o uporabnikovem zgodnjem otroštvu (posebnosti v času nosečnosti in poroda), morebitne vedenjske in učne težave ter težave pri vzpostavljanju odnosov z vrstniki, podatki o tem, kdaj se je pojavila duševna motnja, znanje družine o duševni motnji, odnos z uporabnikom (pogostost stikov, njihova kvaliteta), pomoč, ki jo nudijo uporabniku, mnenje družine o

tem, kakšna obravnava bi bila za uporabnika najbolj primerna, pripravljenost družine po sodelovanju z programom AOS.

15. *Intervjuji s pomembnimi drugimi osebami.* Narava odnosa, trajanje odnosa, pogostost stikov, podpora, ki jo nudijo uporabniku, simptomi in nenavadno vedenje, ki so ga zaznali pri uporabniku.

Ko se enkrat zberejo vse potrebne informacije za izdelavo načrta obravnave, se izdelata poskusni oz. preliminarni načrt. Po njegovi izdelavi je potrebno organizirati sestanek, na katerem se s pomočjo uporabnika oblikuje končna verzija načrta. Sestanka se udeležijo vodja tima, primarna kontaktna oseba in uporabnik. Če je potrebno, so lahko prisotni tudi drugi člani tima, ki jih potrebuje uporabnik. Končna verzija načrta obravnave prične veljati, ko jo pregledajo,odobrijo in podpišejo uporabnik, vodja tima in psihiater (Stein in Santos, 1998: 95).

Obsežen načrt obravnave mora bit pregledan in posodobljen vsaj na vsakih šest mesecev oz. pogosteje, če je to potrebno. Seveda mora imeti tim, če želi slediti in implementirati vsak izdelan načrt posebej, vsaj dva sestanka na teden za pregled vseh načrtov obravnave. Dobro je, če so na sestanku prisotni vsi člani tima AOS. Veliko timov omeji udeležbo zgolj na uporabnika in uporabnikovo primarno kontaktno osebo ter osebe, ki jih predlagata ali potrebujeta uporabnik oz. primarna kontaktna oseba. Tajnica programa AOS mora primarno kontaktno osebo o pregledu načrta obravnave predhodno opomniti in sicer vsaj šest tednov pred samo revizijo. Tako je prav primarna kontaktna oseba odgovorna za sklic sestanka, ki je namenjen pregledu in posodobitvi načrta obravnave (Ministry of Health and Long-Term Care, 2004).

1.7.2 Odpust iz programov asertivne obravnave v skupnosti

Koristno je, če ima program AOS jasno izdelan postopek ob odpustu uporabnikov ter sistem za učinkovito spremljanje uporabnikov po odpustu. Tim AOS namreč nosi odgovornost za uporabnika tudi takrat, ko se zaključi njegovo sodelovanje v

programu AOS. Ob odpustu mora osebje tima AOS poskrbeti, da bo uporabnik tudi v prihodnje prejemal potrebne storitve ter podporo, pri čemer tim AOS vsaj na začetku uporabnikove vključitve nadzira njihovo izvajanje in kakovost. Kriteriji za odpust, prikazani v nadaljevanju, so zapisani v pravilniku o standardih za delovanje programa AOS (Allness in Knoedler, 2003):

1. Do odpusta iz programa AOS lahko pride le takrat, kadar se uporabniki in osebje tima o tem medsebojno strinjajo. Do tega pride kadar uporabniki:
 - a) Uspešno dosežejo individualno zastavljene cilje, ki se nanašajo na odpust ter se skupaj z osebjem strinjajo, da storitve tima AOS zanje niso več potrebne
 - b) Uspešno funkcionirajo na vseh pomembnih življenjskih področjih (npr. zaposlitev, socialni stiki, skrb zase,...) brez stalne podpore programa AOS; ne doživijo bistvenejšega poslabšanja, ko prenehajo s koriščenjem storitev tima AOS; kadar uporabniki izrazijo željo po odpustu ter kadar potrebo po odpustu hkrati zazna celotno osebje
 - c) Spremenijo kraj bivanja, novo bivališče pa se nahaja izven pristojnosti tima AOS. V teh primerih mora tim AOS poskrbeti za prenos skrbi na drug tim AOS oz. službo, deluje na območju novega bivališča. Primarni tim AOS mora ohraniti stike z uporabnikom tako dolgo, dokler se ne izvede prenos skrbi na nov tim AOS ali drugo službo.
 - d) Zavračajo in opuščajo storitve oz. želijo biti odpuščeni navkljub dejstvu, da je osebje tima AOS vložilo vse napore v izdelavo za uporabnika sprejemljivega individualnega načrta

AOS ne pozna kriterija, ki bi predvideval odpust zgolj na podlagi želje uporabnika, pa čeprav je takšnih primerov v programu AOS veliko. Program je

namenjen ravno najzahtevnejšim uporabnikom, pri katerih vključitev v ostale programe povečini ni bila uspešna. Seveda pa so uporabniki občasno negativno naravnani in ravno v teh situacijah najpogosteje izražajo željo po izključitvi iz programa. Do takšnih situacij skoraj nikoli ne prihaja pri uporabnikih, ki dobro funkcionirajo v programu, temveč pri tistih, kateri npr. doživljajo poslabšanje oz. lažjo ali hujšo obliko psihoze (Stein in Santos, 1998: 105).

Zato avtorja v teh primerih predlagata sledeče:

- a) uporabnika se ne odpusti iz programa
- b) ohraniti je potrebno redne stike z uporabnikom ter ga poskusiti motivirati oz. prepričati, da se po nekem času ponovno vključi v program
- c) potrebno je ohraniti redne stike z uporabnikovo družino, saj je včasih le na ta način možno pridobiti dejanske informacije o njegovem stanju
- d) uporabniku je potrebno kljub temu pomagati, pri tem pa izbrati najrazličnejše načine (tudi pomoč preko posrednika)
- e) kadar se uporabnikovo stanje bistveno poslabša in je potrebna neprostovoljna hospitalizacija, mora osebje tima AOS pristojnim pomagati v vseh fazah postopka
- f) če je uporabnik hospitaliziran proti svoji volji, mora osebje tima AOS sodelovati z osebjem psihiatrične bolnišnice, z uporabnikom pa delati tudi v času zdravljenja
- g) pomagati uporabniku, da na podlagi te izkušnje spozna, kaj bi bilo bolje narediti naslednjič

1.8 Organizacijski vidik delovanja programov asertivne obravnave v skupnosti

1.8.1 Zagotavljanje kakovosti programa

Številne raziskave, so pokazale na močno povezavo med učinkovitostjo programa AOS ter kvaliteto njegovega izvajanja. Spodnja ocenjevalna lestvica omogoča ugotavljanje stopnje odstopanja izvajanega programa od teoretičnega modela

programa AOS. Osredotoča se na tri področja delovanja programa AOS in sicer na strukturo in številčnost kadra, organizacijo dela ter izvajanje storitev. V spodnjih alinejah so zapisani nekateri kriteriji, s pomočjo katerih je mogoče natančneje ovrednotiti posamezno področje. Večina programov AOS ne dosega zahtevane stopnje na vseh področjih, je pa res, da se mora program čimbolj približati kriterijem, če želi biti učinkovit (Stein in Santos, 1998):

1. Struktura in številčnost kadra:

- a. Razmerje med vključenimi uporabniki in osebjem ne sme biti previsoko. Optimalno je, če razmerje ni višje od deset proti ena.
- b. Osebje mora delovati kot tim ter mora poznati in delati z vsemi vključenimi uporabniki.
- c. Pogosti timski sestanki služijo načrtovanju in ocenjevanju storitev, ki jih prejme vsak vključen uporabnik. Optimalno je, če tim na sestanku obravnava vsakega izmed uporabnikov, četudi zgolj na kratko.
- d. Vodja tima je prav tako izvajalec storitev. Optimalno vsaj 50 odstotkov svojega delovnega časa nameni temu segmentu dela.
- e. Fluktuacija osebja mora biti čim nižja, saj stalnost osebja omogoča kontinuiteto dela z uporabniki. Optimalno je, če se v dveh letih ne zamenja več kot 20 odstotkov osebja.
- f. Ko je program AOS v polnem zagonu, so ponavadi zasedena vsa delovna mesta znotraj tima. Optimalno je, če tim v 12 mesecih dela vsaj z 95 odstotno kadrovske zastopanostjo.
- g. Psihiater dela neposredno z uporabniki, preostali čas pa nameni skupinskimi sestankom osebja. Optimalno je, če je v timu za vsakih petdeset uporabnikov en psihiater, zaposlen za polovičen čas.
- h. Zaželeno je v timu imeti tudi medicinsko sestro, specialista s področja zasvojenosti ter zaposlitvenega svetovalca. Optimalno je, če so vsi trije zaposleni za poln delovni čas.

2. Organizacija dela:

- a. Tim ima in uporablja jasne kriterije za sprejem uporabnikov ter merljive kriterije za ugotavljanje neprimernih vključitev oz. napotitev.

- b. Intenzivnost vključevanja novih uporabnikov mora biti dovolj nizka. Optimalno je, če se v določenem mesecu ne sprejme več kot šest novih uporabnikov.
- c. Optimalno je, če tim sam zagotavlja širok spekter različnih storitev.
- d. Tim je 24 ur na dan na voljo za krizne intervencije.
- e. Tim je odgovoren za sprejeme uporabnikov v psihiatrično bolnišnico. Ves čas sprejema sodeluje z bolnišničnim osebjem pri zdravljenju ter načrtovanju odpusta.
- f. Tim zagotavlja storitve, ki časovno niso omejene.

3. *Izvajanje storitev:*

- a. Tim večino svojega dela (optimalno 80 odstotkov) opravi na terenu oz. v domačem okolju uporabnikov.
- b. Program AOS je usmerjen v zmanjševanja osipa uporabnikov, tako da kar 95 odstotkov ali celo več uporabnikov po preteku 12. mesecev ostane v programu.
- c. Tim je asertiven pri spodbujanju uporabnikov za nadaljevanje sodelovanja v programu.
- d. Osebje tima AOS nameni posameznemu uporabniku v povprečju dve uri ali več na teden.
- e. Osebje ima pogoste stike z uporabniki. Optimalno je, če ima osebje z vsakim posameznikom štiri ali več stikov na teden.
- f. Tim AOS zagotavlja podporo tudi uporabnikovi socialni mreži (družino, sorodnike, prijatelje, delodajalca...). Optimalno je, če ima osebje vsaj enega ali več stikov na teden z ljudmi iz uporabnikove socialne mreže.
- g. Za uporabnike, ki so zasvojeni z alkoholom oz. nedovoljenimi drogami, je zaželeno, da se vsaj enkrat na teden vključijo v program zdravljenja od alkohola ali nedovoljenih drog. Zaželeno je, da se vsaj 50 odstotkov teh uporabnikov enkrat mesečno udeleži še terapevtske skupine.

1.8.2 Smernice za vzpostavitev novega programa

Burns in Firn (2002) sta mnenja, da je osnovni namen programa AOS zdravljenje ter rehabilitacija. In če je to dvoje mogoče zagotoviti v okviru obstoječih služb, potem ustanavljanje posebnega asertivnega terenskega tima ni smiselno. Tako imajo na primer na angleškem podeželju dobro organizirano zdravstveno mrežo, ki jo sestavljajo osebni zdravniki in patronažne medicinske sestre, ponekod pa imajo tudi dobro organizirane skupnostne time za duševno zdravje, ki dosegajo mnogo ciljev programa AOS. Avtorja navajata primere, ko so želeli program AOS v določenem lokalnem okolju ustanoviti zgolj z namenom reševanja strokovnih ali političnih nesporazumov (na primer zaradi različnih pogledov zdravstvenega in socialnovarstvenega sektorja). V takšnih primerih je, čeprav so potrebe po tovrstnem delu prepoznane ter tim že izbran, nadaljnji razvoj programa AOS resno oviran.

Stein in Santos (1998) menita, da je pri zaposlovanju novega kadra najbolj smiselno najprej poiskati vodjo tima, saj bo le ta pomagal pri izboru ostalega osebja. Vodja tima mora biti ustrezno izobražen strokovnjak s področja duševnega zdravja, ki ima ustrezne izkušnje pri delu s populacijo oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Seveda je najbolje, če je vodja tima v preteklosti že delal v katerem izmed programov AOS. Če teh izkušenj nima, pa mora imeti vsaj nekajletne delovne izkušnje s to populacijo v kateri izmed služb skupnostne skrbi. Poleg izobrazbe in delovnih izkušenj mora posedovati še nekatere osebnostne kvalitete, s pomočjo katerih lahko motivira člane tima za težko delo, ki ga zahteva program AOS.

Dodajata, da je nato potrebno zaposliti psihiatra (za polovičen delovni čas), medicinsko sestro ter dodatnega strokovnjaka (avtorja predlagata socialnega delavca). Pri tem ni pomembno, v kakšnem vrstnem redu se zaposlijo. Pomembneje je, da se ujamejo z vodjo tima, so strokovno kompetentni in imajo osebnostne karakteristike, zaradi katerih lahko postanejo timski delavci. Priporočljivo je, da vse štiri nove izvajalce napotimo v katerega izmed dobro delujočim programom AOS, kjer se lahko neposredno seznanijo z naravo dela v programu.

Oddelek za duševno zdravje zvezne države Connecticut je pričel z ustanavljanjem programov asertivnega terenskega dela leta 1987. Essock in Kontos (1995) sta v svojem članku opisala pristop, ki so ga ubrali pri oblikovanju modela asertivnega terenskega dela, ustanavljanju novih terenskih timov ter pri nadzoru njihovega

delovanja ter kakovosti dela. Avtorja sta v članku prišla do zaključka, da je tim AOS, v primeru pomanjkanja sredstev za zaposlitev novega kadra, možno formirati tudi z rekrutacijo osebja iz obstoječih skupnostih služb ali premestitvijo bolnišničnega osebja.

V naslednjem koraku je potrebno zagotoviti nekatere nujne tehnične pogoje za delovanje tima AOS kot so npr. ustrezni prostori, telefoni, pisarniška oprema itd. V tem času si tim lahko pripravi potrebne formularje ter izdelava sistem beleženja, ki ga bodo uporabljali (Stein in Santos, 1998).

Nove uporabnike je potrebno sprejemati postopno ter počasi in sicer iz dveh razlogov. Prvi izhaja iz dejstva, da potrebujejo na novo vključeni uporabniki, predvsem zaradi številnih potreb in nestabilnosti, kar nekaj časa, da se privadijo na program in osebje. Drug razlog leži v zahtevnosti ocenjevanja in izdelave načrta obravnave, za katerega osebje porabi relativno veliko časa. Priporočljivo je, da se vključi pet oz. največ šest novih uporabnikov na mesec. Seveda pa je z naraščanjem števila vključenih uporabnikov in posledičnim povečanjem dela občasno potrebno število novo sprejetih uporabnikov omejiti (Allness in Knoedler, 2003; Ministry of Health and Long-term Care, 2004).

Stein in Santos (1998) predlagata, da je z naraščanjem števila vključenih uporabnikov potrebno povečati tudi število izvajalcev programa. Njihovo nadaljnje zaposlovanje je predvsem odvisno od potreb vključenih uporabnikov, kot tudi od razpoložljivosti ustreznega kadra. Zaposliti je potrebno strokovnjaka s področja zasvojenosti, zaposlitvenega svetovalca in tajnico. Dobro je, če skuša tim tajnico zaposliti čimprej, saj je njena vloga v programu izjemno pomembna. Končno število izvajalcev programa je odvisno od števila vključenih uporabnikov ter od izbranega razmerja med uporabniki in osebjem. Avtorja sta mnenja, da končno število vključenih uporabnikov ne sme preseči števila sto.

Avtorja dodajata, da se program AOS smatra za »zrelega«, kadar deluje neprekinjeno vsaj dve leti in ko je vanj vključeno maksimalno število uporabnikov. Takšen program pa lahko že nudi podporo tistim programom AOS, ki so šele v fazi nastajanja.

1.9 Kritika programov asertivne obravnave v skupnosti

Težave programa AOS se po mnenju nekaterih avtorjev (Deci in drugi, 1995; McGrew in Bond, 1995; Teague in drugi, 1998; Gomory, 1999; Spindel in Nugent, 2001) kažejo zlasti na treh ločenih področjih: filozofiji programa, raziskavah ter neposrednemu delu z uporabniki.

1.9.1 Filozofija programov asertivne obravnave v skupnosti

1.9.1.1 Biološka usmerjenost

Številni avtorji trdijo, da program AOS temelji na biopsihosocialnem modelu obravnave duševnih motenj. Gomory (1999) pa je za razliko od njih mnenja, da je AOS zgolj eden izmed programov, temelječ na medicinskem modelu obravnave, ki se sooča s številnimi konceptualnimi in empiričnimi težavami. Poglobljena analiza 27. randomiziranih študij programa AOS, ki jo je opravil avtor kaže, da program ne dosega nobenih vidnejših pozitivnih rezultatov. Analiza kaže, da program AOS temelji na prisili, značilni za medicinski model obravnave.

Spindelova in Nugentova (2001) delita mnenje Gomoryja. Pravita, da je program AOS, filozofsko gledano, v osnovi medicinski model obravnave, ki vsebuje elemente socialne kontrole. Veliko timov AOS namreč vključuje psihiatre in medicinske sestre, ki ne premorejo dovolj kritične refleksije in so biološko usmerjeni. Študija Decija in sodelavcev (1995) kaže, da kar 88. odstotkov od 303. ameriških programov asertivnega terenskega dela, zaposluje tako psihiatre kot tudi medicinske sestre.

1.9.1.2 Socialna kontrola

Spindelovo in Nugentovo (2001) še posebej skrbi to, da program AOS izvaja socialno kontrolo, s čimer se izničijo vsa prizadevanja številnih zagovornikov pravic oseb z duševnimi motnjami, ki so v zadnjih letih dosegli, da se v postopkih zdravljenja upoštevajo pravice posameznika. Ena izmed teh pravic je tudi pravica, da te »pustijo pri miru«. Potencial za zlorabo moči nad posameznikom je še posebej močan v medicinskem modelu obravnave.

Problematične so številne ekstremno nadležne intervencije, ki jih uporablja program AOS. Program zagotavlja izobraževanje, podporo, zdravljenje in rehabilitacijo, ki se izvajajo 24 ur na dan, sedem dni na teden in sicer neprekinjeno ter za neomejen čas trajanja. Veliko raziskovalcev poroča, da je takšno intruzivno delovanje povezano s številnimi pozitivnimi učinki (Spindel in Nugent, 2001: 4).

Tudi Gomory (1999) meni, da program AOS uporablja metode prisile. Tako npr. osebje tima AOS v mnogih primerih postane prejemnik in upravitelj uporabnikovih finančnih sredstev. To dejstvo pa osebju odpira številne možnosti za izsiljevanje uporabnikov, saj jim lahko v primeru, da ti zavračajo predpisano terapijo, zadržijo njihov denar. Tudi prej omenjena študija Decija in sodelavcev (1995) je po njihovem mnenju pokazala na pomanjkanje spoštovanja do avtonomije in pravic uporabnikov, saj naj bi kar 82 odstotkov timov AOS upravljalo s financami vključenih uporabnikov. Avtorji so namreč mnenja, da daje kontroliranje posameznikovih financ osebju možnost za vzpostavitev relativno velike kontrole nad njegovim življenjem. Ugotovili so tudi, da 80 odstotkov programov AOS izvaja še kontrolo nad jemanjem predpisane terapije. Poudarjanje kontrole nad zdravlili kaže na stigmatizacijo in etiketiranje uporabnikov, ki ne sledijo željam družbe, še posebej njihovim zdravnikom.

Avtor omenja študijo, ki so jo opravili Beard in njegovi sodelavci (Beard in drugi, 1978 v Gomory 1999). Ta se nanaša na delovanje programa terenskega dela organizacije *Fountain House*. Ugotovili so, da je osebje v primerih, ko je uporabnik z njimi želel prekiniti stike, za razliko od programov AOS, v celoti upoštevalo njegovo željo. Ravno to dejstvo kaže na veliko razliko med programom *Fountain House* in programi AOS, ki uporabljajo prisilo. Neupoštevanje želja uporabnikov in potreba po spremembi

njihovega vedenja, na podlagi katerega bi lahko upravičevalo uspešnost metod dela, sta karakteristiki, značilni samo za program AOS.

Spindel in Nugentova (2001) še menita, da je program AOS zastarel, saj pravice vključenih uporabnikov osebju tima niso preveč pomembne. Vsekakor ne tako pomembne, kot jim je delovanje v »korist« uporabnikov, navkljub njihovem protestu. Opravičilo za izvajanje socialne kontrole se po njunem mnenju nahaja v številnih člankih, ki ljudi z duševnimi motnjami opisujejo kot zelo nepovezane s službami pomoči. Opisujejo jih tudi kot pogoste koristnike bolnišničnih storitev ter urgentne pomoči, zaradi česar jih je potrebno vključiti v program asertivnega terenskega dela, ki jim zagotavlja intenzivne in neprekinjene rehabilitacijske storitve. Menita, da so zaradi tega tisti, ki ne želijo sodelovati s službami, označeni kot negativni ter zaradi tega potrebni ustrezne obravnave. To je po njunem mnenju nespoštljiv odnos do pravice vsakega posameznika, da odloča o svojem življenju.

1.9.2 Raziskave o učinkih programov asertivne obravnave v skupnosti

1.9.2.1 Neodvisnost raziskav

Številne študije, so po mnenju Spindelove in Nugentove (2001) opravili raziskovalci, ki pri svojem raziskovalnem delu niso bili neodvisni. Tudi študija Dixona in sodelavcev (1995), v kateri so preučevali raziskavo opravljeno v Baltimoru (ang. *The Baltimore experiment*), je potrdila to domnevo, saj so bili vsi avtorji raziskave povezani s Centrom za raziskovanje služb dušenega zdravja, ki deluje v okviru oddelka za psihiatrijo Univerze Maryland v Baltimoru.

Gomory (1999) pravi, da raziskave največkrat opravljajo raziskovalci, ki so sami del programov AOS, s čimer krepijo svojo strokovno pozicijo in moč. Ker ne želijo priti v navzkrižje z interesi, si niti ne prizadevajo kritično oceniti svojih raziskav. Zaradi tega skoraj noben oz. zgolj redki raziskovalci zmorejo kritično oceniti metodo, ki so jo uporabili v svojih študijah.

V nekaterih študijah ni bilo jasnega razmerja med raziskovalci ter tistimi, ki so bili vključeni v raziskave. V nekaterih študijah je podatke zbiralo kar osebje programa, velikokrat pa so sami odločali o tem, ali se je izboljšalo funkcioniranje uporabnikov. Ugotovitve osebja pa niso bile zmeraj potrjene s strani neodvisnih raziskovalcev (McGrew in drugi, 1995).

1.9.2.2 Neustrezni instrumenti

Nekateri raziskovalci so za preučevanje uporabili dokumentacijo programa, pravilnike in proceduralna navodila, dokumente z besedilom o poslanstvu programa, namesto da bi uporabili metodo neposrednega opazovanja. Nekateri izmed njih so enkrat mesečno obiskali tim AOS, bili prisotni na sestankih osebja ter opravljali intervjuje z odgovornimi nosilci programov, ne pa z uporabniki programa (Teague in drugi, 1995).

1.9.2.3 Vprašljivost proučevanih kazalcev

Spindelova in Nugentova (2001) sta mnenja, da raziskovalci pogosto niso bili prepričani, če preučevani program dejansko temelji na modelu AOS, saj sploh niso vedeli, katere so osnovne značilnosti AOS modela. Deci in sodelavci (1995) so ugotovili, da je samo 45 odstotkov programov, ki so jih vključili v različne raziskave, dejansko ustrezalo AOS modelu.

Mnoge študije niso temeljile na konkretnih ter merljivih kazalcih uspešnosti programa, kot je npr. število ponovnih hospitalizacij, ampak zgolj na manj konkretnih kot je npr. kvaliteta življenja (McGrew in sodelavci, 1995). V večini študij so raziskovalci uporabnike spremljali relativno kratek čas, ponavadi dve leti ali manj. Avtorji menijo, da je časovno obdobje, ki so ga namenili za spremljanje napredka uporabnikov s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, bistveno prekratko, zaradi česar dvomita tudi v rezultate opravljenih študij.

1.9.3 Neposredno delo z uporabniki

1.9.3.1 Uporabnik sodeluje s celim timom

Uporabnik, vključen v program asertivnega terenskega dela, mora vzpostaviti delovni odnos s timom in ne samo z enim samim strokovnjakom. Znano pa je, da je vsakemu človeku zelo težko, če že ne kar nemogoče, vzpostaviti topel in zaupen odnos s »timom« oz. skupino strokovnjakov. To pa je še posebej težka preizkušnja za osebe z duševnimi motnjami (Spindel in Nugent, 2001).

1.9.3.2 Tim zadovoljuje vse potrebe uporabnikov

»Trditve zagovornikov programa AOS, da lahko tim strokovnjakov zagotovi vse storitve, ki jih uporabnik potrebuje, je filozofsko naivna in je v praksi dokazano neizvedljiva. Takšne utopične trditve ne temeljijo na nobeni osnovi, seveda pa še kako pripomorejo k dvigu tržne vrednosti programa« (Gomory, 1999: 6).

1.9.3.3 Negativno stereotipiziranje uporabnikov storitev

O uporabnikih, ki jih obravnava tim strokovnjakov, se lahko ustvari zelo slabo mnenje. Zunanjemu opazovalcu se lahko zazdi, da so tako nenormalni, slabi ali drugačni, da jih mora zaradi tega obravnavati cela množica strokovnjakov. Sporočilo, ki se s tem sporoča skupnosti, ki ljudi z duševnimi motnjami že tako ali tako ne sprejema najbolje, lahko prepreči njihovo ponovno vključitev v normalno življenje (Spindel in Nugent, 2001).

1.9.3.4 Profesionalizacija posameznikovih potreb

Veliko služb skupnostne skrbi se osredotoča na izgradnjo neformalne podporne mreže oseb s težavami v duševnem zdravju, ki živijo v skupnosti. Tak pristop se uporablja pri osebah, obolelih za aidsom, osebah z motnjami v duševnem razvoju in

osebah s težavami v duševnem zdravju. Čeprav mnogo od teh oseb potrebuje določeno mero strokovne pomoči, pa je cilj, ki ga želijo doseči službe, prenos skrbi na neformalno socialno mrežo. Z uporabo timskega pristopa program AOS odmika od tega trenda, saj profesionalizira potrebe uporabnikov, s tem pa jih dela odvisne od strokovnih storitev (Spindelova in Nugentova, 2001).

1.9.3.5 Pomanjkanje poudarka na podporni mreži uporabnikov

Če želi neka služba uporabnikom resnično pomagati pri izgradnji njihove neformalne podporne mreže, ki jo tvorijo družina in prijatelji, potem morajo biti po mnenju Spindelove in Nugentove (2001) njene storitve dostopne, lahko razumljive in uporabnikom prijazne. Po mnenju avtoric pa timi AOS niso takšni. Z veliko mero strokovne podpore, ki jo timi zagotavljajo, namreč družina in prijatelji pogosteje prekinejo sodelovanje z uporabniki, saj predvidevajo, da za njih v celoti »poskrbijo« strokovnjaki. Takšen pristop tako zelo pogosto vnese distanco med uporabniki in ljudmi iz njihove socialne mreže.

1.9.3.6 Asertivno terensko delo je napad na uporabnike

Asertivno terensko delo zagotavlja neprekinjeno obravnavo. Takšen način dela po mnenju Gomoryja (1999) upravičujejo s trditvijo, da lahko doseženi pozitivni učinki pri uporabnikih izginejo, če se obravnava prekine. Avtor dodaja, da program AOS ne loči med delom, ki ga morajo opraviti strokovnjaki ter »delovnimi nalogami« uporabnikov. Kot ilustracijo svojih misli opiše poročanje Steina in Testove (1976 v Gomory, 1999), ki sta zapisala, da so psihiater in ostali člani tima v primerih, kadar se uporabnik ni pojavil v službi, odšli na njegov dom, ga spravili iz postelje ter pospremili v službo.

Strokovnjaki, zaradi njihovega »napada na dom upornega uporabnika«, s »pomočjo« katerega bi ta odšel na delo, niso dosegli terapevtskega cilja. Kvečjemu so s tem dokazali, da lahko uporabnika spravijo v službo s pomočjo sile, zaradi česar pa je nemogoče trditi, da se je s tem izboljšala motiviranost uporabnikov za delo (Gomory, 1999: 7).

1.9.3.7 Preusmerjanje časa in energije za delovanje tima

Delo v timu zahteva od članov tima veliko časa in energije za vzpostavljanje ter ohranjanje ustreznega medsebojnega odnosa. Strokovnjak, ki ne dela v timu in dela z uporabnikom kot posameznik, se lahko osredotoči samo na uporabnika. Namesto, da bi energijo usmerjal v ohranjanje tima, jo lahko usmeri npr. v pomoč pri izgradnji socialne mreže uporabnika (Solomon in Draine, 1995).

2 PROBLEM

2.1 Izhodišče raziskave

Program Pisarna za svetovanje (v nadaljevanju PIS), kot ga izvajamo v društvu Ozara, se v relativno kratkem času še ni popolnoma izoblikoval. Ostajajo številna odprta vprašanja, ki se nanašajo predvsem na neizdelane standarde in normative ter nekatere organizacijske nejasnosti. Za razliko od programov asertivnega terenskega dela v tujini, zlasti Asertivne obravnave v skupnosti, ki je najpogosteje preučevan program duševnega zdravja v skupnosti, pa o programu PIS ni bilo opravljene še nobene študije.

2.2 Problem raziskave

S pomočjo raziskave oz. analize vprašalnikov in dnevnikov osmih strokovnih delavcev programa PIS sem želel ugotoviti, ali je način terenskega dela, ki ga ponuja program PIS, primeren ter smiseln za celotno populacijo oseb s težavami v duševnem zdravju, ali zgolj za specifično ciljno skupino znotraj te populacije. Preveriti sem želel učinke terenskega dela na vključene uporabnike ter prednosti in slabosti takšnega dela. Želel sem spoznati, kakšen naj bo lik terenskega delavca oz. katere spretnosti (poklicne in osebne) naj poseduje terenski delavec. Ker strokovni delavci programa PIS že dalj časa opozarjajo na številne ovire, ki izhajajo iz neurejenih pogojev dela, sem hotel ugotoviti, katera orodja oz. pripomočki so potrebni za učinkovito terensko delo. Izvedeti sem hotel tudi to, katere storitve in dela opravljajo strokovni delavci programa ter koliko časa porabijo za posamezno opravilo. Predvsem pa sem želel ugotoviti, kakšen odstotek dela opravijo strokovni delavci programa PIS na terenu oz. domovih uporabnikov.

Sam, pa tudi številni sodelavci, ki smo se poskusili v vlogi terenskih delavcev, smo namreč na podlagi lastnih izkušenj dobili občutek, da ima terensko delo z ljudmi z izkušnjo duševne stiske številne prednosti v primerjavi z drugimi, bolj tradicionalnimi programi duševnega zdravja v skupnosti. Po drugi strani pa smo se zavedali, da za

to delo potrebujemo tudi specifične spretnosti, ki pa jih nikoli nismo znali jasneje artikulirati. Vedno znova smo se spraševali, kateri prostori so sploh primerni za opravljanje tovrstnega dela. Tako smo morali nadrejenim velikokrat pojasnjevati, zakaj smo se z določenim uporabnikom sestali naprimer v parku ali celo v lokalu ter opravičevati marsikateri prevožen kilometer. Nemalokrat smo se med obiskom na uporabnikovih domih znašli v kočljivih situacijah, med katere sodijo tudi sicer redki, a zelo resni poskusi fizičnega obračunavanja. Kljub temu pa smo čutili, da lahko ima terensko delo zelo pozitivne učinke na vključene uporabnike. Res pa je, da smo pogosto razmišljali tudi o tem, kdo izmed njih je sploh primeren oziroma upravičen do vključitve. Zagato so nam povzročali tudi ohlapni normativi o pogostosti obiskovanja na domu ter trajanju obiska, še posebej zato, ker so številni uporabniki pričakovali ali celo zahtevali, da se pri njih oglašamo pogosteje. Številni izmed njih so bili prepričani, da smo jim strokovni delavci dolžni počistiti stanovanje ali pospremiti v trgovino, četudi so to lahko brez težav naredili sami.

Ker sem želel dobiti čimveč odgovorov na zgornja vprašanja, poleg tega pa razjasniti že opisane strokovne dileme, sem hotel z raziskavo ugotoviti sledeče:

- na kaj so strokovni delavci pozorni pri prvem obisku uporabnika na domu
- katere spretnosti (strokovne in osebne) jim pri delu najbolj koristijo
- na katerih lokacijah se sestajajo z uporabniki
- v kateri situaciji so se počutili najbolj nelagodno oz. kaj jih je najbolj prijetno presenetilo
- katera orodja oz. pripomočki so potrebni za učinkovito terensko delo
- kakšne so prednosti ter pomanjkljivosti terenskega dela
- kaj je potrebno pri terenskem delu spremeniti, dopolniti in izboljšati
- kakšne koristi imajo od terenskega dela uporabniki
- za katere uporabnike je terensko delo najbolj primerno
- katere storitve opravljajo strokovni delavci
- koliko storitev dejansko opravijo na terenu
- katera druga dela poleg strokovnega dela še opravljajo

S pomočjo standardov, ki veljajo za programe asertivnega terenskega dela v tujini ter na podlagi nekaterih kriterijev, ki jih v javnih razpisih postavlja Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, pa sem oblikoval še spodnje hipoteze:

1. 70 odstotkov opravil, ki jih opravijo strokovni delavci programa PIS se nanaša na strokovno delo, zgolj 30 odstotkov pa na ostala, pretežno administrativna dela.
2. Program PIS je program terenskega dela, strokovni delavci pa 75 odstotkov strokovnega dela z neposrednimi uporabniki programa opravijo na terenu.
3. Program PIS je program, ki temelji na individualni obravnavi, strokovni delavci pa pri delu z neposrednimi uporabniki programa (osebami s težavami v duševnem zdravju) vsaj 80 odstotkih primerov uporabijo metodo dela s posameznikom.

Pri oblikovanju prve hipoteze sem upošteval podatke iz razpisne dokumentacije, s katero smo uspeli program PIS umestiti med tiste dopolnilne programe socialnega varstva, ki jih Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve sofinancira v petletnem obdobju. Do njih smo prišli na podlagi predvidevanj, temelječih na številnih pripombah terenskih delavcev, da se vsaj tretjino svojega časa ukvarjajo z administrativnimi deli. Razlog za takšen relativno velik odstotek najverjetneje tiči v programskem načinu financiranja ter posledično neurejenih pogojih dela.

Druga hipoteza se nanaša na normativ, ki velja za programe asertivnega terenskega dela v Združenih državah Amerike in Kanadi (Allness in Knoedler, 2003; Ministry of Health and Long-Term Care, 2004). Ta normativ in ostale so, kot so zapisali v predgovoru, izdelali na podlagi dvajsetletnega dela in testiranj na terenu. Povod za oblikovanje standardov in normativov je bil neuspeh novejših programov asertivnega terenskega dela pri doseganju takšnih pozitivnih rezultatov, kot jih je prvotni program. Zaradi tega so določili minimalne zahteve, ki jih mora določen program zadostiti, če želi pri uporabnikih doseči zelene učinke. Standardi in normativi so oblikovani z namenom določitve optimalnega razmerja med količino opravljenih storitev, kadrom,

ki je za njihovo izvajanje potreben ter njihovo kakovostjo. Še zlasti pa so pomembni, ker zagotavljajo kvaliteto strokovnega dela ter omogočajo korektno primerjavo med istovrstnimi programi in storitvami. Žal pa v Sloveniji tovrstni standardi za program PIS, kot tudi ostale programe duševnega zdravja, ne obstajajo. Zaradi tega Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve velikokrat postavlja pavšalne kriterije, brez jasnih strokovnih meril. Ti se iz leta v leto spreminjajo ter celo poostrujejo v skladu z razpoložljivimi finančnimi sredstvi, kar pa izvajalcem predstavlja številne preglavice.

Tretja hipoteza je zgolj plod mojih predvidevanj in razmišljanj o tem, kolikšen delež časa naj bi strokovni delavec v programu PIS, ki temelji na individualiziranem pristopu, dejansko namenil metodi dela s posameznikom. Osebnostno menim, da mora biti razmerje med to in ostalimi metodami dela (kot na primer delo s skupino ali skupnostjo) v tem programu vsaj v razmerju 80 proti 20 v prid metode dela s posameznikom. Terensko delo namreč povečini poteka na domovih uporabnikov, kjer pa skupinsko delo, zaradi naravnosti tega pristopa posamezniku, ni ustrezna metoda dela. Iz tega izhaja dejstvo, da lahko delo s skupino poteka izključno v javnih prostorih.

2.3 Raziskovalni načrt

Raziskovalni načrt sem razdelil na več posameznih faz. V prvi sem določil vrsto raziskave, s katero sem želel odgovoriti na raziskovalna vprašanja ter preveriti zastavljene hipoteze. Za kvalitativno raziskavo sem se odločil zato, ker nisem imel oprijemljivih predhodnih informacij o terenskem delu z ljudmi v duševni stiski in ker sem želel priti do dodatnih informacij, ki jih nisem mogel vnaprej predvideti. Nato sem določil ciljno populacijo in njihovo število ter oblikoval dodatni kriterij, ki mi je pomagal pri njihovi izbiri. V raziskavo sem se odločil vključiti vse strokovne delavce programa PIS, ki opravljajo terensko delo neprekinjeno vsaj leto dni. Nadalje sem izdelal vprašalnik in navodila za pisanje dnevnika, na podlagi katerih bi bilo možno priti do uporabnih informacij za nadaljnjo obdelavo. V naslednji fazi sem izdelal terminski načrt izvedbe raziskave, v kateri sem upošteval čas, potreben za izvedbo vseh faz raziskovalnega načrta. V njem sem tudi določil, da mora pisanje dnevnikov potekati v

mesecu marcu, saj je to mesec, za katerega je značilen običajen potek in obseg dela. Nato sem vprašalnike in navodila v skladu s terminskim načrtom po elektronski pošti razdelil med identificirane terenske delavce. Le-te sem z raziskavo predhodno seznanil na enem izmed skupnih timskih sestankov, ki sem ga predvidel že v terminskem planu. Sledilo je zbiranje podatkov in njihova obdelava. Uporabil sem metodo kvalitativne analize, nekatere podatke pa dodatno kvantitativno obdelal. V zadnji fazi sem dobljene rezultate prikazal še v tabelah in grafih.

3 METODOLOGIJA

3.1 Vrsta raziskave

Raziskava, ki sem jo razdelil na dva dela, je kvalitativna oz. deskriptivna. Uporabil se kvalitativno analizo - besedno opisno. V prvem delu sem na podlagi osebnih izkušenj strokovnih delavcev programa PIS želel ugotoviti, kako se odzivajo na različne situacije na terenu, na kaj so pozorni pri prvem stiku z uporabnikom v njegovem okolju, kako se znajdejo v različnih situacijah, na kakšen način zaznavajo učinek terenskega dela pri uporabnikih, v katerih primerih je bila njihova pomoč na terenu še posebej učinkovita ter kaj bi bilo potrebno v zvezi s terenskim delom v prihodnje še spremeniti in izboljšati. V drugem delu raziskave pa sem želel ugotoviti, katere storitve opravljajo strokovni delavci, koliko jih opravijo v pisarni ter koliko na terenu, kakšno je razmerje med strokovnim delom ter administrativnim delom ter koliko časa so porabili za posamezne storitve in opravila.

Pri načrtovanju prvega dela raziskave nisem izhajal iz vnaprej postavljenih hipotez, ki bi jih preverjal, ampak sem želel na osnovi vprašalnikov priti do odgovorov na zastavljena vprašanja. V drugem delu raziskave pa sem uporabil tri hipoteze, ki sem jih oblikoval na podlagi standardov in normativov, veljavnih za programe terenskega dela v tujini, ter na podlagi kriterijev, ki jih postavlja Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.

3.2 Merski instrument in viri podatkov

Zbiranje podatkov za prvi del raziskave je potekalo s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Tega sem sestavil sam, delno s pomočjo literature. Pri oblikovanju vprašanj sem imel v mislih številne izkušnje in konkretne situacije, na katere sem kot terenski delavec naletel, še zlasti pa številne dileme, ki so se mi pri tem porajale. Številne izmed njih sem opisal že v prejšnjem poglavju. Vprašanja so bila odprtega tipa, saj sem želel strokovnim delavcem ponuditi dovolj manevrskega prostora za odgovore. Ravno zaradi tega vprašancem pri posameznih vprašanjih nisem določil

praznega prostora za odgovor. S tem bi namreč lahko omejeval njihove odgovore. Pri oblikovanju vprašanj sem se držal principov jasnosti (kratka, nedvoumna vprašanja) ter logičnosti (njihov vrstni red sledi vsebini). Vprašalnik ni vseboval posebnih navodil. Prosil sem ji le, da na vprašanja odgovarjajo kratko ter da pri tem izhajajo predvsem iz svojih lastnih izkušenj. Na koncu vprašalnika sem jim ponudil možnost, da dodajo lastna razmišljanja oz. tisto, česar morebiti nisem zajel s vprašanji. S tem sem predvsem hotel priti do informacij, ki niso vnaprej pričakovane.

V vprašalniku sem jim zastavil spodnja vprašanja:

- Katere spretnosti so vam pri obisku na domu najbolj koristile?
- Na kratko opišite situacijo v kateri ste se počutili najbolj nelagodno.
- Na katere stvari ste pozorni pri prvem obisku uporabnika na domu?
- Za katere uporabnike je po vašem mnenju terensko delo še posebej primerno?
- Na katerih lokacijah, razen uporabnikovega doma, ste se še sestali?
- Katera orodja oz. pripomočke ste oz. bi jih potrebovali za učinkovitejše terensko delo?
- Kakšne so po vaših osebnih izkušnjah prednosti terenskega dela?
- Kakšne so pomanjkljivosti?
- Kaj bi bilo po vašem mnenju pri terenskem delu potrebno spremeniti, dopolniti, izboljšati?
- Kakšne koristi imajo po vašem mnenju od terenskega dela uporabniki?

V drugem delu raziskave sem uporabil dnevnike o opravljenem delu strokovnih delavcev. Pred pisanjem dnevnikom jim nisem dal posebnih navodil. V kratkem elektronskem pismu sem jih prosil le to, da v dnevnike skrbno zapišejo vse storitve, dela in opravila, ki jih v obdobju enega meseca opravijo na posamezen dan, ter pripišejo njihovo trajanje. Opomnil sem jih še, da beležijo še vse ostale obveznosti, ki se zgolj posredno nanašajo na njihovo delo oz. delovanje programa, kot tudi morebitno odsotnost z delovnega mesta.

3.3 Populacija in vzorčenje

Populacijo predstavlja osem strokovnih delavcev društva Ozara, ki so izvajalci programa PIS v naslednjih krajih z okolico: Kranj, Jesenice, Nova Gorica, Izola, Novo mesto, Brežice, Celje in Ravne na Koroškem. To seveda ni slučajni vzorec, temveč neslučajni oz. namenski vzorec. Dodatni kriterij, ki sem ga upošteval pri izboru subjektov, je ta, da strokovni delavci vsaj leto dni opravljajo terensko delo.

3.4 Zbiranje podatkov

Vprašalnike in navodila za pisanje dnevnikov sem strokovnim delavcem (po predhodnem osebem dogovoru) poslal po elektronski pošti. Prav vsi so izpolnili vprašalnike oz. pisali dnevnike v delovnem okolju med delovnim časom in sicer meseca marca 2006. Izpolnjevanje vprašalnikov je v povprečju trajalo 40 minut, za pisanje dnevnikov, te je večina pisala sproti, nekateri pa po zaključku delovnega dne, pa so v povprečju porabili 15 minut na dan (v celotnem mesecu so porabili 345 minut oz. 5 ur in 45 minut). Strokovni delavci so z veseljem izpolnili vprašalnike, pri nekaterih pa sem občutil malce negotovanja zaradi prošnje po pisanju dnevnikov. Vsi pa so pohvalili problem raziskave in izrazili željo, da se program PIS oz. terensko delo tudi s pomočjo raziskave spravi v ustrezen pravno-formalni okvir ter kot takšno predstavi laični in strokovni javnosti.

V nadaljevanju sledi primer enega izmed izpolnjenih vprašalnikov:

V: Na katere stvari ste pozorni pri prvem obisku uporabnika na domu?

O: Na začetku si ogledam v kakšnih stanovanjskih razmerah živi, s kom živi, po večkratnih obiskih tudi opazujem vloge, ki jo ima uporabnik v družini, kakšni so vzorci v družini. Pri prvem obisku upoštevam njegove želje glede sezuvanja, v katerem prostoru se želi pogovarjati...

V: Katere spretnosti (osebne, profesionalne) vam pri obiskovanju na domu najbolj koristijo?

O: Upoštevanja načina življenja in prilagoditev le temu, empatija, znanje dobrega poslušanje, pozornost na potrebe posameznika, dobro opazovanje neverbalne komunikacije

V: Na katerih lokacijah, razen uporabnikovega doma, ste se še sestali?

O: V lokalu, v knjižnici, na Zavodu za zaposlovanje, pri psihiatru, splošnemu zdravniku, na Davčni upravi, na Centru za socialno delo, na občini, v parku, v knjigarni, v trgovini...

V: Na kratko opišite situacijo v kateri ste se počutili najbolj nelagodno.

O: Pri obisku starejše uporabnice, ki živi skupaj s svojim vnukom v enosobnem stanovanju. Med obiskom sta oba ležala na postelji, v prostoru je bilo temno. Med pogovorom z uporabnico je vnuk spal. Ta vnuk pa velja za zelo agresivnega, zato jih tudi center za socialno delo ne želi obiskovati. Drugi primer pa je uporabnik, ki je med pogovorom iz žepa izvlekel nož.

V: Kaj vas je najbolj prijetno presenetilo?

O: Ob obisku uporabnice je njeno stanovanje razmetano, gospa si ne kuha, ne skrbi za svojo higieno, ob naslednjem obisku pa je uporabnica urejena, ima pospravljeno stanovanje in ni več v takšni osebni stiski.

V: Katera orodja oz. pripomočke ste oz. bi jih potrebovali za učinkovitejše terensko delo?

O: Službeni avto z urejenim zavarovanjem za sopotnika, dodatek za terensko delo...

V: Kakšne so po vaših osebnih izkušnjah prednosti terenskega dela?

O: Obisk uporabnika v njegovem domačem okolju, v katerem je bolj sproščen in bolj pripravljen za odkrit pogovor in izražanje svojih potreb. Hkrati pa določenim uporabnikom, ki imajo težave in so v duševni krizi ter ne zmorejo priti sami do pisarne, hitrejše in bolj neposredno nudimo naše storitve.

V: Kakšne so pomanjkljivosti?

O: Težje postavljanje mej med strokovnim delavcem in uporabnikom, pretirana domačnost, predvsem pa motena individualni razgovor z uporabnikom s strani njihovih svojcev.

V: Kaj bi bilo po vašem mnenju pri terenskem delu potrebno spremeniti, dopolniti, izboljšati?

O: Vsekakor bi bilo zaželeno, da bi terensko delo opravljale tudi druge službe. Tako bi drug drugega razbremenjevali in se dopolnjevali.

V: Kakšne koristi imajo po vašem mnenju od terenskega dela uporabniki?

O: Pomoč prejmejo tam, kjer jo potrebujejo; sami odločajo kje in kdaj; imajo zagotovljeno spremstvo, kadar ga potrebujejo,...

V: Za katere uporabnike je po vašem mnenju terensko delo še posebej primerno?

O: Terensko delo se mi zdi najbolj primerno za ljudi, ki zaradi fizičnih razlogov ne morejo iz hiše, imajo pa željo po sodelovanju ter tiste, ki se želijo srečati na nevtralnem področju.

V nadaljevanju sledi primer izpolnjenega dnevnika enega izmed strokovnih delavcev (predstavljeni so zgolj štiri delovni dnevi):

1. marec 2006:

8.00-8.20 prihod v službo, pregled pošte, popis pošte in odgovarjanje na elektronsko pošto

8.20-9.00 zaključevanje mesečne blagajne

9.00-9.45 pisanje mesečnega poročila

9.45-10.00 priprava na implementacijo individualnega načrta z uporabnico N.M.

10.00-12.00 implementacija individualnega načrta N.M.

12.00-12.45 obisk v pisarni B.Š. in razgovor

12.45-13.15 malica

13.15-13.35 pošta (pošiljanje priporočene pošiljke)

13.35-14.15 popis osebnih map

14.15-15.00 delo na terenu in razgovor s prostovoljcem E.J glede dela z uporabnikom. Dogovor za skupni obisk uporabnika.

15.00-16.00 obisk predsednika Foruma svojcev- g. Eda Belaka. Sestanek.

2. marec 2006:

8.00 prihod v službo

8.00-8.15 prebiranje in odgovarjanje na pošto in elektronsko pošto

8.15-8.45 nabava pisarniškega materiala in reprezentance

8.45-9.00 telefonski razgovor z uporabnico A.A.

9.00-9.15 telefonski razgovor z uporabnikom E.J.

9.15-10.00 obisk strokovne delavke iz Sožitja. Sestanek.

10.00-10.15 razgovor z vodjo družbenih dejavnosti v zvezi z določitvijo datuma za skupni sestanek, glede pridobitve dodatnega prostora.

10.15-10.45 intervizija s sodelavko Danilo. Koordinacija dela.

10.45-11.15 malica

11.15-12.15 priprava na skupino za samopomoč. Delavnica »Pot k dobremu počutju« (drugi del- Gibanje)

12.15-13.15 razgovor z uporabnico in sestanek glede internega glasila Volčin. Dogovori in povratna informacija glede dela.

13.15-13.30 priprava pijače in prostora na srečanje skupine za samopomoč

13.30-15.15 257. srečanje skupine za samopomoč. Izvajanje delavnice Pot k dobremu počutju-2. del- Gibanje.

15.15-15.45 pisanje zapisnika skupine za samopomoč.

15.45-16.00 pregled elektronske pošte.

3. marec 2006:

8.00- 8.30- prihod v službo in pregled pošte in elektronske pošte. Odgovori na elektronsko pošto.

8.30-9.15 razgovor z uporabnico V.M. iz Trebnjega.

9.15-10.15 uvajanje nove sodelavke iz Črnomlja v delo. Dogovori glede organizacije skupine za samopomoč v Črnomlju.

10.15-11.30 delo na terenu. Obisk uporabnice Z.G. na domu.

11.30-12.00 malica

12.00-14.00 kolegij zaposlenih. Priprava in organizacija dela za naslednji teden.

14.00-14.20 priprava in pošiljanje tedenskega plana vodji programa.

14.20-15.30 pisanje mesečnega poročila (evidence)

15.30-16.00 pregled elektronske pošte in odgovor nanjo.

6. marec 2006:

8.00-8.30 prihod v službo in pregled pošte in elektronske pošte. Odgovor na elektronsko pošto.

8.30-9.00 obisk strokovnega sodelavca iz društva Liga proti epilepsiji. Dogovor za sodelovanje in souporabe sejne sobe.

9.00-9.15 telefonski pogovor z uporabnico I.J., ki vodi skupino za samopomoč glede »neupoštevanja« pravila zaupanja s strani enega uporabnika. Iskanje skupnih rešitev.

9.15-9.30 telefonski razgovor s pravnico Janjo Močan glede sistemizacije delovnih mest in dogovor za aprilski sestanek.

9.30-9.45 telefonski razgovor s prostovoljcem I.M. glede organizacije skupnega izleta. Dogovor za sestanek.

9.45-10.55 telefonski razgovor z uporabnikom E.J.

11.00-11.30 malica

11.30-12.45 delo na terenu. Sestanek z novinarko Darjo Zupančič in dogovor za nadaljnje sodelovanje in promocije novosti na društvu Ozara.

12.45-13.30 popis personalnih map

13.30- 14.00 obisk strokovnega sodelavca iz društva Ilco. Dogovor za donacijo.

14.00-15.30 sestanek sodelavcev (Danila, Simona in Vesna). Strategija iskanja prostora za širitev PIS v Črnomelj.

15.30-16.00 preverjanje elektronske pošte in odgovor nanjo.

3.5 Obdelava in analiza podatkov

Podatke sem obdelal kvalitativno, uporabili sem kvalitativno analizo. Odgovore na zastavljena vprašanja in dnevnike sem razčlenili, jih kodirali ter prikazal v tabelah.

3.5.1 Izbor relevantnih delov besedila

Iz osmih izpoljenih vprašalnikov sem izpisal besede, stavke ter tiste dele besedila, ki se nanašajo na predmet raziskave. Izpustil sem dele besedila, ki govorijo o čem drugem. Iz dnevnikov, teh je prav tako osem, sem izpustil zgolj tiste dele, ki so se nanašali na odsotnost z dela (dopusti, koriščenje nadur, bolniški stalež, čas za malico ipd.).

3.5.2 Razčlenitev besedila na teme in poimenovanje

Celotno besedilo (uporabno, relevantno) in izjave iz prvega dela raziskave sem glede na raziskovalni problem razdelil na teme. Te so:

- vzpostavitev delovnega odnosa z uporabnikom
- profil terenskega delavca
- prednosti terenskega dela in njegovi učinki
- pomanjkljivosti terenskega dela ter predlogi za spremembo
- ciljna populacija za terensko delo

Besedilo iz drugega dela raziskave pa sem glede na raziskovalni problem oz. delovne hipoteze razdelil na naslednje teme:

- strokovno delo
- administrativno delo
- notranja organizacija
- zunanja organizacija
- druga dela
- ostalo

Sledita primera razčlenitve besedila in poimenovanja in sicer ločena za oba dela raziskave:

ŠT.	IZJAVA	POJMI
I.	Vzpostavitev delovnega odnosa z uporabnikom	
1.	Na začetku si ogledam v kakšnih stanovanjskih razmerah živi...	(1) Bivalne razmere, ocenjevanje
2.	... s kom živi...	(2) Primarna socialna mreža, status
3.	... po večkratnih obiskih opazujem vloge, ki jo ima v družini, kakšni so vzorci v družini	(3) Družinske vloge in vzorci, opazovanje
4.	Pri prvem obisku upoštevam njegove želje glede sezuvanja...	(4) Upoštevanje želja in navad, sezuvanje
5.	...v katerem prostoru se želi pogovarjati...	(5) Prostor za delo
6.	Kraj bivanja, pot do tja v kilometrih in v času...	(6) Kraj bivanja, razdalja in čas, ocenjevanje
7.	... razlog zakaj sem tam (izraženo s strani uporabnika)...	(7) Razlog za terensko delo
8.	...ugotavljanje vzrokov, zaradi katerih je ta oseba potrebna pomoči...	(8) Preverjanje razloga za terensko delo
9.	...število in razmerje ter kvaliteta odnosa do uporabnika z ljudmi, ki k njemu prihajajo...	(9) Medosebni odnosi, kvantiteta in kvaliteta, ocenjevanje
10.	...mobilnost uporabnika...	(10) Stanje uporabnika, ocenjevanje
11.	njegova iniciativa pri sodelovanju	(11) Pripravljenost uporabnika za sodelovanje
12.	moje osebno ujemanje/neujemanje s to osebo	(12) Pogoji za sodelovanje, ujemanje
13.	...izstopajoče malenkosti...	(13) Pozornost na detajle, opazovanje
14.	Odnosi med družinskimi člani...	(14) Medosebni odnosi, opazovanje
15.	...urejenost bivališča	(15) Bivalni pogoji, ocenjevanje
16.	Na njegovo počutje...	(16) Počutje uporabnika

Tabela 3.1 Razčlenitev besedila ter poimenovanje v prvem delu raziskave

ŠT.	IZJAVA			POJMI
I.	Strokovno delo	Enota	Trajanje	
1.	priprava na implementacijo individualnega načrta z uporabnico	nm1	15	(1) Priprava na delo
2.	implementacija individualnega načrta N.M.	nm1	120	(2) Delo s posameznikom
3.	obisk v pisarni B.Š. in razgovor	nm1	45	(3) Delo s posameznikom
4.	popis osebnih map	nm1	30	(4) Belež. in vodenje dokum.
5.	delo na terenu in razgovor s prostovoljcem E.J glede dela z uporabnikom. Dogovor za skupni obisk uporabnika.	nm1	45	(5) Delo s posameznikom
6.	telefonski razgovor z uporabnico A.A.	nm1	15	(6) Delo s posameznikom
7.	telefonski razgovor z uporabnikom E.J.	nm1	15	(7) Delo s posameznikom
8.	intervizija s sodelavko Danilo. Koordinacija dela.	nm1	30	(8) Strokovno napredovanje
9.	priprava na skupino za samopomoč. Delavnica »Pot k dobremu počutju« (drugi del- Gibanje)	nm1	60	(9) Priprava na delo
10.	srečanje skupine za samopomoč. Izvajanje delavnice Pot k dobremu počutju- 2. del- Gibanje.	nm1	105	(10) Delo s skupino
11.	razgovor z uporabnico V.M. iz Trebnjega.	nm1	45	(11) Delo s posameznikom
12.	delo na terenu. Obisk uporabnice Z.G. na domu.	nm1	75	(12) Delo s posameznikom
13.	telefonski pogovor z uporabnico I.J., ki vodi skupino za samopomoč glede »neupoštevanja« pravila zaupanja s strani enega uporabnika. Iskanje skupnih rešitev.	nm1	15	(13) Delo s posameznikom
14.	telefonski razgovor s prostovoljcem I.M. glede organizacije skupnega izleta. Dogovor za sestanek.	nm1	15	(14) Delo s posameznikom
15.	popis personalnih map	nm1	45	(15) Belež. in vodenje dokum.
16.	obisk novega uporabnika M.R. in njegove mame E.R. Prvi socialni razgovor.	nm1	45	(16) Delo s parom

Tabela 3.2 Razčlenitev besedila ter poimenovanje v drugem delu raziskave

3.5.3 Kodiranje

Naslednji korak v analizi je bilo odprto kodiranje. Izvedel sem ga po temah in sicer ločeno za oba dela raziskave. Posameznim izjavam, besedam in besednim sklopom iz zgoraj navedenih tem (glej poglavje 3.5.2) sem pripisal bolj abstraktne pojme. Pri obeh delih raziskave sem upošteval tehnike neposrednega poimenovanja in iskanja sinonimov, pri prvem delu raziskave pa tudi tehniki nasprotij ter nenavadnih asociacij.

I. Vzpostavitev delovnega odnosa z uporabnikom		
1. RAVEN	2. RAVEN	3. RAVEN
(1) Bivalne razmere, ocenjevanje	(1) Bivalne razmere, ocenjevanje (15) Bivalni pogoji, ocenjevanje (19) Bivalne razmere (20) Urejenost bivalnih pogoji (23) Bivalno okolje (24) Vzdušje, bivalne razmere (29) Urejenost stanovanja, ocenjevanje	Ocenjevanje bivalnih razmer uporabnika (1), (15), (19), (20), (23), (24), (29)
(2) Primarna socialna mreža, status	(2) Primarna socialna mreža, status (3) Družinske vloge in vzorci, opazovanje (9) Medosebni odnosi, kvantiteta in kvaliteta, ocenjevanje (14) Medosebni odnosi, opazovanje (18) Medosebni odnosi, opazovanje	Opazovanje uporabnikove socialne mreže ter odnosov znotraj družine (2), (3), (9), (14), (18)
(3) Družinske vloge in vzorci, opazovanje	(10) Stanje uporabnika, ocenjevanje (16) Počutje uporabnika (17) Reakcije uporabnika (21) Počutje uporabnika (22) Vedenje uporabnika (26) Reakcija uporabnika, obrazna mimika (27) Vedenje uporabnika	Ocenjevanje uporabnikovega počutja in vedenja v okolju (16), (21), (22), (27)
(4) Upoštevanje želja in navad, sezuvanje	(4) Upoštevanje želja in navad, sezuvanje (5) Prostor za delo	Upoštevanje želja in potreb uporabnika (4), (5)
(5) Prostor za delo	(11) Pripravljenost uporabnika za sodelovanje (12) Pogoji za sodelovanje, ujemanje (25) Privolitev uporabnika (28) Sprejemanje s strani uporabnika	Preverjanje pogojev in pripravljenosti za sodelovanje (11), (12), (25)
(6) Kraj bivanja, razdalja in čas, ocenjevanje	(6) Kraj bivanja, razdalja in čas, ocenjevanje (7) Razlog za terensko delo (8) Preverjanje razloga za terensko delo	Ugotavljanje razlogov za terensko delo (6), (7), (8)
(7) Razlog za terensko delo	(13) Pozornost na detajle, opazovanje	Opazovanje detajlov (13)
(8) Preverjanje razloga za terensko delo		Ocenjevanje mobilnosti uporabnika (10)
(9) Medosebni odnosi, kvantiteta in kvaliteta, ocenjevanje		Odziv uporabnika na prisotnost terenskega delavca (17), (26), (28)
(10) Stanje uporabnika, ocenjevanje		
(11) Pripravljenost uporabnika za sodelovanje		

Tabela 3.3 Kodiranje v prvem delu raziskave

I. Strokovno delo					
1. RAVEN	OPIS	ENOTA	TRAJANJE	2. RAVEN	3. RAVEN
Delo s parom 16, 68, 198, 403, 447, 641, 722, 797, 804, 1005, 1237, 1389, 1409, 1426, 1453, 1479, 1516, 1545	(16) obisk novega uporabnika M.R. in njegove mame E.R.	nm1	45	uporabnik in svojec	pisarna
	(68) delo na terenu. Skupaj s prostovoljcem E.J. obiščeva uporabnika K.J.	nm1	60	uporabnik in prostovoljec	teren
	(198) I.O. pove, da pomaga z delom in malo dodatno zasluži. J.M. mi pove, da ima I.O. hudo stisko.	bre	30	uporabnik in svojec	pisarna
	(403) obisk uporabnice N.R. in svojca D.S.	kr	30	uporabnik in svojec	pisarna
	(447) obisk v pisarni: svojec S.P. in sin G.P.	kr	60	uporabnik in svojec	pisarna
	(641) Razgovor z uporabnikom Mariom ter njegovo ženo	jes	70	uporabnik in svojec	pisarna
	(722) individualen pogovor z go. in ga. Krmelj	jes	60	uporabnik in svojec	pisarna
	(797) obisk novega uporabnika na domu, predhodno pogovor z njegovo teto	jes	120	uporabnik in svojec	teren
	(804) klepet z uporabnikoma Brankom in Mivko	jes	90	uporabnika	pisarna
	(1005) Teren: vožnja, obisk družine (M.D.)	iz	90	svojca	teren
	(1237) Pogovor z uporabnico in prostovoljko	iz	30	uporabnik in prostovolj.	pisarna
	(1389) razgovor v pisarni-svojca D.R., vnuk Matej	rak	15	svojca	pisarna
	(1409) teren (uporabnica Š.P. in sin T.P.)	rak	90	uporabnik in svojec	teren
	(1426) teren-uporabnica J.K. in mama M.K.	rak	45	uporabnik in svojec	teren
	(1453) razgovor v pisarni s svojko D.R. in vnukom Matejem	rak	30	svojca	pisarna
	(1479) teren-uporabnica Š.P. ter oba sinova	rak	120	uporabnik in svojec	teren
	(1516) oglasita se uporabnik Z.O. s prijateljem F.L.	rak	60	uporabnik in svojec	pisarna
	(1545) razgovor S.R. in vnuk	rak	15	uporabnik in svojec	pisarna

Tabela 3.4 Kodiranje v drugem delu raziskave

3.5.4 Ureditev pojmov ter njihovo definiranje

Pojme iz prvega dela raziskave sem nato uredil v tabeli 3.5, ključne poimenoval in jih pripravil, da v sklenjeni obliki povzamem, kar sem dognal ob analizi. Pojme iz drugega dela raziskave sem smiselno vnesel v predhodno pripravljeno tabelo 3.6, ki ponazarja vsa opravila strokovnih delavcev. Glede na vrsto dela sem opravila razdelil v posamezne sklope. Tabelo sem sestavil po opravljenem kodiranju in sicer tako, da sem prvi stolpec namenil določeni temi oziroma vrsti dela (npr. strokovno delo), drugi stolpec pa podrednemu opravilu, do katerega sem prišel na podlagi prve ravni kodiranja (npr. delo s parom). Tretji in četrti stolpec sem namenil pojmom, do katerih sem prišel na drugi in tretji ravni kodiranja. Pred vnašanjem pojmov sem tabeli dodal še dva stolpca, eden izmed njih je namenjen trajanju posameznega opravila (tabela 3.7). Nato sem vsak sklop opravil dodatno obdelal tako, da sem izmeril njihovo

frekvenco ter na podlagi trajanja posameznega opravila izračunal njihovo skupno in povprečno trajanje. Dobljene rezultate sem vnesel v tabele in pripravil t.i. »stolpčne in tortne« grafe.

I. Vzpostavitev delovnega odnosa z uporabnikom	
1.	<p><u>Ugotavljanje razlogov za obisk na domu</u></p> <p>(6) Kraj bivanja, pot do tja v kilometrih in v času...</p> <p>(7) ...razlog zakaj sem tam (izraženo s strani uporabnika)...</p> <p>(8) ...ugotavljanje vzrokov, zaradi katerih je ta oseba potrebna pomoči...</p>
2.	<p><u>Ocenjevanje bivalnih razmer uporabnika</u></p> <p>(1) Na začetku si ogledam v kakšnih stanovanjskih razmerah živi...</p> <p>(15) ...urejenost bivališča</p> <p>(19) ...na bivalni prostor sam</p> <p>(20) Pozorna: red/nered</p> <p>(23) Pozorna sem predvsem na okolje v katerem živijo</p> <p>(24) ...na vzdušje njihovega doma...</p> <p>(29) ...kako ima urejeno stanovanje</p>
3.	<p><u>Opazovanje uporabnikove socialne mreže ter odnosov znotraj družine</u></p> <p>(2) ...s kom živi...</p> <p>(3) ...po večkratnih obiskih opazujem vloge, ki jo ima v družini, kakšni so vzorci v družini</p> <p>(9) ...število in razmerje ter kvaliteta odnosa do uporabnika z ljudmi, ki k njemu prihajajo oz. s katerimi ima stike...</p> <p>(14) Odnosi med družinskimi člani...</p> <p>(18) Ob prvem obisku sem pozorna predvsem na odnos med uporabnikom in njegovimi svojci oz. sostanovalci...</p>
4.	<p><u>Ocenjevanje uporabnikovega počutja in vedenja v okolju</u></p> <p>(16) Na njegovo počutje...</p> <p>(21) Ugotavljam, kako se počuti v svojem okolju</p> <p>(22) ...kako se v njem (okolju) obnaša...</p> <p>(27) ...sem pozorna na njegovo obnašanje...</p>
5.	<p><u>Upoštevanje želja in potreb uporabnika</u></p> <p>(4) Pri prvem obisku upoštevam njegove želje glede sezuvanja...</p> <p>(5) ...v katerem prostoru se želi pogovarjati...</p>
6.	<p><u>Opazovanje detajlov</u></p> <p>(13) ...izstopajoče malenkosti...</p>
7.	<p><u>Ugotavljanje pogojev ter pripravljenosti uporabnika za sodelovanje</u></p> <p>(11) njegova iniciativa pri sodelovanju</p> <p>(12) moje osebno ujemanje/neujemanje s to osebo</p> <p>(25) ...če dobim dovoljenje za vstop...</p>

Tabela 3.5 Ureditev pojmov ter njihovo definiranje v prvem delu raziskave

1. NIVO	2. NIVO	3. NIVO	4. NIVO		
I. strokovno delo	A. delo s posameznikom	1. uporabnik	a. pisarna b. teren c. telefon		
		2. svojec	a. pisarna b. teren c. telefon		
		3. prostovoljec	a. pisarna b. teren c. telefon d. pisno		
		4. študent in dijaki			
	B. delo s parom	1. uporabnik in svojec/prijatelj	a. pisarna b. teren		
		2. uporabnik in prostovoljec	a. pisarna b. teren		
		3. uporabnika	a. pisarna		
		4. svojca	a. pisarna b. teren		
	C. delo s skupino	1. uporabniki			
		2. svojci			
		3. prostovoljci			
		4. ostale skup. aktiv. uporabnikov			
	D. beleženje in vodenje dokumentacije				
	E. strokovno napredovanje	1. izobraževanja in usposabljanja	a. udeležba b. priprava c. iz literature d. poročanje o izobraževanjih		
			2. intervizija		
			3. supervizija		
	F. predstavljanje	1. predstavitve strokovnim službam			
		2. pisanje strokovnih člankov			
		3. predavanja			
		4. predstavitve v medijih			
	G. delo posredno za uporabnike prog.	1. pisni stiki	a. za uporabnike b. za svojce c. za uporabnike in svojce		
			2. stiki s službami (za uporabnike)	a. zasebne organizacije b. centri za socialno delo c. psihiatrične bolnišnice in ambulate d. zdravstveni domovi e. zavodi za zaposlovanje f. zavodi za zdravstveno zavarovanje g. zavodi za pokojninsko zavarovanje h. socialnovarstveni zavodi i. šole j. sodišča in odvetniki k. ostalo	
				3. stiki s službami (za svojce)	a. zasebne organizacije b. centri za socialno delo c. ostalo
4. priprava na delo		a. posameznik b. skupina c. nedefinirano			
		II. administrativno delo		A. upravljanje s financami	
B. delo s poštnimi sporočili					
C. priprava dopisov					
D. vodenj seznamov in evidenc					
E. nedefinirana administrativna dela					
III. notranja organizacija	A. koordiniranje s sodelavci	1. na programu in enoti			
		2. na nivoju organizacije	a. telefon		

			b. sestanek
	B. dogovarjanje z vodstvom	1. z vodjo programa	
		2. s sekretariatom	
	C. načrtovanje dela in poročanje	1. dnevni plani dela	
		2. tedenski plani dela	
		3. letni plani dela	
		4. aktivna analiza	
		5. mesečna poročila o delu	
	D. vodenje kadrovskih evidenc		
	E. zaposlovanje in uvajanje novih kadrov		
IV. zunanja organizacija	A. povezovanje s organ. in ustanovami	a. zasebne organizacije	
		b. centri za socialno delo	
		c. psihiatrične bolnišnice in ambulante	
		d. zdravstveni domovi	
		e. zavodi za zaposlovanje	
		f. zavodi za zdravstveno zavarovanje	
		g. socialnovarstveni zavodi	
		h. vzgojno izobraževalni zavodi	
		i. zbornice	
		j. sindikat	
		k. tujina	
	B. zagotavljanje pogojev za delovanje	1. delo na razpisih	a. iskanje razpisov in priprava dokum.
			b. poročanje financerjem
		2. dopisi in donatorske prošnje	
		3. zagotavljanje prostorskih pogojev	
	C. odnosi z mediji		
V. druga dela	A. organiziranje izobraževanj		
	B. izdajanje časopisa		
	C. promocijske aktivnosti		
	D. dežurstvo		
	E. urejanje oglasne deske		
	F. priprava urnika aktivnosti		
VI. ostalo	A. vzdrževalna dela in čiščenje		
	B. nabava materiala		
	C. fotokopiranje		
	D. popis inventarja		
	E. Odpravljanje okvar in pomanjkljivosti		

Tabela 3.6 Vsa opravila strokovnih delavcev

I. strok. delo	B. delo s parom	1. uporabnik in svojec/prijatelj	a. pisarna	enota	trajanje
			oglasita se uporabnik Z.O. s prijateljem F.L.-glede kontrole na psihiatriji v Mariboru. Prebrati mu dam mnenje,ki sem ga napisala.	rak	60
			razgovor S.R. in vnuk	rak	15
			I.O. pove, da pomaga z delom in malo dodatno zasluži. J.M. mi pove, da ima I.O. hudo stisko.	bre	30
			obisk uporabnice N.R. in svojca D.S.	nm2	30
			obisk v pisarni: svojec S.P. in sin G.P. Prvi socialni razgovor. Dogovor, da uporabnika G.P. redno obveščamo glede srečanj skupine za samopomoč in izletov, organiziranih s strani Ozare Novo mesto.	nm2	60
			Razgovor z uporabnikom Mariom ter njegovo ženo – oba bi se rada udeleževala naših delavnic, bila tudi aktivna kot prostovoljca.	jes	70
			individualen pogovor z go. in ga.Krmelj, pogovarjamo se o moževem stanju po hospitalizaciji	jes	60
			obisk novega uporabnika M.R. in njegove mame E.R. Prvi socialni razgovor.	nm1	45
			SKUPNO TRAJANJE		370
			b. teren		
			obisk novega uporabnika na domu, predhodno pogovor z njegovo teto	jes	120
			teren(uporabnica Š.P.in sin T.P.)	rak	90
			teren-uporabnica J.K. in mama M.K.	rak	45
			teren-uporabnica Š.P. ter oba sinova	rak	120
		745	SKUPNO TRAJANJE		375
		2. uporabnik in prostovoljec	a. pisarna		
			Pogovor z uporabnico in prostovoljko pred prvim stikom (P.R., D.K.)	iz	30
			SKUPNO TRAJANJE		30
			b. teren		
			delo na terenu. Skupaj s prostovoljcem E.J. obiščeva uporabnika K.J. Razgovor in pomoč pri reševanju duševne krize.	nm1	60
		90	SKUPNO TRAJANJE		60
		3. uporabnika	a. pisarna		
			klepet z uporabnikoma Brankom in Mivko glede njenega trenutnega psihičnega stanja, nakar se udeležita delavnice pri kolegici	jes	90
		90	SKUPNO TRAJANJE		90
		4. svojca	a. pisarna		
			razgovor v pisarni s svojko D.R. in vnukom Matejem	rak	30
			razgovor v pisarni-svojka D.R.,vnuk Matej	rak	15
			SKUPNO TRAJANJE		45
			b. teren		
			Teren: vožnja, obisk družine (M.D.)	iz	90
1060	1060	135	SKUPNO TRAJANJE		90

Tabela 3.7 Ureditev pojmov ter njihovo definiranje v drugem delu raziskave

4 POSKUSNA TEORIJA

4.1 Vzpostavitev delovnega odnosa z uporabnikom

Strokovni delavci so pred prvim obiskom uporabnikov na njihovem domu pozorni predvsem na ugotavljanje razlogov oz. kriterijev za nudenje tovrstne pomoči. Pri tem preverijo, če je želja po obisku izražena s strani uporabnikov ter ali jim ti sami dovolijo vstop v stanovanje. Poleg tega so pozorni še na način na katerega jih uporabniki sprejmejo in na njihovo pripravljenost za sodelovanje. Z opazovanjem neverbalne govornice ugotavljajo odziv na lastno prisotnost ter spremljajo njihovo počutje. Zato je pomembna tudi stopnja njihovega ujemanja z uporabnikom, saj je to eden izmed pogojev za uspešno skupno sodelovanje. Eden izmed kriterijev pa je tudi oddaljenost uporabnikovega doma oz. število kilometrov in čas, ki je potreben za pot od pisarne strokovnega delavca do uporabnikovega doma. Pri vstopanju v stanovanje se skušajo strokovni delavci prilagoditi uporabnikovim navadam in željam. Tako pri prvem obisku upoštevajo njegove navade (npr. glede sezuvanja), upoštevajo pa tudi pobudo glede prostora v katerem se želi pogovarjati.

Strokovni delavci se pri prvem obisku najprej osredotočijo na ocenjevanje bivalnih razmer, v katerih uporabnik biva. Pozorni so predvsem na urejenost stanovanja, kakor tudi na splošno vzdušje, ki vlada v prostorih. Nadalje se posvetijo opazovanju uporabnikovih odnosov z družinskimi člani in sostanovalci. Pozorni so na to s kom živi, kakšno je njihovo razmerje z njim, zanima jih njegova vloga v družini ter prevladujoč vzorec obnašanja znotraj družine. Poleg tega ocenjujejo tudi pogostost in kvaliteto stikov z ostalimi ljudmi iz njihove socialne mreže. Strokovni delavci opazujejo še uporabnikovo vedenje in počutje. Zaradi ustvarjanja bolj celostne slike so pozorni še na majhne detajle in izstopajoče malenkosti, ki jih zaznajo v uporabnikovem okolju, pomembna pa je tudi ocena mobilnosti uporabnika.

4.2 Profil terenskega delavca

Usposobljen terenski delavec mora posedovati nekatere specifične spretnosti in znanja. Zlasti pomembna je sposobnost empatičnega vživljanja v čustva in situacijo uporabnika. Vendar pa mora biti pri tem previden, saj lahko hitro pozabi na svoje lastno doživljanje ter čustvovanje. Naslednji pomembni spretnosti sta spretnost poslušanja ter spretnost vodenja razgovora v zeleno smer. Nič manj pomembna ni spretnost opazovanja in ocenjevanja, ki zajema tudi dobro opazovanje in razlaganje neverbalne komunikacije ter sposobnost ocenitve uporabnikovega psihofizičnega stanja.

Dokaj pomembna je tudi sposobnost prilagajanja uporabniku in njegovemu okolju oz. splošna zmožnost prilagajanja novim situacijam. Terenski delavec mora znati spoštovati in upoštevati različnost ter sprejeti način uporabnikovega življenja. S tem lahko posledično bolje razume tudi njegove potrebe.

Za opravljanje terenskega dela so pomembne še nekatere osebne lastnosti. Med najpomembnejše sodijo sproščenost, spontanost ter nevsiljivost. Prav slednja lastnost je pomembna za vzpostavitev preprostega in naravnega odnosa z uporabnikom. V večini primerov lahko s strokovnim delom pričnemo šele takrat, ko se odnos med obema udeleženicima v procesu pomoči ustrezno utrdi. Terenski delavec mora do uporabnika pokazati spoštljivo zainteresiranost, pri svojem delu pa mora biti tudi dovolj samoiniciativen. Pri terenskem delu igra velik pomen tudi intuicija, ki lahko v nekaterih primerih terenskemu delavcu veliko bolj pomaga kot razumsko odločanje. Vsekakor pa so pomembne tudi pretekle delovne izkušnje terenskih delavcev s populacijo oseb s težavami v duševnem zdravju.

Terenski delavec za svoje specifično delo potrebuje tudi nekatere tehnične pripomočke. V prvi vrsti potrebuje službeno vozilo, saj terenski delavci za delo na terenu uporabljajo izključno svoje avtomobile. Naslednji potreben tehnični pripomoček je mobilni telefon. V nekaterih primerih pa bi terenski delavec potreboval še diktafon, prenosni računalnik ter ustrezen zemljevid območja, ki ga pokriva s terenskim delom.

Terenski delavec mora za svoje delo prejeti ustrezno plačilo ter obvezen dodatek za terensko delo. Biti mora ustrezno zavarovan, v primeru prevoza uporabnika pa mora

imeti urejeno tudi zavarovanje za sopotnika. Za zagotovitev uspešnega in kvalitetnega dela ter zmanjšanja delovnega stresa, ki ga prinaša relativna nedefiniranost terenskega dela, pa mora biti terenski delavec dobro seznanjen tudi z normativi terenskega dela.

4.3 Prednosti terenskega dela in njegovi učinki

Ena izmed temeljnih prednosti terenskega dela v primerjavi s klasičnimi pristopi se odraža v večji dostopnosti storitev za uporabnike. S pomočjo terenskega dela lahko namreč pomoč prejmejo tudi tisti uporabniki, ki je drugače, zaradi fizičnih težav ali pomanjkanja poguma ter volje, ne zmorejo poiskati. Velika prednost se kaže tudi v dejstvu, da uporabniki prejmejo pomoč na njihovem domu oz. tam, kjer jo potrebujejo ter se počutijo najbolj varne. S pomočjo terenskega dela lahko terenski delavec izve in spozna stvari, ki jih v pisarni največkrat ne bi. Lahko bi govorili o določeni ekskluzivnosti, saj imajo terenski delavci dostop do informacij, do katerih jih drugi strokovnjaki nimajo. Prav vpogled v uporabnikovo okolje, kjer so težave ponavadi skoncentrirane ter možnost opazovanja njegovega funkcioniranja v njem, je ena izmed glavnih prednosti terenskega dela.

Takšen način dela omogoča večjo fleksibilnost pri zagotavljanju storitev ter omogoča hitrejše in bolj neposredno nudenje pomoči in podpore. Strokovni delavci se pogosto znajdejo v situaciji, v kateri so vezni člen v verigi pomoči med uporabnikom in drugimi službami, ali pa namesto uporabnikov naredijo prvi korak v smeri rešitve njihovih težav. Pomembna prednost terenskega dela je tudi ta, da lahko strokovni delavci uporabnike, ki tega sami ne zmorejo, spremljalo pri raznih opravkih ali pa namesto njih marsikaj uredijo.

Uporabniki se zaradi strokovne pomoči, ki jim je prek terenskega dela zagotovljena v njihovem življenjskem okolju, počutijo bolj varne, predvsem pa bolj sproščene. Zaradi tega se lažje odprejo, so bolj pripravljeni za odkrit pogovor, lažje povedo kaj hočejo in čutijo ter enostavneje izražajo svoje potrebe. Eden izmed pomembnih pozitivnih učinkov terenskega dela je krepitev moči uporabnikov oz. večanje njihovega vpliva, saj sami odločajo kje in kdaj bi se naprimer radi sestali s terenskim delavcem.

Terensko delo jim pomaga tudi pri ponovnem vključevanju v družbo ter tako preprečuje njihovo socialno izključenost.

Naslednja pomembna učinka terenskega dela sta preprečevanje poslabšanj psihičnega stanja uporabnikov ter zmanjševanje števila hospitalizacij. Terensko delo lahko namreč uporabniku spremeni življenje na boljše, saj se marsikateri od njih ne bi nikoli opogumil in poiskal pomoč sam. Večina jih namreč z iskanjem pomoči odlaša toliko časa, da so njihove duševne stiske že tako hude, da je potrebna nujna medicinska intervencija.

4.4 Pomanjkljivosti terenskega dela

Ena izmed večjih pomanjkljivosti dela v uporabnikovem okolju je ta, da so meje med strokovnim delavcem in uporabnikom težje določljive, zaradi česar lahko terenski delavec kaj hitro postane pretirano »domač«. Naslednja pomanjkljivost se nanaša na izkoriščanje terenskih delavcev s strani uporabnikov, saj jih nekateri hočejo porabiti za opravila, ki bi jih lahko naredili tudi sami, ali pa preprosto mislijo, da so nekakšna »taksi služba«. Naslednja past terenskega dela je možna pasivizacija uporabnikov. Pri terenskem delu lahko uporabnik postane pasiven, saj ponavadi prav terenski delavci storijo prvi korak v smeri reševanja njegove težave. Uporabnikom se zaradi pomoči, ki jim jo strokovni delavci zagotavljajo na domu, ni treba premakniti iz hiše. Naslednja težava, ki se lahko pojavi pri terenskem delu, pa so nekatere motnje v uporabnikovem okolju, zaradi česar je lahko otežkočeno delo terenskih delavcev. Terenski delavec se lahko npr. znajde v situaciji, ko svojci ali pa sosed, ki pride na obisk, zmoti ali pa onemogoči nadaljevati individualni razgovor, ki ga je imel z uporabnikom.

Naslednji sklop pomanjkljivosti se veže na organizacijske nejasnosti in neurejenosti. Terensko delo je glede na zahtevnost in vložen napor, neustrezno vrednoteno. Zahtevno je predvsem zaradi tega, ker zahteva več časa, vedno znova pa se pokaže tudi potreba po novih storitvah in aktivnostih, ki naj bi jih terenski delavci izvajali. Pomanjkanje časa za terensko delo je posledica nepredvidljivosti takšnega dela.

4.5 Ciljna populacija za terensko delo

Do vključitve v program terenskega dela so najbolj upravičene naslednje kategorije ljudi s težavami v duševnem zdravju. V prvo kategorijo sodijo osebe, ki imajo težave v socialnem funkcioniranju. Sem sodijo socialno izolirane osebe, neprilagodljive in konfliktne osebe, osebe, ki imajo probleme pri vzpostavljanju in vzdrževanju stikov z ostalimi ter osebe, ki se ne vključujejo v skupinske dejavnosti (npr. v skupinske aktivnosti dnevnih centrov, skupine za samopomoč, prostočasovne aktivnosti ipd.). V drugo kategorijo sodijo osebe, ki imajo poudarjene psihične težave. To so osebe v akutni duševni krizi, osebe s paranojo in osebe, ki trpijo zaradi fobij ter paničnih napadov (predvsem agorafobijo in socialno fobijo). V tretjo kategorijo se uvrščajo osebe, pri katerih je zaradi telesnih težav bistveno zmanjšana njihova mobilnost. To so osebe, ki imajo težave s hojo, osebe, ki zaradi fizične bolezni ne zmorejo iz lastnega stanovanja ter invalidne osebe, odvisne od pomoči drugih ljudi.

Do terenskega dela so še posebej upravičeni ljudje, ki živijo v odročnih vaseh in krajih ter so precej oddaljeni od služb pomoči. To še posebej velja za uporabnike, ki bodisi nimajo lastnega prevozna sredstva, bodisi v njihovi bližini ni organiziranega javnega prevoza. Naslednji kategoriji pa tvorijo uporabniki, ki zaradi finančnih težav in nizkih prihodkov, raje ostajajo doma ter tisti, ki želijo prejemati pomoč in storitve na nevtralnem področju izza zidov institucij.

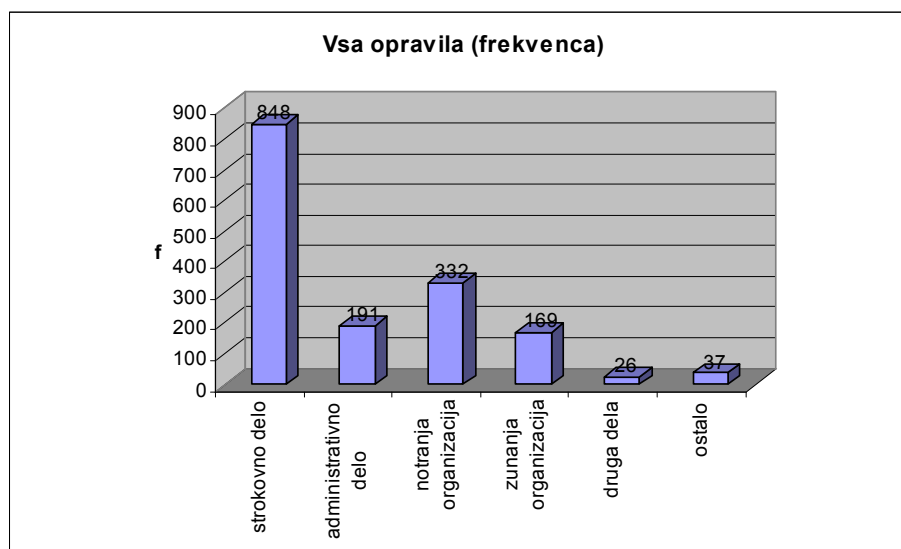
Na podlagi ugotovitev, zapisanih v tem in prejšnjih podpoglavjih, spoznavam, da so strokovni delavci pred prvim obiskom uporabnika na njegovem domu pozorni predvsem na ugotavljanje razlogov za nudenje tovrstne pomoči. Ob prvem obisku se osredotočijo na ocenjevanje bivalnih razmer ter opazovanje uporabnikovih odnosov z njegovimi sostanovalci. Ravno zaradi tega mora usposobljen terenski delavec posedovati številne spretnosti socialnega dela (sposobnost empatičnega vživljanja v situacijo uporabnika, spretnost poslušanja, spretnost usmerjenega vodenja razgovora, spretnost opazovanja in ocenjevanja ter sposobnost prilagajanja uporabniku ter njegovemu okolju), poleg tega pa imeti razvite še nekatere osebne lastnosti.

Najvažnejša prednost terenskega dela se odraža v večji dostopnosti storitev za uporabnike, saj prejmejo pomoč na njihovem domu oz. tam, kjer jo potrebujejo ter se počutijo najbolj varne. Strokovnim delavcem terensko delo omogoča, da izvedo in spoznajo stvari, ki jih v pisarni največkrat ne bi. Ena izmed pomanjkljivosti dela v uporabnikovem okolju se kaže v težjem uravnavanje distance v odnosu med strokovnim delavcem in uporabnikom, obstaja pa tudi nevarnost pasivizacije uporabnikov. Do vključitve v program terenskega dela so nekatere kategorije ljudi s težavami v duševnem zdravju bolj opravičene kot druge.

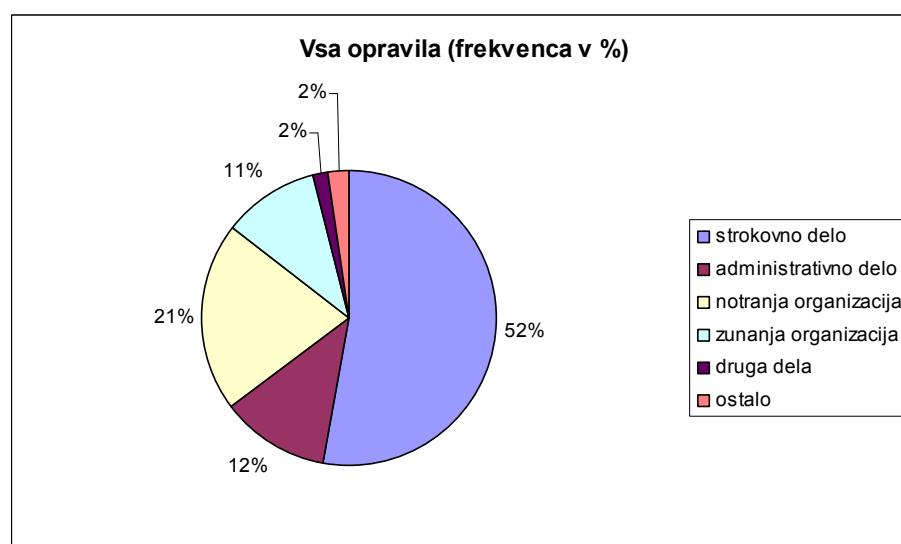
4.6 Dela, ki jih opravljajo strokovni delavci programa

V tem poglavju, kot tudi v poglavjih, ki sledijo, ne želim zgolj prikazati posameznih opravil strokovnih delavcev programa PIS oziroma terenskih delavcev, temveč predstaviti tudi njihovo frekvenco, trajanje ter čas, ki so ga povprečju potrebovali za posamezno opravilo oz. sklop opravil. Do podatkov sem, kot sem to omenil v metodologiji, prišel na podlagi mesečnih dnevnikov. Posamezna opravila sem glede na njihovo naravo razvrstil po temah, teme pa razčlenil na več nivojev in podnivojev (glej tabelo 3.6). Na takšen način razvrščenim in grupiranim opravilom sem nato izmeril frekvenco in trajanje, v naslednjem koraku pa na podlagi pridobljenih podatkov ugotavljal razmerja med posameznimi opravili. Grafi prikazujejo frekvenco in trajanje opravil ter razmerja med njimi. Na začetku poglavja predstavim vsa opravila, nato pa se nekoliko bolj posvetim strokovnemu delu, zatem pa razčlenim splošna opravila strokovnih delavcev. Splošnim opravilom sledijo bolj konkretna opravila strokovnega dela, predstavljena v posameznih podpoglavjih. Za strokovnim delom podrobneje opišem še opravila administrativne narave, notranje in zunanje organizacije ter ostala opravila, ki jih opravljajo strokovni delavci.

Z dodatno kvantitativno obdelavo podatkov sem želel v prvi vrsti preveriti, koliko opravil so strokovni delavci programa PIS opravili v enem mesecu ter koliko časa so porabili za posamezna opravila. Rezultati omogočajo primerjavo med posameznimi opravili ter so podlaga za oblikovanje normativov za vsako izmed opravil. Pri določenih opravilih so numerusi relativno nizki. Te majhne vzorce sem vključil zgolj z namenom, da z njimi pokažem, kakšen diapazon najrazličnejših storitev opravljajo strokovni delavci PIS pri svojem vsakodnevnem delu.

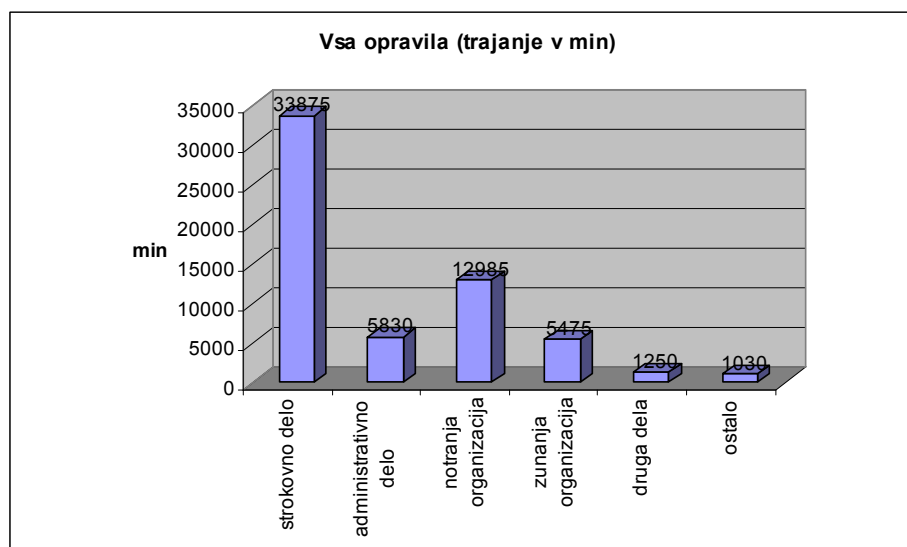


Graf 4.1 Frekvenčna distribucija vseh opravil

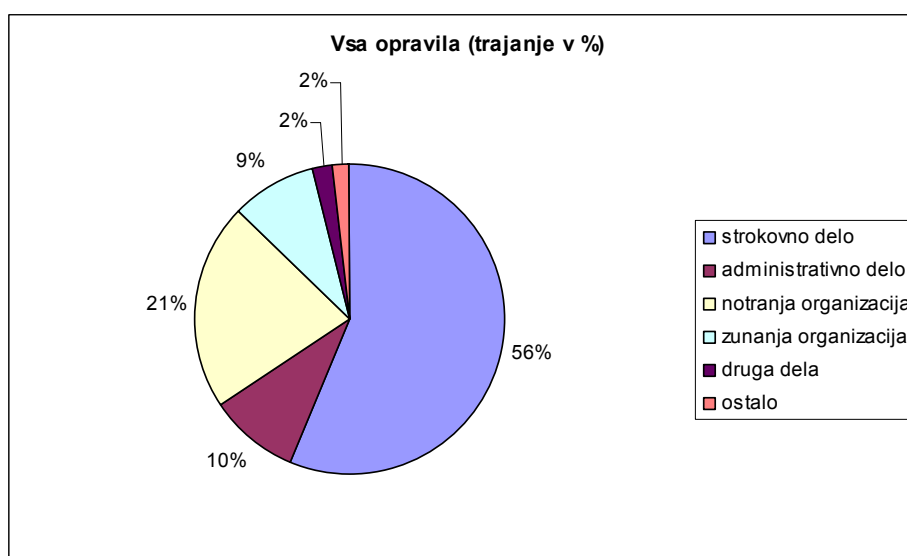


Graf 4.2 Razmerje med deleži posameznih opravil

Strokovni delavci so opravili 1603 različnih opravil. Razvidno je, da so opravili največ strokovnih del (848 opravil), ki predstavljajo 52 odstotkov vseh opravil. Sledijo opravila, povezana z notranjo organizacijo (332 opravil ali 21 odstotkov vseh opravil), administrativna dela (191 opravil oz. 12 odstotkov) ter opravila zunanje organizacije (169 opravil ali 11 odstotkov). Delež drugih del in ostalih opravil je majhen, saj skupaj predstavljajo le 4 odstotke vseh opravil strokovnih delavcev.



Graf 4.3 Trajanje posameznih opravil

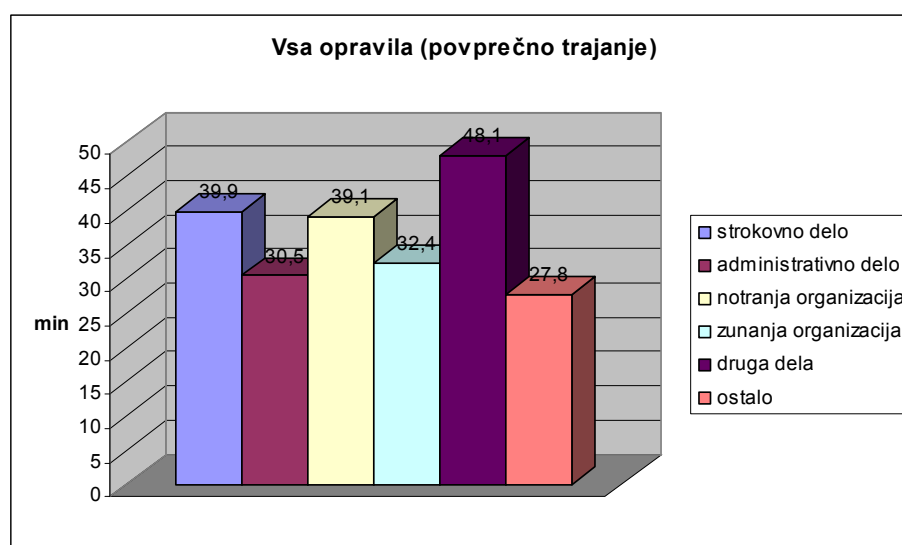


Graf 4.4 Razmerje med trajanjem posameznih opravil

Strokovni delavci so za svoje delo v mesecu, ko so pisali dnevnik, porabili 60455 minut oz. 1007 ur in 25 min. Tako je v povprečju vsak izmed njih za svoje delo porabil 7557 minut ali 125 ur in 57 minut. Ker so vsi izmed njih zaposleni za poln delovni čas, je v mesecu marcu 2006 (zaradi 23 delovnih dni) njihova mesečna delovna obveznost znašala 184 ur. Razlika med opravljenim številom ur in mesečno obveznostjo je nastala zaradi dopustov, koriščenja viška ur, bolniške odsotnosti,

privatne odsotnosti z delovnega mesta, malice ali vožnje (do doma uporabnikov oz. kraja sestanka, izobraževanja ali supervizije).

Strokovni delavci so največ časa porabili za strokovno delo (33875 minut ali 56 odstotkov vsega časa). Veliko časa so porabili še za notranjo organizacijo (12985 ali 21 odstotkov), približno enako pa za administrativna dela (5830 minut ali 10 odstotkov) in zunanjo organizacijo (5475 minut ali 9 odstotkov) skupaj. Druga dela in ostala opravila so skupaj zahtevala 4 odstotke njihove časa (2280 minut).



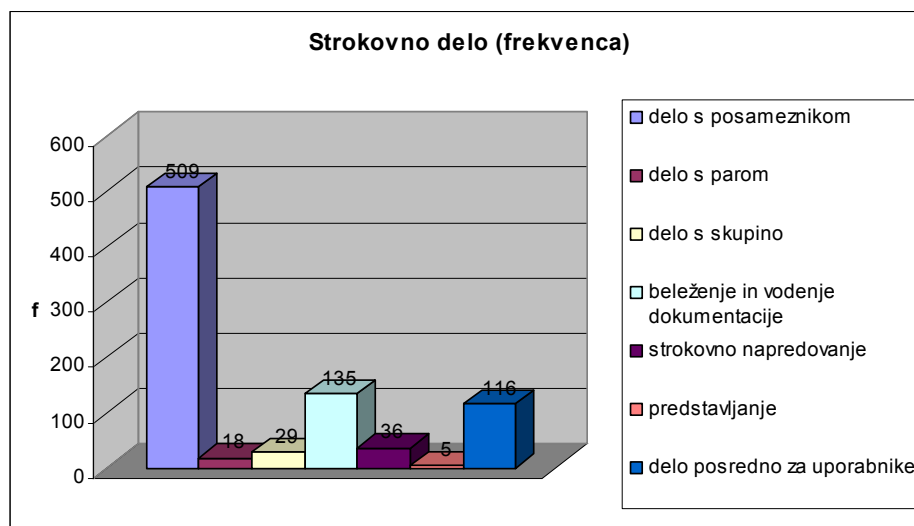
Graf 4.5 Povprečno trajanje posameznih opravil

Zgornji graf kaže na to, da so strokovni delavci v povprečju porabili največ časa za druga dela (48,1 minute). Strokovno delo je v povprečju trajalo 39,9 minute, opravila notranje organizacije pa so v povprečju trajala 39,1 minute. Nekoliko manj časa so v povprečju porabili za administrativna dela ter opravila zunanje organizacije (30,5 oz. 32,4 minute). Najmanj časa pa so v povprečju zahtevala ostala opravila (27,8 minut).

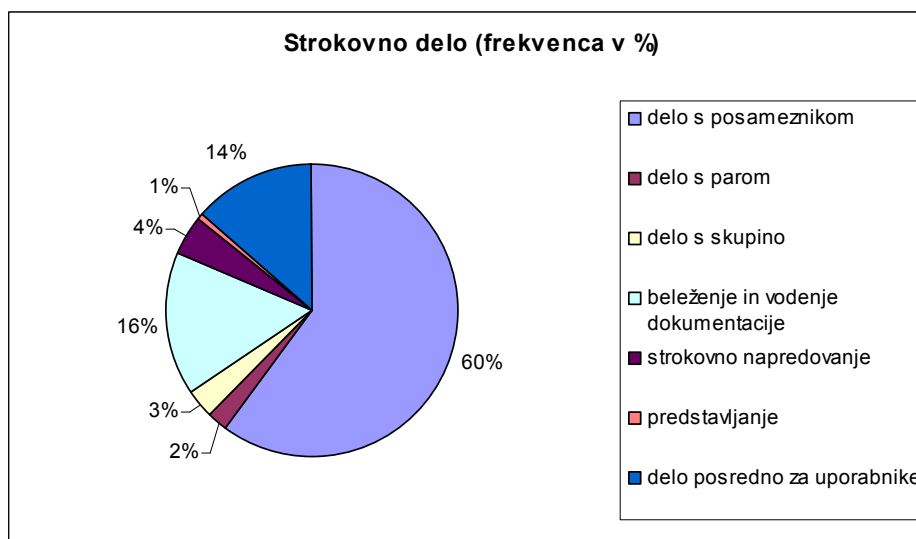
Če na kratko povzamem rezultate tega poglavja, ugotavljam, da strokovni delavci opravijo največ strokovnega dela, vendar pa tudi drugim opravilom namenijo ogromno časa in energije. Spodbudno je, da največ svojega časa namenijo strokovnemu delu, čeprav v povprečju največ časa zahtevajo druga opravila, ki niso

strokovne narave kot so npr. organizacija izobraževanj, izdavanja časopisa ter promocijske aktivnosti.

4.6.1 Strokovno delo



Graf 4.6 Frekvenčna distribucija strokovnih del



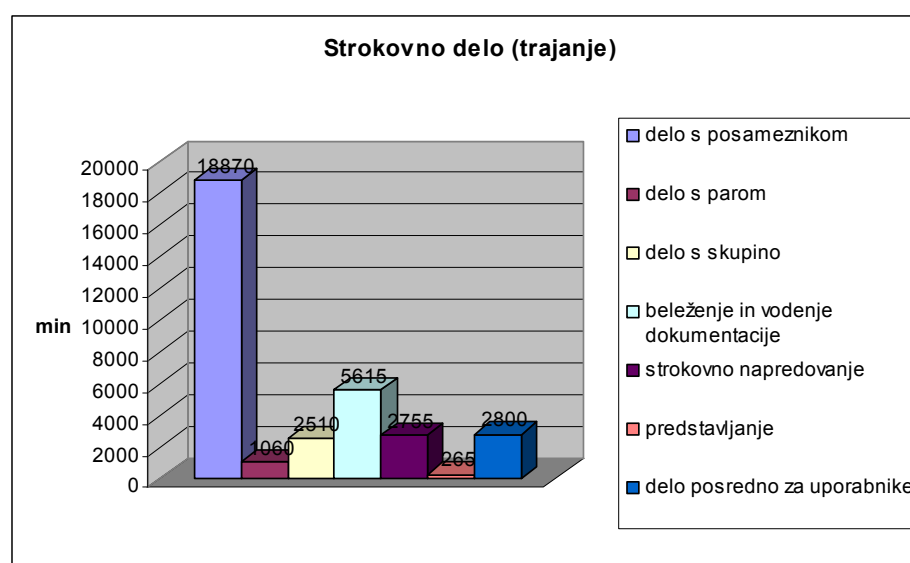
Graf 4.7 Razmerje med deleži strokovnih del

Strokovni delavci so največkrat uporabili metodo dela s posameznikom (509-krat), kar predstavlja 60 odstotkov vsega strokovnega dela, relativno veliko dela pa so namenili še beleženju in vodenju dokumentacije (135 opravil ali 16 odstotkov).

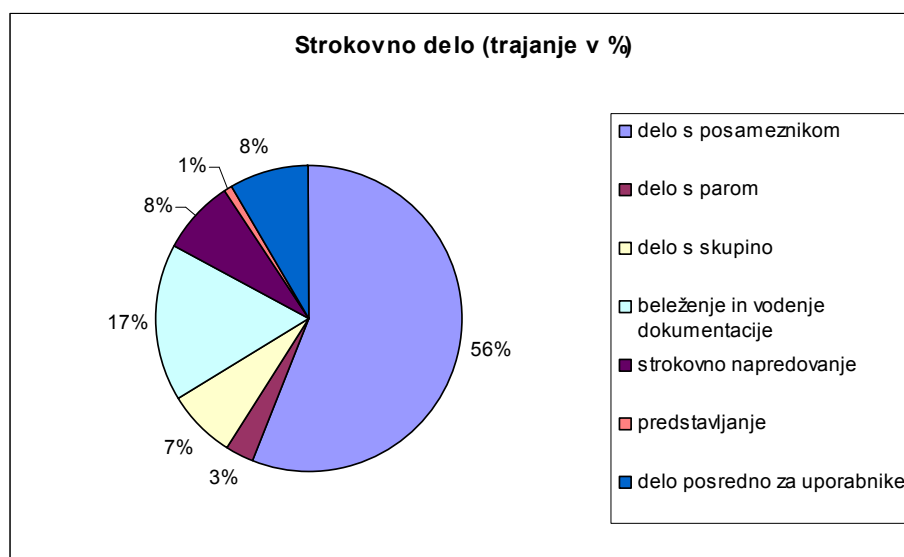
Vodenje dokumentacije zajema pripravo zaznamkov razgovorov, beleženje opravljenih storitev, izdelavo in revizijo individualnih načrtov dela z uporabniki, pisanje dnevnikov, urejanje in pregledovanje dokumentacije uporabnikov in njihovih personalnih map ter priprava zapisnikov dela s skupino.

14 odstotkov ali 116 opravil se nanaša na posredno delo za uporabnike, kamor sodijo pisni in osebni stiki z različnimi službami ter priprava na delo s posamezniki in skupino. Največkrat so z namenom reševanja zdravstvenih in socialnih težav uporabnikov (oseb s težavami v duševnem zdravju) vzpostavili osebne stike s psihiatričnimi bolnišnicami in ambulantami (v 11. primerih), centri za socialno delo (v 10. primerih), zdravstvenimi domovi (v 6. primerih) ter zasebnimi organizacijami (v 5. primerih). Po dvakrat so se obrnili na zavod za zaposlovanje ter sodišče oz. odvetnika, na posamezne ostale službe pa zgolj po enkrat.

36 opravil (ali 4 odstotke) se nanaša na strokovno napredovanje, 29 opravil pa na vodenje skupinskih dejavnosti (skupine za samopomoč oz. podporne skupine svojcev). V okviru strokovnega napredovanja so se najpogosteje izobraževali in usposabljali (v 19. primerih) ter se udeleževali intervizijskih srečanj (17-krat). Supervizijskih srečanj so se udeležili dvakrat. Delo s parom predstavlja 2 odstotka opravil (18 opravil), opravili pa so še 5 predstavitev programa strokovnim službam (1 odstotek).

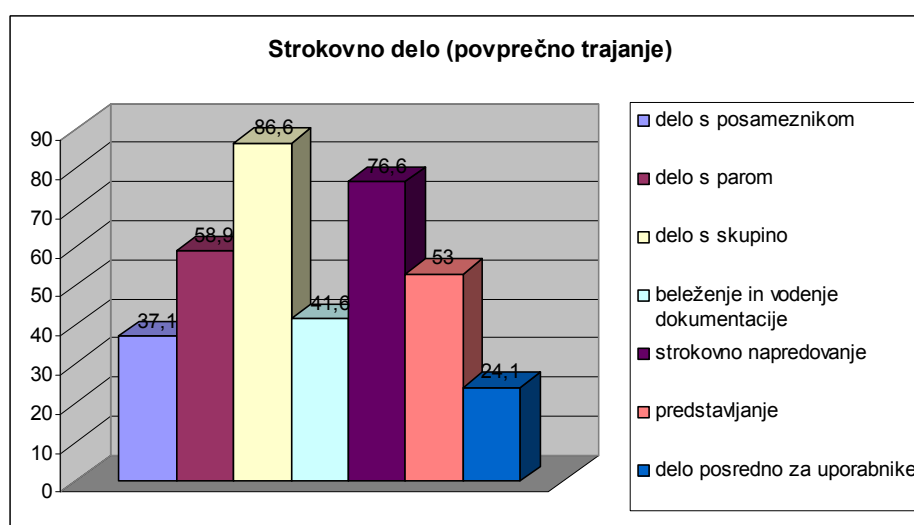


Graf 4.8 Trajanje strokovnih del



Graf 4.9 Razmerje med trajanjem strokovnih del

Strokovni delavci so daleč največ časa namenili delu s posameznikom (18870 minut ali 56 odstotkov časa namenjenega strokovnemu delu). Sledi beleženje in vodenje dokumentacije, ki so ji namenili 17 odstotkov časa oz. 5615 min. Približno enako količino časa so porabili za delo s skupino (2510 minut), strokovno napredovanje (2755 minut) in delo posredno za uporabnike (2800 minut), najmanj pa za predstavitev strokovnim službam (265 minut).

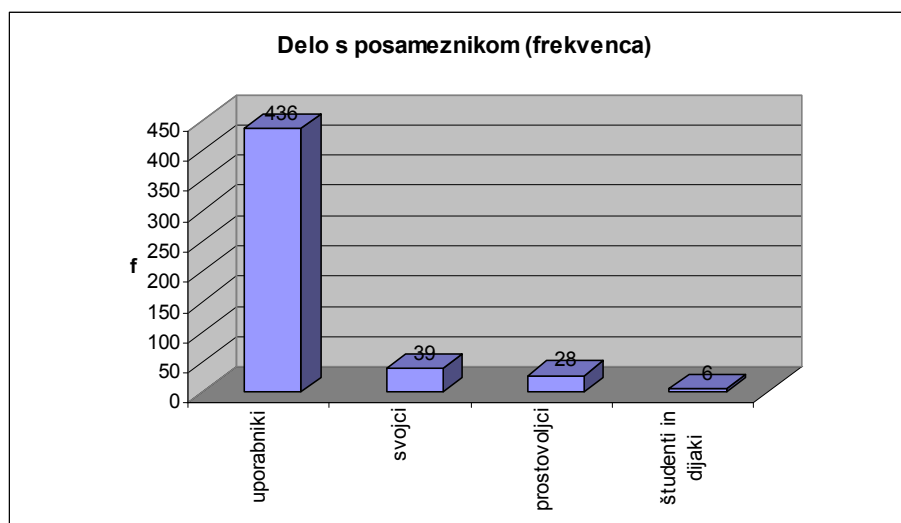


Graf 4.10 Povprečno trajanje strokovnih del

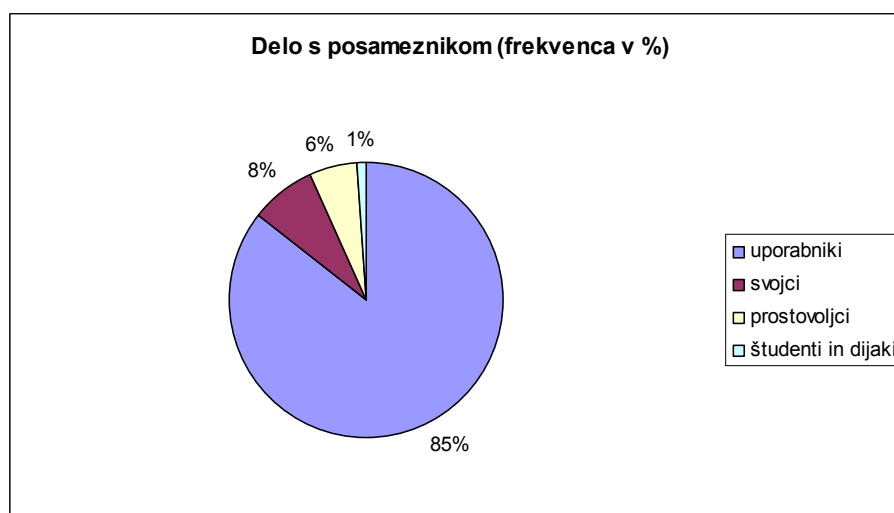
Strokovni delavci so v povprečju največ časa porabili za delo s skupino (86,6 minut), kar pa nekako sovпада z zahtevo, da se trajanje strokovnega dela s skupino omeji na največ 90 minut. Izobraževanje in usposabljanje je v povprečju trajalo 76,6 minut. Za udeležbo na izobraževanju so v povprečju namenili 244 minut, za pripravo na izobraževanje povprečno 58 minut, za poročanje o izobraževanju povprečno 86,7 minut ter za izobraževanje preko prebiranja strokovne literature povprečno 27,1 minute. Za delo s parom so v povprečju porabili 58,9 minut, za predstavitev strokovnim službam pa povprečno 53 minut. Delo s posameznikom je, predvsem zaradi velikega števila telefonskih informativnih in svetovalnih razgovorov, v povprečju trajalo 37,1 minute. Najmanj časa (24,1 minute) pa so v povprečju porabili za opravila, ki so jih za uporabnike opravili posredno.

Če strnem vse zgoraj predstavljene rezultate, potem lahko zaključim, da glavnina strokovnega dela poteka po metodi dela s posameznikom. Pomemben del zasedata tudi posredno delo za uporabnike ter vodenje in beleženje dokumentacije o opravljenem strokovnem delu. Največ časa v povprečju razumljivo namenijo opravihom, povezanih z vodenjem skupin ter strokovnim napredovanjem, najmanj pa neposrednemu in posrednemu delu s posameznikom.

4.6.1.1 Delo s posameznikom



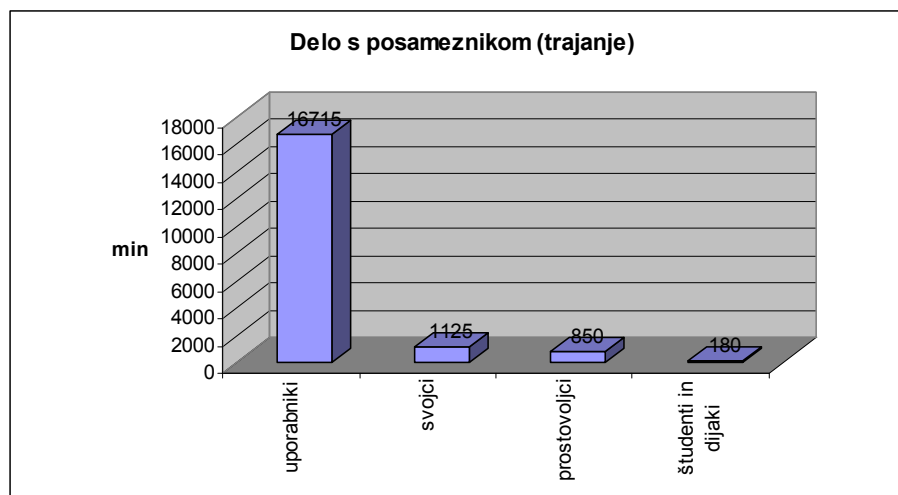
Graf 4.11 Frekvenčna distribucija del s posameznikom



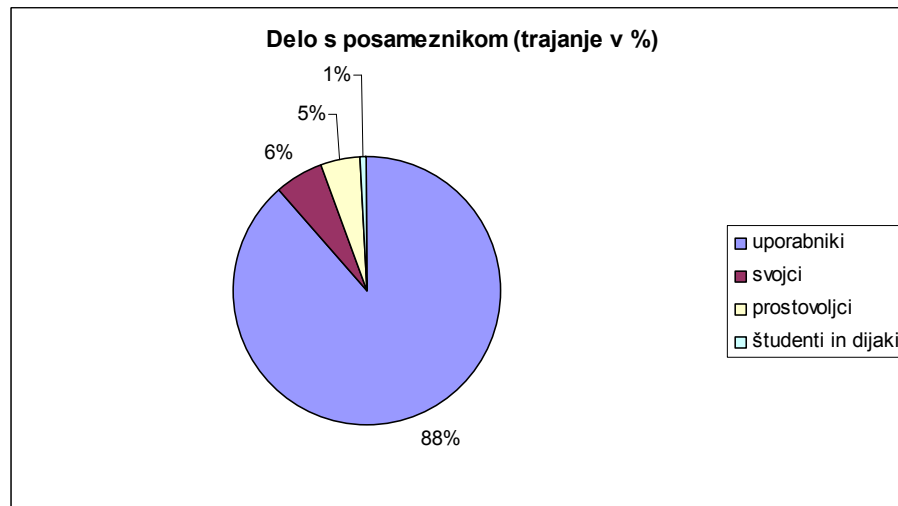
Graf 4.12 Razmerje med deleži del s posameznikom

Strokovni delavci so po metodi dela s posameznikom daleč največ storitev opravili z neposrednimi uporabniki programa (436 ali 85 odstotkov). 39 storitev oz. 8 odstotkov so opravili s svojci uporabnikov, nekoliko manj s prostovoljci (28 oz. 6 odstotkov), najmanj pa s študenti in dijaki (6 oz. 1 odstotek). S prostovoljci so opravili razgovore v zvezi s težavami, s katerimi so se srečali pri delu z uporabniki, zaznanih potrebah uporabnikov, načrtovanjem prostočasovnih aktivnosti, ki jih vodijo prostovoljci ter

predstavitvijo prostovoljnega dela tistim osebam, ki so se zanimali za prostovoljno delo. S študenti so se pogovarjali o opravljenem delu, uporabnikih, ki so obiskali določene aktivnosti ali delavnice ter pristopih, ki so potrebni pri delu s to populacijo oseb.



Graf 4.13 Trajanje del s posameznikom

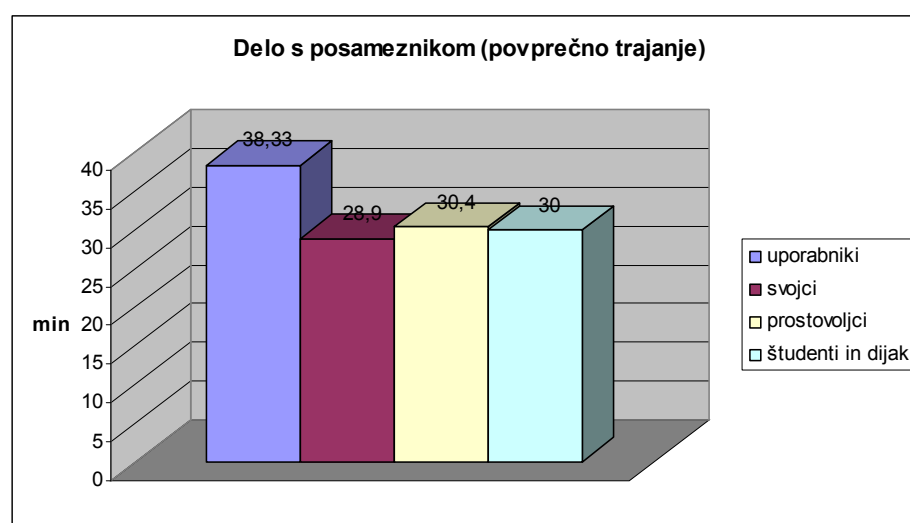


Graf 4.14 Razmerje med trajanjem del s posameznikom

Strokovni delavci so veliko večino časa porabili za delo z uporabniki 16715 minut, kar predstavlja 88 odstotkov vsega časa, ki so ga namenili za delo s posameznikom. Sledi delo s svojci uporabnikov (1125 minut ali 6 odstotkov) ter prostovoljci (850

minut ali 5 odstotkov). Za študente in dijake so porabili zgolj 180 minut dela (1 odstotek).

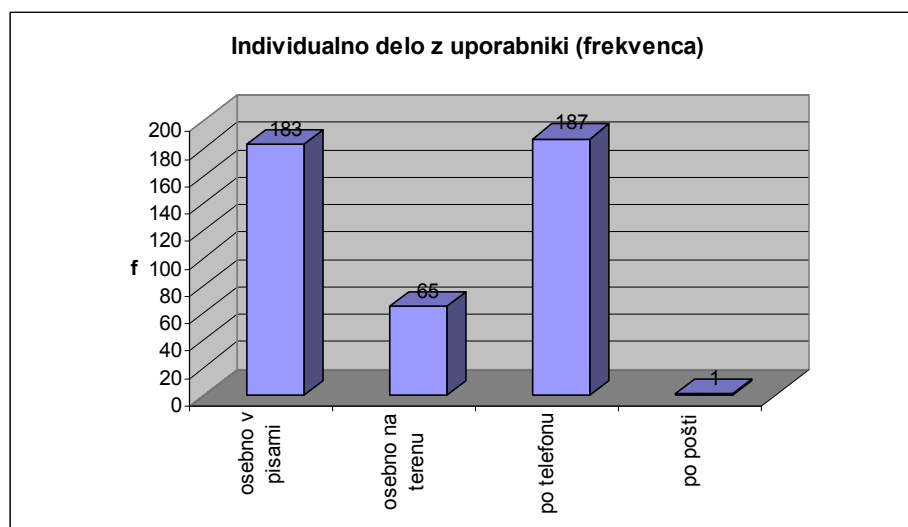
Povprečen čas dela z uporabniki znaša 38,3 minute, medtem ko je povprečen čas dela z ostalimi ciljnimi skupinami nekaj nižji in dokaj izenačen. V povprečju je delo s prostovoljci trajalo 30,4 minute, s študenti in prostovoljci pa 30 minut. Delo s svojci je v povprečju trajalo najmanj časa (28,9 minut). Razlog leži v dejstvu, da so strokovni delavci z njimi opravili 25 storitev po telefonu (v povprečju so te trajale 16 minut), medtem ko so s prostovoljci, študenti in dijaki vse storitve opravili izključno osebno.



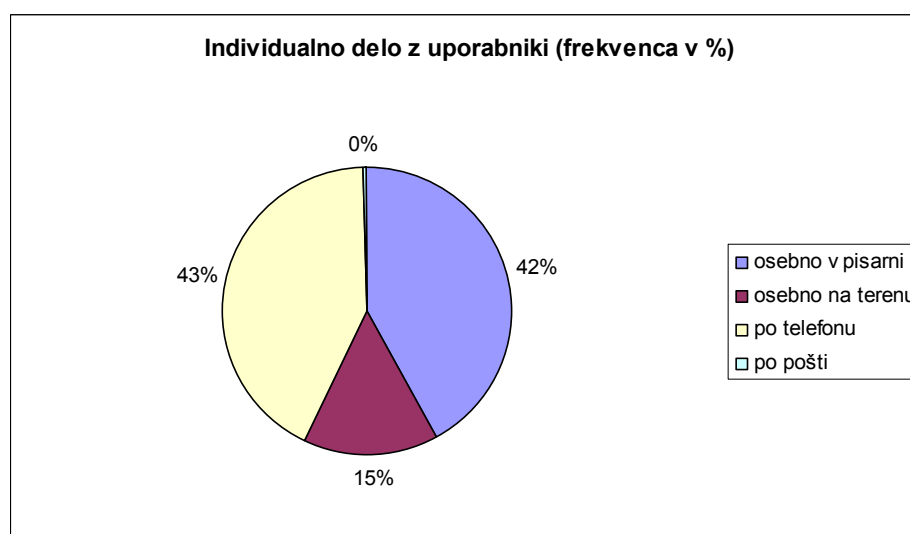
Graf 4.15 Povprečno trajanje del s posameznikom

Rezultati, predstavljeni v tem podpoglavju kažejo na to, da je strokovno delo osredotočeno skoraj izključno na delo z uporabniki. Delež strokovnega dela s svojci je presenetljivo majhen, največ storitev z njimi pa so strokovni delavci opravili prek telefona.

4.6.1.1.1 Individualno delo z uporabniki

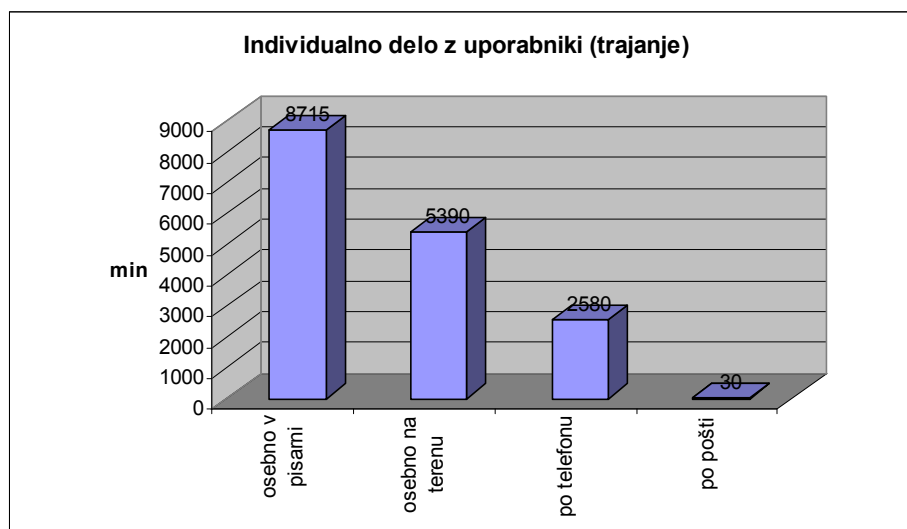


Graf 4.16 Frekvenčna distribucija individualnih del z uporabniki

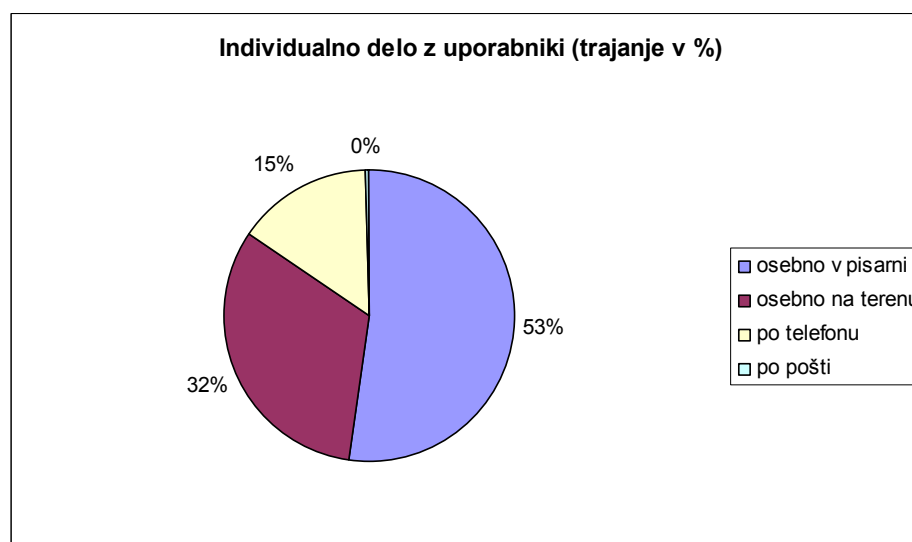


Graf 4.17 Razmerje med deleži individualnih del z uporabniki

Na podlagi predstavljenih podatkov je mogoče zaključiti, da so strokovni delavci največ strokovnih storitev opravili po telefonu (187 oz. 43 odstotkov), za odstotek manj (183) pa osebno v pisarni. Na terenu so opravili za skoraj dve tretjini manj storitev oz. 65 (15 odstotkov). V enem primeru so uporabniku svetovali po pošti.

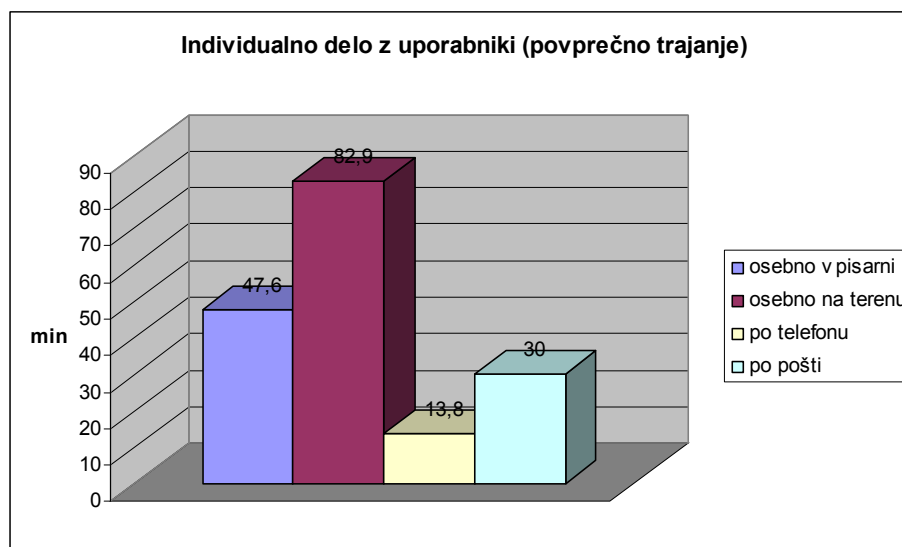


Graf 4.18 Trajanje individualnih del z uporabniki



Graf 4.19 Razmerje med trajanjem individualnih del z uporabniki

Strokovni delavci so največ časa porabili za osebno delo z uporabniki v pisarni in sicer 8715 minut (kar znaša 53 odstotkov vsega časa, ki so ga namenili individualnemu delu z uporabniki). Sledi osebno delo na terenu, za katerega so porabili 5390 minut (32 odstotkov), za delo preko telefona pa so porabili 2580 minut (15 odstotkov).

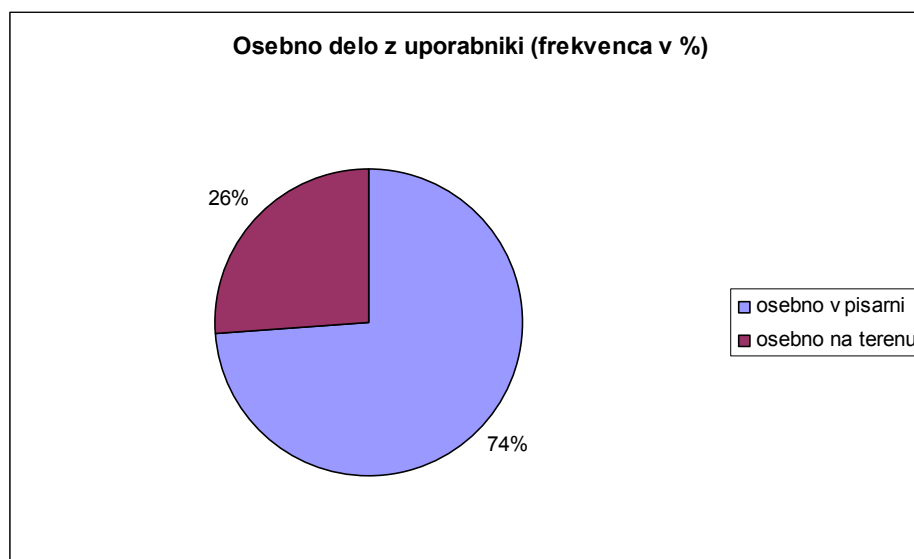


Graf 4.20 Povprečno trajanje individualnih del z uporabniki

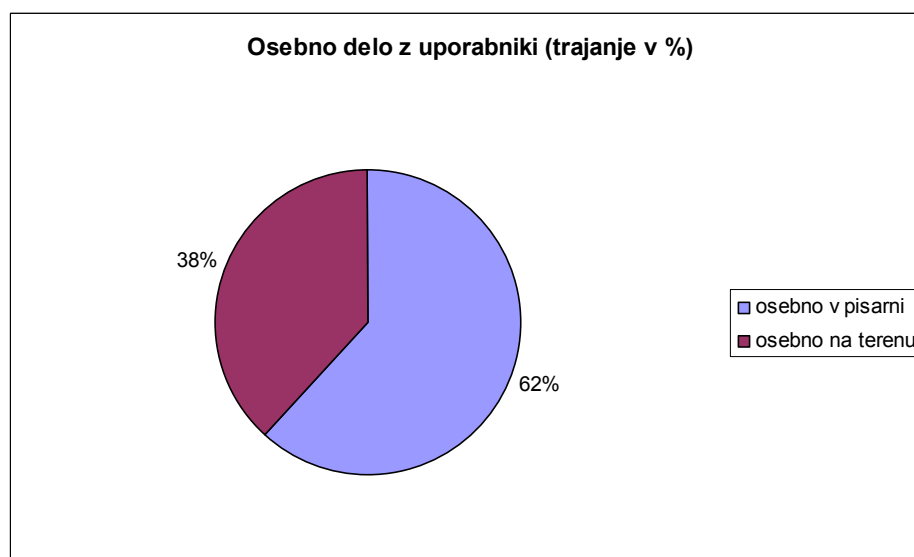
Strokovni delavci porabijo v povprečju največ časa za delo na terenu (povprečno delo na terenu traja 82,9 minut). V trajanje storitve so strokovni delavci najverjetneje všteli tudi čas vožnje, ki jo potrebujejo za pot od pisarne do mesta srečanja z uporabnikom (v večini primerih do uporabnikovega doma). Sledi osebno delo v pisarni, to je v povprečju trajalo 47,6 minut ter informiranje in svetovanje uporabnikom, ki so ga strokovni delavci opravili po telefonu (v povprečju traja delo preko telefona 13,8 minut). Za pisanje pisma, poslanega uporabniku, ki je bil hospitaliziran v psihiatrično bolnišnico, je strokovna delavka porabila 30 minut.

Če povzamem ugotovitve iz tega poglavja, potem lahko zaključim, da strokovni delavci porabijo v povprečju največ časa za delo z uporabniki na terenu. Zaradi relativno majhnega števila teh storitev v primerjavi z drugimi, pa največ skupnega časa porabijo za osebno delo v pisarni. Bistveno manj časa porabijo za delo prek telefona, čeprav je skupno število teh storitev najvišje.

4.6.1.1.1 Osebno delo z uporabniki



Graf 4.21 Razmerje med deležem opravil osebnega dela z uporabniki



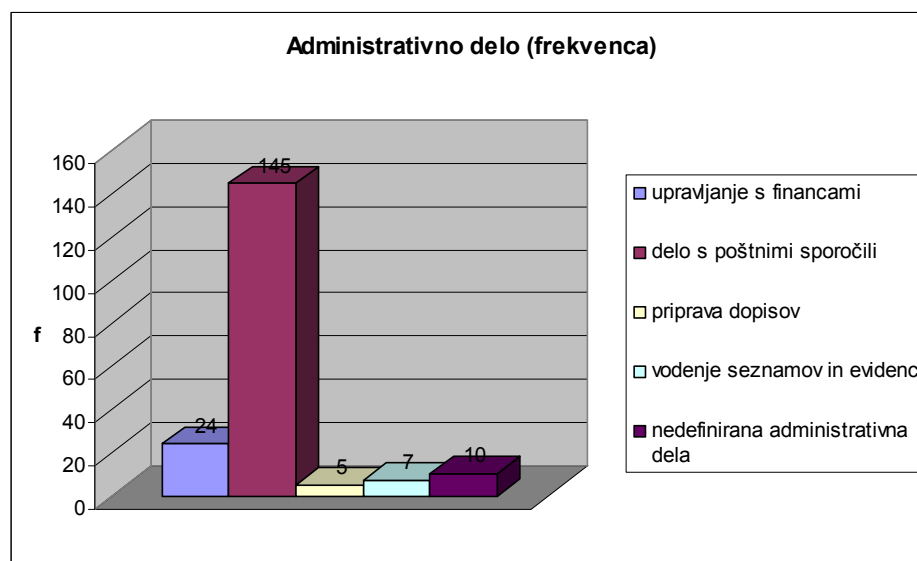
Graf 4.22 Razmerje med trajanjem opravil osebnega dela z uporabniki

Strokovni delavci so v pisarni opravili več storitev (74 odstotkov), kot osebno na terenu (26 odstotkov). Zaradi daljšega trajanja dela na terenu (kot je razvidno iz grafa 4.20 traja povprečno delo na terenu 82,9 minut), pa so za ta način dela porabili 38 odstotkov časa, ki so ga namenili osebnemu delu z uporabniki. Kljub temu pa je delo

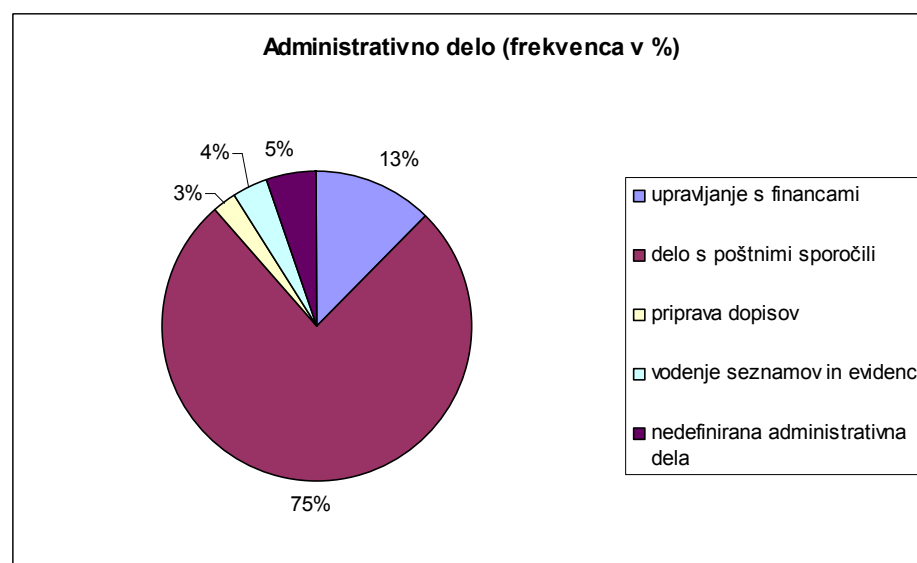
v pisarni, predvsem zaradi velikega števila opravljenih storitev (glej graf 4.18), zahtevalo kar 62 odstotkov časa, porabljenega za osebno delo z uporabniki.

Na podlagi podatkov lahko zaključim, da opravijo strokovni delavci na terenu zgolj četrtno storitev, ki temeljijo na individualnem osebnem delu z uporabniki.

4.6.2 Administrativno delo



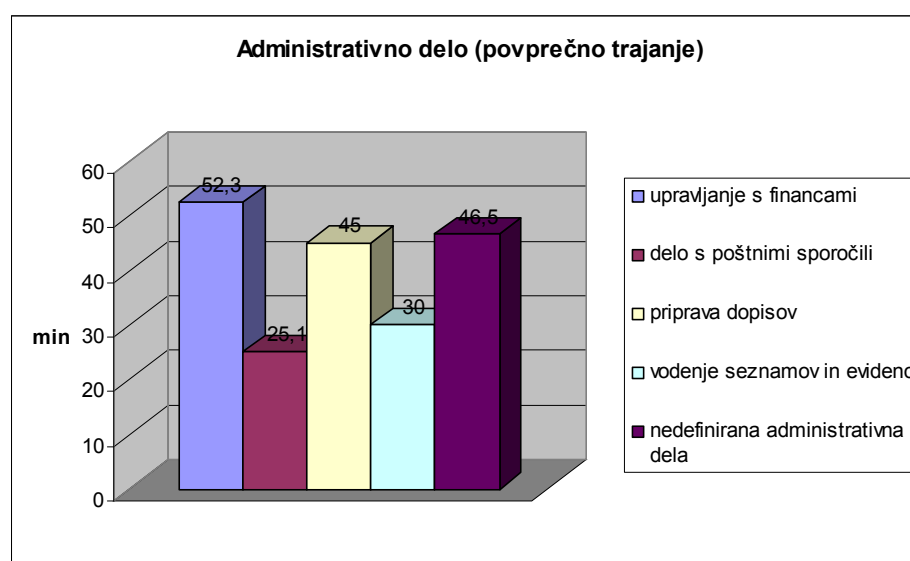
Graf 4.23 Frekvenčna distribucija administrativnih del



Graf 4.24 Razmerje med deleži administrativnih del

Delo s poštnimi sporočili (dvig, beleženje, branje in urejanje pošte ter pisanje poštnih sporočil), je najpogostejše administrativno opravilo (strokovni delavci so jih opravili 145, kar znaša 75 odstotkov vsega administrativnega dela). V zvezi z upravljanje financ so opravili 24 opravil (to predstavlja 13 odstotkov administrativnih opravil). Ta segment administrativnega dela zajema opravila kot so urejanje blagajne in

blagajniških izdatkov ter prejemkov, priprave mesečnih blagajniških poročil in dnevnikov, dvige blagajniških maksimumov oz. nakazil na bankah, izplačila potnih stroškov zaposlenim ter prostovoljcem. Sledijo nedefinirana administrativna dela (10 opravil oz. 5 odstotkov) ter opravila, ki se nanašajo na vodenje seznamov in evidenc (7 opravil ali 4 odstotke). Med ta opravila sodijo urejanje seznamov članov društva po posameznih občinah, pregledi in dopolnitve seznamov donatorjev, priprave adrem strokovnih služb, izdelava seznama uporabnikov in svojcev za pošiljanje različnih pisemskih obvestil. Najmanjše število opravil (5 oz. 3 odstotke) strokovnih delavcev se nanaša na pripravo dopisov.

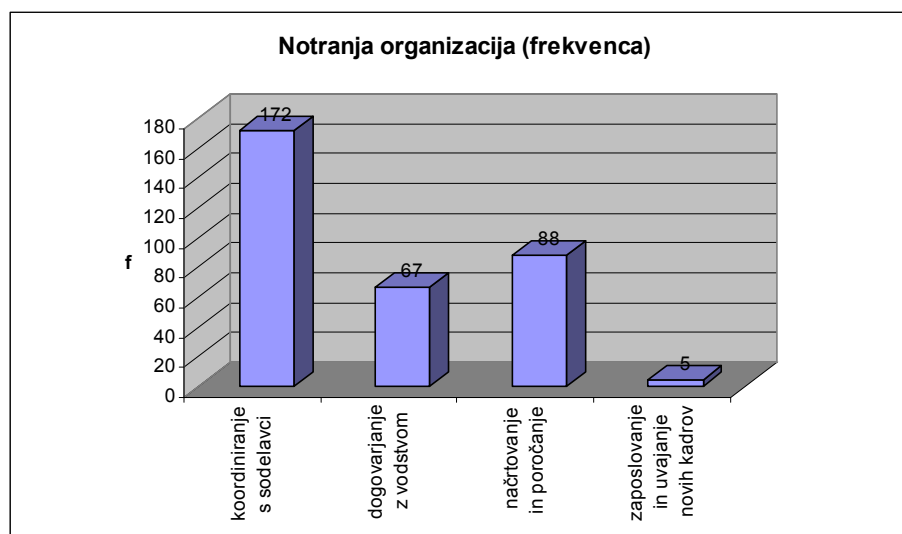


Graf 4.25 Povprečno trajanje administrativnih del

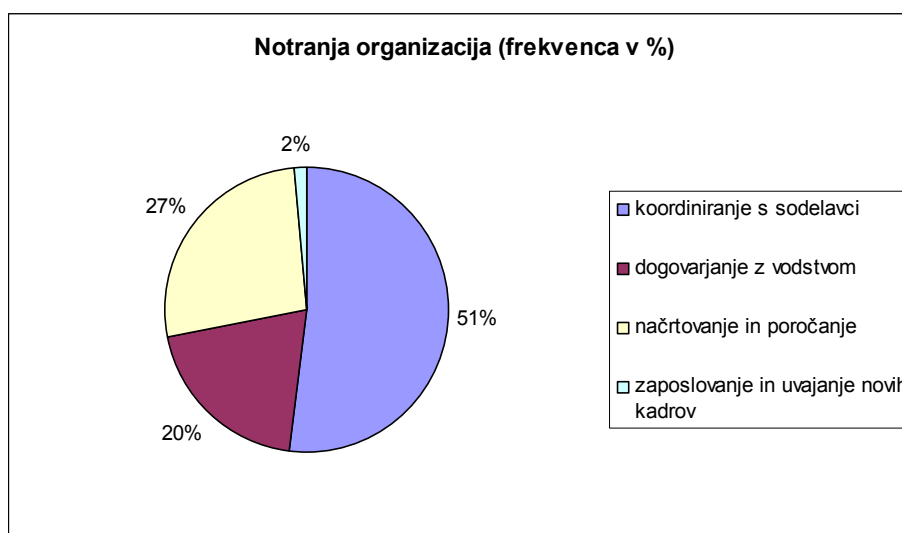
Opravila povezana z upravljanjem financ so v povprečju trajala najdlje (52,3 minute), nekoliko manj pa je v povprečju trajala priprava dopisov (45 minut). Sledi vodenje seznamov in evidenc (opravila so v povprečju trajala 30 minut), najmanj časa pa so v povprečju trajala poštna opravila (25,1 minute). Nedefinirana administrativna dela so v povprečju trajala 46,5 minut.

Na podlagi dejstev, predstavljenih v tem podpoglavju, ugotavljam, da se glavnina administrativnega dela, ki ga opravijo strokovni delavci, nanaša na delo s poštnimi sporočili ter vodenju in upravljanju s financami.

4.6.4 Notranja organizacija



Graf 4.26 Frekvenčna distribucija opravil notranje organizacije

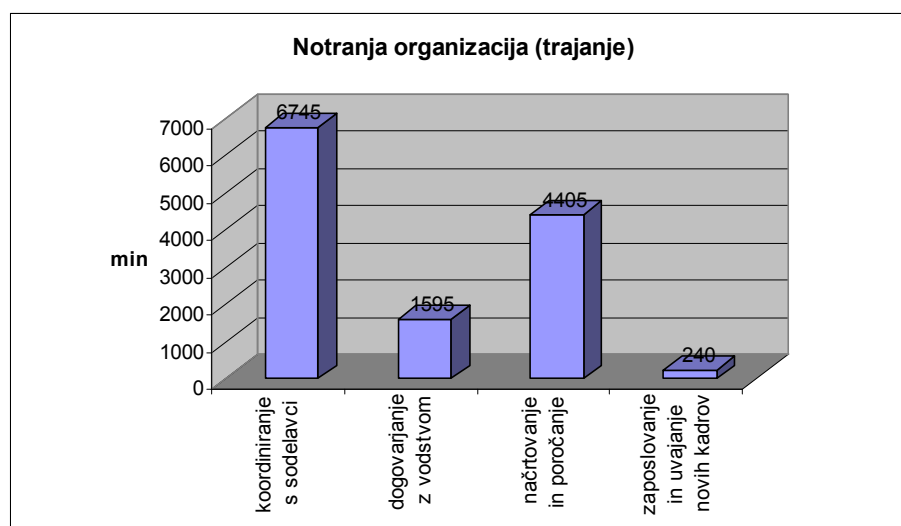


Graf 4.27 Razmerje med deleži opravil notranje organizacije

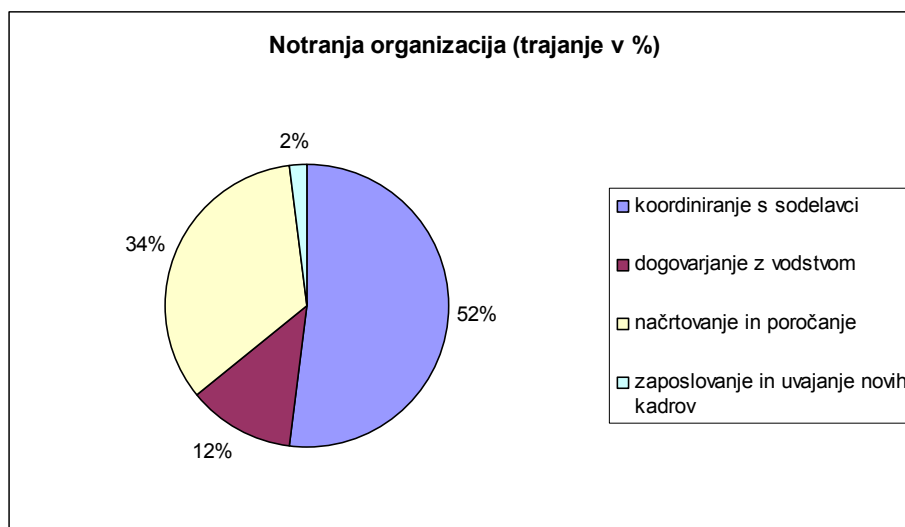
Največ opravil notranje organizacije, ki so jih opravili strokovni delavci, se nanaša na koordiniranje s sodelavci (172 opravil oz. 51 odstotkov vseh opravil notranje organizacije). Koordiniranje s sodelavci zajema sestanke s sodelavci na programu in enoti (120 opravil, v trajanju 4665 minut) ter na nivoju organizacije (52 opravil, ki so trajala 2080 minut). Sledi načrtovanje dela in poročanje, znotraj katerega so strokovni delavci opravili 88 različnih aktivnosti (27 odstotkov vseh opravil notranje

organizacije). Med te aktivnosti sodijo priprava dnevnih (4 opravila v trajanju 130 minut), tedenskih (26 opravil, ki so skupaj trajale 485 minut) in letnih planov dela (35 opravil v skupnem trajanju 1950 minut), priprava mesečnih aktivnih analiz (5 opravil v skupnem trajanju 110 minut) ter mesečnih poročil o delu (18 opravil, za katere so strokovni delavci porabili 1730 minut).

Za dogovarjanje z vodstvom organizacije, ki ga sestavljata dogovarjanje z vodjo programa (31 opravil, v skupnem trajanju 600 minut) in zaposlenimi na sekretariatu (36 opravil, ki so skupaj trajala 995 minut), so strokovni delavci skupaj porabili 1595 minut (20 odstotkov opravil notranje organizacije), za izbiro in uvajanje novega kadra pa 5 opravil (2 odstotka).

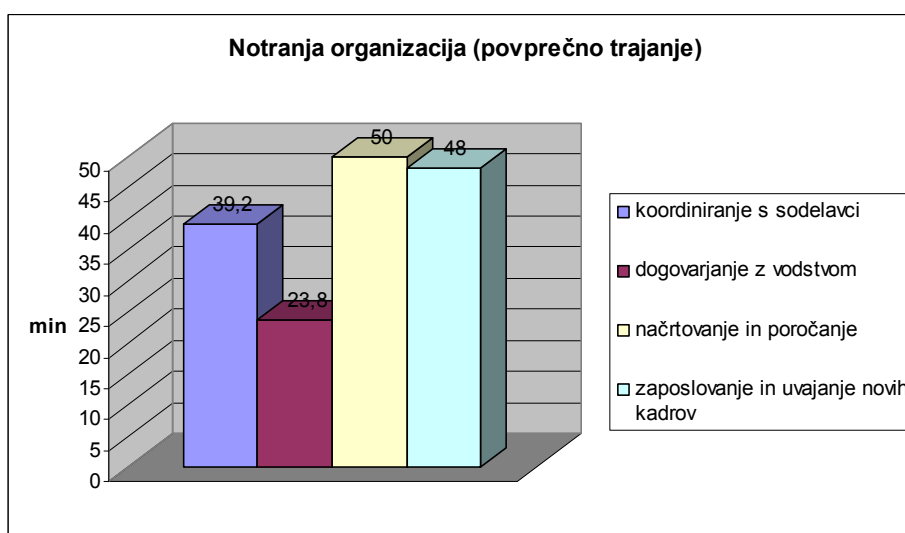


Graf 4.28 Trajanje opravil notranje organizacije



Graf 4.29 Razmerje med trajanjem opravil notranje organizacije

Strokovni delavci so največ časa porabili za koordiniranje s sodelavci (6745 minut oz. 52 odstotkov časa porabljenega za notranjo organizacijo). Nekaj manj časa (4405 minut ali 34 odstotkov časa) so porabili za načrtovanje dela in poročanje o opravljenem delu, 1595 minut oz. 12 odstotkov časa namenjenega notranji organizaciji pa za dogovarjanje z vodstvom. Za zaposlovanje in uvajanje novih kadrov so porabili 240 minut (5 odstotkov časa).

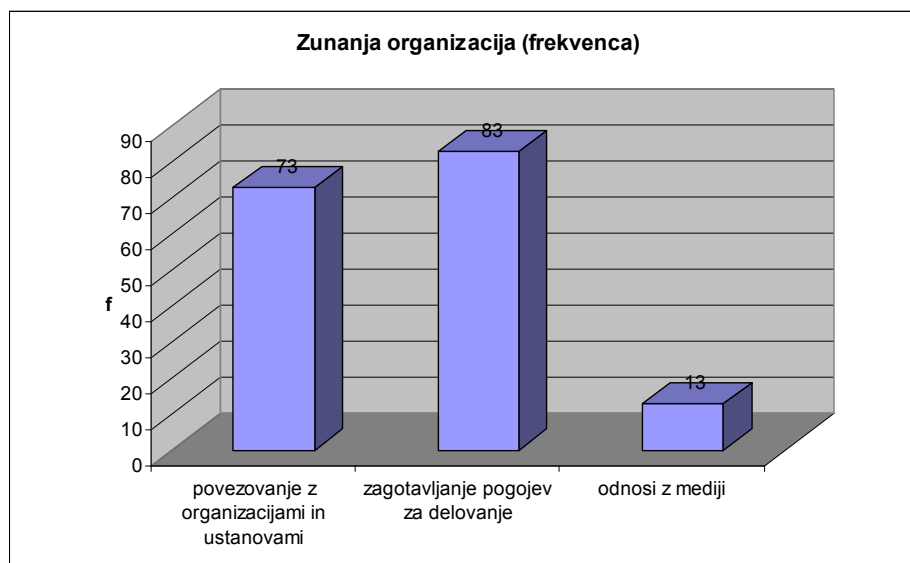


Graf 4.30 Povprečno trajanje opravil notranje organizacije

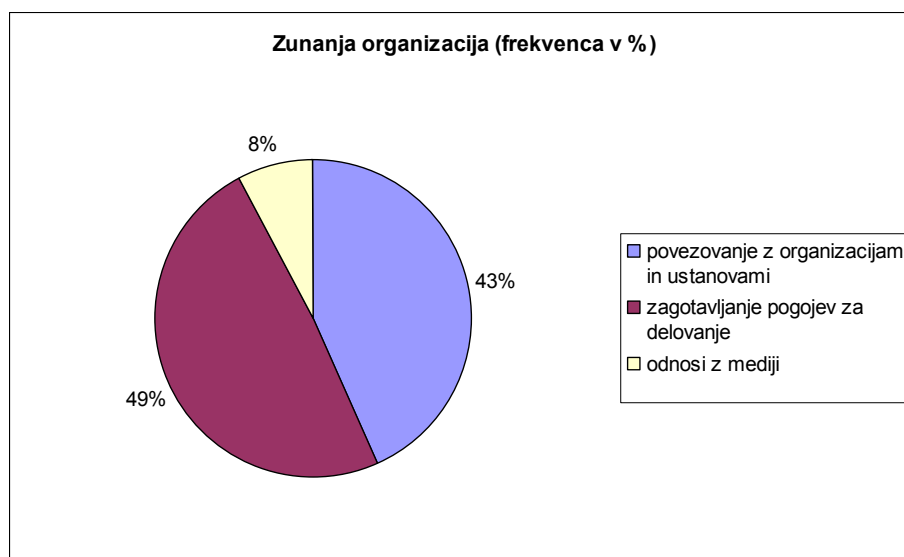
Najdlje je v povprečju trajalo načrtovanje in poročanje (50 minut) ter zaposlovanje in uvajanje novih kadrov (48 minut). Za koordiniranje s sodelavci, ki je največkrat potekalo v obliki sestankov in kolegijev, so v povprečju porabili 39,2 minute, za dogovarjanja z vodstvom pa povprečno 23,8 minut.

Če strnem predstavljene rezultate, potem lahko zapišem, da se tri četrtine opravil notranje organizacije nanaša na koordiniranje dela s podrejenimi in nadrejenimi sodelavci. Glede na čas, porabljen za opravila notranje organizacije, so strokovni delavci načrtovanju in poročanju namenili kar tretjino vsega časa. Čeprav so tovrstnih storitev opravili nekoliko manj, pa le-ta zahtevajo v povprečju tudi največ časa za njihovo realizacijo.

4.6.5 Zunanja organizacija



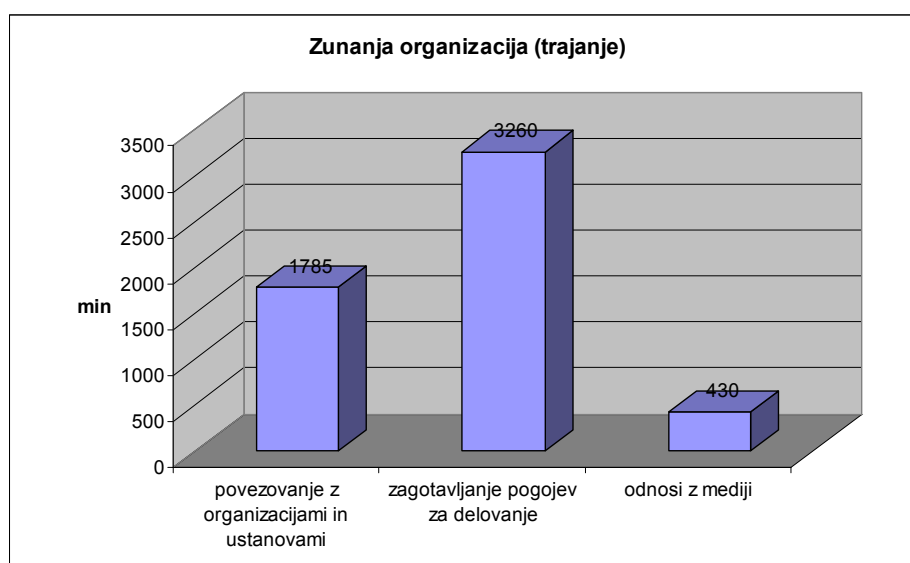
Graf 4.31 Frekvenčna distribucija opravil zunanje organizacije



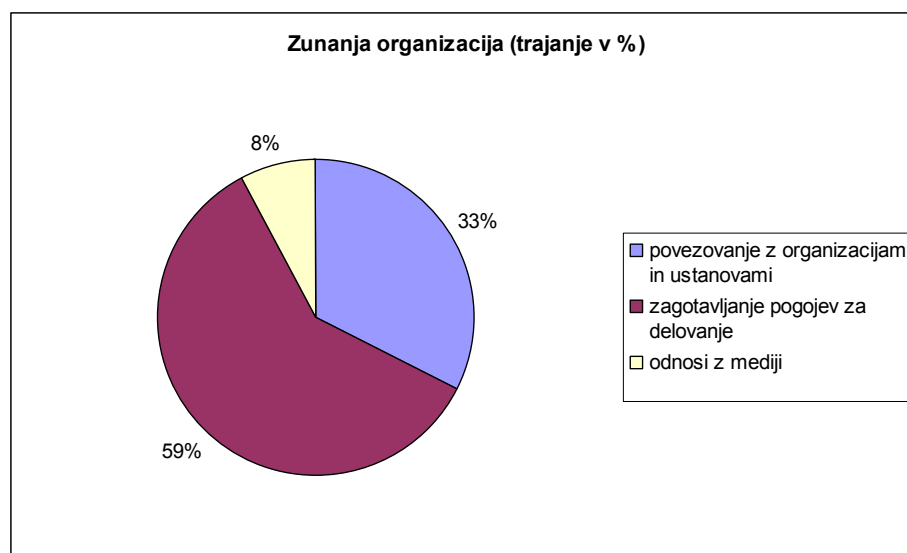
Graf 4.32 Razmerje med deleži opravil zunanje organizacije

Strokovni delavci so največ, 83 opravil (ali 49 odstotkov vseh opravil zunanje organizacije), opravili za zagotavljanje pogojev za delovanje. V to vrsto del sodi delo na razpisih (27 opravil v trajanju 1520 minut), pisanje in pošiljanje donatorskih prošenj (31 opravil v trajanju 1010 minut) ter zagotavljanje prostorskih pogojev za delovanje programa (25 opravil v trajanju 730 minut). Sledi povezovanje z

organizacijami in ustanovami (73 opravil ali 43 odstotkov) ter odnosi z mediji (13 opravil ali 8 odstotkov opravil zunanje organizacije). Strokovni delavci so imeli največ stikov z zasebnimi strokovnimi organizacijami (19), centri za socialno delo (15), psihiatričnimi bolnišnicami in ambulantami (8) ter zdravstvenimi domovi (6). Sledijo stiki s socialno varstveni zavodi (5) ter zavodi za zaposlovanje (3) in fakultetami (3). Z ostalimi službami (območno enoto zavoda za zdravstveno zavarovanje in Socialno zbornico Slovenije) so imeli po en kontakt. V enem primeru so obiskali sorodno organizacijo iz sosednje Italije, zaradi neurejenih pogojev dela pa so se v 15. primerih obrnili na Sindikat zdravstva in socialnega varstva Slovenije.

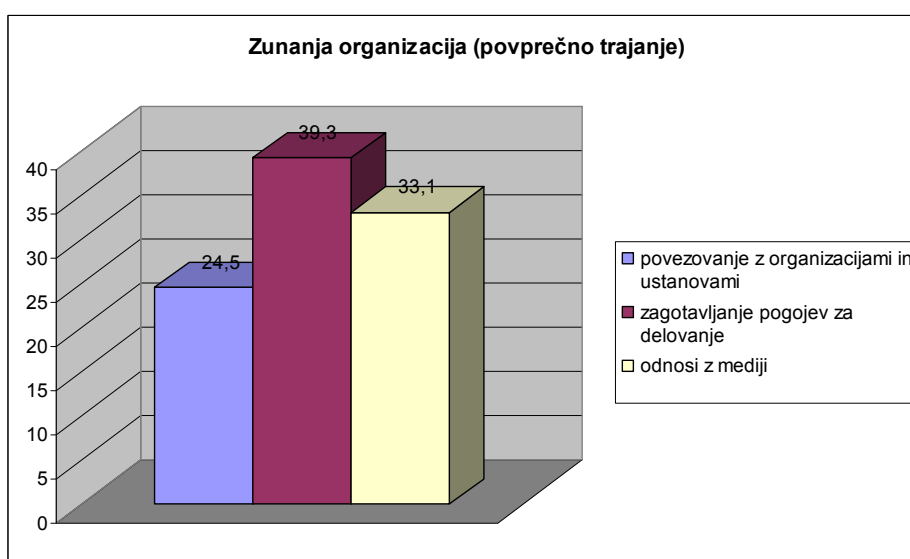


Graf 4.33 Trajanje opravil zunanje organizacije



Graf 4.34 Razmerje med trajanjem opravil zunanje organizacije

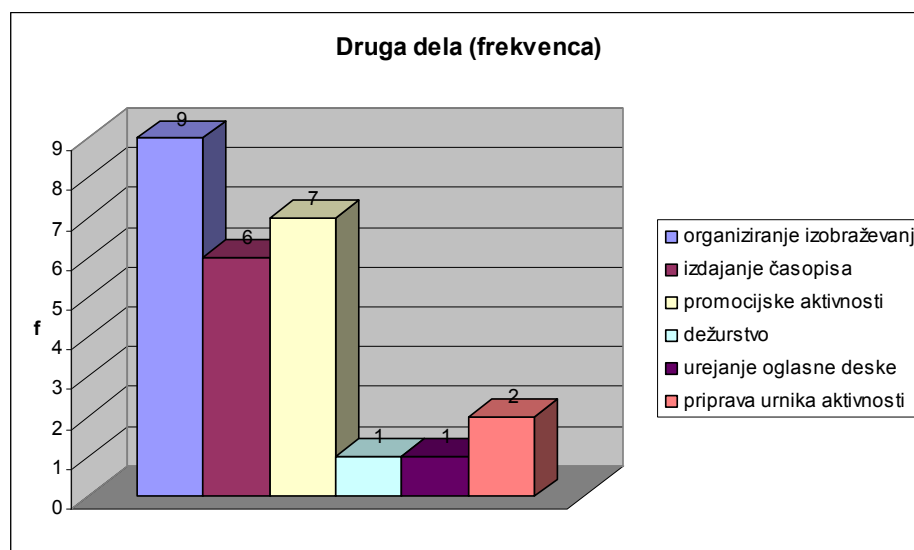
Daleč največ časa so strokovni delavci porabili za zagotavljanje pogojev za delovanje programa (3260 minut oz. 59 odstotkov časa za zunanjo organizacijo), skoraj polovico manj pa za povezovanje z organizacijami in ustanovami (1785 minut oz. 33 odstotkov). Najmanj časa so porabili za odnose z mediji (430 minut oz. 8 odstotkov). V povprečju pa so največ časa porabili za zagotavljanje pogojev za delovanje (39,3 minute). Za odnose z mediji so povprečju porabili 33,1 minuto, za povezovanje z organizacijami in ustanovami pa v povprečju 24,5 minut.



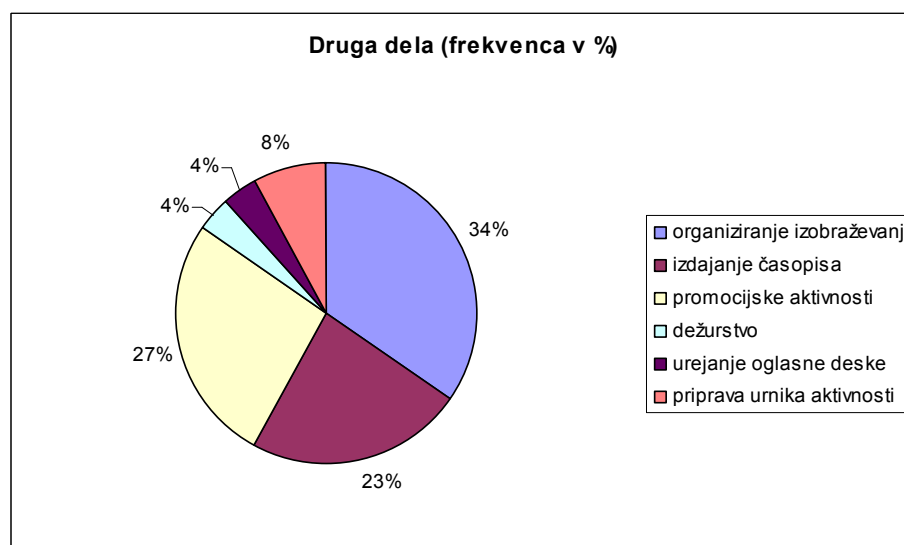
Graf 4.35 Povprečno trajanje opravil zunanje organizacije

Rezultati, predstavljeni v tem poglavju kažejo na to, da so strokovni delavci največ opravil zunanje organizacije, predvsem pa časa, namenili zagotavljanju pogojev za delovanje. Pogosto so sodelovali tudi z drugimi strokovnimi organizacijami in institucijami, poleg tega pa so občasno sodelovali tudi s predstavniki različnih medijev.

4.6.6 Druga dela



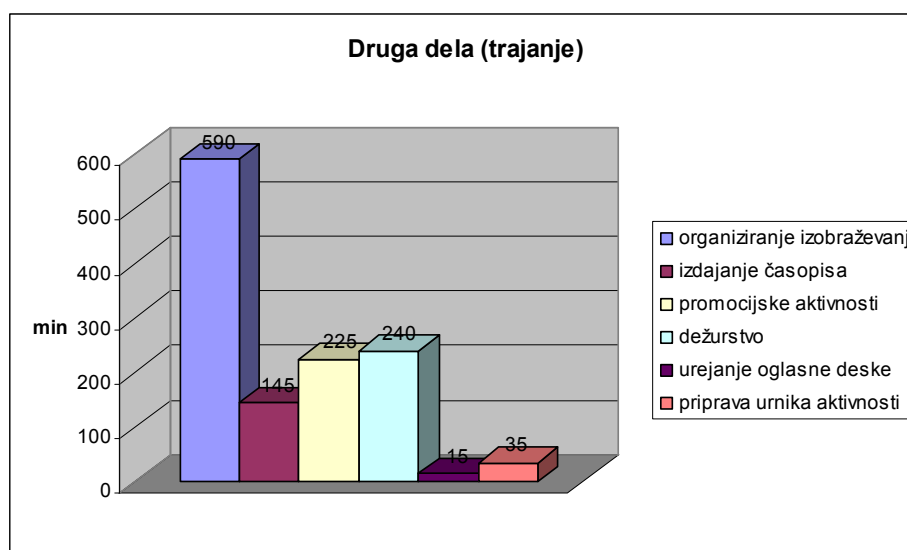
Graf 4.36 Frekvenčna distribucija drugih del



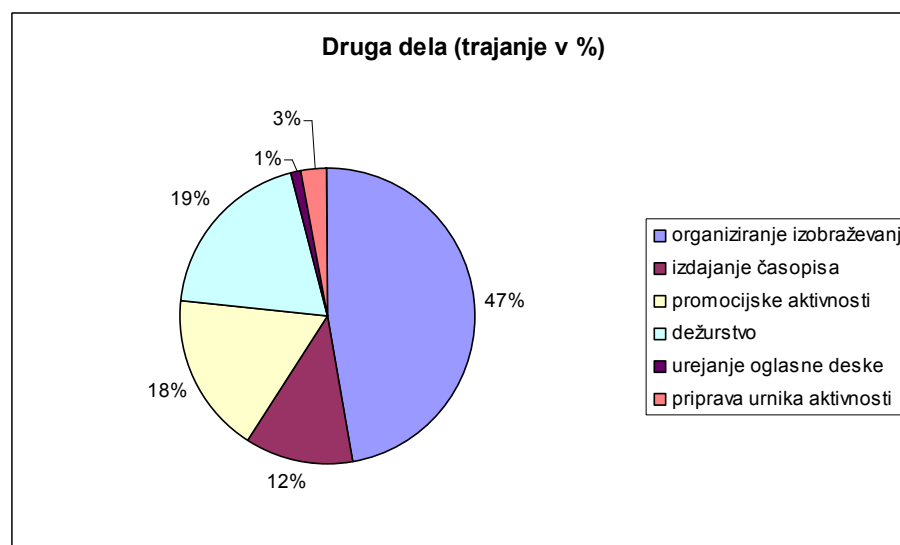
Graf 4.37 Razmerje med deleži drugih del

Strokovni delavci so največ aktivnosti (9 oz. 34 odstotkov) namenili organiziranju izobraževanj. Sledijo promocijske aktivnosti (7 opravil oz. 27 odstotkov) ter aktivnosti povezane z izdajanjem časopisa (6 opravil ali 23 odstotkov). Poleg naštetih aktivnosti so strokovni delavci poskrbeli še za pripravo urnika aktivnosti za uporabnike (2

opravili oz. 8 odstotkov), urejanje oglasne deske (1 opravilo) ter dežurstvo (1 opravilo).



Graf 4.38 Trajanje drugih del

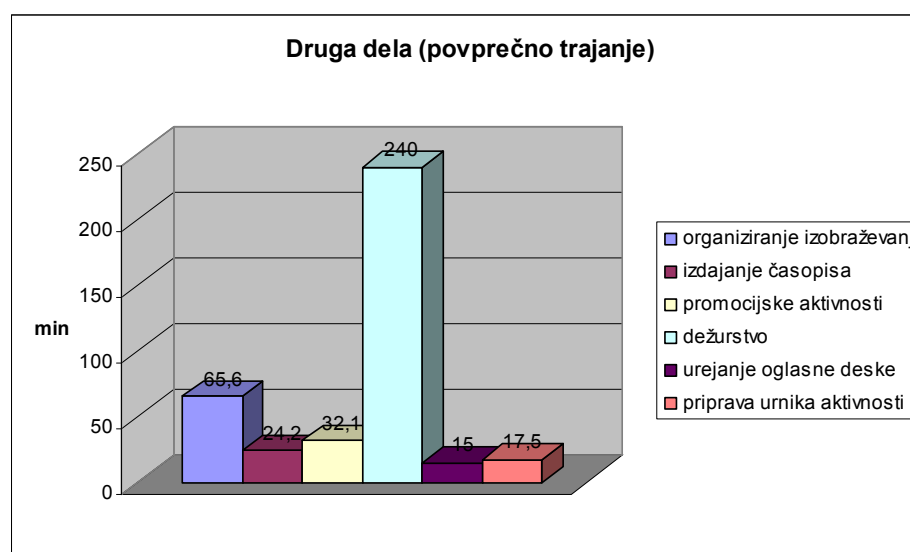


Graf 4.39 Razmerje med trajanjem drugih del.

Največ časa so strokovni delavci porabili za organiziranje izobraževanj (590 minut oz. 47 odstotkov časa, namenjenega drugemu delu), dobro polovico manj za dežurstvo (240 minut oz. 19 odstotkov časa) in promocijske aktivnosti (225 minut oz. 18 odstotkov časa). Za izdajanje časopisa so porabili 145 minut (12 odstotkov časa,

ki so ga potrebovali za druga dela), še manj pa za pripravo urnika aktivnosti (35 minut ali 3 odstotke) ter urejanje oglasne deske (15 minut oz. 1 odstotek).

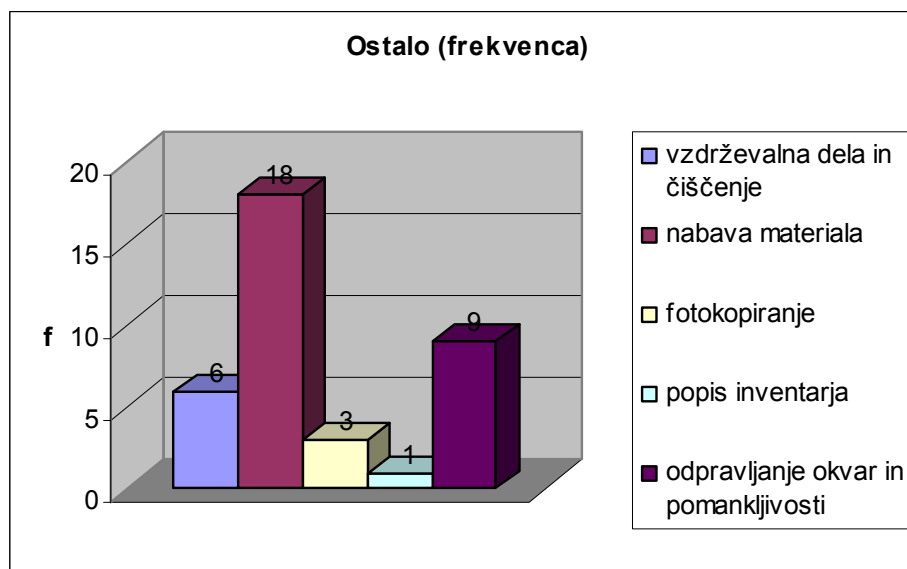
Strokovni delavci so v povprečju za dežurstvo porabili občutno največ časa (240 minut), za organiziranje izobraževanj pa povprečno 65,6 minut. Za promocijske aktivnosti so v povprečju potrebovali 32,1 minute, za izdajanje časopisa pa povprečno 24,2 minute. Za pripravo urnika aktivnosti potrebujejo povprečno 17,5 minut, za urejanje oglasne deske pa 15 min.



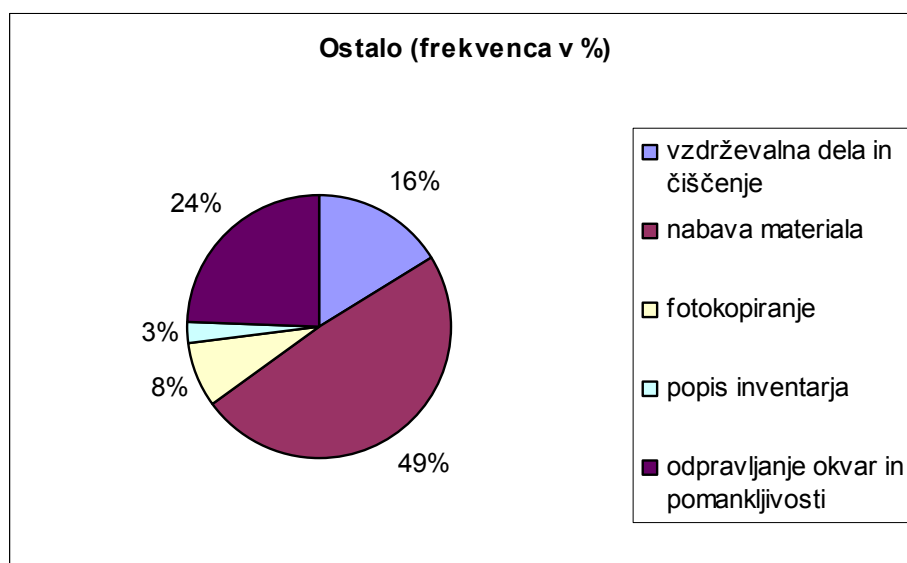
Graf 4.40 Povprečno trajanje drugih del

Upoštevajoč predstavljene rezultate lahko zaključim, da druga dela zajemajo predvsem aktivnosti, povezane z organiziranjem dodatne ponudbe (izobraževanja za splošno javnost, izdajanje časopisa) ter promocijskimi aktivnostmi.

4.6.7 Ostalo



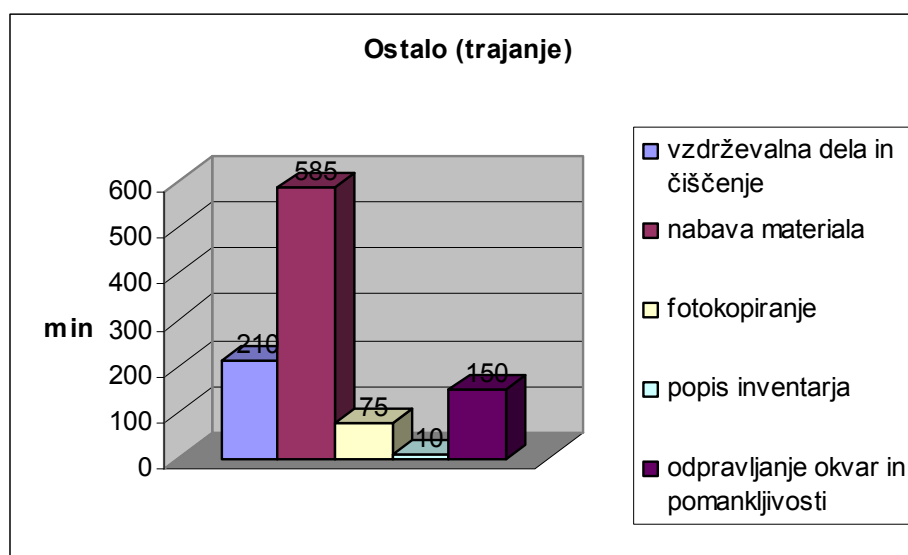
Graf 4.41 Frekvenčna distribucija ostalih opravil



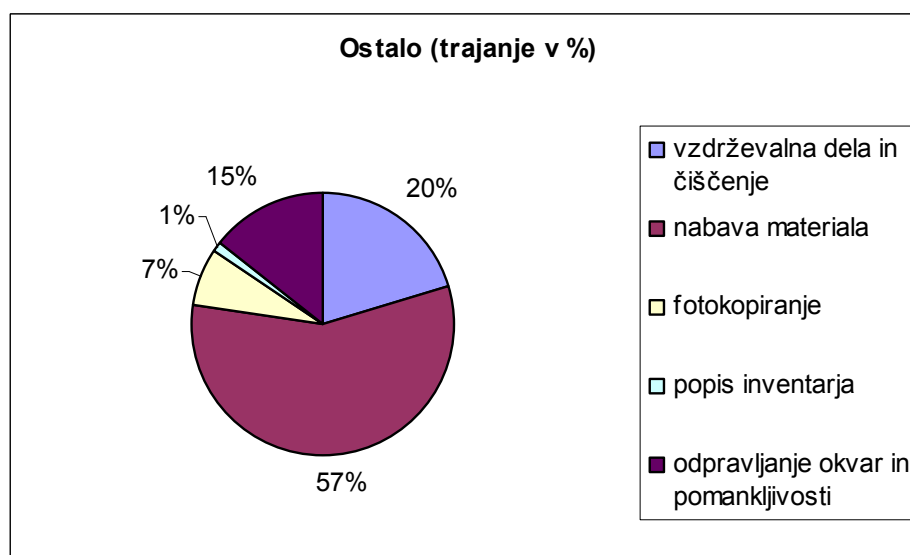
Graf 4.42 Razmerje med deleži ostalih opravil

Strokovni delavci opravljajo tudi ostala dela, med katere najpogosteje sodi nabava materiala (18 opravil ali 49% vseh ostalih opravil): pijače in prigrizkov za pogostitev članov skupine za samopomoč, ostale skupinske aktivnosti in lastno porabo ter pisarniškega materiala, materiala za ustvarjalne delavnice in opreme za pisarniške

prostore. Sledijo opravila za odpravljanje okvar in napak (9 opravil ali 24 odstotkov) računalniške opreme ter motenj v delovanju internetne povezave. Sledijo vzdrževalna dela ter čiščenje in pospravljanje prostorov (6 opravil oz. 16 odstotkov ostalih opravil). Poleg naštetih opravil so še trikrat fotokopirali (8 odstotkov) ter opravili popis inventarja (3 odstotke vseh ostalih del).



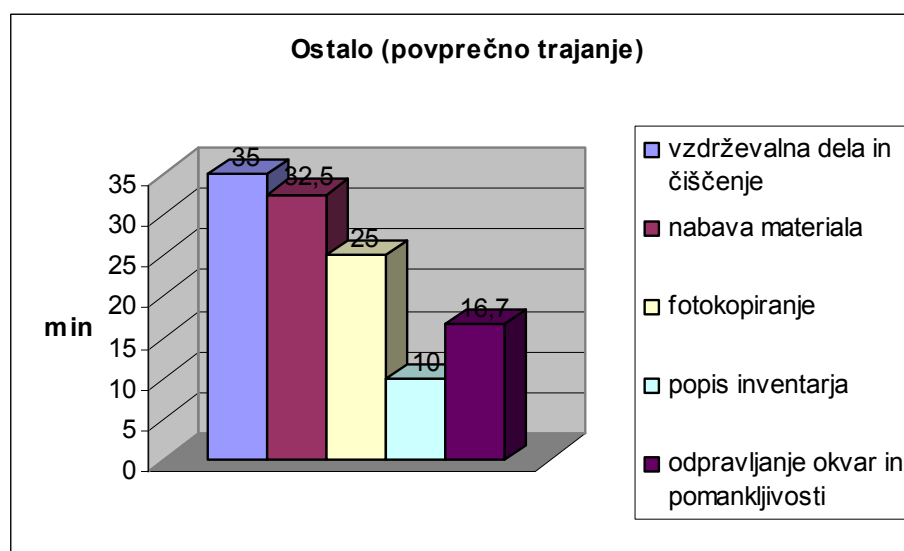
Graf 4.43 Trajanje ostalih opravil



Graf 4.44 Razmerje med trajanjem ostalih opravil

Strokovni delavci so največ časa porabili za nabavo materiala (585 minut ali 57 odstotkov časa namenjenega ostalim opravilom). Sledijo vzdrževalna dela in čiščenje prostorov (210 minut ali 20 odstotkov) ter aktivnosti, povezane z odpravljanjem okvar in pomanjkljivosti (150 minut oz. 15 odstotkov). Najmanj časa so porabili fotokopiranje (75 minut ali 7 odstotkov) in popis inventarja (10 minut ali 1 odstotek časa za ostala opravila).

V povprečju so največ časa porabili za vzdrževalna dela (35 min) in nabavo materiala (32,5 minut). Za fotokopiranje so povprečno potrebovali 25 minut, za odpravljanje okvar in pomanjkljivosti pa povprečno 16,7 minut.



Graf 4.45 Povprečno trajanje ostalih opravil

Če na koncu povzamem nekatere bistvene ugotovitve tega dela raziskave, potem lahko rečem, da strokovni delavci poleg strokovnega dela, ki predstavlja 56 odstotkov njihovega časa, opravijo še veliko drugih opravil. Mednje sodijo opravila v zvezi s koordiniranjem s sodelavci ter načrtovanje in poročanje o delu. Strokovni delavci najpogosteje uporabljajo metodo dela s posameznikom, veliko časa pa namenijo beleženju in vodenju dokumentacije. Po tej metodi dela so največ (85 odstotkov) storitev opravili za ljudi z izkušnjo duševne stiske, 8 odstotkov pa za njihove svojce. 15 odstotkov storitev so opravili na terenu, približno enako, 43 oziroma 42 odstotkov pa telefonsko oziroma osebno v pisarni.

Delo s poštnimi sporočili je najpogostejše administrativno opravilo, saj zajema 75 odstotkov vseh administrativnih del. S 13 odstotki mu sledi upravljanje s financami, za katero so strokovni delavci porabili največ časa. 71 odstotkov opravil notranje organizacije so namenili za koordiniranje dela in usklajevanje s sodelavci ter vodstvom organizacije, 27 odstotkov pa za načrtovanje in poročanje. Največ opravil zunanje organizacije so namenili zagotavljanju pogojev za delovanje programa (49 odstotkov), malce manj oziroma 43 odstotkov pa za povezovanje z drugimi organizacijami in ustanovami. 8 odstotkov opravil zunanje organizacije so namenili odnosom z mediji. Strokovni delavci opravljajo še številna druga dela, ta pa zajemajo 4 odstotke vseh njihovih opravil.

5 RAZPRAVA

Strokovni delavci so pred prvim obiskom uporabnika na njegovem domu pozorni predvsem na ugotavljanje razlogov oz. kriterijev za nudenje tovrstne pomoči kot na primer na dovoljenje uporabnika za vstop v stanovanje, njegovo pripravljenost za sodelovanje, oddaljenost njegovega doma ipd. Pri vzpostavljanju delovnega odnosa so pozorni na nivo ujemanja z uporabnikom, na njegove potrebe in navade ter na njihov odziv na prisotnost terenskega delavca.

Pri prvem obisku se najprej osredotočijo na ocenjevanje bivalnih razmer, v katerih uporabnik biva. Nadalje se posvetijo opazovanju uporabnikovih odnosov z njegovimi družinskimi člani in sostanovalci. Zaradi ustvarjanja bolj celostne slike o uporabniku, pa opazujejo še uporabnikovo vedenje in počutje v njegovem okolju.

Usposobljen terenski delavec mora posedovati naslednje spretnosti: sposobnost empatičnega vživljanja v situacijo uporabnika, spretnost poslušanja, spretnost usmerjenega vodenja razgovora, spretnost opazovanja in ocenjevanja ter sposobnost prilagajanja uporabniku ter njegovemu okolju.

Za opravljanje terenskega dela so pomembne še nekatere osebnostne lastnosti terenskega delavca kot na primer sproščenost, spontanost, nevsiljivost, spoštljivost ter samoiniciativnost. Prav zato morajo terenski delavci, poleg za terensko delo specifična znanja, veščine, spretnosti in izkušnje, posedovati nekatere osebnostne značilnosti, med katere poleg naštetih zagotovo sodijo sposobnost prilagajanja, komunikativnost, inovativnost, zrelost, naravnost ipd.

Terenski delavec potrebuje za svoje specializirano delo naslednje tehnične pripomočke: službeni avtomobil, mobilni telefon in diktafon, po potrebi pa še prenosni računalnik ter ustrezen zemljevid območja, ki ga pokriva s terenskim delom. Za svoje delo mora prejeti ustrezno plačilo ter obvezen dodatek za terensko delo. Biti mora ustrezno zavarovan, v primeru prevoza uporabnika pa mora imeti urejeno tudi zavarovanje za sopotnika. Terenski delavec mora biti dobro seznanjen tudi z normativi terenskega dela.

Za dvig kvalitete programa PIS ter zadovoljstva terenskih delavcev je potrebno čim prej izboljšati nekatere pogoje dela (kot je na primer ustrezno plačilo z urejenim dodatkom za opravljanje terenskega dela) ter zagotoviti prepotrebne pripomočke in orodja za učinkovitejše delo, med katere sodijo predvsem službeni avtomobil in mobilni telefon. Nujno pa bo potrebno urediti tudi zavarovanje terenskih delavcev ter uporabnikov, še zlasti v primerih prevoza slednjih.

Ena najvažnejših prednosti terenskega dela se odraža v večji dostopnosti storitev za uporabnike, saj prejmejo pomoč na njihovem domu oz. tam, kjer jo potrebujejo ter se počutijo najbolj varne. Zaradi tega so bolj sproščeni, se lažje odprejo, so bolj pripravljeni za odkrit pogovor, lažje povedo kaj hočejo in čutijo ter enostavneje izražajo svoje potrebe. Eden izmed pomembnih pozitivnih učinkov terenskega dela je krepitev moči uporabnikov oz. večanje njihovega vpliva, preprečevanje njihove socialne izključenosti, preprečevanje poslabšanj njihovega psihičnega stanja ter zmanjševanje števila hospitalizacij.

S pomočjo terenskega dela terenski delavci izvedo in spoznajo stvari, ki jih v pisarni največkrat ne bi, saj imajo dostop do informacij, do katerih jih drugi strokovnjaki nimajo. Prav vpogled v uporabnikovo okolje ter možnost opazovanja njegovega funkcioniranja v njem je ena izmed glavnih prednosti terenskega dela. Poleg tega omogoča tudi večjo fleksibilnost pri zagotavljanju storitev ter hitrejše in bolj neposredno nudenje pomoči. Terenski delavci se pogosto znajdejo v situaciji, ko namesto uporabnikov naredijo prvi korak v smeri rešitve njihovih težav ali pa so vezni člen v verigi pomoči med njimi ter drugimi službami. Pomembna prednost terenskega dela je tudi ta, da lahko terenski delavci spremljajo uporabnike pri raznih opravkih, ki jih sami ne zmorejo ali pa namesto njih marsikaj uredijo.

Ena izmed pomanjkljivosti dela v uporabnikovem okolju se kaže v težjem uravnavanju distance v odnosu med strokovnim delavcem in uporabnikom. Naslednja pomanjkljivost je nekako povezana s prejšnjo in se nanaša na izkoriščanje terenskih delavcev s strani uporabnikov. Nadaljnja past terenskega dela je možna pasivizacija uporabnikov, saj so pogosto prav terenski delavci tisti, ki storijo prvi korak v smeri reševanja težav. Težave pri delu terenskih delavcev pa lahko

povzročijo tudi nekatere motnje v uporabnikovem okolju (prisotnost svojcev ali obisk soseda).

Zaradi tega bi bilo smiselno strokovnim službam, še posebej pa uporabnikom in njihovim bližnjim, natančneje in jasneje predstaviti namen in cilje terenskega dela. S tem bi lahko odpravili napačne predstave o terenskem delu ter posledično zmanjšali pogostost motenj v uporabnikovem okolju, preprečili pasivizacijo uporabnikov ter izkoriščanje terenskih delavcev. S tem bi lahko jasneje oblikovali vlogo vseh udeleženi v delovnem odnosu ter dvignili raven njihovega sodelovanja. Smiselno bi bilo razmisliti tudi o spremembi naziva programa PIS, saj obstoječi ne izraža dejstva, da program vključuje tudi dejavnost terenskega dela.

Terensko delo je zahtevno predvsem zaradi tega, ker zahteva več časa, vedno znova pa se pokaže tudi potreba po novih storitvah in aktivnostih, ki naj bi jih terenski delavci izvajali. Prav zaradi zahtevnosti in potrebe po vloženem naporu je delo terenskih delavcev neustrezno vrednoteno. Da bi to odpravili, bo potrebno za terensko delo izdelati standarde in normative oz. kriterije, ki bodo natančno določali: število vključenih uporabnikov na terenskega delavca, storitve, ki naj jih izvajajo terenski delavci ter njihove normative (upravičenci, trajanje, vodenje dokumentacije, izobrazba itd.), kriterije za sprejem in odpust uporabnikov, pogostost in število opravljenih terenov oz. obiskov na domovih, velikost ozemlja, ki ga pokriva terenski delavec, kazalce delovne uspešnosti, način vodenja in hranjenja delovne dokumentacije, trajanje sodelovanja ipd. Pri oblikovanju normativov je potrebno upoštevati razlike med programi, ki delujejo v velikih mestih (npr. Ljubljana, Celje, Kranj ipd.) ter tistimi, ki delujejo v manjših mestih oz. primestnih okoljih (npr. Sevnica, Ljutomer, Črnomelj ipd.)

Do vključitve v program terenskega dela so zlasti upravičene naslednje kategorije ljudi s težavami v duševnem zdravju: osebe, ki imajo težave v socialnem funkcioniranju, osebe, ki imajo specifične psihične težave ter osebe, pri katerih je zaradi telesnih težav bistveno zmanjšana njihova mobilnost. Do tovrstne pomoči so še posebej upravičeni uporabniki, ki: živijo v odročnih vaseh in krajih ter so precej oddaljeni od služb pomoči ter tisti, ki zaradi finančnih težav in nizkih prihodkov, raje

ostajajo doma. Sem spadajo tudi uporabniki, ki želijo prejemati pomoč in storitve na nevtralnem področju izza zidov institucij.

Izkušnje kažejo, da bi se v prihodnje bilo potrebno s terenskim delom še bolj osredotočiti na gibalno ovirane osebe s težavami v duševnem zdravju, starostnike z duševnimi težavami, ki živijo sami doma, osebe, ki trpijo zaradi različnih resnih oblik fobij ter tiste osebe z izkušnjo duševne stiske, ki živijo odrezane od služb pomoči. Poseben poudarek bo potrebno nameniti tudi ljudem, ki so se znašli v akutni duševni krizi in tistim, ki so samomorilno ogroženi.

Strokovni delavci programa PIS opravljajo zelo različna dela in opravila. Delež strokovnega dela znaša zgolj 52 odstotkov, ostala dela, ta se predvsem nanašajo na administrativna dela ter opravila notranje in zunanje organizacije, pa predstavljajo skupaj kar 48 odstotkov njihovega dela. Strokovni delavci porabijo za strokovno delo 56 odstotkov vsega delovnega časa (strokovno delo v povprečju traja dlje kot večina ostalih del), za ostala opravila pa 44 odstotkov. Zaradi te ugotovitve ne morem potrditi prve hipoteze, saj strokovno delo po nobenem od kriterijev (frekvenca in trajanje) ne predstavlja 70 odstotkov opravil strokovnih delavcev.

Največji delež strokovnega dela se nanaša na metodo dela s posameznikom (60 odstotkov strokovnega dela). Povprečno trajanje dela s posameznikom je v primerjavi z ostalimi metoda dela (te je mogoče izvajati izključno osebno) nekoliko krajše zaradi relativno velikega števila storitev, ki jih strokovni delavci zagotavljajo po telefonu. Povprečno delo s skupino traja 86,6 minut, kar ustreza pravilu, da sme posamezno srečanje skupine trajati največ 90 minut. Večina srečanj skupin poteka v popoldanskem času, izven delovnega časa programa PIS. Ker strokovno delo s skupino in ostale skupinske aktivnosti ne spadajo med storitve, ki jih neposredno zagotavlja program, bi jih zaradi tega morali izvajati ločeno oz. izven programa, njihovi izvajalci pa bi morali za to delo prejeti ustrezno plačilo.

Strokovni delavci zelo malo časa in energije namenijo predstavitvam programa PIS različnim strokovnim službam (zgolj en odstotek opravil se nanaša na predstavljanje strokovnim službam). Ker je program v slovenskem prostoru še vedno premalo poznan, bi bilo potrebno v aktivnosti, povezane s promoviranjem programa, vložiti

več energije in časa. Vsekakor pa imajo pri tem večji učinek predstavitve, ki jih opravi strokovni delavec osebno.

85 odstotkov dela s posameznikom se nanaša na delo z neposrednimi uporabniki programa (v nadaljevanju uporabniki). Zanj porabijo kar 88 odstotkov vsega časa, namenjenega delu s posameznikom. Na podlagi teh podatkov lahko potrdim tretjo hipotezo, saj strokovni delavci z uporabniki opravijo individualno več kot 80 odstotkov strokovnih storitev.

Delo z uporabniki poteka na različne načine. Najpogosteje poteka po telefonu (43 odstotkov dela z uporabniki) in osebno v pisarni (42 odstotkov). Za slednji način dela porabijo daleč največ časa oz. 53 odstotkov časa namenjenega delu z uporabniki. Vsi načini dela trajajo znotraj dogovorjenih časovnih okvirjev (delo v pisarni traja v povprečju 47,6 minut, delo na terenu traja povprečno 82 minut, po telefonu pa v povprečju 13,8 minut).

Delo na terenu predstavlja 15 odstotkov dela z uporabniki. Zaradi daljšega povprečnega trajanja tega načina dela (predvsem zaradi trajanje vožnje) v primerjavi z ostalimi, pa strokovni delavci za terensko delo porabijo kar 32 odstotkov časa, namenjenega delu z uporabniki. Če primerjamo zgolj delo, ki ga strokovni delavci z uporabniki opravijo osebno, potem predstavlja delo v pisarni 74 odstotkov teh opravil (zanj porabijo 62 odstotkov časa, namenjenega osebnemu delu z uporabniki), delo na terenu pa zgolj 26 odstotkov (ali 38 odstotkov časa, ki ga namenijo za osebno delo z uporabniki). Zaradi teh ugotovitev ne morem potrditi druge hipoteze, saj delo na terenu po nobenem izmed upoštevanih kriterijev ne predstavlja 75 odstotkov dela z uporabniki. Zaradi tega lahko zaključim, da program PIS ni program terenskega dela, kot ga npr. definirajo tuji standardi.

Če želimo zadostiti standardom, ki veljajo za terensko delo v tujini, potem morajo terenski delavci opraviti bistveno več strokovnega dela na terenu. Že z ureditvijo financiranja, bi lahko strokovni delavci dragocen čas, ki ga sedaj namenijo aktivnostim za zagotavljanje pogojev za delovanje (prijave na nacionalne in lokalne razpise, poročanje o delu različnim financerjem, dogovori z lokalnimi skupnostmi v za zagotavljanje ustreznih prostorskih pogojev za delovanje programa, zbiranje

donatorskih sredstev ipd.) ter ostalim opravilom, porabili za strokovno delo. Vsekakor pa bi se s tem zmanjšala tudi obremenitev strokovnih delavcev, kar bi posledično vplivalo na zmanjšanje njihovega izgorevanja.

Daleč največji odstotek administrativnega dela predstavlja delo s poštnimi sporočili (75 odstotkov), ki zahteva tudi največ časa strokovnih delavcev (kar 62 odstotkov časa, porabljenega za administrativno delo). Sledijo opravila, povezana z urejanjem in vodenjem financ (te predstavljajo 22 odstotkov administrativnih opravil), medtem ko ostala opravila predstavljajo zelo majhen delež opravil. Vsekakor pa to niso opravila (predvsem delo s poštnimi sporočili ter vodenje in urejanje financ), ki bi jih morali opravljati strokovni delavci. Tovrstna administrativna dela namreč zahtevajo veliko časa in energije, ki bi jo lahko strokovni delavci koristneje porabili (npr. za strokovno delo).

Za strokovne delavce programa PIS je značilno, da z namenom izboljšanja notranje organiziranosti veliko svojega časa posvetijo dogovarjanju s sodelavci (51 odstotkov časa namenjenega notranji organizaciji) ter z vodstvom organizacije (12 odstotkov časa ali 20 odstotkov vseh opravil notranje organizacije). Veliko časa porabijo za načrtovanje in poročanje (34 odstotkov) oz. za pripravo dnevnih, tedenskih in letnih planov dela ter mesečnih poročil o delu. Poleg naštetih nalog, skrbijo še za zaposlovanje in uvajanje novih kadrov.

Veliko dela in časa namenijo aktivnostim za zagotavljanje pogojev za delovanje. Te znotraj opravil zunanje organizacije zasedajo 49 odstotkov vseh opravil, strokovni delavci pa zanje porabijo kar 59 odstotkov časa, namenjenega zunanji organizaciji. Vsekakor je to posledica neustreznega financiranja programa PIS, zaradi česar so primorani iskati različne finančne vire. Zato bi za nadaljnje delovanje in razvoj programa PIS potrebno zagotoviti stabilen vir financiranja, saj projektni način financiranja, ki je v veljavi zdaj, že nekaj časa ne zadostuje dejanskim potrebam programa. Dejstvo je, da obstoječi način financiranja, ta izvajalce dobesedno sili k iskanju različnih finančnih virov, ne krije nekaterih pomembnih drugih stroškov dela (kot npr. stroškov izobraževanja strokovnih delavcev) ter ne zagotavlja potrebnih investicijskih sredstev. Trenutno je investicijska sredstva možno pridobiti le preko Fundacije za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij Republike Slovenije,

pa še ta v zadnjih dveh letih, predvsem zaradi manjšanja finančnih sredstev, ki se v fundacijo stekajo z naslova koncesijskih dajatev od iger na srečo, zagotavlja zgolj minimalna sredstva za vzdrževanje.

Strokovni delavci relativno veliko sodelujejo z ostalimi strokovnimi službami in organizacijami, zelo malo aktivnosti pa namenijo odnosom z mediji. Poleg tega opravljajo še številna druga dela in opravila. Med ostalimi deli je velika večina takšnih nalog, za katera bodo v prihodnje morali poskrbeti izključno laični delavci (nabava materiala, čiščenje prostorov, fotokopiranje dokumentov, ki niso zaupne narave ipd.).

6 SKLEPI IN PREDLOGI

V pričujočem poglavju bom svoje ugotovite, do katerih sem prišel na podlagi teorije, predstavil v obliki spodaj zapisanih sklepov:

1. Socialno delo se odvija v različnih prostorih. Ker lahko uporabniki v institucionalnem prostoru naletijo na številne ovire, daljše bivanje v njem pa jim pušča določene posledice, se vse bolj uveljavlja socialno delo v javnem in zasebnem prostoru.
2. Socialno delo se je dejansko razvilo iz terenskega dela, saj je tradicionalna dobrodelnost, ki pomeni začetek socialnega dela, temeljila na delu z uporabniki v njihovem življenjskem okolju. Socialni delavci so s profesionalizacijo socialnega dela pričeli večino svojega dela opravljati za zidovi institucij.
3. Terensko delo na področju duševnega zdravja je v tujini relativno dobro razvito, saj se v nekaterih državah neprekinjeno izvaja prek 30 let. Vsaj v Združenih državah Amerike se je model terenskega dela izoblikoval znotraj institucij, natančneje psihiatričnih bolnišnic. Terensko delo, ki ga danes vsaj v Veliki Britaniji izvajajo tako javne službe kot tudi nevladne organizacije, ima ustrezno zakonsko podlago, njegovo izvajanje pa urejajo številni pravilniki. V Sloveniji je situacija ravno nasprotna, saj se terensko delo z ljudmi z izkušnjo duševne stiske, do nedavnega praktično ni izvajalo. V zadnjih letih se je oblikoval model terenskega dela, ki ga opravljajo izključno nevladne organizacije, vendar pa ta ni primerljiv s tujimi. Programi duševnega zdravja v skupnosti še nimajo ustrezne zakonske podlage, čeprav so zapisani v Nacionalnem programu socialnega varstva. Ustrezno zakonsko podlago bi lahko omogočil nov Zakon o socialnem varstvu ali Zakon o duševnem zdravju, ki predvideva tudi sprejem Nacionalnega programa za duševno zdravje.
4. O terenskem delu z ljudmi z izkušnjo duševne stiske in njegovih učinkih je v tujini opravljenih veliko raziskav. Program asertivne obravnave v skupnosti je

po mnenju številnih avtorjev eden izmed najpogosteje raziskovanih in s tem tudi najboljše raziskanih programov na področju duševnega zdravja. V Sloveniji o terenskem delu na področju duševnega zdravja oziroma programu PIS ni bilo opravljene praktično še nobene raziskave, čeprav se že nekaj časa kaže potreba po njegovi celoviti evalvaciji.

5. Za opravljanje terenskega dela imajo v številnih državah, kot naprimer v Združenih državah Amerike, Kanadi in Veliki Britaniji, izdelane natančne strokovne in organizacijske kriterije, ki se nanašajo na postopke sprejemanja in odpuščanja uporabnikov, število vključenih uporabnikov, število zaposlenih izvajalcev in njihov poklicni profil, razmerje med številom vključenih uporabnikov in izvajalcev, delovanje interdisciplinarnega tima, storitve, ki jih tim zagotavlja ipd. Čeprav se v Sloveniji program PIS, ki vsebuje elemente terenskega dela, izvaja že skoraj deset let, pa za njegovo izvajanje še ni izdelanih ustreznih standardov in normativov. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je sicer izdelalo nekatere kriterije, žal pa so številni od njih (zlasti kriterij, ki določa razmerje med številom strokovnih delavcev in vključenih uporabnikov) nerealni.
6. V razvitem svetu poteka terensko delo izključno interdisciplinarno. Takšen način dela omogoča porazdelitev odgovornosti med vse izvajalce, uvaja sistem skupnega odločanja in enakopravnosti med različnimi poklici, omogoča medsebojno učenje in zagotavlja koordinirane storitve. Interdisciplinarni timi zagotavljajo paket zdravstvenih in socialno varstvenih storitev na uporabnikovem domu, poleg tega pa tudi storitve zdravstvene nege, delovne terapije in zaposlitvene rehabilitacije. Terensko delo se izvaja 24 ur na dan in vse dni tednu, vključno z vikendi in prazniki, in zajema tudi storitve krizne intervencije in stabilizacije duševnih kriz. V Sloveniji se interdisciplinarno terensko delo še ne opravlja, uporabnikom pa se zaradi tega zagotavljajo zgolj posamezne storitve. Obstoječi način financiranja nevladnim organizacijam onemogoča, da bi zaposlovale več kadra, predvsem pa kader, ki bi lahko zagotavljal storitve zdravstvenega varstva in nege. Program PIS je uporabnikom na voljo zgolj ob delavnikih, med 8. in 16. uro.

7. Delo interdisciplinarnega terenskega tima temelji na skrbno pripravljenem načrtu obravnave, ki je pripravljen za vsakega uporabnika posebej in je rezultat obsežnega ocenjevanja njegovih zmožnosti, potreb, zdravstvenega in psihosocialnega stanja, medosebnih odnosov, bivanjskih razmer, finančnega stanja, delazmožnosti itd. Prav tako pa so storitve, ki jih posameznim uporabnikom zagotavlja program PIS, praviloma zapisane v načrtu obravnave. Načrt, ki se tudi redno evalvira, pa ne zajema ravno vseh področij uporabnikovega bivanja in delovanja. Ta ni izdelan na podlagi ocenjevanja, ki ga opravijo strokovni delavci, temveč na podlagi samoocene uporabnikov.
8. V zadnjem času potekajo številne polemike tudi o negativnih učinkih interdisciplinarnega timskega terenskega dela z ljudmi z izkušnjo duševne stiske. Nekateri avtorji opozarjajo, da se z delom v uporabnikovem življenjskem okolju izvaja socialna kontrola nad vključenimi uporabniki. Problematično se jim zdi tudi dejstvo, da morajo uporabniki sodelovati s celim timom strokovnjakov ter tako zaupati različnim ljudem. Ker si tim prizadeva zadovoljevati vse potrebe uporabnikov, se s tem zanemarja podporna mreža uporabnikov, hkrati pa se jih dela odvisne od strokovne pomoči.

Ugotovitve raziskave lahko strnem v naslednjih sklepih:

1. Terenski delavci pred prvim obiskom uporabnika ugotavljajo in preverjajo razloge za nudenje pomoči, pri prvem obisku pa se osredotočijo na ocenjevanje uporabnikovih bivalnih razmer ter kvalitete odnosov z njegovimi družinskimi člani.
2. Usposobljen terenski delavec mora posedovati številne spretnosti profesionalne discipline, za uspešno opravljanje terenskega dela pa so pomembne tudi nekatere njegove osebnostne lastnosti.
3. Terenski delavec potrebuje različne tehnične pripomočke, za svoje delo pa mora prejeti ustrezno plačilo ter obvezen dodatek za terensko delo. Biti mora

- ustrezno zavarovan, v primeru prevoza uporabnika z osebnim vozilom pa mora imeti urejeno tudi zavarovanje za sopotnika.
4. Ena najvažnejših prednosti terenskega dela se odraža v večji dostopnosti storitev za uporabnike, pomoč pa prejmejo tam, kjer jo najbolj potrebujejo. Pomembna prednost terenskega dela je tudi možnost vpogleda v uporabnikovo življenjsko okolje ter opazovanje njegovega funkcioniranja v njem.
 5. Pomanjkljivost dela v uporabnikovem okolju se kaže v težjem uravnavanje distance v odnosu med strokovnim delavcem in uporabnikom. S terenskim delom se lahko pasivizira uporabnike, izvajanje terenskega dela pa ovirajo tudi številni moteči dejavniki v uporabnikovem okolju.
 6. Do vključitve v program terenskega dela so nekatere kategorije ljudi s težavami v duševnem zdravju bolj upravičene in primerne kot druge.
 7. Terenski delavci opravijo največ strokovnega dela, vendar pa tudi drugim pravilom namenijo veliko časa in energije. Glavnina strokovnega dela poteka po metodi dela s posameznikom, pomemben delež strokovnega dela pa zasedata tudi posredno delo za uporabnike ter vodenje in beleženje dokumentacije o opravljenem delu.
 8. Strokovno delo je osredotočeno skoraj izključno na delo z neposrednimi uporabniki, delež strokovnega dela s svojci pa je relativno majhen. Strokovni delavci opravijo na terenu zgolj četrtno storitev, ki temeljijo na individualnem osebnem delu z uporabniki. Zaradi tega program PIS ni program terenskega dela kot se na primer izvajajo v tujini, temveč program, katerega glavnino dela predstavlja strokovno delo v pisarni, manjšino pa delo na domovih uporabnikov in terenu.
 9. Glavnina administrativnega dela, ki ga opravijo strokovni delavci, se nanaša na delo s poštnimi sporočili ter vodenju in upravljanju s financami. Tri četrtine opravil notranje organizacije zajema koordiniranje dela s podrejenimi in

nadrejenimi sodelavci. Strokovni delavci načrtovanju in poročanju namenijo kar tretjino vsega časa, največ opravil zunanje organizacije, predvsem pa časa, pa porabijo za zagotavljanje pogojev za delovanje.

10. Druga dela strokovnih delavcev zajemajo predvsem aktivnosti, povezane z organiziranjem dodatne ponudbe, promocijskimi aktivnostmi, vzdrževalnimi deli, nabavo materiala in odpravljanjem okvar.

Z namenom rešitve predstavljenih odprtih vprašanj in nekaterih strokovnih ter organizacijskih nejasnosti, ki se nanašajo na izvajanje terenskega dela na področju duševnega zdravja v Sloveniji, podajam naslednje predloge za izboljšanje obstoječe situacije:

1. Za terensko delo bo potrebno v najkrajšem možnem času izdelati ustrezne standarde in normative, ki bodo temeljili izključno na strokovnih argumentih ter sodobnih smernicah in trendih. Pri oblikovanju normativov bo potrebno upoštevati razlike med programi, ki delujejo v velikih mestih ter tistimi, ki delujejo v manjših mestih oz. primestnih okoljih. Med ostalim bo potrebno jasneje opredeliti tudi to, katere osebe s težavami v duševnem zdravju so bolj upravičene do tovrstne oblike pomoči.
2. V programu PIS je potrebno več poudarka nameniti terenskemu delu. Že pri obstoječem načinu financiranja bi lahko strokovni delavci programa vsaj 50 odstotkov storitev opravili na terenu. Druga, ne-strokovna opravila naj v prihodnje opravljajo drugi izvajalci. Z ureditvijo financiranja bi lahko strokovni delavci dragocen čas, ki ga sedaj namenijo aktivnostim za zagotavljanje pogojev za delovanje, v celoti porabili za strokovno delo. Skupinske aktivnosti je potrebno izvajati ločeno oz. izven programa, njihovi izvajalci pa morajo za opravljeno delo prejeti tudi ustrezno plačilo.
3. V prihodnosti je potrebno izboljšati promocijo terenskega dela. S tem bi lahko odpravili napačne predstave o terenskem delu ter posledično zmanjšali pogostost motenj v uporabnikovem okolju, preprečili pasivizacijo uporabnikov

- ter izkoriščanje terenskih delavcev. Smiselno bi bilo spremeniti naziv programa PIS, saj obstoječi ne izraža dejstva, da program vključuje tudi dejavnost terenskega dela.
4. V prihodnje bo potrebno več pozornosti nameniti izobraževanju in usposabljanju terenskih delavcev. Potrebno bo razviti ustrezne osnovne in nadaljevalne izobraževalne programe, na podlagi katerih se bodo terenski delavci usposobili za prepoznavanje znakov poslabšanja psihičnega stanja ali suicidalne ogroženosti vključenih uporabnikov ter ustreznega ravnanja v kriznih situacijah. Terenski delavci in vodje programov bi lahko med drugim obiskali katerega izmed programov terenskega dela v tujini oz. se udeležili katerega od tujih specializiranih izobraževanj (npr. treninga, ki ga ponuja *The Sainsbury Centre for Mental Health* iz Londona).
 5. O programu PIS (oz. terenskem delu na področju duševnega zdravja v Sloveniji) bo potrebno v najkrajšem času opraviti poglobljeno raziskavo o učinkih programa na vključene uporabnike, še zlasti na izboljšanje okrevanja in socialnega funkcioniranja uporabnikov, krepitev njihove socialne mreže in izboljšanje kakovosti njihovega življenja. Potrebno bo preveriti stroškovno učinkovitost programa ter njegov vpliv na splošno zmanjšanje števila ponovnih hospitalizacij in skrajšanje ležalne dobe v psihiatričnih bolnišnicah.
 6. Za nadaljnjo delovanje in razvoj programa PIS je potrebno zagotoviti stabilen vir financiranja. Ker program že v tem trenutku zagotavlja nekatere posebne oblike socialno varstvenih storitev (kot sta npr. posebna oblika osebne pomoči ali prve socialne pomoči), bi bil smiseln vstop programa v javno službo. Morebitna podelitev koncesije s strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve za opravljanje te dejavnosti, bi rešilo številne aktualne težave, predvsem pa bi omogočilo dostop do sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije oz. t.i. »zdravstvene blagajne«.
 7. S sredstvi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije bi lahko na programu PIS zaposlili tudi zdravstvene delavce, kar bi nedvomno prispevalo k nadaljnjemu razvoju terenskega dela, ki bi bilo tako zmožno

zagotoviti celostno in interdisciplinarno obravnavo ljudi s težavami v duševnem zdravju v njihovem življenjskem okolju.

8. Po zgledu programov timskega terenskega dela iz tujine, bi terensko delo v prihodnje morali izvajati interdisciplinarni timi. Ti bi poleg strokovnih delavcev s področja socialnega varstva in oseb z izkušnjo duševne motnje, vključevali še medicinske sestre (za izvajanje storitev zdravstvene nege), klinične psihologe (za izvajanje individualne psihoterapije, psihološkega ocenjevanja, psihološkega svetovanja ipd.) in psihiatre (za zagotavljanje medikamentoznega zdravljenja). Predvsem slednji bi lahko bili, tako kot npr. v programu Asertivne obravnave v skupnosti, zaposleni zgolj za polovičen delovni čas.

9. Zakon o duševnem zdravju uvaja dva ločena pristopa obravnave uporabnikov na njihovem domu. Nadzorovano obravnavo za osebe z resnimi in dolgotrajnimi duševnimi motnjami naj bi kot nekakšno alternativo bolnišnični hospitalizaciji izvajale psihiatrične bolnišnice. Terensko delo za preostale osebe z duševnimi motnjami pa nevladne organizacije. Takšna dvotirnost ni smiselna, saj lahko vnese dodatno zmedo ter podvajanje storitev, s tem pa tudi povečanje stroškov. Ustrezneje bi bilo oba pristopa združiti v enovit model terenskega dela, ki bi ga lahko, predvsem zaradi večje razširjenosti mreže v primerjavi z psihiatričnimi bolnišnicami, v celoti izvajale nevladne organizacije.

7 LITERATURA

Allness, Deborah in Knoedler, William (2003): National Program Standards for ACT Teams. Dostopno na http://www.nami.org/Template.cfm?Section=ACT-TA_Center&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=50248 (27. september 2007).

Bond, Gary R., Pensec, Michelle, Dietzen, Laura, McCafferty, Dewey, Glemza, Robert in Sipple, Howard W. (1991): Intensive Case Management for Frequent Users of Psychiatric Hospitals in a Large City: A Comparison of Team and Individual Caseloads. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 15(1), 90-99.

Bond, Gary R., Witheridge, Thomas F., Dincin, Jerry, Wasmer, Daniel, Webb, James in De Graaf-Kaser, Rebecca (1990): Assertive Community Treatment for Frequent Users of Psychiatric Hospitals in a Large City: A Controlled Study. *American Journal of Community Psychology* 18(6), 865-891.

Burns, Tom, Fioritti, Angelo, Holloway, Frank, Malm, Ulf in Rossler, Wulf (2001): Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatric Services* 52 (5), 631-636.

Burns, Tom in Santos, Alberto B. (1995): Assertive Community Treatment: An Update of Randomized Trials. *Psychiatric Services* 46(7), 669-675.

Burns, Tom in Firn, Mike (2002): *Assertive outreach in Mental Health: a manual for practitioners*. Oxford: Oxford University Press.

Chandler, Daniel in Spicer, Gary (2002): Capitated Assertive Community Treatment Program Savings: System Implications. *Administration and Policy in Mental Health* 30(1), 3-19.

Curtis, James L., Millman, Ernest J., Struening, Elmer L. in D'Ercole, Ann (1998): Does Outreach Case Management Improve Patients' Quality of Life? *Psychiatric Services* 49(3), 351-354.

Deci, Paul A., Santos, Alberto B., Hiott, Walter D., Schoenwald, Sonja. in Dias, James K. (1995): Dissemination of Assertive Community Treatment Programs. *Psychiatric Services* 46(7), 676-678.

Department of Health (1999): *The National Service Framework for Mental Health*. London: Department of Health.

Department of Health (2001): *The Mental Health Policy Implementation Guide*. London: Department of Health.

Dincin, Jerry, Wasmer, Daniel, Witheridge, Thomas F., Sobeck, Larry, Cook, Judith in Razzano, Lisa (1993): The Impact of Assertive Community Treatment on the Use of State Hospital Inpatient Bed-Days. *Hospital and Community Psychiatry* 44(9), 833-838.

Dixon, Lisa, Hackman, Ann in Lehman, Anthony (1997): Consumers as Staff in Assertive Community Treatment Programs. *Administration and Policy in Mental Health* 25(2), 199-208.

Dixon, Lisa, Krauss, Nancy, Kernan, Edward, Lehman, Anthony in DeForge, Bob R. (1995): Modifying the PACT Model to Serve Homeless Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 46(7), 667-668.

Dixon, Lisa, Stewart, Bette, Krauss, Nina, Robbins, Jean, Hackman, Ann in Lehman, Anthony (1998): The Participation of Families of Homeless Persons with Severe Mental Illness in an Outreach Intervention. *Community Mental Health Journal* 34(3), 251-259.

Drake, Robert E., McHugo, Gregory J., Clark, Robin E., Teague, Gregory B., Xie, Haiyi, Miles, Kim in Ackerson, Tim H. (1998): Assertive Community Treatment for

Patients with Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorder: A Clinical Trial. *American Journal of Orthopsychiatry* 68(2): 201-215.

Essock, Susan M. in Kontos, Nina J. (1995): Implementing Assertive Community Treatment Teams. *Psychiatric Services* 46(7), 679-683.

Fioritti, Angelo, Russo, Leo L. in Melega, Vittorio (1997): Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. *American Journal of Psychiatry* 154, 94-98.

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

Goffman, Erving (1961/1987): *Asylums: essays on the social situation of the mental patients and other inmates*. London: Penguin Books.

Gomory, Tomi (1999): Running Head: Critical Review of PACT. *Ethical Human Sciences and Services* 1(2), 1-17.

Greatley, Angela in Ford, Richard (2002): Out of the maze: reaching and supporting Londoners with severe mental health problems. London: King's Fund.

Grills, Scott (ur.) (1998): *Doing Ethnographic Research: Fieldwork Settings*.

Johnson, Sonia in Thornicroft, Graham (1993): The sectorisation of psychiatric services in England and Wales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 28(1), 45-47.

Jordan, Beatrice (1987): Counselling, Advocacy and Negotiation. *British Journal of Social Work* 17, 135-146.

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

Littlewood, Roland in Lipsedge, Maurice (1997): *Aliens and alienists: ethnic minorities and psychiatry*. London: Routledge.

McFarlane, William R. (1997): *FACT: Integrating Family Psychoeducation and Assertive Community Treatment*. *Administration and Policy in Mental Health* 25(2), 191-198.

McFarlane, William R., Dushay, Robert A., Statsny, Peter, Deakins, Susan M. in Link, Bruce (1995): *A Comparison of Two Levels of Family-Aided Assertive Community Treatment*. *Psychiatric Services* 47(7), 744-750.

McGrew, John H. in Bond, Gary R. (1995): *Critical Ingredients of Assertive Community Treatment: Judgments of the Experts*. *Journal of Mental Health Administration* 22(2), 113-125.

McGrew, John H., Bond, Gary R., Dietzen, Laura, McKasson, Mike in Miller, Larry D. (1995): *A Multisite Study of Client Outcomes in Assertive Community Treatment*. *Psychiatric Services* 46(7), 696-701.

McGrew, John H., Wilson, Robert G. in Bond, Gary R. (2002): *An Exploratory Study of What Clients Like Least about Assertive Community Treatment*. *Psychiatric Services* 53(6), 761-763.

Mesec, Blaž (1997): *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo

Mesec, Blaž (1998): *Metodologija Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Milošević Arnold, Vida (1988): *Novi koncepti in izkušnje pri izobraževanju za socialno delo v Evropi*. *Socialno delo* 27(3), 222-234.

Milošević Arnold, Vida in Poštrak, Milko (2003): Uvod v socialno delo. Ljubljana: Študentska založba.

Ministry of Health and Long-Term Care (1998/2004): Ontario Program Standards for ACT Teams. Ontario: Ministry of Health and Long-Care.

Mowbray, Carol T., Plum, Thomas B. in Masterton, Ted (1997): Harbinger II: Deployment and Evolution of Assertive Community Treatment in Michigan. *Administration and Policy in Mental Health* 25(2), 125-139.

Mueser, Kim T., Bond, Gary R., Drake, Robert E. in Resnick, Sandra G. (1998): Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin* 24(1), 37-74.

Novak, Melissa A. in Topolski, James M. (1998): Assertive Community Treatment: the Wisconsin Model. Dostopno na [http://mimh200.mimh.edu/mimhweb/pie/reports/ACT%20Issue%20 Brief.pdf](http://mimh200.mimh.edu/mimhweb/pie/reports/ACT%20Issue%20Brief.pdf) (27. september 2007).

Phillips, Susan D., Burns, Barbara J., Edgar, Elizabeth R., Mueser, Kim T., Linkins, Karen W., Rosenheck, Robert A., Drake, Robert E., McDonel Herr, Elizabeth C. (2002): Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice. *Psychiatric Services* 52, 771-779.

Rhodes, Tim (1996): Terensko delo z uživalci drog: načela in izvajanje. *Mreža drog* 4(4), 49-55.

Sainsbury Centre for Mental Health (2003): Mental Health Topics: Assertive Outreach. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Salkever, David, Domino, Marisa E., Burns, Barbara J. in Santos, Alberto B. (1999): Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: The Effect on Hospital Use and Costs. *Health Services Research* 34(2), 577-601.

Solomon, Phyllis, Draine, Jeffrey (1995): One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. *Evaluation Review* 19, 256-273.

Spindel, Patricia in Nugent, Jo A. (2001): The Trouble with PACT: Questioning the increasing use of assertive community treatment teams in community mental health. Dostopno na <http://www.peoplewho.org/readingroom/spindel.nugent.htm> (27. september 2007).

Stein, Leonard I. in Santos, Alberto B. (1998): *Assertive community treatment of person with severe mental illness*. New York: Norton.

Teague, Gregory B., Bond Gary R. in Drake, Robert E. (1998): Program Fidelity in Assertive Community Treatment: Development and Use of a Measure. *American Journal of Orthopsychiatry* 68(2), 216-232.

Thomas, Thomas T. (1999): The Assertive Community Treatment Model: A Higher Standard of Care for Mental Illness. Dostopno na <http://www.thomasthomas.com/Assertive%20Community%20Treatment,%20Hennigan%20and%20Surber,%20032499.PDF> (26. september 2007).

UK 700 Group: Burns, Tom, Creed, Francis, Fahy, Tom, Thompson, Simon, Tyrer, Peter in White, Ian (1999): Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *Lancet* 353, 2185-2189.

Wasmer, Daniel, Pinkerton, Mark, Dincin, Jerry in Rychlik, Karen (1999): Impact of Flexible Duration Assertive Community Treatment: Program Utilization Patterns and State Hospital Use. *The Journal of Rehabilitation* 4, 25-30.

Wing, John K. in Brown, George W. (1970): *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wing, John K. (1968): Social treatments of mental illness. V Shepherd, M. in Davies, D. L. (ur.): *Studies of psychiatry*. London: Oxford University Press.

Wolff, Nancy, Helminiak, Thomas W., Morse, Gary A., Calsyn, Robert J., Klinkenberg, Dean W. in Trusty, Michael L. (1997): Cost-Effectiveness Evaluation of Three Approaches to Case Management for Homeless Mentally Ill Clients. *American Journal of Psychiatry* 154(3), 341-348.

Wright, Christine, Burns, Tom, James, Peter, Billings, Joanne, Johnson, Sonia, Muijen Matt, Priebe, Stefan, Ryrie, Iain, Watts Joanna in White, Ian (2003): Assertive outreach teams in London: models of operation. *British Journal of Psychiatry* 183, 132 – 138.