

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nataša Ilić

**Spremembe v obravnavi duševnih motenj in njihov vpliv na
preoblikovanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatričnih
ustanov: primer enote za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nataša Ilić

Mentorica: red. prof. dr. Zinka Kolarič

**Spremembe v obravnavi duševnih motenj in njihov vpliv na
preoblikovanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatričnih
ustanov: primer enote za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

.... vodilo k uspehu je UPANJE,
.... ker vidi tisto, kar je nevidno,
.... čuti, kar se ne da tipati in
.... na koncu, ko že skoraj odnehamo, DOSEŽE, kar je NEMOGOČE.

Prerejeno po: Pozitivne misli

Iskreno se zahvaljujem mentorici, red. prof. dr. Zinki Kolarič
za prevzem mentorstva ter pomoč in nasvete pri pisanju magistrskega dela,

izr. prof. dr. Andreju Rusu za koordinacijo in pojasnila,

posebna zahvala Silvi Demšar, dr. spec. psihiatrije za usmerjanje in strokovno razlago,
gospe Maji Plavec za koristne metodološke nasvete,
sodelavki Renati Ašanin, dipl. del. terapevtki, ker je verjela vame,

posebna in neizmerna zahvala gre tudi mami Ireni Jeraj Ilić in očetu Iliji, brez katerih cilj
ne bi bil dosežen, moji družinici, Borisu ter Vladimiri in Milanu za dobro energijo.

Hvaležna sem vsem, ki so sodelovali v raziskavi na takšen in drugačen način, ter vsem, ki
so me vselej podpirali in spodbujali pri mojem delu.

Spremembe v obravnavi duševnih motenj in njihov vpliv na preoblikovanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatričnih ustanov: primer enote za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa

Predmet proučevanja pričujočega magistrskega delu so spremembe v obravnavi duševnih motenj ter njihov vpliv na preoblikovanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatričnih ustanov. Že od evolucionarnih začetkov sveta se je skozi čas razvijal človek in razumevanje njegovega konstrukta duševnega zdravja. S spreminjanjem doktrine v obravnavi duševnih motenj se je posledično preoblikoval pristop k duševnim motnjam, ravno tako tudi organizacijska struktura in način vodenja ustanov v posameznem obdobju.

V teoretičnem delu magistrske naloge je bilo na podlagi analize sekundarnih virov potrjeno dejstvo, da število duševnih motenj, tako v svetu kot pri nas, kljub razvoju znanosti narašča. Duševne motnje spadajo med deset poglavitnih vzrokov oviranosti s hudimi družbenimi in gospodarskimi posledicami. V vsakdanji praksi se je pokazalo, da del posameznikov z duševno motnjo sprva potrebuje institucionalno, v nadaljevanju pa skupnostno psihiatrično obravnavo, ki poudarja humanizacijo odnosa in kvaliteto življenja obravnavanega. Organizacije, ki obravnavajo področje duševnosti, se morajo temu navzoč za svoj obstoj nujno soočiti z novimi izzivi, pri čemer imajo osrednjo vlogo vodje in njihov način delovanja.

V empiričnem delu magistrske naloge je bil uporabljen kvalitativen pristop s študijo primera in izvedbo polstrukturiranih intervjujev s strokovnimi direktorji psihiatričnih ustanov. Rezultati raziskave so pokazali, da je organiziranost psihiatričnih ustanov opredeljena z zakonskimi predpisi, ki obravnavajo področje javnih (zdravstvenih) zavodov ter njihovo dejavnost na sekundarnem in terciarnem nivoju. V psihiatričnih ustanovah trenutno prevladuje institucionalna obravnavo, za katero je značilna poslovno–funkcijska organizacijska struktura. Kot sodoben pristop in prehod čez meje ustaljenega si svoj prostor utira tudi skupnostna psihiatrična obravnavo. Osnovni oviri za implementacijo, primerljivo z ostalimi evropskimi državami, sta predvsem omejeni finančni resursi in kadrovska podhranjenost. Ob tem se je izkazal kot prevladujoč sodelovalni način vodenja, razen v segmentih, kjer izrecne zahteve prihajajo s strani ustanovitelja (države).

Na podlagi analize, postavljenih osnovnih predpostavk in vprašanj je ugotovljeno, da imata tako institucionalna kot skupnostna psihiatrična obravnavo vpliv na organizacijsko strukturo in vodenje, kakor tudi na način psihiatrične obravnave. Kljub napredovanju skupnostne psihiatrične obravnave v prihodnje, po mnenju predstavnikov psihiatričnih ustanov, njena prevlada ni mogoča. Eden od predlogov za doseganje učinkovitosti, priročnosti in transparentnosti v prihodnje, je ločitev obeh doktrin obravnave v samostojna funkcionalna sklopa s svojo lastno organizacijsko strukturo in vodenjem organizacije. V tem kontekstu je potrebno izpostaviti pomen stalnega zavedanja, da ljudje z duševno motnjo tvorijo skupino, ki potrebuje posebno pozornost in skrb s prilagojenim načinom psihiatrične obravnave, ki zagotavlja uspešno vključevanje v družbo.

Ključne besede: psihiatrija, obravnavo duševnih motenj, organizacijska struktura, vodenje psihiatričnih ustanov.

Changes in the treatment of mental disorders and their impact on the transformation of the organizational structure and the way of management of psychiatric institutions: the case of unit for rehabilitation in a psychiatric institution Alfa

Changes within treatment of mental disorders and their influence are object of investigating within a master's thesis per the modification of organizational structure and manner of direction of psychiatric institutions. A person was developing already since revolutionary beginnings of world during time and understanding of his construct of mental health. Approach was devised with changing of doctrine within treatment of mental disorders consequentially to mental disorders as also organizational structure and manner of direction of institutions in individual period.

Fact was confirmed based on the analysis of secondary sources within theoretical work, does it give number of mental disorders, both in world and in our country, it is increasing in spite of development of science. Mental disorders belong with severe social and economic consequences among ten main causes of barriers. It turned out in everyday practice, that part of individuals with mental disorder needed psychiatric institution at first and here in after community psychiatric treatment, that is emphasising humanization of attitude and quality of life treated. Organizations, that treat field of psyche be able to for their existence urgently to confront new challenges which leaders and their mode have central role at. Theoretical frame formed as base for the realisation of the empirical work of task. Qualitative approach was used with study of case and the realisation of halfstructured interviews with professional managers of psychiatric institutions here in after. There was for achieving of statistical pertinence of research in treated sample of scooped heels of Slovene psychiatric institutions.

Qualitative approach was used with study of case and the realisation of halfstructured interviews with professional managers of psychiatric institutions within empirical work of a master's thesis. Results of research indicated, that organization of psychiatric institutions was determined with legal regulations, that treat field of public (of health) of institutes and their activity on secondary and terciary level. Institutional treatment, that it is characteristic of business, is prevailing in psychiatric institutions at the moment– functional organizational structure. As contemporary approach and the crossing after frontiers established are own place breaks trail also community psychiatric treatment. Basic barriers for an implementation, comparably with the remaining European states, you are above all limited financial supplies and personnel malnutrition. These were showed the At as prevail cooperative manner of direction, but in segments, where explicit demands are coming from side of a founder (States).

It is found out based on an analysis, located basic assumptions and questions, that both institutional and community psychiatric treatment, influence have psychiatric treatments both per organizational structure and direction and per manner. In spite of advancement of community psychiatric treatment in future, according to representatives of psychiatric institutions her dominance isn't possible. One of proposals for achieving of efficiency, convenience and transparency in future, the divorce of both doctrines of treatment in independent functional assemblies is with her intrinsically organizational structure and direction of organization. One must emphasise importance of permanent consciousness, that people with mental disorder produce group, that needs special attention and care with

transformed manner of psychiatric treatment that is assuring successful participating in society, in this context.

Key words: psychiatry, treatment of mental disorders, organizational structure, direction of psychiatric institutions.

KAZALO

UVOD	9
1 DUŠEVNO ZDRAVJE IN DUŠEVNA MOTNJA	14
1.1 Opredelitev pojma duševno zdravje in duševna motnja	14
1.2 Etiologija duševne motnje	15
1.3 Vrste duševnih motenj	16
2 ZGODOVINSKI ORIS RAZVOJA OBRAVNAVE OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO	18
2.1 Razvoj obravnave duševnih motenj v svetu	18
2.2 Razvoj obravnave duševnih motenj v Sloveniji	23
3 OSNOVNI POJMI ORGANIZACIJE, ORGANIZACIJSKIH STRUKTUR IN VODENJA	26
3.1 Organizacija in dinamika sistema	26
3.2 Pojmovanje in najpogostejše determinante organizacijskih struktur	29
3.3 Vodenje v organizaciji	39
4 PSIHIATRIČNE USTANOVE IN PREHOD OD ZAPRTEGA K ODPRTEMU ORGANIZACIJSKEMU SISTEMU	41
4.1 Psihiatrična ustanova kot zaprt organizacijski sistem in okvir za institucionalno obravnavo duševnih motenj	41
4.2 Upravljanje sprememb po Kotterju kot vzvod za odpiranje psihiatričnih ustanov in pot k skupnostni obravnavi duševnih motenj	42
5 SKUPNOSTNA PSIHIATRIČNA OBRAVNAVA	46
5.1 Obrazložitev pojma skupnostne psihiatrične obravnave	46
5.2 Načela in metode dela v skupnostni psihiatrični obravnavi	48
5.3 Strokovni timi in timska organizacijska struktura kot okvir za skupnostno psihiatrično obravnavo	49
6 ŠTUDIJA PRIMERA: PSIHIATRIČNA USTANOVA ALFA IN NJENA ENOTA ZA REHABILITACIJO	53
6.1 Cilj, raziskovalno vprašanje in metoda izvedbe študije primera	53
6.2 Predstavitev psihiatrične ustanove Alfa kot zaprtega sistema, v katerem poteka institucionalna obravnavo duševnih motenj v psihiatrični ustanovi	53

6.3	Predstavitev Enote za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa kot primera postopnega prehoda k odprtemu organizacijskemu sistemu in skupnostni obravnavi	55
6.4	Oris skupnostne psihiatrične obravnave v Enoti za rehabilitacijo.....	57
7	ANALIZA STALIŠČ STROKOVNIH VODIJ V SLOVENSKIH PSIHIATRIČNIH USTANOVAH O VPLIVU SODOBNIH PRISTOPOV OBRAVNAVE DUŠEVNIH MOTENJ NA ORGANIZACISKO STRUKTURO IN NAČIN VODENJA.....	61
7.1	Namen, cilji raziskave, vprašanje / teze in metodološki pristop	61
7.2	Predstavitev in interpretacija pridobljenih podatkov	62
7.2.1	<i>Osnovni podatki o psihiatričnih ustanovah.....</i>	<i>63</i>
7.2.2	<i>Predstavitev sedanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove.....</i>	<i>63</i>
7.2.3	<i>Opredelitev značilnosti institucionalne obravnave duševnih motenj in njenega vpliva na organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove.....</i>	<i>68</i>
7.2.4	<i>Opredelitev značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave duševnih motenj in njenega vpliva na organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove.....</i>	<i>70</i>
7.2.5	<i>Primerjava institucionalne obravnave duševnih motenj s skupnostno psihiatrično obravnavo</i>	<i>72</i>
7.3	Sklepne ugotovitve	78
8	ZAKLJUČEK.....	85
9	LITERATURA.....	88
PRILOGE		99
PRILOGA A1:	Vprašalnik	99
PRILOGA B1:	Transkript intervju-a psihiatrične ustanove A	101
PRILOGA B2:	Transkript intervju-a psihiatrične ustanove B	106
PRILOGA B3:	Transkript intervju-a psihiatrične ustanove C	113
PRILOGA B4:	Transkript intervju-a psihiatrične ustanove D	118
PRILOGA A5:	Transkript intervjuja psihiatrične ustanove E.....	123

KAZALO SLIK

<i>Slika 2.1: Phillipe Pinel v Salpetriere. (1795) Slika Avtorja Tony Roberta-Fleurya. Pinel odreja odstranitev verige v pariškem azilu za nore ženske.</i>	<i>21</i>
<i>Slika 3.2: Funkcijska struktura organiziranosti.....</i>	<i>32</i>
<i>Slika 3.3:Matrična struktura organiziranosti</i>	<i>34</i>
<i>Slika 3.4: Procesna struktura organiziranosti</i>	<i>36</i>
<i>Slika 3.5: Timska struktura organizirano</i>	<i>37</i>
<i>Slika 4.6: Kotterjev model uvajanja sprememb v organizaciji</i>	<i>43</i>
<i>Slika 5.7: Temeljne prednosti in priložnosti timskega načina dela.....</i>	<i>50</i>
<i>Slika 6.8: Delni organigram psihiatrične ustanove Alfa.....</i>	<i>56</i>

UVOD

Že od samega začetka razvojnih sprememb sta harmonično ravnotežje in celovitost botrovala in pogojevala obstoj in razvoj posameznih pojavov, med katere je sodil tudi človek. Ob človeku kot kompleksnemu bitju ter spreminjajočem se okolju so se hkrati razvijale tudi številne znanstvene discipline (medicina, psihiatrija, organizacija ...) z namenom oblikovanja temeljev za racionalno razlago, razvoj teorij in uspešno prilagajanje spreminjajočemu se (bivanjskemu) okolju. Ob vseh naporih in prizadevanjih predstavljata zdravje kot fenomen (Toth 2003, 13) in z njim vzporedno »duševno zdravje« osnovi in dinamiko vsakdana, ki definirata nujnost stalnosti sprememb na vseh družbenih področjih. »Ni zdravja brez duševnega zdravja« je izjava Ban Ki-moona, Sekretarja Združenih narodov ob dnevu duševnega zdravja leta 2008 (Jeriček Klanšček in drugi 2009, 1).

Predmet proučevanja v magistrski nalogi so spremembe v obravnavi duševnih motenj in njihov vpliv na preoblikovanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatričnih ustanov.

Psihiatrična praksa in pojmovanje duševnega zdravja sta se v zadnjih desetletjih bistveno spremenila (Švab 2012) in prestopila prag klasičnih institucij v skupnost, kjer posameznik živi in biva. V resoluciji o nacionalnem programu za duševno zdravje (2011-2016) je duševno zdravje definirano kot »stanje, ki posamezniku omogoča udejanjanje njegovih umskih in čustvenih zmožnosti ter da najde in izpolni svojo vlogo v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju« (Resolucija o nacionalnem programu za duševno zdravje 2011-2016, 2015).

Ob porušenju dinamične kategorije duševnega zdravja, ki ga določajo različni družbeni biološki, psihološki dejavniki in dejavniki okolja, pa nastopi duševna motnja (Plesničar 2011, 17). Duševne motnje spadajo med deset poglavitnih vzrokov oviranosti v svetu s hudimi družbenimi in gospodarskimi posledicami za posameznike, družine in skupnosti. Posledice duševnih bolezni namreč močno obremenjujejo družbene vire ter gospodarske, izobraževalne, socialne, zdravstvene, kazenske in sodne sisteme držav (Jeriček Klanšček in drugi 2009, 4; Švab 2012a, 22). »Slabo duševno zdravje tako pomeni izgubo najmanj 3 do 4 % bruto domačega proizvoda, po nekaterih ocenah pa še več« (Resolucija o nacionalnem programu za

duševno zdravje 2011–2016, 2015), kar ima velik pomen pri nadaljnjem načrtovanju naporov ter investicij za izboljšanje trenutnega stanja javnega zdravja in predvidenih sprememb.

Elaborat ocene tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev RS (Šprah in drugi 2011, 6) navaja, da ima okrog 500 milijonov ljudi v svetu težave zaradi duševnega zdravja. Do leta 2020 naj bi bila depresija eden glavnih javnozdravstvenih problemov. Na dva milijona prebivalcev gospodarsko relativno razvite družbe, kamor spada tudi Slovenija, je mogoče predvideti okrog 10.000 psihotičnih motenj in cca. 100.000 depresivnih motenj in anksioznosti (Šprah in drugi 2011, 6). Osrednja problema na področju duševnega zdravja v Sloveniji sta visoka stopnja samomorov in posledice zlorabe alkohola. Ker je incidenca duševnih motenj v strmem vzponu, o čemer govori tudi Štepec (2015), se bo posledično povečalo tudi ekonomsko breme države (izguba produktivnosti, stroški zdravstvenega in socialnega varstva) zaradi duševnih motenj in bo celo preseglo breme na račun srčno-žilnih obolenj.

Namen magistrske naloge bo v tem kontekstu orisati razvoj, razumevanje in obravnavo duševnih motenj skozi čas, pojasniti osnovne pojme v psihiatriji, poiskati kavzalnost med duševnimi motnjami ter načine njihove obravnave. Ob tem identificirati poslanstvo in cilje obstoječega delovnega okolja, predstaviti ter primerjati obstoječe organizacijske strukture. Cilj analize v magistrski nalogi bo ugotoviti prevladujoči trenutni način obravnave duševnih motenj in potrebo po spremembi organizacijske strukture in vodenja organizacije, poiskati eventuelno (v nadaljevanju ev.) najprimernejšo obliko za izboljšanje delovanja in posledično vplivanja na način vodenja psihiatričnih ustanov.

S spremembami v obravnavi duševnih motenj skozi zgodovino se je kot nuja spreminjala tudi organizacijska struktura razpoložljivih služb in način vodenja posameznih ustanov, z namenom obvladovanja tako imenovanega »abstrakta« spreminjajoče se družbe v posameznih časovnih obdobjih.

Organizacija zdravljenja in skrbi za osebe z duševno motnjo je danes organizirana na različnih ravneh. Problemi, ki se pojavljajo v psihiatriji, so tako na organizacijskem, strokovnem, izobraževalnem, pravnem in finančnem področju specifični in se razlikujejo od drugih medicinskih strok (Grubič Novak in Tavčar 2010, 548). Vodilo pri delovanju so v prvi vrsti

etične norme in zakonska določila, ki se postopno razvijajo in dopolnjujejo. Za zagotavljanje najvišje kakovosti stopnje obravnave je vsekakor pomemben način delovanja v posameznem segmentu psihiatričnih služb.

Po besedah Marušiča (2002) in kasneje tudi Novak Grubičeve ter Tavčarja (2010) se je v praksi pokazalo, da del posameznikov z duševno motnjo potrebuje bolnišnico in jasen rehabilitacijski program, kar zaobjema sprva psihiatrično ustanovo in kasneje »skupnostno psihiatrijo«. Za njeno uspešno izvajanje je potrebna mreža zdravstvenega varstva, ki ponuja kontinuirano zdravljenje, prebivališče, zaposlitev in socialno podporo kot osnovo za vrnitev družbenega položaja posamezniku z duševno motnjo. Ob tem je potrebna natančno načrtovana in politično podprta reforma ter posledično ustrezna asertivna obravnava kot uspešen način obravnave na področju duševnih motenj. Ekonomski in družbeni vidik ob tem trenutno narekujeta optimalen obseg in organizacijo psihiatričnih služb kot del javnega sektorja (Pevcin 2011, 41).

Glede na osebno delovanje v tej delovni sferi bom poskusila predstaviti skupnostno obravnavo v psihiatrični ustanovi kot sodoben pristop, ki dopušča raznolikost, multidisciplinarnost ter se prilagaja individualnim potrebam posameznikov z duševno motnjo v obravnavi kakor tudi v bivalnem okolju. Ta pristop trenutno vnaša potrebne spremembe v organizacijsko strukturo na mikro nivoju in v sam način delovanja psihiatrične ustanove na posameznem segmentu, kar pa bo v nadaljevanju naloge podlaga za proučevanje in potrjevanje ev. domneve o signifikantnem vplivu na spreminjanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove v primeru prevlade posamezne (institucionalne ali skupnostne) obravnave v praksi.

Ozirajoč se na podana dejstva in teoretske podlage bom poskušala odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja: Kakšen je vpliv sprememb v obravnavi duševnih motenj (doktrine) na organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatričnih ustanov? Ozirajoč se na stvarno delovno okolje tudi na vprašanje: Katere so prednosti in slabosti skupnostne obravnave v primerjavi s klasično institucionalno obravnavo? Sam prehod obravnave iz klasične psihiatrične institucije v bivalno okolje posameznikov z duševno motnjo bom analizirala z identifikacijo razumevanja le tega s strani strokovnih vodij psihiatričnih ustanov v Sloveniji. Ob tem bom poskušala potrditi tezo, da institucionalna in skupnostna obravnava duševnih

motenj vsaka zase zahtevata lastno organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove. Skozi vse to želim dobiti odgovor na vprašanje: Kakšna bi morala biti organizacijska struktura in način vodenja psihiatrične ustanove, če bi nad primarno institucionalno obravnavo prevladal koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti? Za iskanje odgovora na zastavljena vprašanja in preverjanje teze bom izbrala fenomenološki pristop (Tratnik 2002, 26), ki omogoča holistično razumevanje raziskovanega pojava obravnave duševnih motenj in razlog za nastanek skupnostne obravnave v psihiatrični inštituciji.

V teoretičnem delu bom za postavitev temeljnih okvirjev uporabila tujo in domačo literaturo ter izpeljala analizo sekundarnih virov. Uporabila bom metodo deskripcije za podajanje dejstev, opisovanje preprostih vzorcev, procesov in pojavov. V drugem empiričnem delu naloge bom uporabila kvalitativni pristop. Najprej bom izvedla študijo primera (Bučar in drugi 2000, 30–31) na Enoti za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa, katere informacije/podatki bodo osnova za predstavitev. V nadaljevanju bom z instrumentom polstrukturiranih intervjujev poskušala pridobiti informacije o tem, kako strokovne vodje slovenskih psihiatričnih ustanov vidijo povezavo med spremembami v načinu obravnave duševnih motenj in spremembami v organizacijski strukturi ter načinu vodenja svojih organizacij. Pri tem bom upoštevala dejstvo, da bo kvaliteta in kvantiteta pridobljenih podatkov odvisna tudi od lastnega predhodnega znanja, pripravljenosti, empatije, spretnosti ter sposobnosti izpeljave intervjujev.

Struktura magistrske naloge je razdeljena po poglavjih in se prične s teoretičnim delom. Na začetku je opredeljeno duševno zdravje in duševna motnja s svojimi značilnostmi. Glede na odnos skozi čas in boljše razumevanje je v nadaljevanju predstavljen zgodovinski razvoj obravnave oseb z duševno motnjo. Izhajajoč iz specifičnosti področja predstavlja psihiatrija dinamičen sistem in podlago za spremembe pri obravnavi posameznikov z duševno motnjo v njihovi bivalni skupnosti, kar predstavlja znaten prehod v organizaciji in načinu obravnave iz strogih okvirov institucij v posameznikovo bivalno okolje z vsem, kar mu pripada.

V empiričnem delu naloge je skozi študijo primera podrobneje predstavljena psihiatrična ustanova Alfa in njena Enota za rehabilitacijo, potreba po spremembi organiziranosti klinične prakse ter posledično organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove ob

prehodu v skupnostno obravnavo kot prispevni element k kakovosti življenja posameznikov z duševno motnjo. Pri tem sem skušala z analizo stališč strokovnih vodij psihiatričnih ustanov in lastnim razmišljanjem odgovoriti na poglobljena raziskovalna vprašanja, oblikovala sklepne ugotovitve in zaključek kot podlago za nadaljnji razvoj in delovanje v praksi, iz katere izhajam.

1 DUŠEVNO ZDRAVJE IN DUŠEVNA MOTNJA

1.1 Opredelitev pojma duševno zdravje in duševna motnja

Življenje je ciklični proces, ki ga med drugim opredeljuje tudi duševno zdravje in njegovo stanje. Z duševnim zdravjem ter z drugimi vidiki zdravja (družbenega, osebnega, čustvenega, telesnega, duhovnega) (Hoyer 2005, 28) je pogojeno funkcioniranje posameznika in celotne družbe. Ob tem se vzporedno, kot je zapisano v Zeleni knjigi o duševnem zdravju (2005), prispeva k blaginji, medsebojni solidarnosti in socialni pravičnosti populacije.

Pojmovanje duševnega zdravja se je skozi čas oblikovalo na osnovi prevladujočih diskurzov nekega časa in kulture (Oreški 2008, 2) ter predstavlja novejši koncept z izhodiščem v »norosti« in kasnejših različnih pojmovanjih duševnih bolezni. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO)¹ danes opredeljuje duševno zdravje kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, normalno obvladuje stres v vsakdanjem življenju, svoje delo opravlja produktivno in je sposoben prispevati k skupnosti, v kateri živi« (WHO 2007; Kores Plesničar 2011, 17). Izboljšanje duševnega zdravja je eden od strateških ciljev politik Evropske unije² (EU), ki mu je v zadnjih nekaj letih namenjeno veliko pozornosti in političnih aktivnosti tako v EU kot v posameznih državah članicah (Bajt 2009, 3), med katerimi je tudi Slovenija.

»Ob porušenju dinamične kategorije duševnega zdravja nastopi duševna (psihična) motnja, ki opredeljuje prepoznan nabor simptomov, znakov in specifičnih vedenjskih oblik oziroma nelagodja, ki ga prepozna posameznik« (Ziherl in Dernovšek 2013, 97) ali okolje. Z izrazom

1 Svetovna zdravstvena organizacija (angleško World Health Organization; kratica SZO ali WHO) ima vodilno vlogo na področju zdravstvenih vprašanj na globalnem nivoju. Oblikuje zdravstvene raziskave, postavlja norme in standarde, oblikuje na dokazih temelječe politike, zagotavlja tehnično podporo državam ter nadzira in ocenjuje zdravstvene trende. Je ena od specializiranih agencij Združenih narodov. Sedež je v Ženevi. Ustanovljena je bila 7. aprila 1948. Njen namen je, pomagati vsem na svetu za čim boljše zdravje (World Health Organization).

2 Evropska unija je edinstvena gospodarska in politična povezava 28 evropskih držav. Evropska unija je bila ustanovljena po drugi svetovni vojni. Najprej se je začelo gospodarsko sodelovanje: države, ki med seboj trgujejo, postanejo gospodarsko odvisne druga od druge in se zato bolj izogibajo sporom. Tako je leta 1958 nastala Evropska gospodarska skupnost (EGS), sprva gospodarska povezava šestih držav: Belgije, Francije, Nemčije, Italije, Luksemburga in Nizozemske. Še danes je prerasla v ogromen enotni trg, ki se še razvija (Evropska unija).

duševna motnja se opisujejo bolezni, za katere so značilne različne kombinacije bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja in vedenja, ki pa so glede na občutljivost področja, opredeljene tudi z Zakonom o duševnem zdravju³. Gre za manifestacije bolezensko spremenjenih vedenjskih, psiholoških ali bioloških funkcij posameznika (Kores Plesničar 2011, 19). Drugi izrazi za duševne motnje so tudi duševne bolezni, psihiatrične motnje, mentalne motnje itd. (Lešer 2015a), vendar se danes uporablja prvotni izraz.

Zaradi duševne motnje je posameznik lahko drugačen, ranljivejši, funkcionira slabše in posledično manj učinkovito rešuje vsakdanje težave, vendar ima enake pravice kot vsi ostali. Duševna motnja je prisotna v vseh strukturah družbe ne glede na spol, status, starost, versko prepričanje in je glede na družbena dogajanja v porastu.

1.2 Etiologija duševne motnje

Natančni vzroki za nastanek duševne motnje niso poznani (Erzar 2007, 53), zato je ni možno vplivati na povzročitelje bolezni, razen v primeru organske duševne motnje, katere vzrok je poškodba (npr. glave), novotvorba (npr. karcinom) in/ali organska bolezen (npr. virusna ciroza jeter) (Mrevlje 2009, 72). Lahko pa so posledica nezdravih navad ter vzporedno vodijo tudi v odvisnost.

Dejavniki tveganja za nastanek duševne motnje so v tesni povezavi s posameznikom, njegovim družinskim okoljem ali okoljem, kjer živi in deluje. Večina težav v duševnem zdravju nastopi kot rezultat posameznikovih zmožnosti v soočanju z dogodki iz okolja. Obstajajo različne teorije o vzrokih in dejavnikih za nastanek duševnih motenj. Najbolj znana klasična delitev je na biološke, psihološke ter na socialnoekonomske (Marušič in Temnik 2009, 24) oziroma socialne, ki se med seboj razlikujejo po razumevanju izvorov duševnih motenj in načinu pristopanja k reševanju problemov. Biološka teorija govori o možnih dejavnikih, kot so spremenjena struktura možganov oz. spremenjena njihova funkcija,

³ Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), ki je bil razglašen leta 2008, opredeljuje politike oziroma aktivnosti na področju socialnega varstva oseb s težavami v duševnem zdravju. Zakon med drugim določa postopke sprejema oseb na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo v varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda, nadzorovano obravnavo in obravnavo v skupnosti ter pravico do zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja (ZDZdr 2008).

neravnovesje med snovmi, ki jih izločajo možganske celice ali t.i. nevrotransmitorji (zlasti serotonin in noradrenalin) in kot slednje dedni dejavniki. Psihološka domneva, da lahko psihološki konflikt, kriza, stres, značaj, ali psihološka travma pri posamezniku privede do nastanka duševne motnje. (Lešer 2015b).

V socialnih teorijah nastanka duševnih motenj pa se predpostavlja, da je lahko duševna bolezen v povezavi ali je celo direktna posledica pomembnih dogodkov in stanj v človekovem okolju (medsebojni odnosi, socioekonomski status, rasna pripadnost, prepričanja, pričakovanja ...) (Lešer 2015b; Erzar 2007, 52–59)

1.3 Vrste duševnih motenj

Duševna motnja lahko nastane v različnih starostnih obdobjih, najpogosteje v razponu med 18. in 30. letom, ki predstavlja obdobje za začetek večine duševnih motenj. V Sloveniji se pri klasifikaciji duševnih motenj uporablja Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB)-10⁴ (predvsem v Evropi) ter Diagnostični in statistični priročnik DSM-IV ⁵ (bolj v Združenih državah Amerike) (Ziherl in Dernovšek 2013, 96).

Klasifikacija duševno motnjo opredeli kot nabor simptomov, znakov in specifičnih vedenjskih oblik oz. nelagodja, ki ga prepozna posameznik. MKB-10 klasificira duševne motnje v naslednje osnovne diagnostične skupine (Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih

4 MKB-10 (Mednarodna statistična klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov; angleško International Classification of Diseases (ICD-10) je klasifikacija bolezni SZO. Je sistem kategorij, v katerega so uvrščene bolezni in stanja v skladu z izbranimi merili. Deseta revizija je bila izdana leta 1992 in je zadnja v vrsti revizij klasifikacije, ki je bila sprejeta leta 1893 kot Bertillonova klasifikacija ali Mednarodni seznam vzrokov smrti. Naslov se je v zgodovini spreminjal, tako da je odražal vsebino in namen priročnika. Postopno širjenje je preseglo zgolj bolezni in poškodbe, ves čas pa se je ohranila kratica MK (Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene 2008).

5 Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (kratica DSM) je priročnik, ki ga izdaja Ameriško psihiatrično združenje (American Psychiatric Association). Omogoča skupni jezik in kriterije za klasifikacijo in diagnostiko duševnih bolezni. Prvi priročnik (DSM-I) je bil izdan leta 1952, predzadnji (DSM-IV) leta 1994 in zadnji DSM-V 18. maja 2013 (Arlington, Virginija) (Lane 2013).

zdravstvenih problemov za statistične namene 2008; Kores Plesničar 2011, 13; Ziherl in Dernovšek 2013, 98):

- F00-F09 organske duševne motnje (vključno s simptomatskimi duševnimi motnjami),
- F10-F19 duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi,
- F20-F29 shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje,
- F30-F39 razpoloženske (afektivne) motnje,
- F40-F49 nevrotske stresne in somatomorfne motnje,
- F50-F59 vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki,
- F60-F69 motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi,
- F70-F79 duševna manjrazvitost (mentalna retardacija),
- F80-F89 motnje duševnega (psihološkega razvoja),
- F90-F98 vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci,
- F99 neopredeljena duševna motnja.

2 ZGODOVINSKI ORIS RAZVOJA OBRAVNAVE OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO

2.1 Razvoj obravnave duševnih motenj v svetu

V procesu razvoja sveta je postopoma potekal tudi razvoj človeka znotraj in izven njega samega. Vedoželjnost, potreba po raziskovanju in razvijanju novega, drugačnega ter ob sočasnem prilagajanju zahtevam okolja je človeka popeljala do sprememb, spoznanj in posledic, ki se še danes nadaljujejo. Prvi pokazatelj človekovih odzivov na zahteve okolja je zdravje ter ohranjanje le tega v optimalnih okvirih kot osnovo za delovanje in doseganje želenega v vsakdanjem življenju.

V tesni korelaciji s proučevanjem zdravja je potekal tudi razvoj različnih vej medicine, med katerimi je ob spoznavanju človekovih bolezni in zdravljenju le teh imela psihiatrija⁶ že od samega začetka poseben položaj (Milčinski 1986, 10).

Bolezenske motnje, obravnavane na tem področju, so imele kot pglavitni znak spremenjeno doživljanje in vedenje, kar se je prikazovalo kot kršitev družbenih norm in sožitja v družbi. V večini zgodovinskih obdobj je bil odnos človeka do duševnih motenj prežet s strahom, nerazumevanjem in celo sovražnostjo (Ziherl 2013, 24). Pogosto je posledično prihajalo do teptanja človekovega dostojanstva in njegovih pravic kot živečega individuum. Prvi zapisi so se začeli pojavljati že 2100 pred našim štetjem pri Babiloncih v Mezopotamiji tako imenovanem obdobju demonizma⁷. Posameznikova norost je tu bila opisana kot graja za neposlušnost božjim postavam ali usoda (Miličinski 1986, 10; Klemen 1997, 30; Oreški 2008, 9; Ziherl 2013, 25), čemur je sledilo odstranjevanje iz družbe in kaznovanje. Vzoredno so se pojavljali tudi zdravilci (šamani, vrači), ki jih v primitivnih ljudstvih lahko srečamo še danes. Enakemu mišljenju so takrat sledile tudi kulture v osrednji in severni Ameriki, ki so pojav norosti opredeljevale tudi kot kazen za neizpolnjevanje vsakdanjih obveznosti. Tem

6 »Izraz psihiatrija je leta 1808 uvedel nemški zdravnik Johann Chistian Reil (1759- 1813)« (Pivec 2011,169) in je veda o duševnih motnjah in boleznih ter o njihovem zdravljenju.

7 Duševne bolezni so si razlagali kot obsedenost z zlim duhom, ki se je naselil v človeku in mu povzročal telesne in duševne motnje vedenja.

prepričanjem so sledili še Hebrejci (Walker 1991, 4) in z njimi Mojzes (1250 pr.n.š.), ustanovitelj judovske vere in vodja judovskega naroda (Miličinski 1986, 10–11; Klemen 1997, 30). Kljub temu pa so Hebrejci 950 let pr.n.š. prvi naredili korak k pozitivnemu ter začeli poudarjati pomembnost komunikacije z duševno bolnimi.

S pojavom filozofije in razvojem njenega nauka se prekine povezovanje pojavov z nadnaravnimi silami. V antični Grčiji je sledilo znanstveno oz. bolj racionalno gledanje na duševne bolezni. Odgovore so iskali v naravi in materiji. Duševne motnje naj bi bile posledica neravnovesja med tekočinami, zaradi česar so svetovali različne kopeli, diete in puščanje krvi (Miličinski 1986, 18–19; Švab 1996, 10). Prvi, ki je podal ugovor tezam iz obdobja demonizma, je bil Hipokrat (460 pr.n.š.) oče grške medicine. Na človeka in njegovo bolezen je gledal celostno in uvedel načelo zdravljenja »ne škodovati«. Napisal je prvi znanstveni in medicinski popis za oblike duševnih stanj (manija, histerija, melanholija, epilepsija). V tem obdobju so se pojavili še veliki misleci Platon (427-347 pr.n.š. – zagovornik dialoga pacient – zdravnik), Aristotel (384-322 pr.n.š. – Platonov učenec) in Socrates s pojmovanjem duševnih bolezni kot motnjami misli (Miličinski 1986, 18–19; Walker 1991, 5). Ideologijo in znanje starih Grkov so v nadaljevanju prevzeli Rimljani. Terapija za duševne bolezni je tekom rimskega obdobja zajemala zapiranje ljudi, zmanjševanje izpostavljenosti poživilom ter vzpodbujanje k branju, izobraževanju in obiskovanju gledališča. Najvidnejši rimski zdravnik je bil Klavdij Galen (130-200) (Kolarević 2008, 16; Pivec 2011, 169), ki je prenesel Hipokratova znanja v tedanje okolje. Eno njegovih znanih del je knjiga o melanholiji, ki je imela naslednjih 1500 let vpliv na strokovno srenjo v zahodni Evropi (interna dokumentacija 2014).

Tu se je že lahko govorilo o začetkih oblikovanja okolij za obravnavo duševnih bolezni, kar je vzpodbudilo združevanje in organiziranje posameznikov, ki so delovali na tem področju. Lahko je razbrati, da so vodilno vlogo prevzemali veliki misleci in postavljali temelje takratne institucionalne obravnave.

Z nastankom krščanstva je racionalno pojmovanje duševnih bolezni postopoma začelo izginjati. Ponovno je prevladal demonološki pogled in prepredel krščanski nauk. Duševno bolne so imeli za hudičeve poslance in čarovnike. Sledilo je temačno obdobje, ki ga je zaznamovalo množično mučenje in sežiganje na grmadah. Odsev obsedenosti so pri tem

skušali reševati z rituali – eksorcizem⁸. Umrjenih je bilo nekaj milijonov ljudi. Pobudnik za tako ravnanje je bil papež Inocenc VIII, ki je leta 1484 v svoji poslanici slehernega duševno motenega »*bolnika*« označil kot pripadnika hudiča (Tavčar Medič 1976, 322; Miličinski 1986, 11). Tej pokorščini so se podredili celo zdravstveni strokovnjaki, med njimi tudi znameniti francoski kirurg Ambroise Pare (1517-1590) (Miličinski 1986, 13). »Zadnji znani čarovniški proces je bil še leta 1782 v švicarskem mestu Glarusu« (Miličinski 1986, 14). Nečloveško ravnanje z duševno bolnimi je bilo prisotno vse do 19. stoletja. Ustanove v tem obdobju so povzemale vlogo strogo varovanih zbirališč za odstranjevanje družbi nesprejemljivih duševno bolnih, kjer so vlogo vodenja in odločanja v celotnem obsegu prevzemali cerkveni predstavniki. V ospredju je izstopala avtonomnost in radikalnost nasproti podrejenim sodelujočim posameznikom pri urejanju želene družbe.

Kljub takratnemu vplivu cerkve so začeli graditi prve bolnišnice, ki so bile namenjene izključno psihiatričnim bolnikom. Eno najstarejših psihiatričnih bolnišnic so zgradili v 13. stoletju v Londonu. Bolnišnice so bile predvsem azili oziroma zatočišča, saj takrat še ni bilo ustreznega znanja (Ziherl 2013, 26). Sprva so bili azili lepo urejene ustanove, ki pa so sčasoma postale prepolne ter posledično človeku neprijazne t.i. »hiše groze« (izvajanje krutosti, vklenjanje v verige, občasno mučenje...).

Za obdobje 15. in 16. stoletja je bilo značilno upadanje moči cerkve oz. sekularizem⁹, naraščanje urbanizma in trgovine, napredek v medicini, matematiki, eksperimentiranju in razvoju humanizma. Poudarjalo se je skladnost duše, telesa in razuma (Oreški 2008, 11).

8 Eksorcizem je ritual izganjanja hudiča in zlih duhov iz človeka, predmetov ali prostorov. Ta ritual je razširjen v mnogih kulturah in se pojavlja v različnih obdobjih zgodovine. V krščanstvu je eksorcist duhovnik ali oseba s posebnimi sposobnostmi, ki s pomočjo molitev, posvečene vode, zaklinjanja, krščanskih simbolov, relikvij itd. poskuša izgnati hudiča iz obsedene osebe.

9 »V našem prostoru je bila skozi zgodovino najpomembnejša religija krščanstvo. Pojav sekularizacije se tako pri nas nanaša na postopno umikanje krščanskega iz družbenega življenja. To pomeni, da se kultura, znanost, gospodarstvo in politično življenje razvija po svojih normah, ki so neodvisne od krščanskih in sledi svojim ciljem. Tudi šolstvo je voden, kakor da religije ni, oziroma kakor da nima večjega vpliva« (Unipas-univerzitetna pastoralna).

Industrializacija v 17. stoletju privede do brezposelnosti in revščine. Za to obdobje je značilno naraščanje ustanov splošnega tipa, kot so ubožnice in špitali, v katere so zapirali brezdome, norce, ostarele, berače, postopače, zločince odslužene vojake in sirote, ki so ogrožali javni red in mir. »Zapiranje je postalo orodje za moralno korekcijo in posledično oblikovanje mirne in urejene urbane celote« (Flaker 1998, 71–72, 87). Foucault (1998) označuje to obdobje kot uvajanje socialnih mehanizmov in nadzora. Norost je za zidovi izstopala in pritegnila pozornost, pridobila podobo animalnosti – nevarnost za družbo kot tako, a ob enem postavila eno izmed ključnih podlag v kontekstu nujnosti kritičnega pristopa, raziskovanja in uvajanja sprememb na področju obravnave duševnih motenj v bodoči praksi. Enako stanje so opisovali tudi v Angliji, Rusiji in Združenih državah Amerike.

Rojstvo psihiatrije v pravem pomenu se prične v 18. stoletju z Philippom Pinelom (1746-1826), ki je utemeljitelj tudi sodobne psihiatrične ustanove (Tavčar Medič 1976, 322; Brumec 2008, 60; Kostnapfel 2010, 47; Pivec 2011, 169; Ziherl 2013, 26). Uspel je doseči humanizacijo obravnave duševno bolnih (odstranitev okovja in bunkerjev) in se ob tem pričel ukvarjati z vzroki duševnih bolezni. Ugotovil je, da so določene bolezni dedne in poudaril vplive okolja nanje.

Slika 2.1: Phillipe Pinel v Salpetriere. (1795) Slika Avtorja Tony Roberta Fleuryja. Pinel odreja odstranitev verige v pariškem azilu za nore ženske.



Vir: Alfa (2016).

Svoja načela je opisal tudi v učbeniku o oblikah in zdravljenju duševnih motenj (1801). Vzporedno je na enak način deloval Wiliam Tuke, ustanovitelj Zatočišča v Yorku (1792) kot alternativo takratnim ustanovam (predhodnik današnje terapevtske skupnosti) (Oreški 2008, 14). V obravnavi postane pomembna tudi družina.

Bitko za avtonomijo in svobodo znanosti je bila v enakem obdobju tudi psihologija in z njo razvoj psihoanalize s Sigmundom Freudom (1856-1939). Bil je prepričan, da podzavestni motivi naše duševnosti vplivajo na številne oblike našega vedenja. Zanimal se je za hipnozo v smislu sredstva pomoči duševnim bolnikom. Kasneje je hipnozo opustil in jo v procesu zdravljenja nadomestil s prostimi asociacijami in analizo sanj, kar danes imenujemo »zdravljenje s pogovorom«. Postopka sta postala jedrni del psihoanalize (Bio. Sigmund Freud Biography 2014).

Na začetku 20. stoletja, so se pojavile biološke metode zdravljenja duševnih bolezni. Julius Wagner (1857-1940), dunajski psihiater, je uvedel zdravljenje progresivne paralize z malarijo, leta 1936 je Manfred Sakel (1900-1957) uvedel zdravljenje shizofrenije z inzulinsko komo, istega leta Cerletti in Bini (med laiki sporno) elektrokonvulzivno terapijo, leta 1952 pa je prišlo v Franciji do iznajdbe prvega nevroleptika (Ziherl 2013, 26).

V kurikulumu razvoja obravnave duševnih bolezni je z nastopom Hitlerjevega režima humanost izgubila svoj pomen. Oblikoval se je »Zakon o preprečevanju bolnega potomstva«, kar je posledično vodilo do vprašanja evtanazije pri duševno neozdravljivih posameznikih in realizacije le tega v letu 1939 (izvajalo se je s pomočjo morfina in plinskih celic. Geografsko je zajemalo področja okupirane Evrope in Nemčije). Z letom 1941 se je program, ki je potekal pod vodstvom Bouhlerja in Branta ukinil zaradi neodobravanja in pritiska s strani ljudstva (Tavčar Medič 1976, 323; Miličinski 1986, 17; Kostnfeld 2010, 49).

Ukinitev evtanazijskega programa je prinesla nov način razmišljanja, razumevanja in načrtovanja na področju psihiatrije. Tako kot družba in okolje se je spreminjal tudi način obravnave duševnih motenj. Če je bil v preteklosti poudarek na institucionalnem obravnavi in kurativi, se je post festum tudi po besedah Demšarjeve (2004), delovanje usmerilo bolj v preventivo, zdravljenje, spoštovanje človekovih pravic in tako posledično oblikovalo postopen prehod in poudarek na izven institucionalno obravnavo v skupnosti – skupnostna

obravnav¹⁰, ki poudarja humanizacijo odnosa in kvaliteto življenja posameznika z duševno motnjo ter zanj pomembnih drugih. Vloga klasičnih hierarhično strukturiranih strokovnih timov se je preoblikovala v time, kjer prevladujejo enakopravnost odnosov in prispevek posameznika. Vloga vodje se je preoblikovala v vlogo koordinatorja/mentorja kot stične točke pri horizontalnih povezavah holističnih obravnav.

Zametki tovrstne usmerjenosti se postavljajo v 50. in 60. leta prejšnjega stoletja (Flaker 1998, 160) (čeprav so ti premiki potekali veliko poprej), ki so mu botrovale spremembe, kot so intenziven razvoj psihofarmakoterapije, antipsihiatrična gibanja, zapiranje bolnišnic in oblikovanje centrov v skupnosti, spremembe v socialni politiki (težile so k blagostanju vseh ljudi), spreminjanje zakonodaje, razvoj stroke/tehnologije in ekonomske spremembe (Marušič 2002, 46).

2.2 Razvoj obravnave duševnih motenj v Sloveniji

Po zgodovinskih zapisih je potreba po zdravstvenih ustanovah za duševne motnje nastala v letu 1787 s preureditvijo diskalceatskega samostana na Ajdovščini (križišče Dunajske in Celovške ceste) v splošno deželno bolnišnico. Prvo pravo »blaznico« so naredili s prizidkom deželne bolnišnice leta 1827 (Klemen 1997, 32–33; Kostnapfel 2010, 47).

Zaradi naraščanja duševno bolnih so leta 1873 naredili posebno »podružnico« v tedanji prisilni delavnici na Poljanskem nasipu v Ljubljani (sedanja enota za zdravljenje odvisnosti od alkohola). Za bolnike so skrbele redovnice in priučeno (nešolano) osebje (Križanec 2011, 11). Zaradi vse večje prenatrpanosti oddelka za blaznike so v takratnem deželnem zboru razpravljali o gradnji nove bolnišnice za duševne bolezni. Eden glavnih pobudnikov je bil primarij deželne blaznice dr. Karol Bleiweis, vitez Trsteniški, ki je začel uvajati nova načela zdravljenja v slovenski psihiatriji. (Klemen 1997, 33; Ziherl 2013, 27). V prid njegovi

¹⁰ Je organizacija mreže (interdisciplinarnih) služb za duševno zdravje, ki zagotavlja učinkovito obravnavo oseb z duševnimi motnjami za opredeljeno skupino prebivalstva v skladu z njihovimi potrebami. Vključuje zdravstvene, socialne in druge službe, zdravljenje, rehabilitacijo ter formalne in neformalne mreže pomoči (Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti 2009; Demšar 2010, 5).

angažiranosti Ljubljana tako 18. januarja 1881 dobi moderno urejeno blaznico na Studencu, ki je ob odprtju štela 77 dušno bolnih oseb. Kasneje glede na potrebe le ta dobi še dva oddelka (zadnji oddelek je bil sezidan 1930). Pred prvo svetovno vojno se je bolnišnica preimenovala v Kranjsko deželno umobolnico (Ziherl 2013, 28; Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana: zgodovina 2014).

Med obema svetovnima vojnama je število bolnikov zelo naraslo tudi na račun vrnitve vseh slovenskih duševnih bolnikov iz avstrijskega Feldhofa pri Gradcu po prvi svetovni vojni. V obdobju 2. svetovne vojne je slovenska psihiatrija doživela grozovito dezinstitutizacijo, ki je močno zavrla razvoj v naslednjih desetletjih. Duševno bolne iz Novega Celja so nacistični okupatorji prepeljali v Linz in jih vključili v evtanazijski program (Miličinski 1986, 31). »Leta 1943 so Nemci skoraj vso bolnišnico na Studencu spremenili v SS lazaret, del nje pa je tajno deloval tudi kot tajna bolnišnica za ranjene partizane« (Ziherl 2013, 28). Po letu 1945 je vodenje preimenovane Bolnišnice za duševne in živčne bolezni prevzel prof. dr. Janez Kanoni, ustanovitelj sodobne povojne slovenske psihiatrije, in z angažiranostjo privedel do resolucije odpiranja novih psihiatričnih bolnišnic v Begunjah, Vojniku, Idriji, Ormožu in Mariboru. Le te so bile locirane v opuščenih dvorcih, kasarnah, nekoliko izven mest. Uspelo mu je organizirati zunaj bolnišnično dejavnost z ambulatorijem in mentalnohigiensko posvetovalnico v Fužinskem parku (1954), ki je kasneje prerasla v Center za izven bolnišnično psihiatrijo (Kostnapfel 2010, 49; Ziherl 2013, 28 – 29; Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana: zgodovina 2014). Žal je bila psihiatrija v takratnem času zlorabljena tudi v politične namene za odstranjevanje problematičnih posameznikov za takratno oblast.

Za status psihiatrije na slovenskem območju so se bojevali zagnani psihiatri, kot so Lev Miličinski, Miloš Kobal, Jože Lokar, Jože Felc in drugi, ter psihiatrijo vodili predvsem v smeri spoštovanja človekovih pravic in zagotavljanje dostojanstva (Ziherl 2013, 29). Zametki preobrazbe delovanja iz zaprtih ustanov (podobna azilom) v aktivne bolnišnice so se pričeli izpeljevati ob koncu 60-ih let. Napredek v obravnavi se je postopoma razširil z vrsto dejavnosti – s psihoterapijo, s skupinsko terapijo, s terapevtskimi dejavnostmi, s programe za rehabilitacijo, s skupinami za samopomoč ... s skupnim imenovalcem delovanja z dokazi podprti praksi. Kljub družbenemu razvoju in znanstvenemu pristopu pri obravnavi duševnih motenj so se vzporedno oblikovala kritična stališča do načina obravnave kot podlaga za nadaljnji razvoj ob množici novih spoznanj.

Kljub napredku psihiatrične stroke se med posamezniki še vedno porajajo mnenja, da so duševne motnje neozdravljive, vendar temu v določenem delu obolenj ni tako. Pri zdravljenju in obravnavi duševnih motenj se danes uporablja biopsihosocialni ali »celostni pristop«, ki zajema ožje in širše posameznikovo okolje, vključujoč zanj pomembne druge. Za uspešnost procesa obravnave oz. zdravljenja je ključnega pomena sodelovanje posameznika, svojcev, zdravstvenih, socialnih delavcev (Švab 2001a, 69) in vseh tistih, znotraj in izven zdravstvenih kakor tudi socialnih institucij, ki delujejo v smeri oblikovanja najvišje stopnje samostojnosti ter neodvisnosti posameznika pri odločanju glede zadovoljitve lastnih potreb. Široka paleta oblik zdravljenja skuša zagotoviti optimizacijo posameznikovega zdravja in prispevati k kvaliteti življenja družbe kot celote. Ob tem je pomembno pravočasno prepoznavanje težav in iskanje pomoči, postavljanje ustreznih diagnoz in pravočasen/pravilen izbor terapevtskih ukrepov.

Zdravljenje duševnih motenj danes poteka s psihiatričnimi zdravili, med katerimi so najpomembnejši antidepressivi, anksiolitiki in hipnotiki, antipsihotiki, stabilizatorji razpoloženja ter antidementivi (Pregelj 2009, 405; Vitorović 2009, 411), in psihoterapijo¹¹, s prilagajanjem in spreminjanjem življenjskih okoliščin, urejanjem odnosov s pomembnimi osebami, s podporo pacientu in njegovim bližnjim, z edukacijo o bolezni in zdravljenju itd. Najpogostejše in najučinkovitejše zdravljenje je kombinacija vsega naštetega (Lešer 2015a), stopnja učinkovitosti pa je odvisna od populacije in oblike duševne motnje (Erzar 2007, 67).

Za lažje in boljše razumevanje duševnih motenj se posledično spreminja pristopanje in obravnavanje duševnih motenj v vsakdanji praksi. Ob tem je potrebno zavedanje, da ljudje z duševno motnjo tvorijo skupino, ki s strani konkretnega sistema zdravstvenega varstva potrebuje posebno pozornost in skrb (Kores Plesničar 2011, 17), integriranost v družbo in ustrezne zakonodajne postopke (Oreški 2008, 21–24).

¹¹Psihoterapija pomeni zdravljenje duševnih motenj in bolezni s psihološkimi sredstvi. Psihoterapevtske metode se razvrščajo glede na teoretska izhodišča, oblike potekanja ter cilje, ki se jih želi doseči z določeno metodo (psihoanaliza, psihodinamske teorije, vedenjska, skupinska, družinska, kognitivna, interpersonalna, kratka psihoterapija in druge ter hipnoza) (Bočič Bundalo 2011, 188–90).

3 OSNOVNI POJMI ORGANIZACIJE, ORGANIZACIJSKIH STRUKTUR IN VODENJA

3.1 Organizacija in dinamika sistema

S stalnim spreminjanjem okolja in vanj vključenih deležnikov na svoji obliki in pomenu pridobiva tudi pojem organizacije in njeno obvladovanje v prihodnosti. Težko je reči, kdaj so ljudje prepoznali organizacijo kot tako, vendar se je le ta pojavila v določenem trenutku kot abstrakten pojem (Hatch 2011, 7), ki se je razvijal iz osnovnih potreb po preživetju (družin in plemen) v konkurenčnem okolju. Za dosego želenega oz. zastavljene naloge jo je zahtevalo več ljudi (Ivanko 2012, 6), pri čemer so se posamezna področja specializirala in diferencirala (delitev dela) glede na zastavljen cilj (Hatch 2011, 4). Glede na obstoječe vire iz 5. tisočletja pr.n.št. pa vse do danes lahko rečemo, da »ima organizacija dolgo preteklost in kratko zgodovino« (Lipičnik 2002, 4; Ivanko 2012, 6). »Intenzivnejša znanstvena proučevanja organizacije so se začela šele na prelomnici 20. stoletja« (Ivanko 2014, 11). Stopnja razvoja organizacijske misli je bila pogojena s stopnjo razvoja proizvodnih sil dela in družbenoekonomskega odnosov takratnih družb (Ivanko 1999, 10).

Pri prebiranju mnogih teoretikov s področja organizacije je ena razumljivejših, zlasti pri začetnem proučevanju organizacijskih teorij, Steersova (cit. v Vila 1994, 20) definicija, ki pravi, da je »organizacija način, s pomočjo katerega so ljudje in naloge, katere izvršujejo sistematično povezane, tako da lahko dosežejo cilje, ki so si jih skupno zastavili. Organizacija vključuje delitev dela med posameznikom, skupino ter povezovanje vseh delov v spojeno skupino«.

Gre za »zavestno človekovo dejavnost, tvorbo, sistem, sestav razmerij in ne nazadnje znanstveno disciplino« (Ivanko 2014, 34).

Z organizacijo se definirajo medsebojni odnosi, način sodelovanja in koordiniranja akcij (sestava razmerij), kakor tudi vse naloge in odgovornosti posameznih členov, da bi se dosegli zastavljeni cilji ob maksimalni učinkovitosti celega sistema (Vila 1994, 21).

Najpogostejši elementi pri definiranju organizacije so (Vila in Kovač 1997, 17) v razmerju do okolja: velikost, medsebojna odvisnost, input, transformacija, output ter osnovne karakteristike organizacije (koordinacija navora, skupni cilj/namen delitve dela ter hierarhija avtoritete).

V virih (Vila 1994, 13; Vila in Kovač 1997, 15–17; Lipičnik 2002, 2–3; Rozman 2000, 16) je zaslediti, da ima organizacija lahko več različnih **pomenov**:

- organizacija kot **sistem** predstavlja kompozicijo naravnih ali tehničnih prvin, ki se združujejo z namenom doseganja osebnih in družbenih ciljev;
- organizacija kot **proces** oblikovanja organizacijskega sistema, njegovega aktiviranja, vzdrževanje delovanja in usmerjanja k ciljem, ki so mu postavljeni. Vse poteka v skladu s principi, po katerih mora sistem delovati (osnova za oblikovanje podjetja);
- organizacija kot **aktivnost organiziranja**, kjer predstavlja osebno ali družbeno aktivnost podobno tehnični, kulturni, ekonomski, zdravstveni itd.;
- organizacija kot vsaka **konkretna organizacijska oblika ali struktura** (kot posledica organizacijskih aktivnosti oz. procesa organiziranja);
- organizacija kot **kakovostna lastnost družbenih pojavov in odnosov** označuje stanje v nekem podjetju, ustanovi,...
- organizacija je tudi **splošna oblika konstituiranja medsebojnih odnosov** udeležencev organizacije;
- organizacija kot **znanstvena disciplina**, ki z uporabo znanstvenih metod proučuje pojave v zvezi z nastajanjem, zgradbo in delovanjem organizacijskih sistemov pri ustvarjanju in doseganju novih ciljev. Raziskuje, proučuje in oblikuje zakonitosti, metode, tehnike in načela o tem, kako organizacije nastanejo, delujejo, spremenjenim razmeram okolij in kako se le ti ukinejo.

Pri tem si organizacije niso enake in tudi njihovo delovanje je usklajeno z njihovo formo. Različne vrste organizacij je moč opredeliti tudi na podlagi različnih kriterijev oziroma vidikov, in sicer:

- glede na cilje (delovne, družbene/politične organizacije, društva);
- strukturo notranjih odnosov (centralizirane/decentralizirane, demokratične/avtokratične, prisilne/prostovoljne, visoke/nizke);
- glede na število članov (majhne, srednje, velike);
- glede na družbeno priznanje (legalne/nelegalne);
- glede na formalnost;
- glede na vzorec nastajanja (shematska/ individualna organizacija) in
- glede na aktivnost članstva (aktivna/pasivna) (Lipičnik 2002, 14–17).

Pri opredelitvi pojma organizacije še danes ni moč najti enotne in dokončne opredelitve predvsem zaradi raznolikosti področij, njihovih raziskovalcev, njihovega načina proučevanja/razumevanja pojma organizacije (Ivanko 2015, 77).

Za zdravstveno dejavnost je pomembno delovanje v interakciji z okoljem in posledično uporaba pretežno sistemske razlage (sistemi¹², podsistemi) delovanja tovrstnega zahtevnega in kompleksnega področja, ki vzporedno terja od strokovnjakov mnoga znanja, spretnosti in humanistične vrednote (Pahor 2014, 15). Sistemska teorija pojmuje vse stvari in pojave v svetu kot sisteme, ki vsebujejo določeno število delov in povezav (Ivanko 2015, 172), kar je skupno za vse znanstvene discipline. Tako lahko rečemo, da je organizacija sistem z nizom medsebojno odvisnih prvin, usmerjenim k ciljem in vzdrževanju stabilnega stanja (Ivanko 2015, 72). Tu se postavlja pomembno vprašanje *odprtosti* in *zaprtosti* samega sistema, katerega opredelitev temelji na izmenjavi energije, informacij in materije (oz. resursov) z okoljem. Na osnovi tega so podana spoznanja, da je **zaprt sistem** samozadosten sistem neodvisen od okolja, funkcionira po principu vzrok posledica (znan vzrok narekuje možno

12 Sistem je organizirana celota, ki je sestavljena iz dveh ali več med seboj odvisnih delov, komponent ali podsistemov in je ločena od svojega okolja z mejami, ki jih je lahko določiti; je karkoli ali kakršenkoli sestav, ki ima svoje značilnosti: odprti/zaprti; živi /neživi; naravni/umetni; statični /dinamični; stabilni/nestabilni (Vila in Kovač 1997, 106; Mihelič in Škafar 2008, 3).

rešitev), opredeljen je s svojimi lastnimi deli ter njihovimi medsebojnimi povezanostmi. Kot zaprti sistemi so opredeljeni predvsem sistemi, katerih vedenje je moč predvideti glede na poznavanje njihovih struktur in zakonitosti delovanja (Ivanko 2015, 175). V resnici so bolj teoretična kot praktična kategorija. Samo pojmovanje je odvisno od opazovalca sistema (strogo omejeno opazovanje z vidika strukture in notranjih aktivnosti). Zanj je značilna predvsem delitev dela s specializacijo, strogo hierarhijo, jasnost in brezosebnost navodil, uporaba ustaljene tehnologije... V nasprotju pa imamo **odprt sistem**, ki z nenehnim delovanjem dosega dinamično ravnovesje znotraj in zunaj organizacije v danem trenutku, je torej situacijsko pogojen (Mihelič in Škafar 2008, 7–9) ter se nenehno spreminja. Odprt sistem je neopredeljen, vsebuje veliko število spremenljivk, zato je obnašanje le tega ni moč predvideti, vendar kljub temu teži k svoji notranji stabilnosti. Poudarek je na kreativnosti, znanju, participativnosti ne glede na položaj v hierarhiji, ukazi potekajo bolj v obliki svetovanja, interakcije potekajo horizontalno in vertikalno, vodji ni moč pripisati vsevednosti. Manko se izraža predvsem pri opredeljevanju pravil, odgovornosti, dolžnosti in pravic zaposlenih, kar lahko privede do konfliktov »vizavi« avtokracije (Jerovšek 1972, 61–63).

Zdravstvene organizacije so se tako v preteklosti kot tudi danes primorane spreminjati in prilagajati nestabilnemu in kompleksnemu okolju, če želijo zadostiti zastavljenim ciljem. Obnašale naj bi se kot odprti sistemi, kjer je interakcija z zunanjim okoljem bistvenega pomena za njihovo funkcioniranje (Scott 1981, 109; Lipičnik 2003, 7). Najpomembnejši cilji so tu učinkovitost delovanja (poslovanje v smeri razumne in odgovorne uporabe svojih potencialov), kakovost storitev in uspešnost, ki rezultirajo v doseganju zdravja posameznika in zadovoljstvo vseh akterjev v širšem pomenu.

3.2 Pojmovanje in najpogostejše determinante organizacijskih struktur

Izhajajoč iz predhodnega bodo spremembe v okolju tudi v bodoče vplivale na funkcioniranje organizacije in njeno uspešnost (Vila 1994, 19), kar bo z veliko verjetnostjo zahtevalo tudi določene spremembe v organizacijski strukturi.

Organizacijska struktura predstavlja dejavnosti usmerjene k ciljem in omogoča razdelitev odgovornosti na različne entitete, kot so podružnice, oddelki, delovne skupine in posamezniki. Organizacijska struktura določa temelje standardnih operativnih postopkov, posameznike, ki

sodelujejo pri procesu odločanja ter v kolikšni meri bo delovanje organizacije odražalo njihove poglede (Lipičnik 2002,44).

Organizacijska struktura omogoča delovanje organizacije, vendar sama ne deluje, predstavlja statični vidik, pri čemer ima pomembno vlogo organizator/oblikovalec. Za samo pojmovanje so pomembni podrobna opredelitev naloge¹³, njen nosilec¹⁴/izvajalec in njihova medsebojna razmerja¹⁵ (Ivanko 2002, 411; Lipičnik 2002, 2; Ivanko 2015, 605).

Z vidika nadsobnosti členitve skupne naloge organizacije in oblikovanja organizacijskih osnov ločimo:

- **makroorganizacijsko strukturo** kot temeljno zgradbo organizacijskih osnov ali enot, ki prikazuje prvo členitev skupnega poslovanja organizacije, glede na komplekse različnih poslov, vezanih na določen predmet poslovanja, npr. razvoj, nabava itd. (prikazuje grobo členitev skupnega poslovanja, npr. sektorji);
- **mezoorganizacijsko strukturo** ali smotrno zgradbo organizacijskih enot najnižje sestavljenosti oziroma skupin delovnih mest z logično razporeditvijo nalog ter razmejitvijo pristojnosti, odgovornosti po zasnovanih organizacijskih enotah ravni oddelkov in
- **mikroorganizacijsko strukturo** ali logično razporeditev nalog po delovnih mestih znotraj organizacijskih enot, zasnovanih v mezoorganiziranosti z vsemi odnosi med nosilci nalog znotraj ali med organizacijskimi enotami (Lipičnik 2002, 45--46; Ivanko 2004, 22).

13 Naloga se porablja kot osnova pri oblikovanju organizacije in organizacijske strukture v podjetju.

14 Nosilec ali organizacijska enota predstavlja mesto, kjer se opravljajo določene naloge. Njihova velikost in sestavljenost so različni. Imenujejo jih tudi divizije, sektorji, službe, oddelki. V organizacijski strukturi so organizacijske enote razporejene od največjih do najmanjših, od divizij do posameznih delovnih mest, odvisno od ravni v organizaciji.

15 Odnosi predstavljajo medsebojna razmerja, ki se vzpostavijo in razvijejo med nalogami in njihovimi nosilci. Obstajajo dve vrsti povezav. Prva je razmerje med nalogami in nosilci, ki se prikazuje z tabelami in diagrami, drugo vrsto povezave pa predstavljajo odnosi med samimi nosilci, ki nastanejo zaradi nalog in se prikazujejo z diagrami.

Pri izbiri in uspešni uporabi ustrezne organizacijske strukture je potrebno upoštevati (Ivanko 1999, 17–23; Ivanko cit. v Možina 2002, 412–415; Lipičnik 2002,46):

- **vplive notranjih** (strategija poslovanja, tehnologija, kadrovska struktura, velikost, lokacija, vodstvo ...) in **zunanjih dejavnikov** (družbene vrednote, institucionalne
- **razmere dela in poslovanja, razvoj znanosti in tehnike**, populacija uporabnikov ...), ki lahko vplivajo posredno ali neposredno, in predvsem **osnovne prvine organizacijske strukture oziroma načela** (centralizacija¹⁶ in z njo decentralizacija, specializacija¹⁷, standardizacija¹⁸, koordinacija¹⁹ ter avtoriteta²⁰) in
- **cilje organizacije**, med katerimi sta temeljna stabilnost in fleksibilnost. Pomembna je pravilna razporeditev za doseganje organizacijskega ravnotežja z vidika trajnosti in stabilnosti, ki pa ga je v vsakem primeru oblikovanja organizacijske strukture potrebno doseči.

V praksi je pri oblikovanju organizacijske strukture svoboda izbora le navidezna. Organizacija mora pri tem v prvi vrsti upoštevati načelo racionalnosti in jo oblikovati tako, da lahko učinkovito in uspešno uresničuje želene cilje (Lipičnik 1994, 55–56). Velik vpliv pri strukturiranju organizacije imajo tu omejitveni dejavniki, kot so stroški in učinki, zakonske zahteve ter situacijske spremenljivke, ki terjajo kreativnost, povezovanje, raznovrstnost in prilagodljivost na vseh ravneh v organizaciji.

16 Centralizacija pomeni opravljanje nalog na enem mestu. Prednosti so specializacija, ugoden vpliv na stroške, enotna poslovna politika in nastop na tržišču. Decentralizacija pomeni možnost opravljanja nalog na več mestih. Značilnosti so vidne v večji svobodi posameznikov ali skupin, večji odgovornosti pri delu in ev. višjih stroških poslovanja (Morden 2004, 62– 63).

17 Specializacija je proces opredeljevanja posebnih nalog in dodeljevanje le teh posameznikom ali delovnim skupinam, ki so usposobljene za njihovo izvajanje.

18 Standardizacija opredeljuje organizacijske postopke tako, da vsak zaposleni opravlja svoje delo na enoten in konzistenten način. (postopki, opisi del, pravila, navodila ...v manj strukturirani organizaciji pa je potreba po večji občutljivosti managerjev, delitvi odgovornosti, medsebojni komunikaciji).

19 Koordinacija so formalni in neformalni postopki povezovanja aktivnosti, ki jih izvajajo določeni posamezniki ali skupine v organizaciji.

20 Avtoriteta je pravica ukazovanja oz. vplivanja na delovanje drugih in hkrati vključuje odgovornost za delovanje in uspešnost (Lipičnik 2002, 415– 416).

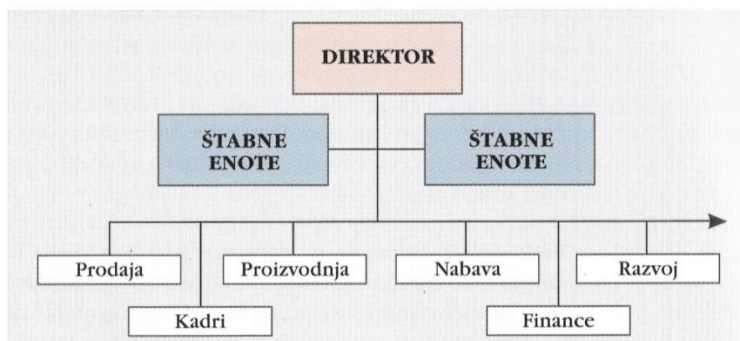
Kot izhodišče za definiranje oblike organizacijske strukture se najpogosteje upoštevata temeljni **prvini centralizacije in decentralizacije**, ki opredeljujeta naslednje tipe organizacijskih struktur (Ivanko 1999, 23; Ivanko 2002, 418–432; Lipičnik 2002, 49–61; Morden 2004, 70–6; Dimovski, Penger in Žnidaršič 2005, 133–148; Fincham in Rhodes 2005, 485–486):

a) Funkcijska struktura organiziranosti

Funkcijska struktura organiziranosti je **centralizirana** organizacijska struktura. Je najstarejša, najpogostejša, najpreprostejša in oblikovana na zahtevo, da s posebnim predmetom dela in poslovanjem povezane in medsebojno odvisne naloge opravljajo pod enotnim vodstvom. Uporablja se v majhnih in srednje velikih podjetjih ali v večjih podjetjih, če gre za eno vrsto proizvoda oziroma storitve. Primerna je predvsem za stabilno poslovno okolje.

Prednosti strukture so v racionalnosti. Zaposleni, ki opravljajo naloge iz istega področja, so locirani na enem mestu, kar posledično predstavlja manjše stroške, povečuje stabilizacijo in profesionalizacijo zaposlenih, jasno je opredeljena hierarhija avtoritete itd. Slabosti tovrstne strukturiranosti se izpostavijo v nestabilnem okolju in se kažejo z nefleksibilnostjo, kot npr. prepočasnim odzivanjem na spremembe iz okolja, zaradi obvezne koordinacije med oddelki, komuniciranje je prepočasno, odločitve se kopičijo na vrhu managementa, kar ovira hiter odziv, slaba je tudi horizontalna koordinacija, prisoten je linijski potek komunikacije in inovativnost je zavrta (Ivanko 1999, 23–24; Ivanko 2002, 418, Lipičnik 2002, 50).

Slika 3.2: Funkcijska struktura organiziranosti



Vir: Ivanko (2002, 418).

b) Matrična struktura organiziranosti

Matrična organizacija (Bavec 2007, 96–97) je kombinacija produktne in funkcijske organizacijske strukture, kar pa ne pomeni, da je vsaka kombinacija teh matrična organizacija. Vzpostavi se v primerih, ko gre za posebno nalogo (za organizacijo z več različnimi projekti, ali ko mora organizacija ali organizacijska enota zadovoljiti, sodelovati ali podpreti več projektov ali drugih organizacijskih enot, se pravi ko podjetje deluje v težko prilagodljivih okoliščinah in uporablja nerutinske tehnologije ali storitve) (Jurina 1999, 43; Bavec 2005; 59). Vendar se tu zanjo ne more oblikovati projektne organizacijske strukture. Kerzner (1992) pravi, da gre za poskus oblikovanja sinergije z delitvijo odgovornosti med funkcijskim in projektnim vodenjem. Pomeni obliko povezovanja v oddelke, in sicer po proizvodih in po funkcijah, za katerega je značilno dvojno vodenje, kjer potrebno osebje ostane na svojih delovnih mestih pod linijskim vodstvom vodje organizacijske enote. Vodenje določene naloge je horizontalno (pristojnosti, vpliv, komunikacija). Gre za **decentralizirano obliko**, ki je prožna in prilagodljiva ter nizko formalizirana. Od zaposlenih zahteva poznavanje timskega dela (Lipičnik 2002, 56) ter zavzetost za doseganje ciljev.

Prednosti matrične organizacijske strukture so (Vila in Kovač 1997, 135):

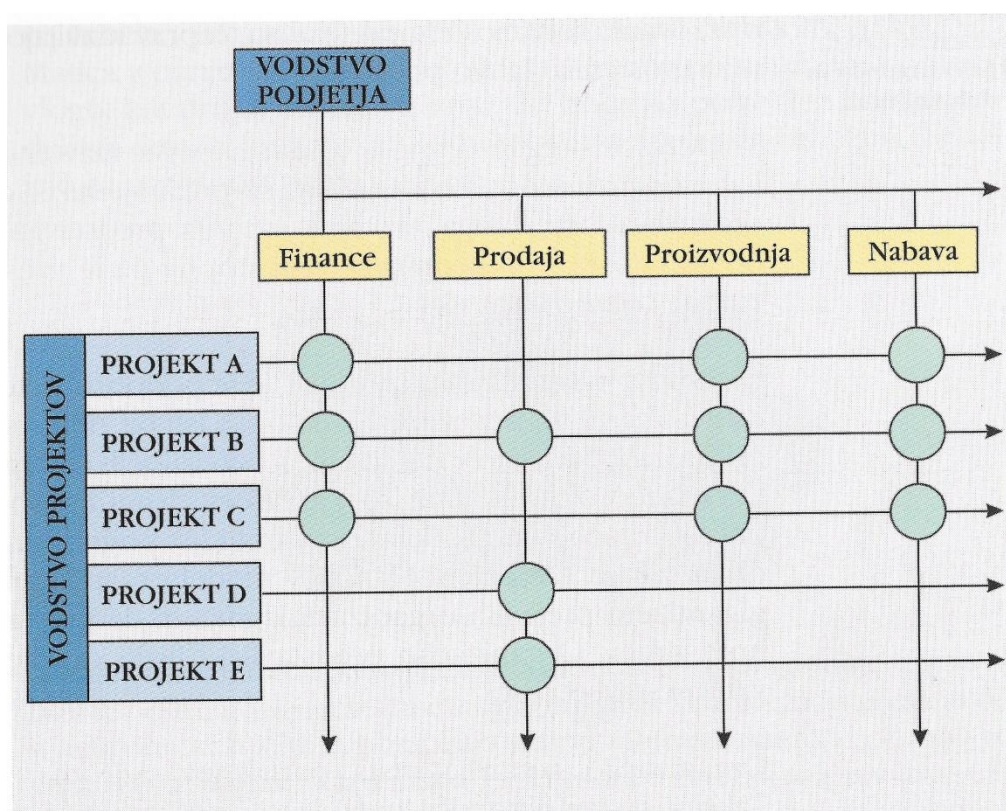
- učinkovito izkoriščanje virov (resursov), ljudje in oprema so lahko dodeljeni različnim projektom ali nalogam in se po zaključku vrnejo na svoja delovna mesta;
- elastičnost organizacije (možnost sestave timov kadarkoli in hitro reagiranje);
- tokovi informacij so odprti (obstaja niz kanalov za pretok informacij vertikalno in horizontalno, predvsem ugodno, kjer sodelujejo posamezniki različnih poklicev – interdisciplinarno povezovanje);
- omogoča se razvoj strokovnega znanja in s tem reševanje kompleksnih problemov z namenom doseganja zastavljenega cilja (vzpodbujanje inovativnosti).

Izjemno uspešno se lahko uporablja informacijsko in komunikacijsko tehnologijo, ki lahko reši številne komunikacijske težave, kar povečuje interes uporabe tovrstne organizacijske strukture (Bavec 2005, 61).

Slabosti, ki so posledica predvsem dvojne avtoritete, so (Dimovski in drugi 2003, 138):

- veliko število sestankov, dogovorov, poročanj, neprestano spreminjanje prioritet ipd.;
- izvajalci morajo imeti veliko znanja o medsebojnih odnosih;
- obstoj stalne možnosti konfliktov in eventuelno njihovo razreševanje, kar lahko terjaja veliko časa in podrejenim ni vedno točno določeno, kdo je njihov pravi vodja, vodja projekta ali njihov linijski vodja;
- omejenost pristojnosti posameznikov.

Slika 3.3: Matrična struktura organiziranosti



Vir: Ivanko (2002,421).

c) Procesna struktura organiziranosti

Procesna organizacijska struktura sodi med novejšje metode organiziranja, ki jo oblikujejo procesi kot procesni timi ter drugi udeleženci v organizaciji. S preurejanjem se poenostavljajo procesi (Ivanko 2014, 339). Katere in koliko procesov je potrebno, je odvisno od potreb in možnosti organizacije oz. podjetja.

Z vidika procesne organiziranosti ločimo dve vrsti procesov in procesnih timov:

- proizvodne ali glavne, v katerih izdelujejo končne izdelke ali storitve in
- druge ali podporne organizacijske procese.

Izid v procesni organiziranosti »predstavlja prehod iz navpične v vodoravno organiziranost«. Praviloma ima tri ravni, in sicer vršnega vodjo (generalni manager), vodje procesov in time znotraj procesov. Primerna je za procese, ki so popolnoma neodvisni drug od drugega in posedujejo vse potrebno za proizvodnjo lastnih izdelkov ter zajemajo vse specialnosti za samostojno delovanje. Zahteve pri tem so čim višja stopnja samostojnosti, ki obsega aktivnosti, povezane z razvojem, proizvodnjo in distribucijo izdelkov/storitev, ki jih zahteva trg. Na ta način se vzpostavlja neposredna zveza med vsemi sodelujočimi. Proces postane velik tim, ki je sestavljen iz priložnostnih timov. Procesna organiziranost je lažje izvedljiva v organizacijah z enotnim sistemom dela in se odseva v celovitem procesu, kjer zahteva računalniško podporo. V primeru neuspeha po je glavne vzroke moč najti v načinih dela oz. procesih opravljanja dela (Ivanko cit. v Možina in drugi 2002, 429; Ivanko 2014, 344).

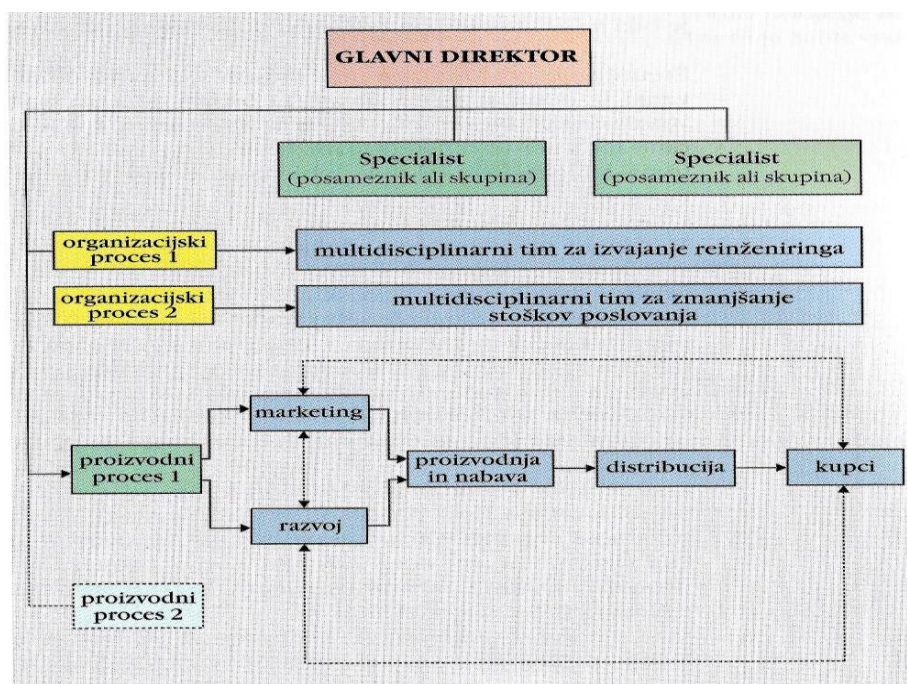
Pozitivna stran tovrstne strukture je po Ivanku (cit. v Možina in drugi 2002, 432; Ivanko 2014, 339) v zmanjšanju ukazovalne strukture in števila vodij, upadu birokracije in pritiska na zaposlene, več nalog je združenih v eno, delavci sprejemajo odločitve, edina stična točka je manager za primere, prevladujejo hibridne centralizirane in decentralizirane »operacije«, več je informiranja, sodelovanja, motiviranja in posledično prepoznavanja lastne vloge in povečevanje zadovoljstva zaposlenih itd.

Nezaželene posledice procesne organiziranosti pa so (Ivanko cit. v Možina in drugi 2002, 32):

- izguba srednjega managementa zaradi zmanjšanja števila ravni,
- združevanje in grupiranje nalog zahteva manjše število zaposlenih, kar povzroči negotovost in demotiviranost,
- preurejanje poslovanja, kar negativno vpliva na stopnjo brezposelnosti,
- opuščanje napredovanja po hierarhični lestvici, izrazi potrebo po drugih načinih motiviranja in nagrajevanja,
- večanje potreb po vsestranski opredelitvi ljudi in uspešnem vodstvu ter

- procesna organiziranost in stili vodenja so usmerjeni v prihodnost in dolgoročne cilje.

Slika 3.4: Procesna struktura organiziranosti



Vir: Ivanko (2002, 430).

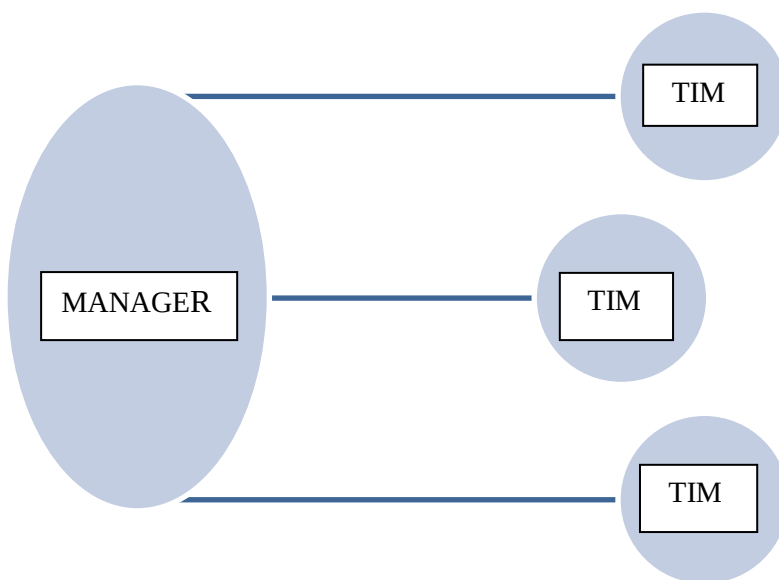
d) Timska struktura organiziranosti

Zdravstveni problemi so postali kompleksni in njihovo reševanje postaja kompleksno. Zahtevajo obravnavo z več vidikov in več akterjev, se pravi celostno oziroma timsko obravnavo. Pogosto se navaja timsko obravnavo, ki vključuje tudi uporabnike (Domajnko 2014, 43) z namenom doseganja boljše kakovosti opravljenega dela. Tim je skupina posameznikov z različno izobrazbo, perspektivami (pogledi), spretnostmi, in usposobljenostjo, ki deluje za doseganje skupnih ciljev. Člani poznajo in cenijo prispevke vseh vključenih. Znotraj te opredelitve obstajajo različni timi glede na organizacijo, stopnjo interakcije in glede na vlogo uporabnika storitev/produkta (Pahor 2014, 24).

V večjih organizacijah je takšen način dela prevladujoča in stalna oblika reševanja problemov in izvajanja nalog (Rozman 2000, 103; Mihalič 2014, 4). Vsekakor je pri oblikovanju le teh treba biti pozoren na samo strukturo članov za lažje in hitrejše doseganje ciljev, predvsem kar zadeva področji duševnosti in zdravja.

Prednosti timske strukture organiziranosti so aktivacija posameznikovega potenciala v polni meri, možnost medsebojnega dopolnjevanja med člani tima, ki ukazuje tudi fleksibilnosti tima in organizacije, prisotna je visoka stopnja komunikacije in kakovostnih odločitev. Timska organizacijska struktura mora temeljiti na nehierarhičnih, sploščenih, decentraliziranih ter dinamičnih organizacijskih strukturah. Največjo oviro za timski način dela predstavlja togost celotnega sistema (Mihalič 2014, 6).

Slika 3.5: Timska struktura organiziranosti



Vir: povzeto po Dimovski, Penger, Škerlavaj (2002, 198).

- e) Produktivna (divizijska, panožna) struktura organiziranosti
- f) Trapezoidna struktura organiziranosti
- g) Mrežna in virtualna strukturo organiziranosti

Kljub raznovrstnosti organizacijskih modelov veljajo primarna načela, ki jih je potrebno upoštevati in prilagoditi posameznemu delovnemu okolju. Drucker (2001) v prvi vrsti navaja preglednost organizacije. Zaposleni morajo biti obveščeni o strukturi organizacije in jo tudi razumeti. V nadaljevanju morajo pristojnosti biti v skladu z odgovornostjo, vsak naj bi imel samo enega vodjo, organizacija naj bi imela čim manj strukturnih plasti in jasno opredeljeno tehnologijo, vloga šefa (managerja) pa naj bi prevzemala vlogo partnerja, tako znotraj kakor tudi izven organizacije.

Čiste oblike organizacijskih struktur so redke in najboljšega načina organiziranosti ni, zato je težko govoriti o dobri in slabi organiziranosti, ker so vedno prisotne tako prednosti kot pomanjkljivosti, kar sočasno lahko narekuje različne pristope k vodenju organizacij, saj so odvisne tudi od okolja, v katerem delujejo.

V zdravstvenih ustanovah je prevladujoča funkcionalna oblika organizacijske strukture, ki je značilna za celoten javni sektor. Gre za delovanje v kompleksnem okolju, s centraliziranim upravljanjem, togo poslovno politiko, delovanjem predvsem v institucionalnem okolju v katerem poteka visoka profesionalizacija in specializacija ter proceduralnost za zagotavljanje stabilnega okolja pri zadovoljevanju potreb državljanov glede na enakost v dostopnosti storitev, pri čemer cilje v večini določajo zunanji organi na lokalni ali državni ravni (ustanovitelj/nadzorni). Na mikro nivoju so ponekod pridodani elementi procesne ali timske organizacijske strukture. Na področjih, kjer se posamezne medicinske veje združujejo znotraj ene zdravstvene organizacije, pa prevladuje matrična organizacijska struktura.

Organiziranje struktur in procesov v praksi še vedno v veliki meri praktično temelji na starih zakonitostih in načelih (Ivanko 2014, 335). Nove razmere življenja, dela in poslovanja od managerjev v organizacijah zahtevajo korenite spremembe in prenovo obstoječega za zagotavljanje preživetja in uspešnost poslovanja v prihodnje.

3.3 Vodenje v organizaciji

Organizacija in vodenje sta tesno povezana vzvoda za usmerjanje organizacije (Možina in drugi 2004, 86), pri čemer se zahteva medsebojna usklajenost.

Najosnovnejšo opredelitev povezave med delom organizacije, v našem primeru organizacijske strukture, in vodenjem ter njunega dopolnjevanja je moč predstaviti z odnosom le te z avtoriteto. Avtoriteta se v organizaciji povezuje s hierarhijo. V organizaciji obstajajo različne oblike avtoritete, kot so linijska (pravica ukazovanja), štabna (pravica svetovanja) in avtoriteta funkcij (pravica postavljanja zahtev), na podlagi katerih se ob ustrezni organizacijski strukturi razvijejo posebne oblike odnosov (Vila in Kovač 1994, 124–125). Uspešnost in učinkovitost vodenja je pri tem v veliki meri odvisna od situacije, ki pa narekuje uporabo posameznih načinov vodenja (avtokratski, demokratski, liberalni...).

»Če želijo vodilni prenoviti svoje organizacije, morajo zavreči stare nazore o organizaciji in vodenju poslovanja oziroma ustanov kot takih. Nove organizacije se bodo v marsičem razlikovale od sedanjih. Oblikovale se bodo po meri sedanjosti in prihodnosti«. Poudarek je glede na teoretske pristope na procesni organizaciji (Ivanko 2014, 335–337) in tudi timski organiziranosti, kar sodi v postmoderno teorijo organizacije. Za doseganje poslanstva, vizije in ciljev organizacije management poleg funkcije načrtovanja, organiziranja in ocenjevanja razpoložljivih virov vključuje vodenje in z njim vodjo z vsemi njegovimi osebnimi značilnostmi (Ivanko 2007, 162–163).

Pojem managerja kot vodje se v procesnih timih novejše organizacije spremeni v pojem mentorja, ki z nasveti pomaga reševati probleme. Ob tem se nadzorna vloga vodje, kot je značilno pri klasičnem pojmovanju, spremeni v smeri spodbujanja in omogočanja zaposlenim razvijanje lastne osebnosti in znanja z namenom dodajanja vrednosti delu, ki ga opravljajo. »Iz tega naslova morajo vodje v sodobnih organizacijah dobro obvladovati medčloveške odnose in sprejemati uspeh zaposlenih kot lasten uspeh«. Tako imenovani vodja je mentor, ki odgovarja na vprašanja, dobro obvladuje medčloveške odnose, zagotavlja sredstva v najvišji možni meri po načelu racionalnosti in skrbi za razvoj kariere vseh sodelujočih. Na ta način vplivajo tudi na vrednote, prepričanja, oblikujejo procese in dajejo spodbudo z besedami in dejanji (Ivanko in Stare 2007, 162–163).

Glede na navedbe bi lahko opredelili, da je vodenje zdravstvenih ustanov morda tu nekoliko v prednosti. Prednosti so z vidika razumevanja medčloveških odnosov kot osnova pri načrtovanju, spodbujanju, izvajanju in izpolnjevanju zahtev korporativnih ciljev sodobne organizacije, z istočasnim prilagajanjem metod in tehnik udeležnim operativnim timom in posameznikom znotraj njih. Spremembe in pritiski, s katerimi se srečuje vodja in posledično management v zdravstvu, so vse večja pričakovanja in zahteve glede kakovostne zdravstvene oskrbe s strani uporabnikov in razvoj medicinske znanosti, na drugi strani pa dejstvo glede na obstoječe stanje omejenih virov za uresničevanje le teh tudi na nivoju EU.

4 PSIHIATRIČNE USTANOVE IN PREHOD OD ZAPRTEGA K ODPRTEMU ORGANIZACIJSKEMU SISTEMU

4.1 Psihiatrična ustanova kot zaprt organizacijski sistem in okvir za institucionalno obravnavo duševnih motenj

Zdravljenje in skrb za osebe z duševno motnjo je v Sloveniji, podobno kot v drugih medicinskih strokah v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti²¹, organizirana na treh ravneh oziroma nivojih: primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju (Društvo ekonomistov v zdravstvu 2009, 66; Novak Grubič in Tavčar 2010, 549). Na primarni ravni se vključuje v splošne ambulate ter lekarne, sekundarno raven predstavljajo bolnišnice, Zavodi za usposabljanje, specialistične ambulate ipd., ki se nahajajo tudi v bolnišnicah (Ljubljana in Maribor) ter terciarno raven, kamor sodijo posamezni specializirani oddelki na nivoju klinik. Oddelki se razlikujejo po programih, ki so prilagojeni populaciji obravnavanih posameznikov.

Z ozirom na razvoj psihiatrične stroke, načinov obravnave duševnih motenj ter sociokulturne vplive v sedanji praksi psihiatričnih ustanov prevladujeta dva pristopa obravnave. Trenutno še vedno prevladuje **institucionalni način obravnave**, kot osnovni koncept in izhodišče za nadaljnje spremembe. Psihiatrična ustanova v tem delu predstavlja zaprt organizacijski sistem s funkcijsko organizacijsko strukturo (Vila in Kovač 1997, 128–129; Lipičnik 2002, 50; Morden 2004, 61–70; Fincham in Rhodes 2005, 485–486), za katerega je značilna več ali manj zaprtost v lastne okvirje, stroga hierarhija (fragmentacija), centralizirano odločanje in vodenje organizacije k enotnim ciljem, tehnična delitev dela in z njo diferenciacija, nefleksibilnost oz. togost ter pomanjkanje inovativnosti, visoka stopnja formalizacije (Pevcin 2011, 133) (pravila), s poudarkom na kakovosti izvajanja storitev, kar nasprotuje hitremu in fleksibilnemu prilagajanju spremembam, ki jih prinaša novejši čas, o čemer razpravljata tudi Verle in Markič (2012).

21 Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej 2005).

Dejstvo je, da spremembe niso več izjema temveč stalnica, ki narekuje med drugim tudi spremenjen organizacijski dizajn in prakso organizacije za doseganje uspešnosti in obstoj v konkurenčnem okolju. Po besedah Mihelič in Škafar (2008) igrata pri tem glavno vlogo sprejemanje odločitev in uvedba v prakso.

4.2 Upravljanje sprememb po Kotterju kot vzvod za odpiranje psihiatričnih ustanov in pot k skupnostni obravnavi duševnih motenj

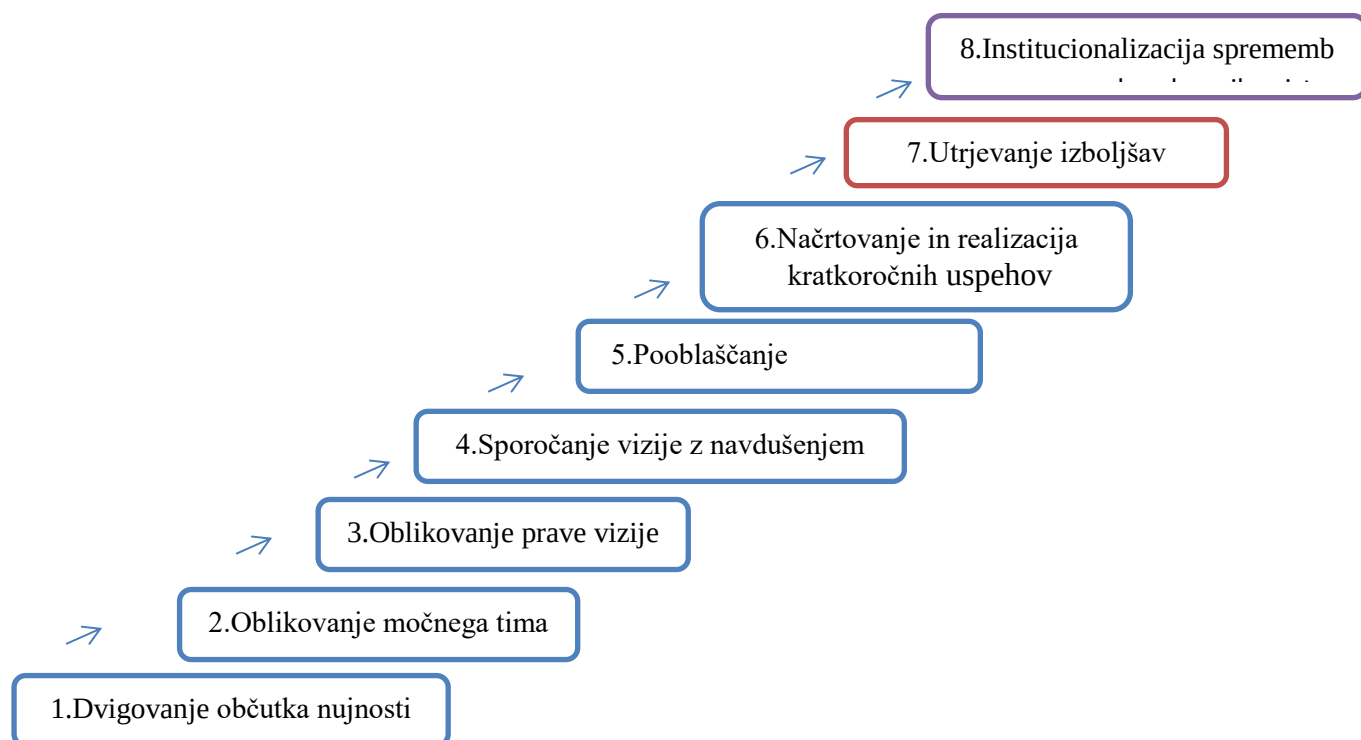
V obdobju burnih družbenih preobratov so postale spremembe pravilo in pogoj za preživetje organizacij (Drucker 2001, 76) ter posameznika. Vzporedno temu dejstvu ter za doseganje lastne stabilnosti in legitimnosti naj bi zdravstvene organizacije, ki obravnavajo področje duševnosti, z razvojem predstavljale odprt sistem (Scott 2003, 103), katerega značilnost je izmenjava materije, energije in informacij z okoljem (Mihelič in Škafar 2008, 4). Na ta način je omogočeno delovanje preprostih in kompleksnih procesov prilagojenih posameznikom z duševno motnjo. Spremembe predstavljajo tako izhodišče za nadaljnja predvidevanja pri nadgrajevanju doktrine in posledično prakse z osnovnim ciljem, kot navaja Kotter v svojem članku (1995), »soočiti se z novimi izzivi, ki jih prinaša čas«.

Učinkovito upravljanje sprememb obsega razvoj organizacije, organizacijske kulture²², sposobnosti in odgovornosti zaposlenih, razvoj procesov, metodologij ter upravljanje zunanjih in notranjih odnosov. To omogoča podjetjem/organizacijam stalen razvoj, pravočasno reagiranje na spremembe na trgu, optimizacijo stroškov in povečanje kakovosti.

Kotter P. John je oblikoval večstopenjski model uvajanja ukrepov za spremembe v organizaciji kot orodje pri odzivanju na zahteve okolja. Model navaja osem ključnih faz (Kotter 2003, 12-20) (glej sliko 4.8.), skozi katere je potrebno dosledno in postopno peljati proces, za doseganje vitalizacije sprememb v praktičnem okolju.

²² Ena izmed sodobnejših definicij organizacijsko kulturo opredeljuje kot značaj podjetja, ki se odraža v načinu njegovega delovanja. Je sistem navad, norm, prepričanj ... njenih udeležencev, nastalih v procesu razvoja podjetja. Kaže se kot način razmišljanja in vedenja udeležencev podjetja (Česnovar 2001).

Slika 4.6: Kotterjev model uvajanja sprememb v organizaciji



Vir: povzeto po Kotter in Cohen 2003, 15; Semuwemba 2011.

Prvo fazo Kotterjevega modela uvajanja sprememb predstavlja dvigovanje občutka nujnosti in stopnje nezadovoljstva z obstoječimi razmerami. Na začetku uvajanja sprememb je potrebno med pravimi ljudmi ustvariti in okrepiti občutek nujnosti z namenom aktivacije, kar je ključnega pomena (Kotter in Cohen 2003, 12,15; Škarja 2012). Potrebe po spremembi izhajajo iz posameznikov in na osnovi zahtev in pobud organizacije (npr. potreba po profesionalizaciji glede na cilje organizacije, obveznosti in zahteve delovnega mesta, ipd.) (Donik 2006, 243). Občutek nujnosti brez omahovanj pripomore k vstopu v naslednjo fazo, ki predstavlja oblikovanje močnega tima za vodenje in uvajanje sprememb oziroma močne koalicije. Le ta deluje po principu vzajemnega zaupanja in čustvene predanosti, kljub možnosti za osebno tveganje. Oblikuje se lahko s pomočjo karizmatičnega posameznika, s pomočjo posameznikov, ki imajo ustrezno kombinacijo znanj, izkušenj in sposobnosti, oblikovanjem dodatnih skupin, podskupin ... (Kotter 1995, 61–62; Kotter in Cohn 2003, 12–13, 40; Pahor 2014, 27).

Pri izpolnjenih predhodnih dveh fazah je potrebno ustvariti pravo vizijo in strategije, ki bodo usmerjale dejanja v vseh naslednjih fazah. Vizija mora biti jasna, preprosta in v takšni obliki, da jo je moč predstaviti vsem ciljnim skupinam: zaposlenim, uporabnikom, ustanovitelju itd. ter jih istočasno navduševati. Nakazovati mora smer, v katero naj bi se organizacija razvijala (Collins C. James in Jerry I. Porras 1996, 66; Kotter 1995, 61, 63; Kotter in Cohn 2003, 13,15,64; Krainer 2003). Sporočanje vizije in strategij mora biti jasno, enostavno, odkrito, iskreno, učinkovito, z empatijo se prenesti na vse nivoje, da se doseže razumevanje, naklonjenost in sprostitev tovrstne energije v želeni masi ljudi (uporaba nove tehnologije-internet, projekcija ...) (Kotter in Cohn 2003, 13; 78). Dejstvo je, da so zaposleni ob razumevanju jasne vizije pripravljeni prispevati svoj delež, zato je pri doseganju želene spremembe potrebno tudi ustrezno pooblašati posameznike. V praksi se neredko pojavljajo ovire, ki so lahko posledica npr. neustreznega definirane delovnega mesta, neustreznega sistema nagrajevanj in priznanj ipd. (Kotter 1995, 64–65; Kotter in Cohn 2003, 92; Zupan Kramar 2009, 113), ki jih je potrebno nemudoma odstraniti, saj se tako izgublja interes in participacija zaposlenih za spremembe (Kotter 1995, 64). Šesta faza narekuje nujnost postavitve kratkoročnih ciljev, spodbud in nagrad za ustvarjanje občutka optimizma. Ob odsotnosti le teh tako zaposleni kot tudi managerji pogosto izgubijo voljo, obupajo, odnehajo ali se pridružijo opoziciji (Kotter 1995, 65). V smeri zastavljenega je potrebna vztrajnost, ustvarjanje izboljšav in pogojev za nadaljnje spremembe, dokler vizija ne postane resničnost. V najboljših primerih končno, kot navaja Kotter (2003) vodje sprememb po vsej organizaciji utrdijo spremembe tako, da negujejo novo organizacijsko kulturo (nove socialne norme, vrednote in vzorce vedenja oziroma način poslovanja).

Uspešna organizacijska sprememba tako predstavlja zahteven postopek, sestavljen iz posameznih faz razvoja, katerega glavni izziv je spreminjanje vedenja zaposlenih z namenom doseganja zastavljenih ciljev v korelaciji z zahtevami spreminjajočega se okolja (Kotter 2003, 11), o čemer govorita tudi Rozman in Kovač (2012).

Iz konteksta nujnosti sprememb se je v praksi kot vzporednica in nadgradnja institucionalnega načina obravnave duševnih motenj kot drugi pristop oblikovala in definirala skupnostna psihiatrična obravnava, pri kateri predvidevam, da gre za odprt organizacijski sistem s timsko organizacijsko strukturo (Dimovski 2003, 145), za katero je značilno tesno sodelovanje z okoljem, večja participacija zaposlenih in demokratičnost v odnosih, decentralizacija pri

odločanju in vodenju organizacije (Morden 2004, 63), fleksibilnost, procesno povezovanje in oblikovanje kliničnih poti pri izvedbi dela, timsko delovanje in sodelovanje, s poudarkom na zadovoljevanju potreb uporabnika storitev (Ježovnik 2011, 117).

Ozirajoč se na nov pristop so v nekaterih psihiatričnih ustanovah na posameznih segmentih delovanja postopno sledile spremembe. S klasično hierarhično oblikovanih zdravstvenih timov (posamezni tim sestavljajo zdravnik psihiater kot vodja tima, psihiatrična medicinska sestra, ki ji sledijo zdravstveni tehniki, delovni terapevt, socialni delavec in klinični psiholog po potrebi) omejenih na področje psihiatrične institucije in z intenzivno obravnavo akutnih poslabšanj bolezni, so se kot vez med institucijo in zunanjim okoljem v rehabilitacijski enoti oblikovali eden ali več multidisciplinarnih mobilnih timov skupnostne obravnave, (NAMI 2007, 1; Skoliber in drugi 2011, 29; Agius 2014, 225), ki zagotavlja/jo vrsto psihiatričnih storitev za posameznike z duševno motnjo na določenem geografskem področju (Thornicroft in Tansella 2004, 285). Poudarek je na podpori pri obvladovanju bolezni, pomoči pri obvladovanju vsakdanjih težav preko izobraževanj, širjenja socialne mreže, intenzivnega spremljanja in zdravljenja tudi po odpustu v omejenem časovnem obdobju (Jerič 2011, 8) ob sočasnem zagotavljanju vedno vnovičnih poti in možnosti v procesu obravnave.

5 SKUPNOSTNA PSIHIATRIČNA OBRAVNAVA

5.1 Obrazložitev pojma skupnostne psihiatrične obravnave

Skozi zgodovino se je človek rad štel za pametno in racionalno bitje, ki je na podlagi svojih izkušenj in čustev prišel do logičnih zaključkov, veljavnih za posamična obdobja. S spreminjanjem odnosa do duševnega zdravja in »bolezni« se je postopoma spremenilo razumevanje in obravnava duševnih motenj, kjer je postopoma obravnava duševnih motenj iz institucij (dezinstitucionalizacija in v nadaljevanju dehospitalizacija) prestopila v skupnost²³, kjer posameznik živi z namenom ohranjanja njegove socialne integracije in avtonomije pri vsakdanjem delovanju s podporo iz neposrednega okolja (Kobentar in Smolič 2011, 97).

Kot del razvoja na podlagi kritik »togih« institucij so se razvile skupnostne službe, ki so na področju duševnega zdravja definirane kot službe, ki izvajajo storitve prilagojene za posameznika v skupnosti (Videmšek 2013, 45). Švab (1996; 2013) navaja, da so skupnostne službe sestavljene iz osnovnega zdravstvenega varstva, centrov za duševno zdravje, dnevnih bolnišnic, dispanzerskih psihiatričnih služb, delovnih skupin in dejavnosti v skupnosti, stanovanjskih skupin (bivalnih enot), skupin za samopomoč ter služb za podporno zaposlovanje, izobraževanje in usposabljanje. Razvitost tovrstnih služb je v veliki meri odvisna od dostopnih finančnih sredstev (Thornicroft in Tansella v Bulič 2011, 2). Njihovo delovanje temelji na procesu psihosocialne rehabilitacije (PSR)²⁴ kot osnovnem podpornem

23 Ljudje oblikujejo občasne, začasne in trajnejše skupine, različne po oblikah in vsebini, po kulturni mentaliteti in družbeni strukturi. Različno poimenovanje le teh je bil eden od pomembnih razlogov, da se je v sociologiji razvila vrsta tipologij oz. klasifikacij (Bahovec 2005, 9–10). Od začetka je znano Tonniesovo (1855–1936) pojmovanje skupnosti in družbe kot dveh načinov družbenosti, kjer skupnost označi kot trajno in pristno sožitje – živ organizem, npr. družina, družbo pa kot prehodno in navidezno mehaničen agregat in artefakt, katere tipični predstavnik je podjetje (Tonnies 1999, 55–56; Flere 2000, 94). V nadaljevanju je med bolj znanimi Durkheim obravnaval razlikovanje med dvema tipoma solidarnosti in Weber ter Sorokin med različnimi tipi družbenih odnosov ... (Bahovec 2005, 10). V modernem času ob hitrem tempu življenja in visoki stopnji industrializacije izgubljajo družine svoj pomen pri zadovoljevanju posameznikovih potreb in želja, zato je vloga skupnosti in ključnih akterjev postala bistvenega pomena.

24 Psihosocialna rehabilitacija (PSR) je multidisciplinarno področje in proces, ki se ukvarja z ljudmi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami in je usmerjeno k okrevanju, izboljšanju kakovosti življenja ter povečevanju kompetenc teh oseb. Usmerjena je tudi k družinam ali pacientovim bližnjim osebam, ki so poglavitni temelj opore v skupnosti. Poslanstvo PSR je povečati posameznikovo samostojnost v skladu z

procesu pri doseganju kvalitete življenja kljub prizadetosti in oviram zaradi duševne motnje. Kot del tega procesa sta se oblikovala skupnostna skrb in skupnostna psihiatrija.

Skupnostna skrb pomeni, da so službe blizu uporabnikovega doma. Je razdelitev služb, ki omogočajo osebam z duševno motnjo nepretrgano zdravstveno obravnavo, nastanitev, zaposlitev ter socialno podporo in socialno vključitev. Skupnostne službe opravljajo delo na podlagi ocenjenih potreb tako, da se na regionalno opredeljenih območjih poveže vrsta virov pomoči (Švab 2012a, 4; Švab 2013, 426).

Skupnostna psihiatrija oz. skupnostna psihiatrična obravnava »je zagotavljanje zdravstvenega in socialnega varstva za lokalno populacijo z ugotavljanjem potreb na področju duševnega zdravja na določenem območju, razvijanjem mreže potrebnih služb, ki uporabljajo znanstveno dokazano uspešne oblike obravnave« (Švab 2013, 425). Predstavlja povezovanje in enakopravno sodelovanje vseh služb, ki skrbijo za duševno zdravje v regiji in njihove uporabnike v procesih odločanja.

Po Agiusu (2014a) je »Skupnostna psihiatrija poskus uvajanja usklajene zdravstvene politike, z namenom omogočiti posameznikom s težavami v duševnem zdravju, da so obravnavani v domačem okolju ali njegovi bližini za krajši čas, ko zdravstveno stanje to narekuje«.

Zaradi specifičnih značilnosti duševnih motenj in vplivov okolja je psihiatrična obravnava (zdravljenje) v različnih državah različna, kakor je tudi različno potekal njihov razvoj. V Evropski Uniji (EU) in Združenih državah Amerike (ZDA) se je sistem psihiatrične obravnave precej spremenil (Novak Grubič in Tavčar 2010, 548). Sodobna organizacija služb za duševno zdravje danes združuje in predstavlja ravnotežje institucionalne in skupnostne oblike obravnave Thornicroft in Tansella 2004, 283; 2013, 249). Predstavlja interdisciplinarno profesionalno področje (Flaker 2008, 1), ki deluje po principu povezovanja, odgovornosti, dostopnosti, nepretrgane obravnave, enakosti, vsestranskosti ter kulturne prilagojenosti. Glavna vloga akterjev je v oblikovanju novih poti, ki so bolj učinkovite v nasprotju z

njegovimi potrebami do največje možne mere tako, da ga okrepi in da vpliva na večjo prilagodljivost in strpnost okolja (Avberšek in drugi 2004, 11).

obravnavo v bolnišnicah (Flaker 2008, 2). Tudi po smernicah SZO naj bi se število bolnišničnih postelj zmanjševalo (Švab in drugi 2006, 56).

Podlaga za izvajanje koordinacije obravnave v skupnosti je Zakon o duševnem zdravju (2008), ki predstavlja osnovo pri doseganju nadaljnjih sistemskih podpor za delovanje specifičnega področja. Po besedah Švabove (2012a) je psihiatrično področje v tesni korelaciji z revščino, brezposelnostjo, socialno prikrajšanostjo in navsezadnje tudi kvaliteto življenja.

5.2 Načela in metode dela v skupnostni psihiatrični obravnavi

Načela obravnave v skupnosti na področju duševnega zdravja so (Švab in Jerič 2009, 459):

- **odgovornost:** odgovornost za spremljanje posameznika z duševno motnjo, ki potrebuje visoko stopnjo podpore, naj prevzame član ali celotna delovna skupina preko načrtovanja skrbi;
- **participacija:** posameznik z duševno motnjo, njegovi svojci ali skrbniki predstavljajo enakovrednega člana v procesu načrtovanja skrbi in so njegovi nosilci. Sodelujejo pri vsaki odločitvi in vplivajo nanje, kar prispeva k vključenosti v proces zdravljenja in rehabilitacije ter na ta način omogoča prepoznavanje potreb in spoštovanje njihovih pravic;
- **kontinuiteta** in povezanost: za posameznika s kroničnim potekom duševne motnje ima kakovostna in kontinuirana obravnava velik pomen, zlasti z vidika vzdrževanja remisije in napredovanja v procesu okrevanja. Dejstvo je, da je neprekinjeno spremljanje edini sistemski poseg, ki lahko bistveno zmanjša število sprejemov proti volji v bolnišnico;
- **kakovost:** zdravstveni timi uporabljajo dokazano uspešne oblike zdravljenja (angl. evidence based practice) in podporo, ki omogočajo uspešno funkcioniranje posameznika;
- **dostopnost:** ljudje z manjšimi možnostmi ali invalidnostjo zaradi duševnih motenj morajo imeti takojšen in neposreden dostop do služb, ki jih potrebujejo;
- **rehabilitacija:** hendikep po duševni motnji je možno zmanjšati z rehabilitacijskimi metodami, kot npr. zaposlovanje.

Načela v skupnostni psihiatriji dopolnjujejo **metode/oblike dela** (Avberšek in drugi 2004, 26, 31; Švab in Jerič 2009, 460; Švab 2013, 426–427), ki so se izkazale kot uspešne, in sicer:

- delo z družino ali zanj pomembnimi drugimi (npr. skrbnik). Huda duševna motnja vpliva na ljudi, ki so kakorkoli povezani s posameznikom. Družine ob pojavu duševne motnje velikokrat poročajo o zmed, ambivalenci (razdvojenost) in konfliktnih čustvih,
- učenje ali trening socialnih in vsakdanjih veščin (predstavlja učinkovito metodo pri izboljševanju medosebnega funkcioniranja, izboljševanju samopodobe in socialne prilagodljivosti);
- učenje o bolezni, zdravljenju in rehabilitaciji;
- kognitivno-vedenjski terapevtski pristopi (kognitivno-vedenjski pristop je strukturiran, časovno omejen način obravnave sedanjih problemov posameznikov z njihovo aktivno vlogo pri razreševanju le teh) in
- načrtovanje obravnave oz. skrbi (npr. dnevna obravnava, krizne intervencije, ureditev bivanja ...).

5.3 Strokovni timi in timska organizacijska struktura kot okvir za skupnostno psihiatrično obravnavo

Osnovni strokovni multidisciplinarni tim, kot je bilo pojasnjeno že v timski organizacijski strukturi, pomeni povezovanje sodelavcev različnih strok pri skupnem delovanju v korist uporabnika storitev, pri čemer gre istočasno za odvzem dela strokovne avtonomije in sprejemanje enakopravnega partnerstva med člani (priznavanje osebnostnih značilnosti, izkušenj). V neposredni obravnavi je vloga ključnega delavca (koordinatorja za posamezen primer) bistvenega pomena, saj predstavlja tim z vsemi znanji ter od njega nemalokrat zahteva rutinske odločitve. S seboj nosi mnoge kompetence in odgovornosti (Alfa 2016). Uvedba in izvajanje timskega načina dela ima tako številne prednosti, nekatere so prikazane na naslednji sliki (5.1).

Slika 5.7: Temeljne prednosti in priložnosti timskega načina dela



Vir: Mihalič (2014, 10–11).

Poudariti je potrebno, da delovanje psihiatrične skupnostne obravnave in njenih timov v praksi temelji na timski organizacijski strukturi in značilnostih, ki jo opredeljujejo.

Thornicroft in Tansella (2004) na podlagi raziskav o skupnostnih psihiatričnih timih podajata, da obravnava posameznika z duševno motnjo s strani tovrstnega tima vpliva na izboljšanje sodelovanja pri zdravljenju, kakovost življenja in zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami. Agius (2014b) navaja obstoj različnih skupnostnih timov, katerih značaj pa se v praksi dopolnjuje z načinom obravnave.

Skupnostna psihiatrična skrb za osebe z resnimi duševnimi motnjami predstavlja velik izziv. Načini psihiatrične obravnave, ki se jih pri nas v večji ali manjši meri poslužujemo, so naslednje (Švab 2013, 427–429):

- intenzivno spremljanje v skupnosti;
- krizni ukrepi in z njimi delovanje kriznih timov v skupnosti, ki izvajajo ukrepe in se odzivajo na resna nujna stanja, kjer je potrebna takojšnja ocena in posredovanje pri npr. akutni psihozi, poskusu samomora, zlorabi psihoaktivnih snovi in vedenjski motnji, ki jih je danes težje prepoznati zaradi družbenih sprememb. Pri nas se v teh

- primerih odzivajo zdravniki iz osnovnega zdravstvenega varstva, v tujini pa psihiatrični timi, ki ocenijo stanje in s svojo intervencijo zagotovijo nujno zdravljenje;
- delovne skupine za posredovanje v skupnosti so lokalno organizirani multidisciplinarni timi (angl. outreach teams), ki se odzivajo na nujne ukrepe ter sočasno zagotavljajo obravnavo tudi tistim posameznikom z duševno motnjo, ki ne pridejo v ambulantno kontrolo. Na ta način izvajajo preprečevanje poslabšanja psihičnega stanja in vzdrževanje remisije čim daljši čas, zlasti pri tistih, ki se sicer pogosteje vračajo v bolnišnico. V tem kontekstu se izvaja tudi podpora, katere prednost je tudi 24-urna dostopnost po telefonu. Izkušnje s tovrstnim delovanjem imajo tudi nekatere slovenske bolnišnice. Po ocenah učinka se je tovrstna obravnava izkazala za učinkovito, predvsem zaradi takojšnjega odziva na potrebe in s tem izboljšanje vsakdana. Iz tega naslova je ta način potrebno vključevati v programe za duševno zdravje na nacionalnem nivoju;
 - ambulantno (dispanzersko) vodenje zmanjša potrebo po ponovni bolnišnični obravnavi za 20 odstotkov. Gre za dokazano uspešen način psihiatrične obravnave, vendar je nekoliko manj uspešno pri najtežjih posameznikih z duševno motnjo;
 - načrtovana obravnava (angl. managed care) ima vlogo spremljanja gibanja posameznika z duševno motnjo v sistemu zdravstvenih in socialnih služb in s tem načrtovanja, katere službe in v kolikšnem obsegu lahko uporabi. Tovrstnih izkušenj je pri nas malo. Preprosto rečeno gre za omejevanje sprejemov v bolnišnico in zagotavljanje boljše cenovne učinkovitosti storitev.

S podpisom deklaracije o duševnem zdravju²⁵ in Akcijskega načrta za duševno zdravje²⁶ v Evropi na ministrski konferenci v Helsinkih 2005 (Bajt 2009, 6–7), se je tudi Slovenija

25 Predstavlja okvir za celostne ukrepe na področju duševnega zdravja. Nacionalne politike na področju duševnega zdravja naj bi glede na določila deklaracije bile prioriteto usmerjene na naslednja področja: promocija duševnega zdravja in posameznikovega dobrega počutja, odpravljanje stigme, diskriminacija in socialna izključenost, preventiva na področju duševnega zdravja, skrb za obolele za duševnimi motnjami (zagotavljanje celovitih in učinkovitih storitev in intervencij, vključevanje uporabnikov in skrbnikov v proces zdravljenja ter nudenje izbire), vključevanje bolnikov z duševno boleznijo v družbo (med okrevanjem).

26 Akcijski načrt je dodan deklaraciji o duševnem zdravju in predlaga načine razvijanja, implementiranja in krepitev celostnih politik na področju duševnega zdravja, in sicer za vsako od prioritarnih področij opredeljuje nabor učinkovitih aktivnosti oz. ukrepov) (Bajt 2009, 6).

zavezala k implementaciji skupnostnega modela na svojem območju ob zavedanju, da je »dobro duševno zdravje nadvse pomembno za posameznika, vse pomembnejši dejavnik pa postaja tudi za gospodarsko rast in družbeni razvoj v Evropi, ki sta ključna cilja politik Evropske unije« (Evropska komisija 2005).

Kot učinkovit empirično podprt model in nadgradnja bolnišničnega zdravljenja se je v drugi polovici prejšnjega stoletja razvil ACT (angl. assertive community treatment model), mišljen kot eden izmed skupnostnih modelov, ki ima specializirane time. Je eden izmed najpogosteje uporabljenih programov skupnostnega psihiatričnega zdravljenja. Izvorno je bil zasnovan kot »bolnišnica brez zidov« za posameznike s hudo ponavljajočo se duševno motnjo v izogib ponovnim poslabšanjem duševnega stanja. ACT dosega integracijo služb preko neposrednega zdravljenja, rehabilitacije in podpore ter večjega dela predhodno naštetih načinov obravnave za določeno obdobje. Predstavlja skupek psihosocialnih intervencij, ki temeljijo na neposredni pomoči osebam z resnimi duševnimi obolenji, ki vplivajo na zmanjšanje simptomov in izboljšanje življenja (Demšar 2015). Danes se v ta način obravnave vključuje tudi brezdomce, posameznike z odvisnostjo (National Alliance on Mental Illness 2007, 2) ipd., vendar bodo raziskave še potrebne zaradi spreminjajočih se okoliščin v bivanjskem in delovnem okolju.

Problemi v praksi, ki so trenutno prisotni (tudi z naslova ekonomskih sprememb), so financiranje in specializacija skupnostnih timov, sistemsko načrtovanje v bolnišnicah, pokrivanje posameznih področij in regij (premalo število timov), izobraževanje ter razvitost posameznih obravnav.

6 ŠTUDIJA PRIMERA: PSIHIATRIČNA USTANOVA ALFA IN NJENA ENOTA ZA REHABILITACIJO

6.1 Cilj, raziskovalno vprašanje in metoda izvedbe študije primera

Cilj študije primera je proučevanje vpliva obravnave duševnih motenj na spreminjanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove v primeru prevlade posamezne (institucionalne ali skupnostne) obravnave v praksi.

Temeljno raziskovalno vprašanje, ki sem si ga v okviru tega dela raziskovanja zastavila, je: *»Kakšen je prevladujoči koncept obravnave duševnih motenj v obravnavani psihiatrični ustanovi Alfa?«* V ta namen je bila uporabljena deskriptivna metoda dela. Gre za kompleksno raziskovalno obliko, s pomočjo katere bom raziskala Enoto za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa. Uporabljena je bila strokovna in znanstvena literatura ter pregled internega gradiva in gradiva na spletnih straneh na temo obravnavane problematike. Podatki so bili zbrani s pomočjo intervjuja, sistematičnega opazovanja in interne dokumentacije psihiatrične ustanove Alfa.

6.2 Predstavitev psihiatrične ustanove Alfa kot zaprtega sistema, v katerem poteka institucionalna obravnava duševnih motenj v psihiatrični ustanovi

Psihiatrična ustanova Alfa je javni zdravstveni zavod, ustanovljen s strani vlade republike Slovenije, ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni. Organiziranost je opredeljena s Statutom ustanove in Pravilnikom o organizaciji, pristojnostih, pooblastilih in odgovornostih. Organizirana je v sektorje kot temeljne organizacijske enote, sektorji pa v notranje organizacijske enote: centre, enote, službe, oddelke, ambulate in samostojna delovna mesta (Alfa 2016).

Vodilo delovanja v skladu s poslanstvom in vizijo organizacije sta zadovoljstvo uporabnikov z duševno motnjo in kakovost storitev, ki predstavljata tudi največjo skrb, kjer se prišteva globalno sodelovanje zdravstvenega osebja s pacientom ter vlaganje napora za doseganje odličnosti pri zagotavljanju zdravstvenih storitev (Alfa 2016).

Bolnišnično oziroma institucionalno psihiatrično obravnavo zaznamujejo značilnosti, ki so specifične za večji del javnega sektorja. Glede na vedenje in odnos sistema do okolja jo opredeljuje tako imenovani zaprt organizacijski sistem. Zanj je značilna, glede na osnovne dimenzije organizacijskih struktur, kot so centralizacija, kontrola, formalizacija in kompleksnost, natančno opredeljena lokacija delovanja, z centralnim vodenjem in odločanjem pod enotnim vodstvom. V psihiatrični ustanovi Alfa je prisotna klasična hierarhična strukturiranost in pretežno linijski tip managementa. Določen je »predmet« poslovanja, obseg storitev in prisotna je visoka stopnja formalizacije (pravila, standardi, naloge) za izvajanje posameznih funkcij in nalog, s čimer se omejuje inovativnost posameznika. Poslovna politika je nekoliko toga, pogojena s strani izvršne oblasti, ki pa ima med drugim tudi vpliv na opredeljevanje same organizacijske strukture.

Obstoječa organizacijska shema trenutno predstavlja pretežno poslovno-funkcijsko organizacijsko strukturo, v katero na podlagi poslovnika sistema vodenja kakovosti veljavnega z marcem 2016 (Poslovnik sistema vodenja 2016) na posameznih segmentih postopoma vključuje elemente procesne in timske organizacijske strukture, kar je bistvenega pomena za razvijanje inovativnosti, doseganje zastavljenega in posledično uspešno prilagajanje hitrim spremembam v okolju.

Če izhajam iz vidika obravnave, je za institucionalno obravnavo v psihiatrični ustanovi Alfa značilno, da poteka le ta znotraj opredeljene institucije, po točno določenih programih, standardih, pravilih ipd., kjer so po posameznih oddelkih hierarhično oblikovani zdravstveni timi. Posamezni tim sestavljajo zdravnik psihiater kot vodja tima, diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji, ki ji sledijo zdravstveni tehniki, delovni terapevt, socialni delavec in klinični psiholog po potrebi. Gre za obravnavo akutnih stanj oz. poslabšanj bolezni, kjer se izvaja diagnostika, zdravljenje in v nadaljevanju rehabilitacija v smislu priprave na odpust (Alfa 2016). Z namenom čim bolj natančnega zajemanja zdravstvenih težav posameznika z duševno motnjo so znotraj inštitucije organizirane konzilirne službe in ostale službe za zadovoljevanje osnovnih potreb. Slaba stran tovrstne obravnave se izkazuje predvsem pri težjemu prilagajanju spreminjajočim se razmeram in zapoznelem reagiranju na težave, kakor tudi v večji meri odsotnosti povratnih informacij na vseh organizacijskih nivojih.

Ozirajoč se na navedeno je v psihiatrični ustanovi Alfa razvidna omejenost klasične institucionalne obravnave, naraščanje kompleksnosti patologije pri posameznikih z duševno

motnjo, zagotavljanje celostne obravnave in spreminjajoče se zahteve okolja so posledično na posameznih segmentih organizacije sledile spremembe. Oblikoval se je prehod čez lastne okvirje tudi z namenom doseganja lastnega ravnotežja in posledično obstoja v konkurenčnem okolju.

6.3 Predstavitev Enote za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa kot primera postopnega prehoda k odprtemu organizacijskemu sistemu in skupnostni obravnavi

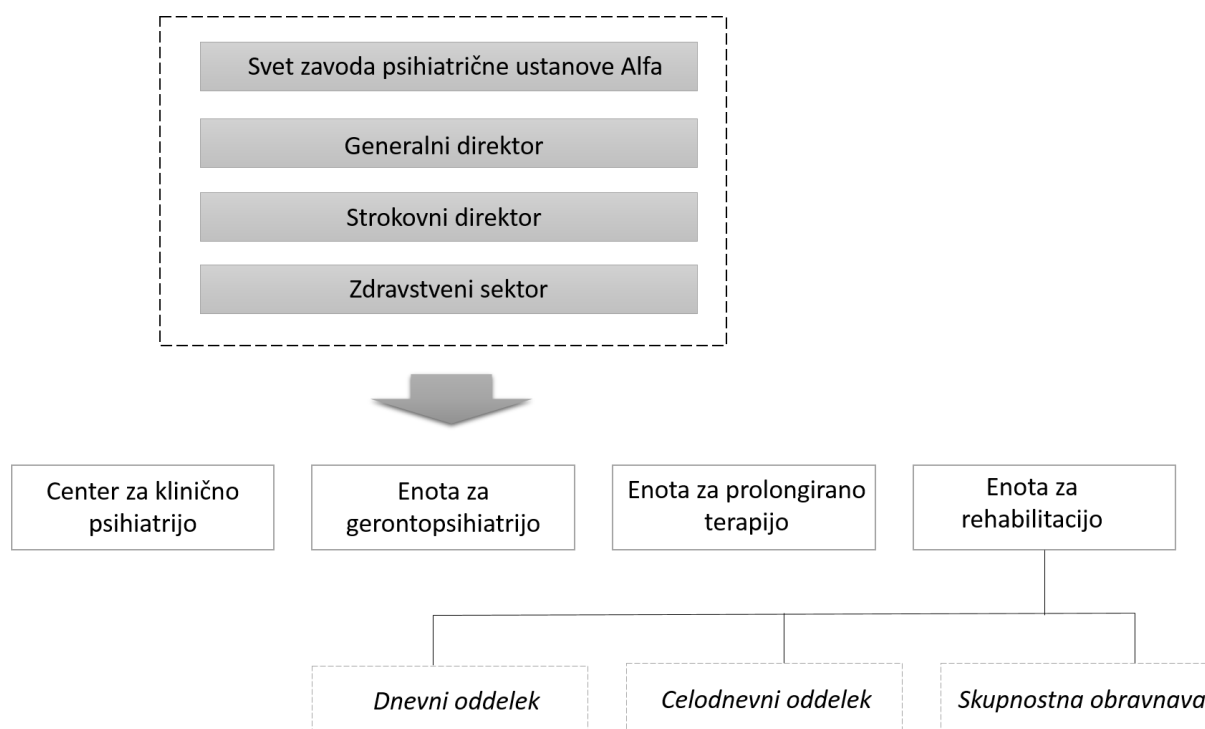
Po zakonu o zdravstvenem varstvu²⁷ imajo bolniki z duševnimi boleznimi (v našem konceptu posamezniki z duševno motnjo) pravico do rehabilitacije podobno kot »bolniki« z revmatičnimi obolenji, paraplegiki, slepi in gluhi (Švab 2001, 87). Tako namen organiziranosti enote za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa predstavlja premagovanje prizadetosti (v kontekstu npr. težave za skrb zase, opravljanje vsakdanjih opravil, starševstvu, socialnih stikih ...) in oviranosti (predvsem iz okolja, npr. stigma), ki so posledica njihove bolezni oz. duševne motnje.

Razumevanje, sprejemanje in vodenje duševne motnje je pomemben del rehabilitacije, zato je vloga Enote za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa in njenih izvajalcev še toliko bolj pomembna. Enota za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa je del sekundarnega nivoja (bolnišničnega) zdravljenja duševnih motenj in je sestavljena iz odprtih celodnevni oddelkov, dnevnega oddelka in služb za skupnostno ter nadzorovano psihiatrično obravnavo (glej sliko 6.8). Namenjena je tistim posameznikom, ki potrebujejo intenzivnejša postopna prizadevanja za vrnitev v vsakdanje življenje. Procesi zdravljenja in rehabilitacije so

²⁷ Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveno varstvo po tem zakonu obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo obolelih in poškodovanih. Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti (ZZVZZ, 2006).

individualno prilagojeni. Osnovni cilj je doseganje čim višje stopnje samostojnosti in zadovoljstva. V sklop aktivnosti z oblikovanjem rehabilitacijskega načrta sodi tudi spremljanje posameznika v domačem okolju ter povezovanje z zunanjimi sodelavci: centri za socialno delo, nevladnimi organizacijami, vzgojno-izobraževalnimi organizacijami, osnovnim zdravstvenim varstvom, zavodom za zaposlovanje (Alfa 2016) ..., kar predstavlja prehod v odprt organizacijski sistem.

Slika 6.8: Delni organigram psihiatrične ustanove Alfa



Vir: Alfa (2016).

6.4 Oris skupnostne psihiatrične obravnave v Enoti za rehabilitacijo

Postmoderni čas je čas individualizacije, ki stremi k posameznikovemu soustvarjanju življenja v povezavi z zdravjem, spretnosti, in razumevanju pri oblikovanju vsakdana. Sodobna obravnava duševnih motenj naj bi za reševanje težav predstavljala obravnavo posameznika z duševno motnjo v bolnišnici in izven nje v domačem okolju. Kot posledica razvoja novejših načinov zdravljenja duševnih motenj, večje družbenega zavedanja in uspešnejšega zdravljenja se je kot podaljšana roka bolnišničnemu zdravljenju na Enoti za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa oblikovala skupnostna obravnava, ki deluje po Assertive community treatment (ACT) modelu, ki je bil predhodno v nalogi že predstavljen.

Cilj delovanja skupnostne psihiatrične obravnave v psihiatrični ustanovi Alfa je preprečevanje oz. zmanjševanje števila in dolžino ponovnih hospitalizacij, boljše sodelovanje v procesu zdravljenja kakor tudi izboljševanje izida bolezni še posebej na področju socialnega funkcioniranja (Alfa 2016).

Princip delovanja skupnostne psihiatrične obravnave v ustanovi Alfa temelji na varovanju posameznikovega dostojanstva, zasebnost, avtonomnost, vrednot in vsega kar je opredeljeno z ustavo RS in Zakonom o pacientovih pravicah (ZPacP 2008). Program se nanaša na obvladovanje kroničnih duševnih motenj, težavnih in resnih zdravstvenih problemov, ki vodijo v hudo invalidnost, samomorilno ogroženost, finančne, socialne in zdravstvene obremenitve...V obravnavo se vključuje posameznike s hudo duševno motnjo, ki sovpadajo v sledeče kriterije (Alfa 2016):

1. so v starosti med 18 in 60 let,
2. so pogosto sprejeti v psihiatrično ustanovo (dva ali več sprejemov na leto),
3. trpijo zaradi akutnega poslabšanja duševne motnje, ki lahko vodi tudi v samomorilno vedenje,
4. je pri njih prišlo do takšnega upada v funkcioniranju, da trpijo tudi zaradi pridruženih bivanjskih, finančnih, zaposlitvenih ali izobraževalnih problemov,
5. imajo pridružene motnje kot so npr. odvisnosti od psihoaktivnih substanc,
6. so odklonilni do zdravljenja ali slabše sodelujejo pri zdravljenju,
7. so bili v preteklosti že samomorilno ogroženi,

8. so bili sprejeti v bolnišnico proti volji,
9. so bili nevarni za druge (npr. družinski konflikti),
10. spadajo v rizične skupine, ki potrebujejo izbrane preventivne posege za ohranjanje optimalnega stanja.

Predlog za vključitev posameznika v skupnostno obravnavo je lahko podan s strani pacienta, njim najbližje osebe, zdravstvenega tima v psihiatrični bolnišnici, ambulantnega psihiatra, splošnega zdravnika, patronažne službe, koordinatorja obravnave v skupnosti, koordinatorja nadzorovane obravnave, sklepa sodišča, nevladnih organizacij²⁸, centra za socialno delo ali drugih strokovnih sodelavcev (Alfa 2016).

Vključevanje v program skupnostne psihiatrične obravnave je lahko nadaljevanje bolnišničnega celodnevne ali dnevnega zdravljenja. Pripravi se individualni načrt obravnave na osnovi ocene pacienta s strani vseh članov multidisciplinarnega tima v sodelovanju in soglasjem posameznika ter ostalih zanj pomembnih, vključno z lokalnimi zdravstvenimi in socialnimi službami (tudi v primeru nadzorovane obravnave²⁹) ali tako imenovanimi zunanjimi sodelavci in institucijami kar navajata tudi Kobal Straus in Vidmar

28 Nevladne organizacije (s kratico NVO) »so organizacije, ki jih lahko na lastno pobudo ustanovi vsak izmed nas. NVO v vseh pogledih delujejo neodvisno od države in imajo nekaj temeljnih značilnosti. So neprofitne, večinoma prostovoljne in prav vse morajo imeti neko obliko pravne osebe. V Sloveniji so to prvenstveno društva, ustanove in (zasebni) zavodi. NVO tvorijo nevladni sektor, ki ga nekateri imenujejo tudi tretji sektor ali civilna družba. Opravljajo (vsaj) dve pomembni funkciji – zagovorniško in storitveno. Ob tem, da predstavljajo eno od oblik sodelovanja državljanov pri upravljanju države in družbe, so namreč tudi pomemben izvajalec javno koristnih storitev na področjih sociale, zdravja, družine, mladih, kulture, športa, okolja.« (Regijski NVO center Jugovzhodne Slovenije. Nevladne organizacije 2016) .

29 Nadzorovana obravnavna je opredeljena v Zakonu o duševnem zdravju od 80. do 90. člena. Nadzorovana obravnavna je obravnavna oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se izvaja na podlagi sklepa sodišča pod nadzorom psihiatrične bolnišnice, na območju katere ima oseba stalno ali začasno prebivališče, oziroma kadar nima prijavljenega ne stalnega ne začasnega prebivališča, na območju, na katerem dejansko biva, v skladu z načrtom nadzorovane obravnave izven psihiatrične bolnišnice v domačem okolju osebe. Zdravljenje osebe v nadzorovani obravnavi je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji in sicer: če gre za osebo s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, če se je že zdravila v psihiatrični bolnišnici brez privolitve, če je že ogrožala svoje življenje ali življenje drugih ali če je huje ogrožala svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzročila hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in če se oseba lahko ustrezno zdravi v domačem okolju (ZDZdr 2008) .

(2011). O obravnavi v skupnosti se obvešča tudi splošnega zdravnika in ambulantnega psihiatra.

Celovita začetna ocena potreb se za hospitalizirane posameznike pripravi pred zaključkom obravnave v bolnišnici, pri neposrednem vključevanju v skupnostno obravnavo pa mora biti pripravljena najkasneje v mesecu dni po podpisu posameznikovega soglasja o vključitvi v program. Temu delu nato sledi omenjena izdelava individualnega načrta obravnave za prve tri mesece s kratkoročnimi cilji. Postavijo se tudi dolgoročni cilji ter koordinator (ključni delavec) ter sokoordinator (namestnik) do konca obravnave glede na obstoječe potrebe (indikacije) za obisk na domu kot temeljni obliki dela in glede na vsebino načrtovanega obiska.

Na lokalnem nivoju je nosilec programa diplomirana medicinska sestra. Izbrani odgovorni član tima (koordinator) v nadaljevanju vzdržuje reden stik s posameznikom z duševno motnjo in sproti preverja stanje v domačem okolju. Na podlagi ugotovljenih potreb se na timskih sestankih načrtujejo obiski kot temeljne enote obravnave ali telefonski stiki (enkrat tedensko do enkrat na mesec oziroma glede na trenutno ugotovljeno stanje in traja 20 minut do 1 ure).

Dosedanje izkušnje skupnostne psihiatrične obravnave v praksi nakazujejo na povečano potrebo po tovrstni obravnavi in v daljšem časovnem obdobju, zato je dokumentiranje še toliko pomembnejše tudi z namenom objektivne evalvacije in nadgrajevanja obstoječe prakse. V procesu sodelovanja strokovni tim vsakih šest mesecev preveri skladnost načrta in obravnave. Obravnava po programu se zaključi po strokovni oceni tima ter v dogovoru s posameznikom, če ni več indikacije oz. želi sam zaključiti obravnavo, zato je oblikovanje zunanje podporne mreže za časa obravnave še toliko bolj pomembno (Alfa 2016).

Osnovni kriteriji učinkovitosti skupnostne psihiatrične obravnave v praksi so uspešno doseženi načrtovani individualni cilji, zadovoljitev učinkovitosti glede na finančna sredstva z vidika izvajalcev (npr. št. hospitalizacij pred in po obravnavi, št. akutnih poslabšanj, sodelovanje pri zdravljenju,...) in doseganje čim večje stopnje kakovosti življenja posameznika z duševno motnjo.

Obravnava v skupnostni obravnavi se dejansko zaključi ko takrat ko so cilji doseženi, ob morebitni odklonitvi nadaljnjega sodelovanja s strani posameznika z duševno motnjo ali ko je stopnja tovrstne timske podpore prenizka. Po opravljeni evalvaciji se opravi tudi predaja drugim službam glede na potrebe posameznika z duševno motnjo (Alfa 2016).

Glede na oris skupnostne obravnave v Enoti za rehabilitacijo psihiatrične ustanove Alfa lahko rečem, da predstavlja nadgradnjo institucionalne obravnave, ki s svojim načinom delovanja in položajem v organizaciji povzema značilnosti odprtega organizacijskega sistema s timsko organizacijsko strukturo kar je ključnega pomena za uspešno delovanje in interakcijo z okoljem v širšem pomenu.

7 ANALIZA STALIŠČ STROKOVNIH VODIJ V SLOVENSKIH PSIHIATRIČNIH USTANOVAH O VPLIVU SODOBNIH PRISTOPOV OBRAVNAVE DUŠEVNIH MOTENJ NA ORGANIZACISKO STRUKTURO IN NAČIN VODENJA

7.1 Namen, cilji raziskave, vprašanje / teze in metodološki pristop

Namen tega dela raziskave je na kvalitativen način z uporabo polstrukturiranega intervjuja odgovoriti na zastavljeno raziskovalno vprašanje, in sicer: »Kakšna bi morala biti organizacijska struktura in način vodenja psihiatrične ustanove, če bi nad primarno institucionalno obravnavo prevladal koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti?« Prehod obravnave iz klasične psihiatrične institucije v bivalno okolje posameznikov z duševno motnjo bom analizirala s pomočjo identifikacije razumevanja problematike s strani strokovnih vodij psihiatričnih ustanov v Sloveniji. Ob tem bom poskušala potrditi tezo, da institucionalna in skupnostna obravnava duševnih motenj, vsaka zase zahtevata lastno organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove. Skozi vse to želim doseči cilj raziskave, poiskati primerno obliko organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove, če bi nad primarno institucionalno obravnavo prevladal koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti.

Za pridobivanje informacij iz neposrednega raziskovalnega okolja sem opravila polstrukturirane standardizirane intervjuje (Bučar in drugi 2000, 33; Tratnik 2002, 53, Lamut in Macur 2012) z lastnim vprašalnikom, s strokovnimi direktorji (v nadaljevanju strokovnimi vodji) psihiatričnih ustanov po vsej Sloveniji. Predhodno sem jih k sodelovanju povabila preko e-mail naslovov (neposredna ali posredna pošta preko tajništev direktorjev). Glede na odziv po enem tednu sem v nadaljevanju opravila telefonske klice in se dogovorila za termine srečanj (datum, ura, prostor) ter se že vnaprej zahvalila za sodelovanje.

Predvsem sem poskušala pridobiti informacije o tem, kako strokovne vodje slovenskih psihiatričnih ustanov vidijo povezavo med spremembami v načinu obravnave duševnih motenj in spremembami v organizacijski strukturi ter načinu vodenja svojih organizacij. Pri tem sem upoštevala dejstvo, da bo kvaliteta in kvantiteta pridobljenih podatkov odvisna tudi

od lastnega predhodnega znanja, pripravljenosti, empatije, spretnosti ter sposobnosti izpeljave intervju-jev.

Ker raziskava vključuje osebne podatke intervjuvancev in podatke, ki spadajo v poslovno tajnost, sem potencialnim intervjuvancem vnaprej razložila in predstavila raziskovalno temo, jih seznanila s postopkom intervjuja in vsebino raziskovalnih vprašanj. Prosila sem jih, da o sodelovanju premislijo in svojo odločitev sporočijo v roku enega tedna. Zagotovljeno jim je bilo, da bodo osebni podatki, ki bi lahko razkrili njihovo identiteto, zakriti. Ravno tako bodo zakriti vsi tisti podatki psihiatrične ustanove, ki se smatrajo za poslovno tajnost. Na podlagi transkriptov intervjujev je bil v naslednjem koraku opravljen pregled rezultatov z namenom vizualizacije raziskave kot podlago za nadaljnji postopek kodiranja. Enote in pojmi so bili skrženi v naslednje glavne kategorije:

- osnovni podatki o psihiatrični ustanovi;
- predstavitev sedanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove ter doktrine obravnave duševnih motenj;
- opredelitev značilnosti institucionalne obravnave duševnih motenj in njenega vpliva na organizacijsko strukturo ter način vodenja psihiatrične ustanove;
- opredelitev značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave duševnih motenj ter njenega vpliva na organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove;
- primerjava institucionalne obravnave duševnih motenj s skupnostno psihiatrično obravnavo in
- predlogi za prilagoditev organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove v lastnih organizacijah v prihodnosti.

7.2 Predstavitev in interpretacija pridobljenih podatkov

V nadaljevanju so predstavljene temeljne ugotovitve, pridobljene s pomočjo vodenih intervjujev. Psihiatrične ustanove, ki so bile analizirane v raziskavi bodo zaradi zagotovitve anonimnosti poimenovane kot:

1. Psihiatrična ustanova A,
2. Psihiatrična ustanova B,

3. Psihiatrična ustanova C,
4. Psihiatrična ustanova D
5. Psihiatrična ustanova E.

7.2.1 Osnovni podatki o psihiatričnih ustanovah

Ustanovitelj vseh obravnavanih psihiatričnih ustanov je Vlada republike Slovenije, torej gre za javne zavode, katerih zdravstvena dejavnost se odvija na sekundarni ravni, psihiatrična ustanova C in Psihiatrična ustanova E pa izvajata zdravstvene dejavnosti tudi na terciarni ravni. Poleg tega obravnavane psihiatrične ustanove izvajajo še izobraževalno in raziskovalno dejavnost na področju zdravstva. Obravnavane psihiatrične ustanove so bile ustanovljene v različnih obdobjih, ravno tako so različno velike, tudi z vidika števila zaposlenih. Pri vseh je osnovna zdravstvena dejavnost psihiatrija oziroma obravnava posameznikov z duševnimi motnjami.

7.2.2 Predstavitev sedanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove

Intervjuvanci pravijo, da organiziranost psihiatrične ustanove opredeljuje njen Statut s pripadajočimi spremembami in dopolnitvami, Pravilnik o organizaciji in sistemizaciji delovnih mest psihiatrične ustanove, kjer so zapisane pristojnosti, pooblastila in odgovornosti. Intervjuvani predstavnik psihiatrične ustanove A k temu dodaja še odloke in interne akte psihiatrične ustanove ter predstavnik psihiatrične ustanove E-ja zakone in uredbe. Iz navedenega lahko izluščim, da je podlaga za organizacijo psihiatrične ustanove vrsta uradnih predpisov, ki jih narekuje zakon. Med njimi sta najbolj pomembna Statut psihiatrične ustanove in Pravilnik o organizaciji psihiatrične ustanove, kamor spada tudi sistemizacija delovnih mest.

Nadalje predstavnik psihiatrične ustanove A razlaga organizacijsko strukturo ustanove, ki naj bi bila organizirana v sektorje kot temeljne organizacijske enote, sektorji pa nadalje v notranje organizacijske enote. Nadalje predstavnik razlaga, da psihiatrična ustanova svoje strokovne funkcije in naloge izvaja znotraj zdravstvenega in poslovno-tehničnega sektorja. Zdravstveni sektor predstavlja bolnišnična in izven bolnišnična dejavnost. Bolnišnična dejavnost se izvaja

na več oddelkih. Poleg je še poslovno-tehnični sektor in služba skupnih opravil. Izhajajoč iz navedenega tudi po pogovoru s predstavnikom psihiatrične ustanove A, lahko zaključim, da gre v tem primeru za poslovno-funkcijsko organizacijsko strukturo.

Podobno zasnovo lahko vidim v psihiatrični ustanovi B. Njen predstavnik je v sklopu razprave o organizacijski strukturi ustanove razložil, da ima organizacija posamezne nivoje, ki jim je nadrejeni direktor s strokovnih svetom. Sledijo mu vodje posameznih enot, s katerimi vodstvo neposredno sodeluje. Organizacija je sestavljena iz ekonomskega in medicinskega dela. Predstavnik psihiatrične ustanove B definira organizacijsko strukturo ustanove:

»Gre za hierarhijo, ki je značilna za večino zdravstvenih organizacij. Gre za pretežno poslovno-funkcijsko organizacijsko strukturo, kjer je direktor stična vez med posameznimi sektorji. Potrebno pa je povedati, da se postopno teži k procesni organiziranosti, z namenom boljše povezanosti in hitrejšega pretoka informacij«.

Predstavnik psihiatrične ustanove C je v sklopu razprave o organizacijski strukturi ustanove razložil podobno kot predstavnik psihiatrične ustanove A, torej da je organizirana v sektorje kot temeljne organizacijske enote, ti pa v notranje organizacijske enote. Nadalje predstavnik razlaga, da ustanova izvaja svoje strokovne funkcije in naloge znotraj sektorjev zdravstvene dejavnosti. Organizacijska struktura je torej podobna organizacijski strukturi psihiatrične ustanove A, medtem predstavnik definira organizacijsko strukturo ustanove takole:

»Če se ozremo na trenutno organizacijsko shemo, je potrebno povedati, da gre za pretežno poslovno-funkcijsko organizacijsko strukturo, v katero na podlagi Poslovnika sistema vodenja kakovosti, veljavnega /.../, postopoma vključujemo elemente procesne organizacijske strukture, ki predstavlja sodobnejšo obliko organizacije«.

Predstavnik psihiatrične ustanove D je o organizacijski strukturi ustanove povedal naslednje:

»Psihiatrična ustanova je organizirana znotraj samostojnih medicinskih oddelkov. Predstojnik oddelka je hkrati strokovni vodja, ki neposredno odgovarja generalnemu direktorju psihiatrične ustanove. Če se ozremo na organizacijsko shemo psihiatrične ustanove, bi lahko rekli, da je oddelek za psihiatrijo del matične strukture organizacije, kjer gre za povezovanje v oddelke, in sicer glede na storitve in glede na dano funkcijo.«

Predstavniki psihiatrične ustanove E podobno razlaga kot predstavniki psihiatričnih ustanov A in C, torej o organizaciji, ki je organizirana v sektorjih kot organizacijskih enotah. Psihiatrična ustanova svoje strokovne funkcije in naloge izvaja znotraj splošnega, finančnega in medicinskega sektorja. V medicinski sektor spada bolnišnična in izven bolnišnična dejavnost, ki se naprej delita na oddelke in enote. Na vprašanje če gre v njihovem primeru za poslovno-funkcijsko strukturo, predstavnik psihiatrične ustanove E pove naslednje:

»da, vendar je potrebno je poudariti, da se intenzivno dela tudi na izboljšanju procesov dela, kakor tudi na njihovi poenostavitvi za doseganje večje kakovosti, učinkovitosti delovanja in varnosti pri obravnavi posameznika z duševno motnjo«.

Glede sedanjega načina vodenja z vidika strokovnega vodje psihiatrične ustanove, so intervjuvanci posameznih psihiatričnih ustanov povedali naslednje: predstavniki psihiatrične ustanove A in B razlagata, da se v praksi poslužujejo sodelovalnega načina vodenja s podrejenimi. Predstavnik psihiatrične ustanove B poudarja, da se v določenih zadevah uporablja tudi direktivni oziroma usmerjevalni način. Ta pride v poštev v zadevah, ki so v pristojnosti države, še zlasti pri uvajanju sprememb. Medtem predstavnik psihiatrične ustanove A načinu vodenja dodaja prizadevanje, da so naloge izvedene skladno z zastavljenimi smernicami. Predstavnik psihiatrične ustanove D pravi, da se pri vodenju poslužujejo timskega sodelovanja, kadar gre za strokovne zadeve. V primeru, ko gre za organizacijske ali formalne zadeve, pa direktivni način vodenja.

Predstavnik psihiatrične ustanove C pravi:

»Glede na trenutno organiziranost psihiatrične ustanove se poslužujemo avtorskega stila vodenja, v katerega vključujemo visoko kvalificirane sodelavce, ki imajo pregled nad delovanjem v neposrednih delovnih okoljih. Potrebna je določena filtracija odločitev po načelu kar je prav ter zavedanje, da je položaj direktorja samo služba, pri čemer se upošteva načelo enakosti in vzporedno izvajanje kadrovske motivacije za doseganje občutka varnosti, pripadnosti in odličnosti pri vseh zaposlenih«. Izhajajoč iz navedenega gre torej za kombinacijo avtorskega in demokratskega stila vodenja. Predstavnik psihiatrične ustanove E je povedal, da se trenutno poslužujejo demokratskega stila vodenja s tem, da pri pripravi določenih tematskih vsebin vključujejo kot pomoč strokovno medicinski svet ter vodilne sodelavce, ki delujejo neposredno v posameznih delovnih okoljih. Glede načina vodenja pri uvajanju sprememb je povedal naslednje:

»V vsakem primeru tu vključimo ekipo vodij posameznih služb, ker na ta način lažje uvajamo neko novo aktivnost.«» Zelo dobro sodelujem pri nekaterih sistemskih vsebinah (npr. kakovost) z glavno medicinsko sestro bolnišnice, ker ima ta dokaj samostojno vlogo in tako doprinese svoj del v delovanje organizacije«. Iz navedenega lahko razberem, da se v določenih primerih poslužujejo sodelovalnega načina vodenja.

Izhajajoč iz pogovora predstavnikov posameznih psihiatričnih ustanov lahko povzamem, da je za psihiatrične ustanove značilna poslovno-funkcijska organizacijska struktura, vendar pa večina ustanov teži k temu, da bi postopoma vanjo vključili elemente procesne organizacijske strukture, ki predstavlja sodobnejšo obliko organizacije.

Kot navaja Rozman (2000, 87), so osnovne značilnosti poslovno-funkcijske organizacijske strukture delitev hierarhične ravni na podlagi poslovno-funkcijskega zaokroževanja delovnega področja in centralizacija poslovnih odločitev s pomočjo linijskega tipa managementa. Glavni manager usklajuje poslovne funkcije znotraj organizacije in je tudi neposredno odgovoren za poslovanje organizacije. Omenjena struktura organiziranosti je primerna predvsem za stabilno okolje, kar pa dejansko ni značilnost psihiatrične ustanove. Zaradi tega se izrazito kažejo njene pomanjkljivosti. Predvsem naslednje, kot jih navaja Ivanko (2006, 32): »neprilagodljivost spremembam v okolju, nepovezanost posameznih poslovnih funkcij in počasno komuniciranje, sprejemanje in uresničevanje odločitev«. Psihiatrične ustanove obravnavane v raziskavi, težijo k postopnemu uvajanju sodobnejše in primernejše oblike organizacijske strukture. Vila (1999, 22) pravi, da se organizacija pri procesni organizacijski strukturi osredotoča skoraj izključno na procese, ki so pomembni pri doseganju njihovih ciljev. Cilji se vse skozi spreminjajo, s tem pa se spreminjajo tudi naloge v procesih in celotna organizacijska struktura. Osnovna značilnost te strukture je fleksibilnost in hitro odzivanje na spremenjene razmere, kar je ena izmed pglavitnih prednosti, ki je pomembna za psihiatrične ustanove. Če temu dodam še osredotočenost na timsko delo in sodelovanje, ki je stalnica v delovanju psihiatrične organizacije, ter večjo pristojnost, odgovornost in soodločanje zaposlenih v organizaciji, sem morebiti odkrila boljšo obliko organizacijske strukture v delu psihiatrične ustanove.

Tako kot ima vsaka organizacija svoje vodje, tako se vsak vodja poslužuje svojega načina oziroma stila vodenja. Povsem pričakovano je, da se bodo v ustanovah, ki sem jih obravnavala v raziskavi, posluževali sodelovalnega načina vodenja. Poudariti je potrebno, da je organizacija dela v psihiatričnih ustanovah takšna, da praktično že sama po sebi to zahteva. Organizacija ima svojega vodjo, ki načrtuje jasne usmeritve in jih tudi sporoča. S tem motivira še druge vodje (oddelkov, enot, služb), da spodbudno vplivajo na svoje ljudi. Vodijo z zgledom in si prizadevajo za nenehno izboljševanje dejavnosti. Vse skupaj deluje motivacijsko, kot rezultat pa prinaša učinkovitost pri delu. Sodelovalni način vodenja za seboj potegne demokratičen stil vodenja. Kot navaja Brajša (1995, 75) se to na področju medsebojnih odnosov kaže v odprtosti, zaupanju in samozavesti, na področju komunikacije v spontanosti, uspešnem sporočanju in zmožnosti pojasnjevanja, na področju doseganja ciljev v samo opredeljevanju, spoštovanju in uspešnem reševanju problemov, na področju organizacije pa v resničnih vsebinah, uspešni delitvi nalog in soodvisnosti. Običajno se v praksi delovanja psihiatrične organizacije le-ta najbolj obnese. Vodja je zaradi svoje narave dela lahko pogosto negotov glede ukrepanja in potrebuje zamisli od svojih sposobnih zaposlenih, tistih, ki dejansko delajo na področju dileme. Po drugi strani pa je demokratičen stil zelo koristen tudi takrat, ko ima vodja jasno vizijo. Iz svojih zaposlenih lahko namreč izvabi sveže zamisli o tem, kako določeno zavedo uresničiti v praksi. Medtem lahko rečem, da ima avtorski stil vodenja z organizacijskega vidika večjo formalnost, nadzor in hierarhijo. Tudi ta stil ima svoje prednosti vodenja, kot npr. večja uspešnost pri rutinskih delih, kar je verjetno razlog, da se ga psihiatrične ustanove poslužujejo v okviru sprejemanja odločitev, ki so v pristojnosti države. Ker pa ta stil kaže slabo stran pri motivaciji zaposlenih, je potrebno temu navzoč vzporedno izvajati določene aktivnosti, ki ohranjajo občutek varnosti, pripadnosti in odličnosti zaposlenih. Iz razbranih intervjujev predstavnikov psihiatričnih ustanov je namreč možno razbrati, da način vodenja v praksi niha iz na področjih, ki so trenutno aktualna. Dejstvo je, da je uspešen vodja vedno sposoben izbrati med različnimi načini in stili vodenja, v skladu s trenutno situacijo v kateri se nahaja.

7.2.3 Opredelitev značilnosti institucionalne obravnave duševnih motenj in njenega vpliva na organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove

V vseh psihiatričnih ustanovah obravnavanih v raziskavi, je prevladujoči način obravnave duševnih motenj institucionalna obravnava. Ravno tako so si bili intervjuvanci enotni pri opredelitvi njenih značilnosti. Navajali so, da gre za značilno centralizacijo služb, ter da obstajajo določena pravila in navodila, ki se jih je potrebno držati, da lahko dosega skupne cilje organizacije. Najbolj izčrpna je bila izjava predstavnika psihiatrične ustanove C:

»Zanjo je vodenje pod enotnim vodstvom (hierarhična struktura, discipliniranost in odgovarjanje nadrejenim za svoje delo). Funkcije so razdeljene v optimalno število področij, sektorjev in služb po dejavnostih. Značilna je visoka stopnja formalizacije, se pravi da obstajajo pravila, navodila, ipd., posamezni interesi so podrejeni skupnim interesom, pri čemer je pomembna kakovost storitev na najvišjem nivoju«.

V nadaljevanju so intervjuvanci posameznih psihiatričnih ustanov navajali prednosti in slabosti institucionalne obravnave. Predstavniki so si enotni, da je najbolj izrazita prednost institucionalne obravnave v njeni racionalnosti in profesionalizaciji. Predstavniki psihiatrične ustanove A temu dodaja, da racionalnost predstavlja ugoden vpliv na stroške, možnosti intenzivnega razvoja znanja, uporabi ustaljene tehnologije in na koncu seveda na enotno poslovanje. Medtem je predstavnik psihiatrične ustanove B povedal naslednje:

»Vse potrebne službe so več ali manj na enem mestu. Namreč v skupnosti ne moreš začeti psihiatrične obravnave z diagnostiko in uvajanjem terapije (doziranje, titriranje, ipd.), tudi z vidika kontrole, motiviranja je za to potrebna inštitucija«.

Predstavniki psihiatrične ustanove E k navedenemu dodaja še racionalnost z vidika hitrega preusmerjanja pacientov z enega na drug oddelek, kar pa je na nek način povezano z manjšimi stroški. Glede navajanja slabosti institucionalne obravnave pa so si bili predstavniki posameznih psihiatričnih ustanov ravno tako enotni. Po njihovem mnenju sta najbolj izraziti slabosti nefleksibilnost sistema in slabši pretok informacij, kar privede do zapoznelega reagiranja na potrebe okolja, vendar oboje v manjši meri. Nekoliko bolj podrobno je slabosti institucionalne obravnave razlagal predstavnik psihiatrične ustanove D, ki pravi:

»Za slabost bi lahko v manjši meri šteli nefleksibilnost, če se npr. skliče tim na Centru za socialno delo, mreža zunaj pa je deficitarna, lahko nastane problem. Zadeve tečejo, kot sem že rekel po hierarhiji, tudi v smislu prenosa informacij«.

Predstavnike psihiatričnih ustanov sem povprašala o vplivu institucionalne obravnave na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije. Predstavniki psihiatrične ustanove A je povedal, da je organizacija oblikovana tako, da je zagotovljeno hierarhično upravljanje od zgoraj navzdol vertikalno, vendar pa se teži k horizontalni povezavi z uvajanjem procesov, ki zagotavljajo boljše delovanje. Ravno tako predstavnik psihiatrične ustanove B poudarja, da je pri njih značilna poslovno-funkcijska struktura, ki zahteva mešanico prej poudarjenih načinov vodenja. Predstavnik psihiatrične ustanove C je o vplivu institucionalne obravnave na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije povedal naslednje: *»Gre za poslovno-funkcijsko strukturo z avtorskim vodenjem, ki vključuje poudarke na ciljih, delegiranju in usmerjanju, ter delnem mentoriranju kot načinu doseganja poslovne strategije«*. Podobno navaja tudi predstavnik psihiatrične ustanove D, ki pravi, da mora imeti organizacija v instituciji neko funkcionalno strukturo z jasnimi opredelitvami za nemoteno delovanje. Obenem poudarja, da morajo biti naloge in vse kar spada zraven, jasno opredeljene, ravno tako tudi instrumenti, ki se pri tem uporabljajo, vodenje pa mora biti osredotočeno na doseganje zelenega na čim bolj racionalen način.

Dodajam še izjavo predstavnika psihiatrične ustanove E, ki o vplivu vodenja pravi naslednje:

»Vodenje se izvaja glede na zahteve postavljenih strategij, standardov, z vključevanjem vodij posameznih enot«.

Izrazite značilnosti institucionalne obravnave so po izjavah intervjuvancev predvsem centralizacija služb, hierarhičnost vodenja ter visoka stopnja formalizacije. Obenem intervjuvanci navedene značilnosti povezujejo z organizacijsko strukturo in načinom vodenja psihiatrične ustanove. Pravijo namreč, da institucionalna obravnava vpliva na organizacijsko strukturo organizacije, zahteva pa tudi svoj način vodenja. Vodenje naj bi se po izjavah predstavnikov izvajalo glede na postavljene poslovne strategije in cilje, znotraj enote institucionalne obravnave. Podatki so pokazali tudi, da zaposlene delavce v institucionalni obravnavi vodijo klinične poti in druga navodila oziroma predpisi, po katerih se morajo ravnati. Z omenjeno formalizacijo so konkretizirane smernice dejansko obravnave, omogočena je tudi boljša sledljivost oskrbe pacientov z duševnimi motnjami, kar omogoča boljše planiranje, upravljanje in vodenje kliničnih/strokovnih in administrativnih elementov organizacije dela. Istočasno predstavlja izredno dobro orodje za nadzor in presojanje

kakovosti obravnave. Profesionalizacija je iz tega vidika izredno visoka, kar posledično prinaša tudi višjo kakovost storitev.

7.2.4 Opredelitev značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave duševnih motenj in njenega vpliva na organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove

Predstavniki psihiatričnih ustanov so opredelili značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave. Glede na osnovne značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave, so si enotni in le ta naj bi bila predvsem zagotavljanje kontinuitete obravnave ter decentraliziranost in mobilnost multidisciplinarnega tima. Medtem predstavnik psihiatrične ustanove B pravi, da sam tim deluje na demokratičen način s poudarkom na horizontalni povezavi. Podobno navaja tudi predstavnik psihiatrične ustanove C. Slednji namreč navaja, da je za tim značilno delovanje po sistemu demokratičnosti v odnosih in procesnem povezovanju. Nadalje razlaga, da gre za nekakšno podaljšano roko institucionalne obravnave in tvorjenje povezav z okoljem. Predstavnik psihiatrične ustanove D pa izpostavlja enakopravnost vseh članov tima v skupnostni psihiatrični obravnavi.

Pri navajanju razloga za implementacijo skupnostne psihiatrične obravnave v praksi, je predstavnik psihiatrične ustanove A povedal, da vidi prednost v možnostih obravnave izven inštitucije. Predstavnik psihiatrične ustanove B je bil pri opredelitvi razloga bolj natančen. Povedal je, da gre predvsem za praktičnost, saj vstopa v življenjsko okolje, kjer posameznik živi, s čimer se dosega najvišja stopnja kakovosti življenja posameznika z duševno motnjo z namenom preprečiti poslabšanja in dodatnih bremen tako posameznika kot države. Tudi predstavnik psihiatrične ustanove C meni podobno, pri čemer dodaja naslednje:

»Na ta način se redno spremlja stanje v domačem okolju in se lahko hitro odziva na trenutne potrebe. Pri tem imamo možnost ustrezno aktivirati tudi ostale službe v okviru skupnostne skrbi, za doseganje najvišje stopnje avtonomnosti in kakovosti življenja posameznika z namenom preprečevanja poslabšanj in s tem dodatnih zapletov, kakor tudi stroškov«.

Pomemben podatek je v tem oziru morebiti, da predstavnik psihiatrične ustanove D zaradi navedenega pri njih še vedno ni zaznal bistvenega doprinosa pri zmanjšanju sprejemov v bolnišnico. Predstavnik psihiatrične ustanove E pa navaja, da je bila implementacija skupnostne psihiatrične obravnave lepo sprejeta, podprta, hkrati pa so bila vzporedno

postavljena velika pričakovanja. Nadalje navaja, da je statistika, ki odraža prednosti nekoliko poenostavljena, vendar se izkazuje kot uspešna oblika pomoči, ki pripomore h krajšanju števila hospitalizacij.

Predstavniki psihiatričnih ustanov pri implementaciji skupnostne psihiatrične obravnave vidijo tudi ovire. Predstavnik psihiatrične ustanove A jo vidi predvsem v kadrovske podhranjenosti, ker gre za kader, ki dela tako na terenu, kakor tudi v bolnišnici. Podobno navaja predstavnik psihiatrične ustanove D, ki pravi naslednje:

»Ovira za implementacijo v praksi je predvsem podvajanje oziroma potrojevanje timov (bolnišnica, Centri za socialno delo in sedaj še primarni nivo zdravstvene dejavnosti). Zgodi se namreč, da po nekaj mesecih dela ugotovimo, da imamo skupnega pacienta. Mreža in prenos informacij sta slaba. Reševali bi jo lahko s sistemizacijo in vsi ki delajo, naj se določijo z imenom in primikom in so dlje na delovnih mestih«.

Predstavnik psihiatrične ustanove C navaja, da se ovire kažejo tudi s finančnega vidika. Te naj bi bile predvsem potrebe po večjem številu osebja in s tem povezana sredstva z vidika geografsko neenakomerne pokritosti s psihiatrično službo v Sloveniji. Predstavnik psihiatrične ustanove B se s tem strinja, saj vidi problem za implementacijo v dosedanjem načinu financiranja, ki je med drugim nerealen. Medtem pa predstavnik psihiatrične ustanove A navaja ravno nasprotno od izjave predstavnika psihiatrične ustanove C. Pravi namreč, da s stroškovnega vidika ne vidi problema za implementacijo.

Predstavniki psihiatričnih ustanov so v nadaljevanju podajali svoje mnenje glede vpliva skupnostne psihiatrične obravnave na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije. Predstavnik psihiatrične ustanove A je povedal, da je skupnostna psihiatrična obravnava del organizacije na mikro nivoju, kjer se deluje timsko. Medtem je poudaril, da pri njih kadrovska podhranjenost onemogoča delovaje v pravem smislu, zato se vodenje pojmuje bolj kot koordinacija in sodelovalni način dela. Podobnega mnenja je tudi predstavnik psihiatrične ustanove B, ki je povedal naslednje:

»Predvsem gre tukaj za enakopravno sodelovanje vseh članov tima, timsko delo in potem takem seveda s skupnim interesom. Vodenje je v smislu koordiniranja posameznih izvajalcev za skupno doseganje zelenega pri posamezniku z duševno motnjo, kjer je tudi sam aktiven«.

Medtem predstavnika psihiatrične ustanove D in E navajata, da v skupnostni psihiatrični obravnavi prevladuje predvsem timsko sodelovanje in delovanje.

Glede na navedeno lahko povzamem, da predstavniki psihiatričnih ustanov ovire v implementaciji skupnostne psihiatrične vidijo na dveh področjih, in sicer v kadrovske in finančni podhranjenosti. Medtem vidijo prednosti v kontinuiteti obravnave, decentraliziranosti in mobilnosti tima. Pri slabostih je potrebno izpostaviti dejstvo, da psihiatrične ustanove pogosto nimajo dovolj sredstev oziroma kadra, ki bi lahko pripomogel k uspešni in kakovostni obravnavi pacientov z duševnimi motnjami v skupnosti. Pomembna je tudi organizacija posameznih sektorjev oziroma služb, ki se nemalokrat podvajajo, kar pomeni, da določeno delovno aktivnost izvaja več služb hkrati, obenem pa tako trpijo druge aktivnosti, ki bi morale biti vzporedno opravljene. Potrebna je posodobitev in prilagoditev obstoječe organizacije in sistemizacije dela ter podkrepiti sistem komuniciranja z zunanjimi izvajalci (Center za socialno delo). Brez dorečenih sprememb dejansko ni možno implementirati novega načina psihiatrične obravnave v prakso, tako, da bi prinašal koristi za organizacijo in njene uporabnike.

Ugotovila sem tudi mnenje intervjuvancev, da skupnostna psihiatrična obravnava vpliva na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije. Vendar za zdaj v manjši meri. Poudarjeno je timsko sodelovanje, vodenje pa se pojmuje bolj kot koordinacija in sodelovalni način dela.

7.2.5 Primerjava institucionalne obravnave duševnih motenj s skupnostno psihiatrično obravnavo

Predstavniki psihiatričnih ustanov so primerjali institucionalno obravnavo s skupnostno psihiatrično obravnavo. Ob tem so sprva navajali izrazitejšo značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave, ki so po mnenju vseh intervjuvanih predstavnikov psihiatričnih ustanov, če povzamem, predvsem decentraliziranost, kontinuiteta obravnave in fleksibilnost sistema. Poudarek je na timskem sodelovanju in določanju, pri čemer je poudarjena demokratičnost odnosov. Medtem je intervjuvani predstavnik psihiatrične ustanove A navedel še (negativno) značilnost, ki se po njegovem mnenju kaže predvsem v nezmožnosti opravljanja diagnostike na terenu, razdalji med psihiatrično ustanovo in pacientom ter podvajanje timov. Pravi, da pogosto prihaja do tega, da istega pacienta obravnava tako tim iz

psihiatrične bolnišnice, kakor tim iz Centra za socialno delo. Intervjuvani predstavnik psihiatrične ustanove E meni, da je občasna slabost skupnostne psihiatrične obravnave čas, potreben za usklajevanje pri odločitvah ter morebitna nesoglasja, ki se ob tem pojavljajo.

Intervjuvani predstavniki psihiatričnih ustanov menijo, da med navedenima načinoma psihiatrične ustanove obstaja povezava, ker se le-ti med seboj povezujeta oziroma dopolnjujeta. Ob tem je pomembno poudariti, da ena druge ne moreta zamenjati. Predstavnik psihiatrične ustanove C k temu dodaja naslednjo obrazložitev:

»Praksa nam je namreč pokazala, da del posameznikov z duševno motnjo potrebuje obravnavo tudi po odpustu iz bolnišnice (institucionalna obravnavo), se pravi jasen rehabilitacijski program, ki se nadaljuje v domačem okolju z ustrezno strokovno podporo (skupnostna psihiatrična obravnavo)«.

Iz navedenega lahko zaključim, da med institucionalno in skupnostno psihiatrično obravnavo obstaja sinergična povezava. Kot navaja Marušič, (2002) namreč med skupnostno in institucionalno psihiatrijo ni ne meja ne pregrad. Institucionalna psihiatrija je le del skupnostne psihiatrije, del, ki skrbi za trenutna poslabšanja bolezni. Na drugi strani skupnostna psihiatrija brez institucionalne ne zagotavlja varnosti. Institucionalna psihiatrija brez skupnostne je le deloma razvita psihiatrija (dispanzerska dejavnost, dnevni oddelki, ipd.), sodobna psihiatrija pa potrebuje hkrati oboje, če želi nuditi ustrezno pomoč in podporo posameznikom, ki jo potrebujejo.

Skupnostna psihiatrična obravnavo upošteva načelo modernega in učinkovitega zdravstvenega varstva na področju duševnega zdravja (Marušič, 2002, 47), ki pravi, da moramo vsi delovati enotno z vidika lokalnosti (dom je vsem bližje kot bolnišnica) in globalnosti. Prednosti so tu v koordiniranosti in fleksibilnosti sistema, ker se prilagaja potrebam posameznikov z duševno motnjo. Kot navaja Švab (2012) se v našem prostoru ta hip dogaja to, da nekatere zdravstvene delovne izkušnje vzpostavijo nepretrgano spremljanje pacienta, potem pa vodenje prevzamejo Centri za socialno delo, ki imajo za to zakonska pooblastila. Ker se ti prehodi dogajajo večinoma brez zadostnega dogovarjanja, se pacienti lahko znajdejo v zelo težkem položaju, ker jih prestavljajo iz ene službe v drugo, kar predstavlja eno od slabosti obravnavanega načina psihiatrične obravnave. V sedanji organizacijski zmedi je daleč najpomembnejše, da se ohrani komunikacija med zdravstvenimi in socialnimi službami. Kot ena izmed prednosti, ki so jih navajali intervjuvani predstavniki psihiatričnih ustanov, je tudi povezovanje oziroma

sodelovalni način dela med vsemi sodelujočimi. Skupnostna psihiatrična obravnava zahteva način dela, za katerega je značilno povezovanje služb in storitev na lokalni ravni (Kdo ob pomagal ljudem v stiski? 2012). Raziskave kažejo (Bulić Vidnjevič 2011 , 3–4), da obravnava s strani takšnega tima vpliva na izboljšanje sodelovanja v zdravljenju, kakovost življenja pacientov in zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami. Ne vpliva pa na simptomatiko, socialno vključenost, niti na ponovno hospitalizacijo.

7.2.6 Predlogi za prilagoditev organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove v lastnih organizacijah v prihodnosti

Intervjuvane predstavnike psihiatričnih ustanov sem v okviru predvidevanj v prihodnje povprašala o tem, ali menijo, da institucionalna obravnava in skupnostna psihiatrična obravnava duševnih motenj zahtevata vsaka svojo (lastno) organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove. Trije predstavniki psihiatričnih ustanov menijo, da slednji načeloma do neke mere potrebujejo svojo lastno organizacijsko strukturo in način vodenja. Predstavniki psihiatrične ustanove B se sicer strinja, da je navedeno potrebno, vendar pa k temu dodaja, da je potrebno uskladiti time v okviru psihiatrične ustanove in Centra za socialno delo, tako s kadrovskega, kakor tudi iz profesionalnega in finančnega vidika. Pomembna je enotna doktrina, poznavanje problema ter profesionalizacija. Predstavniki psihiatrične ustanove C se strinja glede potrebe po lastni organizacijski strukturi in načinu vodenja in dodaja, da so določeni postopki sicer drugačni, vendar je ključna maksimalna seznanjenost s problemom. Predstavniki psihiatrične ustanove E izjavlja, da je omenjeno odvisno tudi od velikosti same organizacije, ki vključuje tovrstne oblike obravnave. Medtem se predstavniki psihiatrične ustanove A in D z navedbo ne strinjata. Menita namreč, da tovrstni obliki psihiatrične obravnave ne potrebujejo svoje lastne organizacijske strukture in načina vodenja.

Predstavniki psihiatrične ustanove A je k temu dodal: »Določene razlike v postopkih so, vendar je ključno skupno poznavanje problemov in doseganje ciljev«. Predstavniki psihiatrične ustanove D pa pravi, da pri omenjenih načinih psihiatrične obravnave ni razlik niti v organizacijski obliki in tudi ne v načinu vodenja.

Predstavniki psihiatričnih ustanov so opredelili svoja prizadevanja glede organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove, ozirajoč se tudi na trenutno ekonomsko in zdravstveno stanje, uspešnost poslovanja ter obstoječe smernice in zakonske podlage. Pri tem so morali upoštevati tudi premik oziroma spremenjeno razmerje med institucionalno obravnavo in skupnostno psihiatrično obravnavo. Predstavniki psihiatrične ustanove A je povedal naslednje:

»Menim, da bi bilo idealno, če bi obstajal poslovni in strokovni management. Moti me naziv pomočnik. Poslovni in strokovni vodja bi morala biti na istem nivoju«.

Obenem predstavnik pravi, da sta institucionalna obravnava in skupnostna psihiatrična obravnava potrebni, ter da jih vidi kot takšni tudi v prihodnje. Predstavnik psihiatrične ustanove B meni, da se struktura populacije spreminja, saj danes obstaja več stresnih motenj in depresivnosti, kot jih je v preteklosti. Zato naj bi bilo po njegovem mnenju potrebno temu prilagoditi delo, ki ne bo zahtevalo nekih bistvenih sprememb glede organizacije in vodenja kadra. S tem se strinja tudi predstavnik psihiatrične ustanove D, ki pravi, da bo institucija v prihodnje ostala takšna, kakršna je danes. Dejstvo je, da za nekatere zapletene primere, akutna stanja, diagnostike, ipd. ni možno izvajati obravnave na terenu. Predstavnik psihiatrične ustanove C navaja, da so trenutno v fazi prepričevanja ljudi za spremembe in novosti, kjer pa je izredno pomembna kreativnost, dobro poznavanje področja in v sklopu tega tudi ustrezno nagrajevanje zaposlenih. Glede same organizacije in načina vodenja ni izpostavil nobenih konkretnih sprememb ali prizadevanj za prihodnje. Medtem je predstavnik psihiatrične ustanove E o svojih prizadevanjih glede prihodnosti povedal naslednje:

»Menim, da bosta v prihodnosti še vedno obstajali obe obliki obravnave, glede na trend naraščanja duševnih motenj in staranja prebivalstva. Nekoliko bolj intenzivno morda se bo povečal obseg skupnostne psihiatrične obravnave in razvoj le-te, zlasti tudi na primarnih nivojih. Organizacijska struktura bo verjetno šla v smeri nekoliko večjega povezovanja, način vodenja pa brez bistvenih odstopanj«.

Nadaljujem s predlogi za izboljšanje delovanja v praksi na področju duševnega zdravja, upoštevajoč tudi vidik uspešnega in učinkovitega delovanja v javnem sektorju. Predstavnik psihiatrične ustanove A pravi, da je izrednega pomena samo delovanje zdravstvenega sistema za izboljšanje kadrovske zasedbe. Podobnega mnenja je tudi predstavnik psihiatrične ustanove D, ki pravi, da ima tukaj ključno vlogo sistemizacija in z njo jasne opredelitve posameznih

delovnih mest. Pomembno vlogo za samo organizacijo nosi tudi izobraževanje in raziskovalno delo z namenom kakovostnega delovanja in sledenja novostim. Predstavniki psihiatrične ustanove B predlaga, da se v tem kontekstu posluša predvsem stroko in ne tendence posameznikov. Medtem predstavnik psihiatrične ustanove A dodaja, da je prihodnost psihiatrične ustanove odvisna tudi od finančnih sredstev. Razloge za to vidi v tem, da država do psihiatrične dejavnosti ni posebej radodarna, ker gre za storitve, ki so manj cenjene od ostalih zdravstvenih dejavnosti. Psihiatrične ustanove si morajo zato pomagati z različnimi donacijami.

Predstavniki psihiatričnih ustanov so ob tem izpostavljali svoje predloge in izboljšave pri uvajanju sprememb v smislu delovanja organizacije na področju duševnega zdravja. Pri tem je predstavnik psihiatrične ustanove A povedal, da se akreditacija izvaja zelo hitro, pri čemer je potrebno držati nivo kakovosti ter morebitne pripombe čim hitreje dodelati. Predstavnik psihiatrične ustanove B poudarja, da bi morale vse odločitve, ki se navezujejo na organizacijske spremembe, upoštevati stroko. Slovenska psihiatrična stroka je namreč zelo dobra in sledi svetovnim trendom nove psihiatrije. Kapacitete stroke zato postavljajo dobre temelje za delovanje psihiatričnih ustanov v prihodnosti. K temu je potrebno dodati izjavo predstavnika psihiatrične ustanove E, ki pravi da je pri uvajanju sprememb pomembna predvsem podpora razvoja skupnostne psihiatrične obravnave, dopolnjevanje, izpopolnjevanje, medsebojno usklajevanje psihiatričnih služb, uvajanje dobre prakse ter sprejemanje prilagodljivih zakonskih podlag.

Glede organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove, v primeru, da bi nad primarno institucionalno obravnavo prevladal koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti (skupnostna psihiatrična obravnava) v prihodnje, se predstavniki psihiatričnih ustanov v celoti strinjajo, da do prevlade skupnostne psihiatrične obravnave nad institucionalno obravnavo, ne more priti. V ta namen predstavnik psihiatrične ustanove A podaja primer iz Italije, kjer opaža, da se je okrepila zavest ljudi, da pridejo prej po pomoč, posledica česar je zmanjšanje bolnišnične obravnave. Njegovo mnenje je, da je dobra kombinacija obeh načinov psihiatrične obravnave, kjer bi moral biti v prihodnosti, kot član tima tudi zdravnik. Podobno navaja predstavnik psihiatrične bolnišnice B. Skupnostna psihiatrična obravnava bi morala po njegovem mnenju predstavljati nadstandard, kot dodatna aktivnost stroke, ne more pa nadomestiti institucionalne obravnave. Pri tem izpostavlja strah

pred institucijo, ki je nastal na fakulteti za socialno delo, ter ga podkrepi z naslednjim izjavami:

»Sanja se jim ne, kaj je psihiatrija. Potem bi morali tudi hotele zapreti, ker so tudi institucija. Predstave o stroki so laični populaciji pogosto napačno predstavljene in posledično slepo sledijo tistim, ki se glasno oglašajo zaradi nekih lastnih interesov ali deficitom znanja o samem področju«.

Predstavniki psihiatrične ustanove D navaja, da dolgoročno do prevlade skupnostne psihiatrične obravnave nad institucionalno obravnavo ne more priti, ker komorbidni pacienti, s težko boleznijo, pogosto končajo na forenziki po enem letu ko so izključeni iz psihiatrične obravnave. Vzrok za vidi tudi v tem, da zanje ta način obravnave ne zadostuje zaradi narave bolezni. Diskusija o tem torej ni relativna za naše razmere, je pa primerna na primer pri Škotih, ker so pri prevladi skupnostne psihiatrične obravnave zaznali povečanje forenzičnih pacientov.

Iz predhodnega je možno razbrati, da oba načina psihiatrične obravnave dejansko potrebujeata svojo lastno organizacijsko strukturo in način vodenja. Ker trenutno med njima prihaja le do manjših razlik (skupnostna obravnava se namreč do sedaj še ni implementirala v celoti), te ne zahtevajo spremembe organizacijske strukture in načina vodenja, pač pa manjše prilagoditve, ki zadevajo sam način psihiatrične obravnave. Prizadevanja intervjuvanih predstavnikov psihiatričnih ustanov kažejo na to, da obstaja možnost in tudi verjetnost, da bo v prihodnosti skupnostna psihiatrična obravnava bolj izrazita in aktivna. Možno je, da bo delovala povsem samostojno vendar v tem trenutku ostaja del klasične psihiatrične ustanove.

Po mnenju intervjuvanih predstavnikov psihiatričnih ustanov sem ugotovila, da v sklopu uvajanja sprememb v prihodnje sodi vpeljava sistema skupnostne psihiatrične obravnave, pri čemer so ključne smernice s strani stroke in izkušenj iz prakse. V neposredni praksi pri uvajanju sprememb v slovenskih bolnišnicah se je izkazalo, da je največ izboljšav mogoče narediti preko vodenja posameznika, tima in organizacije. Rezultati opravljene raziskave Skela Savić (v Kaučič in drugi 2008, 48) namreč kažejo, da v zdravstvenih organizacijah prevladuje hierarhično usmerjena organizacijska kultura. Ravno hierarhija pa zavira timsko delo in spodbuja individualizem in kontrolno vodenje. Pri zaposlenih v medicini in zdravstveni negi je bil najpomembnejši pojasnjevalni dejavnik uspešnega izvajanja sprememb timsko delo.

Do izraza prihaja tudi enotno mnenje anketiranih predstavnikov psihiatričnih ustanov, da skupnostna psihiatrična obravnava nikakor ne more prevladati nad standardno institucionalno obravnavo. Slednje je tudi vzrok, da predstavniki psihiatričnih ustanov niso komentirali, kakšna bi bila v tem primeru organizacijska struktura in način vodenja v psihiatrični ustanovi. Predvidevanja so, da bodo psihiatrične ustanove v prihodnosti izvajale oba načina psihiatrične obravnave, nekoliko bolj se bo morda uveljavila skupnostna psihiatrična obravnava, ki je za enkrat še v procesu vpeljave. Vsekakor bosta oba načina terjala neko novo, posodobljeno različico organizacijske strukture in posledično temu tudi primernejši način vodenja organizacije. Grabnar (v Kaučič in drugi 2008, 38) poudarja, da je v psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji nujno potrebno postaviti enotno vodstveno strukturo in določiti jasne pristojnosti in odgovornosti. Direktor zavoda, ki praviloma vodi največji delež zaposlenih, mora dobiti ključne pristojnosti na področju kadrovske politike, ocenjevanja delovne uspešnosti, vodenja strokovnega izobraževanja, vodenja sistema kakovosti in na področju obvladovanja stroškov. Oblikovalci sprememb se morajo postavljati v vlogo posameznikov z duševno motnjo in uvideti kaj je moteče in kje je organizacija neučinkovita. Ključne vloge za izboljšanje procesov in za kakovostno zdravstveno oskrbo posameznikov z duševnimi motnjami imajo vodje na operativni ravni. Zato bo potrebno prav vodjem na tej ravni nameniti veliko pozornosti v smislu dodatnega izobraževanja za pridobivanje novih jasno opredeljenih kompetenc (organizacija in vodenje tima).

7.3 Sklepne ugotovitve

V empiričnem delu magistrske naloge sem najprej na deskriptivni ravni predstavila psihiatrično ustanovo Alfa in njeno Enoto za rehabilitacijo. Podatki študije primera so bili osnova za predstavitev psihiatričnih ustanov in prevladujočega institucionalnega načina obravnave posameznikov z duševno motnjo, značilne organizacijske strukture in načina vodenja organizacije.

Vodilo delovanja psihiatrične ustanove Alfa in njene Enote za rehabilitacijo je v skladu s poslanstvom in vizijo ustanove kakovostna zdravstvena oskrba, doseganje avtonomnosti in zadovoljstva posameznikov z duševno motnjo, kakor tudi uspešna integracija v domače okolje po bolnišnični obravnavi. Kot posledica novejših načinov zdravljenja, večjega družbenega zavedanja in uspešnejšega zdravljenja se je na Enoti za rehabilitacijo poleg celodnevni

oddelkov in dnevnega oddelka, oblikovala skupnostna psihiatrična obravnava. Tako se je ob prevladujoči poslovno-funkcijski organizacijski strukturi in pretežno ukazovalnemu načinu vodenja, na mikro nivoju Enote za rehabilitacijo oblikovala struktura z značilnostmi timske organizacijske strukture s pretežno sodelovalnim načinom vodenja, ki prestopa meje ustaljenega in daje poudarek na preprečevanju in obvladovanju že obstoječih težjih oblik duševnih motenj.

Na osnovni študije primera sem z metodo polstrukturiranih intervjujev poskušala pridobiti podatke o tem, kako strokovne vodje slovenskih psihiatričnih ustanov vidijo povezavo med spremembami v načinu obravnave pacientov z duševnimi motnjami in spremembami v organizacijski strukturi ter načinu vodenja svojih organizacij. Cilj je bil tudi odgovoriti na raziskovalno vprašanje, kakšna bi morala biti organizacijska struktura in način vodenja psihiatrične ustanove, če bi nad primarno institucionalno obravnavo prevladal koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti. Ob tem sem poskušala potrditi tezo, da institucionalna in skupnostna obravnava duševnih motenj, vsaka zase zahtevata lastno organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove. Skozi študijo primera rehabilitacijske enote v psihiatrični ustanovi Alfa, sem ugotovila, da organizacija na mikro nivoju izvaja skupnostno psihiatrično obravnavo, ki predstavlja odprt organizacijski sistem. Zaradi navedenega sklepam, da je za obravnavani segment primerna timska organizacijska struktura, ki se trenutno v praksi implementira s ciljem doseganja lastne stabilnosti in prožnosti v interakciji z okoljem. Timska organizacijska struktura s svojimi značilnostmi delovanja, torej z enakopravnostjo v odnosih in odločitvah, decentralizacijo in avtonomnostjo delujočega tima, usmerjenostjo k horizontalnemu povezovanju, individualizacijo v obravnavi ter prilagajanjem prehaja čez institucionalne okvirje in označuje vse, kar je potrebno za uspešno delovanje v spreminjajočem se okolju.

V drugem delu raziskave, sem izvedla intervjuje s strokovnimi vodji petih psihiatričnih ustanov. Strokovni vodja ene od psihiatričnih ustanov je odklonil sodelovanje. Z intervjuji pridobljene podatke sem razdelila v naslednjih šest sklopov:

- osnovni podatki o psihiatrični ustanovi; v tem delu sem z intervjuji želeli pridobiti osnovne podatke o psihiatričnih ustanovah, s poudarkom na tem, da ne podajamo rezultatov, ki bi lahko razkrili identiteto posameznih psihiatričnih ustanov;

- predstavitev sedanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove ter doktrine obravnave duševnih motenj. Ta sklop zajema rezultate, pridobljene z intervjuji, ki predstavljajo sedanjo organizacijsko strukturo, načina vodenja psihiatrične ustanove in trenutno doktrino obravnave duševnih motenj;
- opredelitev značilnosti institucionalne obravnave duševnih motenj in njenega vpliva na organizacijsko strukturo ter način vodenja psihiatrične ustanove; ta sklop zajema rezultate, pridobljene z intervjuji, ki opredeljujejo značilnosti institucionalne obravnave ter njen vpliv na organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove;
- opredelitev značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave duševnih motenj in njenega vpliva na organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove; ta sklop zajema rezultate, pridobljene z intervjuji, ki opredeljujejo značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave ter njen vpliv na organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove;
- primerjava institucionalne obravnave duševnih motenj s skupnostno psihiatrično obravnavo; ta sklop zajema rezultate, pridobljene z intervjuji, ki opredeljujejo značilnosti obeh načinov psihiatrične obravnave in ju medsebojno primerjajo;
- predlogi za prilagoditev organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove v lastnih organizacijah v prihodnosti; ta sklop zajema rezultate, pridobljene z intervjuji, ki opredeljujejo zahteve, izhodišča in predloge glede organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove z vidika institucionalne obravnave in skupnostne psihiatrične obravnave v prihodnje.

Prvi sklop podatkov, pridobljenih z intervjuji zajema osebne podatke psihiatričnih ustanov. Pridobljeni podatki raziskave so pokazali, da gre za javne ustanove, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na sekundarni oziroma terciarni ravni, izvajajo pa tudi izobraževano in raziskovalno dejavnost na področju zdravstva. Osnovna dejavnost obravnavanih ustanov je psihiatrična obravnava posameznikov z duševno motnjo.

Drugi sklop podatkov, pridobljenih z intervjuji, zajema sedanjo organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove. Pridobljeni podatki raziskave so pokazali, da organiziranost psihiatričnih ustanov opredeljuje njen Statut s pripadajočimi spremembami in dopolnitvami, Pravilnik o organizaciji in sistemizaciji delovnih mest psihiatrične ustanove,

kjer so zapisane pristojnosti, pooblastila in odgovornosti po posameznih obstoječih delovnih mestih v psihiatrični ustanovi. Podlaga za organizacijo psihiatrične ustanove so vrste zakonskih predpisov, ki vsak zase delno narekuje obliko organizacijske strukture organizacije, delno pa na samo strukturo organizacije vplivajo trenutne razmere, potrebe organizacije in spremembe, ki se ta hip odvijajo.

Za psihiatrične ustanove je na makronivoju značilna poslovno-funkcijska organizacijska struktura, vendar pa se nakazuje, da bi se ta v bližnji prihodnosti postopno preoblikovala oziroma prevzela določene elemente procesne organizacijske strukture, ki je zaradi trenutnih potreb psihiatričnih ustanov primernejša, predvsem zaradi zmožnosti hitrega odzivanja na spremenjene razmere. Procesna organizacijska struktura psihiatričnim ustanovam zagotavlja osnovne potrebe, ki izvirajo iz posodobitve obravnave duševnih motenj v prihodnosti ter s tem učinkovitejših načinov organiziranja in vodenja organizacije, torej osredotočenost na timsko delo, večjo pristojnost, odgovornost in soodločanje v organizaciji. Na mikronivoju pa je poudarek na timskem sodelovanju, praktičnosti, prilagodljivosti kar se nagiba k timski organizacijski strukturi.

Vodje psihiatričnih ustanov se poslužujejo predvsem sodelovalnega načina vodenja, ki je osredotočen na timsko delo in izvira iz demokratičnega stila vodenja. Vodje se običajno poslužujejo načina vodenja, ki je zanje najbolj učinkovit oziroma v določeni situaciji prinaša najboljše rezultate v sklopu organizacije dela. V psihiatričnih organizacijah je trenutno reprezentativen sodelovalni način vodenja. V nekaterih primerih se vodje še vedno poslužujejo avtorskega stila vodenja, predvsem pri sprejemanju odločitev, ki so delegirane s strani države. Poudariti je potrebno, da lahko uspešen vodja vedno izbira med različnimi načini oziroma stili vodenja ter jih prilagaja trenutnim potrebam, vendar mora pri tem presoditi, ali bo njegova izbira dejansko prinesla najboljše rezultate.

Naslednji trije sklopi podatkov, pridobljenih z intervjuji, zajemajo opredelitev značilnosti institucionalne obravnave in skupnostne psihiatrične obravnave ter medsebojno primerjavo obeh načinov psihiatrične obravnave. V teh sklopih so intervjuvanci podali specifične prednosti in slabosti obeh načinov psihiatrične obravnave. V vseh obravnavanih psihiatričnih ustanovah je prevladujoči način obravnave duševnih motenj institucionalna obravnava. Značilnosti institucionalne obravnave so predvsem v centralizaciji služb, torej centralno

vodenje in odločanje pod enotnim vodstvom. Iz slednjega izhaja hierarhična struktura, discipliniranost in odgovarjanje nadrejenim za svoje delo. Funkcije so v organizaciji razdeljene v optimalno število področij, sektorjev in služb po dejavnostih. Značilna pa je tudi formalizacija, kar pomeni, da zaposlene delavce v institucionalni obravnavi vodijo t.i. klinične poti in druga navodila oziroma predpisi, po katerih se morajo ravnati. Formalizacija prinaša veliko prednosti v sklopu kakovostne in uspešne obravnave duševnih motenj v psihiatričnih ustanovah, saj omogoča boljše planiranje, upravljanje in vodenje organizacije dela, obenem pa označuje dobro orodje za nadzor in presojanje kakovosti dela. Izrazita prednost institucionalne obravnave je v njeni racionalnosti in profesionalizaciji, slabosti pa se kažejo predvsem v nefleksibilnosti sistema in slabšemu pretoku informacij, kar privede do zapoznelega reagiranja na potrebe iz okolja. Medtem pa so značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave predvsem v zagotavljanju kontinuitete obravnave, decentralizaciji (v odnosih in povezovanju) in kreativnosti multidisciplinarnih timov. Gre za nekakšno podaljšano roko institucionalne obravnave in tvorjenje povezav z okoljem. Prednost tovrstnega načina psihiatrične obravnave je predvsem v koordiniranosti in fleksibilnosti sistema, kar je v sedanjih razmerah daleč najpomembnejše, da se lahko ohrani komunikacija in ohrani kakovostna organizacija in izvedba dela med zdravstvenimi in socialnimi službami. Skupnostna psihiatrična obravnava namreč zahteva način dela, za katerega je značilno povezovanje služb in storitev na lokalni ravni, in ne samo znotraj psihiatrične ustanove. Iz navedenega lahko razberem, da so prednosti institucionalne obravnave tam, kjer so pomanjkljivosti skupnostne psihiatrične obravnave, in obratno, ter da med njima obstaja sinergična povezava v obliki dopolnjevanja institucionalne obravnave s skupnostno psihiatrično obravnavo.

Zadnji šesti sklop podatkov, pridobljenih z intervjuji, zajema predloge za prilagoditev organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove načinu psihiatrične obravnave duševnih motenj. V tem kontekstu intervjuvanci menijo, da institucionalna obravnava vpliva na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije. Organizacija naj bi bila namreč oblikovana tako, da je zagotovljeno hierarhično upravljanje od zgoraj navzdol vertikalno, vendar pa se po izjavah strokovnih vodij psihiatričnih ustanov v bodoče teži k uvajanju procesov, ki zagotavljajo boljše povezovanje med posameznimi sektorji v organizaciji. Značilna je poslovno-funkcijska struktura, ki zahteva mešanico načinov vodenja, z izstopajočim avtorskim stilom vodenja, ki poudarja cilje, delegiranje in usmerjanje pri

doseganju poslovne strategije organizacije. Med tem skupnostna psihiatrična obravnava terjaja svoje zahteve s poudarkom na timske sodelovanju. V tem kontekstu je za nadaljnji razvoj prakse pomembno dejstvo, da trenutno kadrovska podhranjenost in omejena finančna sredstva onemogočajo, da bi zadeva zaživela v takšnem obsegu kot v nekaterih drugih državah Evropske unije. Trenutno se v tem primeru vodenje in organiziranje pojmuje kot koordiniranje in sodelovanje znotraj skupnostne psihiatrične obravnave, med ostalimi službami, ki so v to vključene. Glede na povedano, lahko povzamem, da skupnostna psihiatrična obravnava vpliva na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije, vendar v izrazito manjšem obsegu.

Slednje lahko potrdim tudi z izjavami intervjuvanih predstavnikov psihiatričnih ustanov, ki v večini tudi menijo, da omenjena načina psihiatrične obravnave terjata vsaka svojo organizacijsko strukturo in vodenje ustanov. Sama organizacija in način vodenja se lahko v določenem obsegu prilagajata in dopolnjujeta, v sklopu tega pa je izredno pomembna enotna doktrina, poznavanje problema in profesionalizacija.

Trenutne razmere in strategije razvoja zdravstvenega varstva v prihodnje že narekujejo prilagajanje vsakdanje prakse. Vpeljava skupnostne psihiatrične obravnave je vsekakor potrebna in dobrodošla vendar kljub številnim prednostim, po mnenju intervjuvanih predstavnikov psihiatričnih ustanov, ne more prevladati nad institucionalno obravnavo. To pomeni, da se organizacijska struktura in način vodenja, ki se odvijata v sklopu institucionalne obravnave, ne bosta bistveno spremenila. Odraž v organizacijski strukturi in načinu vodenja skupnostne obravnave pa bo verjetno nastopil takrat, ko bo dejansko zaživela v polni meri in imela možnost delovati kot samostojna zdravstvena dejavnost.

Na podlagi predstavljenih podatkov sem prišli do zaključka, da nad primarno institucionalno obravnavo nikakor ne more prevladati koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti. Lahko pa potrdim tezo, da omenjena načina psihiatrične obravnave terjata vsaka svojo lastno organizacijsko strukturo in način vodenja, če v tem kontekstu zajamem, da se bo skupnostna psihiatrična obravnava v bodoče razširila in okrepila. V tem trenutku med načinoma psihiatrične obravnave ni tako izrazitih razlik, da bi jima bilo potrebno prilagajati organizacijsko strukturo in način vodenja. Za oba načina se namreč uporablja neke vrste hibridna procesna struktura organiziranosti psihiatrične dejavnosti z mešanico načinov

vodenja. Najbolj priročno bi mogoče bilo, da bi v prihodnje načina psihiatrične obravnave ločili na samostojni funkciji in jim priredili način organiziranosti in vodenja, tudi z vidika transparentnega dodeljevanja sredstev in objektivne ocene stroškovne učinkovitosti pri izvajanju storitev.

8 ZAKLJUČEK

Že od prvih razvojnih zasnov pa vse do danes, so spremembe postale pravilo, čemur se ni mogel izogniti sleherni individuum. V delu spreminjajočega sistema je svojo vlogo pridobil človek in njegovo iskanje harmoničnega ravnotežja. Zdravje in z njim povezano duševno zdravje sta kot paraleli pogojevali delovanje in utirali pot v boju za obstanek in nadaljnji razvoj posameznika. Vzporedno so se razvijale številne znanstvene discipline, med katerimi je psihiatrija zavzemala poseben položaj. Njeno pojmovanje in smernice delovanja so se v posameznih obdobjih oblikovale na podlagi razumskega razčlenjevanja, trenutnega časa in kulture, v kateri se nahajala.

Duševno zdravje se skozi sito raziskovanj, danes opredeljuje kot stanje dobrega počutja in uspešnega spopadanja z vsakdanom, kar je eden od strateških ciljev zdravstvene politike EU, med katere sodi tudi Slovenija. Kljub angažiranosti in razvoju znanosti, se skozi prizmo zahtev danes vseeno soočamo z rušenjem dinamične kategorije duševnega zdravja in nastankom t. i. duševne motnje oziroma nelagodja, ki jih ob tem prepoznava posameznik, pri čemer se kot eden izmed osnovnih problemov izpostavlja nedorečenost vzrokov za njen nastanek. Za uspešno obvladovanje tovrstnega problema v praksi, so oblikovali različne načine pristopanja / obravnave duševnih motenj, ter vzporedno organiziranje in vodenje psihiatričnih služb z namenom doseganja kakovosti v obravnavi in življenja posameznika z duševno motnjo ter zanj pomembnih drugih.

Organizacijska teorija in praksa v zadnjih desetletjih posvečata posebno pozornost organizacijski strukturi in vodenju organizacij pri tem ne izostaja tudi psihiatrična zdravstvena stroka. Na ta način se v kontekstu sprememb omogočajo osnovne razsežnosti specifične organizacije, medsebojno usklajevanje vseh tvorcev v njenem poslovanju, v smeri doseganja zastavljenih ciljev in oblikovanje trajnih povezav. Pravila in način izvajanja nalog ter aktivnosti trenutno temeljijo na vertikalni in horizontalni diferenciaciji (integracijska komponenta) z zagotavljanjem urejenosti in posledično stabilnosti organizacije.

Za zagotavljanje ustreznih pogojev in uspešnega delovanja stroke pri obvladovanju duševnih motenj in dejavnikov tveganja, je svoj pomen pridobila organizacija, kot nabor dejavnosti, razmerij in povezav človekove aktivacije z vsemi svojimi značilnostmi, ki so potrebne za

zagotavljanje dinamične kategorije sistema. Zdravstvene organizacije, zlasti na področju duševnosti, naj bi se za uspešno interakcijo z širšim okoljem obnašale kot odprti sistemi in pri tem imele izoblikovano ustrezno organizacijsko strukturo, kar je bistvenega pomena za njihovo funkcioniranje. Najpogostejša opredelitev le-te v praksi izhaja iz osnovnih dimenzij organizacijskih struktur centralizacije, formalizacije, kompleksnosti in kontrole. Čiste oblike organizacijskih struktur so redke. V tem okviru so vedno prisotne prednosti in pomanjkljivosti, kar pogojuje tudi različno pristopanje k vodenju samih organizacij.

Učinkovitost vodenja psihiatrične ustanove je odvisna predvsem od načrtovanja in oblikovanja posameznih služb na osnovi poslanstva, kar se odraža v strategiji in operativnem načrtovanju storitev ter razporejanja resursov. Vodenje v tem kontekstu pomeni racionalno usmerjanje in kadrovanje ter urejanje in usklajevanje delovanja podpornih služb. V procesu vodenja je vloga vodje bistvenega pomena. Naloge vodje med drugim je tudi oblikovanje delovnega okolja v katerem zaposleni izvajajo kakovostno zdravstveno obravnavo v katerem imajo vodje posredno vlogo. Pomembno je poudariti mnenje strokovnih predstavnikov psihiatričnih ustanov glede značilnega načina oziroma stila vodenja, ki se ga poslužujejo. Slednji namreč ocenjujejo, da se v določenih situacijah poslužujejo ukazovalnega načina oziroma avtorskega stila vodenja, spet v drugih situacijah sodelovalnega oziroma demokratskega stila vodenja. Praksa kaže, da je za zagotavljanje uspešnega vodenja psihiatrične ustanove najboljša alternativa kombinacija obeh saj ima vodenje velik vpliv na uspešno prakso zdravstvene oskrbe. Nujnost integracije in kombinacije različnih načinov vodenja je tako nujna za doseganje učinkovitih strukturnih sprememb in delovanja psihiatričnih ustanov.

Vloga vodje se je v novejših organizacijah, ki izstopajo iz klasične poslovno-funkcijske organizacijske oblike, pretvorila v vlogo mentorja, ki spodbuja in omogoča zaposlenim osebnostni in profesionalni razvoj. Spremembe in pritiski, s katerimi se srečuje vodstveni management v zdravstvu, so vse večji, z ene strani na podlagi zahtev medicinske znanosti in kakovostne oskrbe uporabnikov ter na drugi strani obstoječega paradoksa, ki zahteva doseganje kriterijev EU z izrazito omejenimi razpoložljivimi viri. V sklopu tega se je kreativnost na področju organiziranja in vodenja psihiatrične ustanove izkazala kot pomemben dejavnik.

Organizacija zdravljenja in skrbi za osebe z duševno motnjo je v Sloveniji organizirana v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Z ozirom na doktrino psihiatrične stroke ter socialne, kulturne in druge vplive na sekundarnem in terciarnem nivoju v praksi prevladuje institucionalni način obravnave, kar je potrdila tudi raziskava v empiričnem delu magistrske naloge. V posled temu dejstvu se je potrebno tudi glede na zgodovinske opredelitve, družbene preobrate in togost obstoječega sistema soočiti z izzivi, ki jih prinaša novejši čas. Kot nadgradnja in kontrast institucionalnega načina obravnave se je post festum oblikovala skupnostna psihiatrična obravnava. Osnovni transkript novitete opredeljuje timsko organizacijsko strukturo, demokratizacijo odnosov in tendenco v vertikalnem povezovanju, ki daje enakovreden pomen prispevku vsakega člana tima. Sodobna organizacija psihiatričnih služb tudi po mnenju strokovnih vodij obravnavanih psihiatričnih ustanov in kot tudi navajata Thorncroft in Tansella (2002), predstavlja ravnotežje med obstoječimi oblikami.

Iz študije primera in ugotovitev, ki izhajajo iz podatkov, pridobljenih z intervjuji, lahko povzamem, da sta v psihiatričnih ustanovah prisotna dva modela obravnave duševnih motenj, in sicer prevladujoča institucionalna in skupnostna obravnava. Ni moč zanikati, da je postmoderna čas, čas individualizacije, ki stremi k posameznikovemu soustvarjanju življenja, kar predstavlja interaktivni način pristopanja k obravnavi duševnih motenj tudi z naslova večjega približevanja bivanjskemu okolju, ob dejansko slabši geografski razvejanosti in koordiniranosti potrebnih služb. Tu je podano dejstvo, da obstaja sinergična povezava med obravnavami, ki tvorita nepogrešljiv dvojec v obravnavi duševnih motenj. Prednosti enega so opredeljene kot slabosti drugega in obratno. Omenjena načina psihiatrične obravnave terjata vsak svojo organizacijsko strukturo in način vodenja, vendar v manjši meri tudi glede na stopnjo razvitosti skupnostne obravnave v praksi, ozirajoč se na finančne omejitve in kadrovske podhranjenosti. Ne glede na obravnavo se vodje poslužujejo sodelovalnega načina vodenja z elementi delegiranja pri zahtevah z naslova države, kar deloma omejuje tudi avtonomnost vodij v procesu organizacijskih odločitev. In ne nazadnje po mnenju predstavnikov skupnostna obravnava ne more prevladati v praksi, lahko pa se v prihodnje razvije v smeri samostojne funkcionalne enote, kjer bi lastna struktura in način vodenja prišla do izraza.

9 LITERATURA

1. Agius, Mark, Ivna Bulič Vidnjevič, Mirjana Furlan, Andreja Jerič, Brigita Žajdela in Vesna Švab. 2009. The development of community treatment in Slovenia. *Psychiatria Danubina* 21(1):78–80.
2. Agius, Mark. 2014a. What is Community Psychiatry ? V *Community Psychiatry*, ur. Agius Mark, Peter Pregelj in Bojan Zalar, 9. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
3. ---. 2014b. The different types of Community Mental Health Teams: V *Community Psychiatry*, ur. Agius Mark, Peter Pregelj in Bojan Zalar, 225–231. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
4. Alfa. 2016. *Poslovniki sistema vodenja*. Ljubljana: interno gradivo.
5. Alfa. 2016. Ljubljana: interno gradivo.
6. Avberšek, Slavica in Vesna Švab. 2004. *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: Šent- Slovensko združenje za duševno zdravje.
7. Bahovec, Igor. 2005. *Skupnosti: teorije, oblike, pomeni*. Ljubljana: Založba Sophia.
8. Bajt, Maja. 2009. Področje duševnega zdravja v mednarodni perspektivi. V *Duševno zdravje v Sloveniji*, ur. Helena Jeriček Klanšček, Maja Zorko, Maja Bajt in Saša Roškar, 3–18. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
9. Bavec, Cene. 2005. *Urejenost organizacije*. Dostopno prek: http://www.visjales-mb.org/visja_students/skriptarna/vse_skripte/skripte_pred/skripte/steblovniki_z/BAV_EC_gradiva/predmet_2193.pdf. (15. februar 2015).
10. Bio. *Sigmund Freud Biography*. Dostopno prek: <http://www.biography.com/people/sigmund-freud-9302400> (31. marec 2014).
11. Bočič Bundalo, Maja. 2011. Psihoterapevtske metode v psihiatriji. V *Duševno zdravje in zdravstvena nega*, ur. Kores Plesničar Blanka, 188–190. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
12. Brajša, Pavao. 1995. *Sedem skrivnosti uspešne šole*. Maribor: Doba.
13. Brumec, Viljem. 2008. *Kratka zgodovina medicine*. 1 izd. Maribor: Založba Pivec.
14. Bučar, Bojko, Zlatko Šabič in Milan Brglez. 2000. *Navodila za pisanje: Seminarske naloge in diplomska dela*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
15. Bulič Vidnjevič, Ivna. 2011. Modeli skupnostne psihiatrične obravnave- izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor. V *Skupnostna psihiatrična obravnava*.

- Zbornik predavanj z recenzijo*, ur. Bregar Branko in Jožica Peterka Novak, 1–5. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
16. Coldwell, M. Craig in William S. Bender. 2007. *The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis*. Dostopno prek: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=98008> (29. april 2016).
 17. Collins, c James in Jerry I Porras. 1996. *Building Your Company Vision*. Harvard Business Review: 65–77.
 18. Česnovar, Tone. 2001. *Merjenje organizacijske kulture in organizacijske klime*. Inštitut USP. Dostopno prek: <http://www.i-usp.si/slo/clanki/merjenje> (5. avgust. 2015).
 19. Demšar Simona. 2004. *Uvod v razumevanje skupnostnega socialnega dela*. Študijsko gradivo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
 20. Demšar, Silva. 2010. *Obravnava bolnika v skupnostni psihiatriji*. Specialistična naloga. Ljubljana: interno gradivo.
 21. Dimovski, Vlado, Sandra Penger in Žnidaršič Jana. 2003. *Sodobni management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
 22. --- 2005. *Sodobni management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
 23. Domajnko, Barbara. 2014. Vidiki uporabnikov zdravstvenega varstva- sociološki pogled. V *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih*, ur. Pahor Majda, 43. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
 24. Donik, Barbara. Kako uvajati novosti in spremembe v klinično prakso zdravstvene nege? *Obzor Zdr* 40 (4): 243-6.
 25. Drucker, F. Peter. 2001. *Managerski izzivi v 21. stoletju*. 1. natis. Ljubljana: GV Založba.
 26. Društvo ekonomistov v zdravstvu. 2009. *Zagotavljanje izvajanja zdravstvenih storitev v času gospodarske krize*. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
 27. Erzar, Tomaž. 2007. *Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
 28. Evropska Komisija. 2005. *Duševno zdravje. Posvetovanje EU*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_sl.htm (13. junij 2015).

29. Evropska Unija. *Osnovne informacije o EU. Na kratko o EU*. Dostopno prek: http://europa.eu/about-eu/basic-information/about/index_sl.htm (13. junij 2015).
30. *Evropski pakt za duševno zdravje*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_sl.htm (13. junij 2015).
31. Fincham, Robin in Peter Rhodes. 2005. *Principles of Organizational Behaviour*. 4th ed.. New York: Oxford University press inc..
32. Flaker, Vito. 1998. *Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba /cf..
33. Flaker, Vito. 2008. *From institutional logic to common knowledge: Power, action and reflection*. Dostopno prek: [http://www. Bemidjistate.edu/academics/publications/ social _work_journal/issue15/articl](http://www.Bemidjistate.edu/academics/publications/social_work_journal/issue15/articl) (28. marec 2014).
34. Flere, Sergej. 2000. *Sociologija*. 3. spremenjena in dopolnjena izdaja. Maribor: Pravna fakulteta.
35. Foucault, Michael. 1998. *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Založba /*cf..
36. Grabnar, Kos Erna. 2008. Vloga menedžmenta zdravstvene in babiške nege v bolnišnicah. V *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu ?- novi izzivi: zbornik z recenzijo*. ur. Kaučič Boris Miha, Darinka Klemenc, Peter Požun in Nataša Vidnar, 38-42. Ljubljana. Zbornica zdravstvene in babiške nege- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
37. Grubič Novak, Virginia in Rok Tavčar. 2010. Problematika duševnega zdravja na sekundarni in terciarni ravni. *Zdrav Vestn* 79: 548–553.
38. Hatch, Mary Jo. 2011. *Organization. A Very Short Introduction*. New York: Oxford University Press inc..
39. Hoyer, Silva. 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
40. Ivanko, Štefan in Janez Stare. 2007. *Organizacijsko vedenje*. Ljubljana: Fakulteta za Upravo.
41. Ivanko, Štefan. 1999. *Urejenost podjetja- strukture in procesi*. Koper: Visoka šola za management.
42. --- 2002. Oblikovanje in razvoj organizacije. *Struktura organiziranosti*. V *Management: nova znanja za uspeh*, ur. Možina Stane, 411–32. Radovljica: Didakta.

43. --- 2004. *Temelji organizacije*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
44. --- 2006. *Temelji organizacije*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
45. --- 2012. *Organizacijske paradigme. Podlage za nastanek in razvoj organizacijskih teorij*. Novo mesto: Fakulteta za organizacijske študije.
46. --- 2014. *Teorije organizacije*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
47. --- 2015. *Zgodovina organizacijskih misli*. Novo mesto: Fakulteta za organizacijske študije.
48. Jerič, Andreja. 2011. Razvoj programa skupnostne psihiatrične obravnave po ACT modelu v Psihiatrični kliniki Ljubljana. V *Skupnostna psihiatrična obravnava. Zbornik predavanj z recenzijo*, ur. Bregar Branko in Jožica Peterka Novak, 7-10. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
49. Jeriček Klanšček, Helena, Tanja Kamin, Maja Zorko, Maja Bajt in Saška Roškar. 2009. *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
50. Jerovšek, Janez. 1972. *Industrijska sociologija*. Maribor: Založba Obzorja.
51. Ježovnik, Sonja. 2011. *Model organizacijske strukture bolnice*. Magistrska naloga. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
52. Jurina, Milan. 1999. *Osnove teorije i prakse organizacije*: [interno gradivo]. Novo mesto: Visokošolsko središče, Visoka šola za upravljanje in poslovanje.
53. *Kdo ob pomagal ljudem v stiski?* 2012. Dostopno prek: <http://www.24ur.com/novice/slovenija/kdo-bo-pomagal-ljudem-v-stiski.html> (9.junij.2015).
54. Kerzner, Harold. 1992. *Project management: a systems approach to planning, scheduling, and controlling*. 4th ed. .New York: Van Nostrand Reinhold.
55. Klemen Jernej. 1997. Kaj imenujemo boleznima uma: Zgodovina psihiatrije v Ljubljani v 19. In začetku 20. Stoletja. *Viceversa* 18 : 28–38.
56. Kobal Straus, Klavdija in Tanja Vidmar. 2011. Koordinirana obravnava v skupnosti. *Obzor Zdrav Neg* 45(4): 287-95.
57. Kobentar, Radojka in Marija Smolič. 2011. Asistirano življenje pacientov z duševnimi motnjami v skupnosti- vidik zdravstvene nege. V *Zdravstvena vzgoja- moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*, ur. Andreja Kvas, 97. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

58. Kolarević, Maja. 2008. *(De)konstrukcije vednosti o duševni bolezni*. Diplomsko delo. Koper: Fakulteta za humanistične študije Koper.
59. Komisija evropskih skupnosti. 2005. *Zelena knjiga. Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_sl.pdf (12. februar 2015).
60. Kores Plesničar, Blanka. 2011. Duševno zdravje in duševne motnje. V *Duševno zdravje in zdravstvena nega*, ur. Kores Plesničar Blanka, 13–19. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
61. Kostnapfel, Janko. 2010. Slovenska psihiatrija. *ISIS* 19(5): 47-50.
62. Kotter, P. John. 1995. Leading Change. Why Transformation Efforts Fall. *Harvard Business Review*: 59-67.
63. Kotter, P. John in Cohen S. Dan. 2003. *Srce sprememb. Resnične zgodbe o tem, kako ljudje spreminjajo svoje organizacije*. 1. Natis. Ljubljana: GV Založba.
64. Križanec Dragica. 2011. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. V *Duševno zdravje in zdravstvena nega*, ur. Kores Plesničar, Blanka, 11. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
65. Lamut, Urša in Mirna Macur. 2012. *Metodologija družboslovnega raziskovanja: od zasnove do izvedbe*. Ljubljana: Vega.
66. Lane, Christopher. 2013. *The NIMH Withdraws Support for DSM-5*. Dostopno prek : <https://www.psychologytoday.com/blog/side-effects/201305/the-nimh-withdraws-support-dsm-5> (5. marec 2015).
67. Lešer, Iztok 2015a. Duševna motnja. Dostopno prek: http://psihiater-leser.com/dusevne_motnje/splosno_o_dusevnih_motnjah/ (13. februar 2015).
68. --- 2015b. Vzroki za nastanek duševnih motenj. Dostopno prek: http://psihiater-leser.com/dusevne_motnje/vzroki_nastanka_dusevnih_motenj/ (13. februar 2015).
69. Lipičnik, Bogdan. 1994. *Organizacija podjetja*. Ljubljana: ekonomska fakulteta.
70. --- 2002. *Organizacija podjetja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
71. --- 2003. *Organizacija podjetja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
72. Marušič, Andrej in Sanja Temnik. 2009. *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

73. Marušič, Andrej. 2002. Meje med institucionalno in skupnostno psihiatrijo. V *Meje psihiatrije. Begunje*, 25. in 26. oktober 2002, ur. Romih Janez in Andrej Žmitek, 45–51. Begunje: Psihiatrična bolnišnica.
74. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*. 2008. Dostopno prek: http://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf (5. marec 2015).
75. Mihalič, Renata. 2014. *Kako vodim skupino in tim: 30 minut za vodenje*. Škofja Loka: Mihalič in Partner.
76. Mihelič, Anton in Branko Škafar. 2008. *Poslovni procesi*. Dostopno prek: http://www.zavod-irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Poslovni_procesi-Mihelic_Skafar.pdf (4. avgust 2014).
77. Milčinski, Lev. 1986. Pota in mejniki v razvoju psihiatrije. V *Psihiatrija*, ur. Milčinski Lev, 10–32. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
78. Ministrstvo za zdravje. *Duševno zdravje*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/preprecevanje_bolezni_in_krepitev_zdravja/varovanje_in_krepitev_zdravja/dusevno_zdravje/ (16. junij.2015).
79. Morden, Tony. 2004. *Principles of management. 2nd ed.*. Aldershot (Hants, England); Burlington (VT): Ashgate.
80. Morgan, Gareth. 2004. *Podobe organizacij*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
81. Možina, Stane, Jurij Bernik in Aleša Svetic. 2004. *Osnove Managementa*. Piran: Visoka šola za podjetništvo.
82. Mrevlje, Gorazd. 2009. Znaki in simptomi duševnih motenj. V *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*, ur. Pregelj Peter in Radojka Kobentar, 71–80. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
83. *National Alliance on Mental Illness 2007. Assertive Community Treatment: Investment Yields Outcomes*. Dostopno prek: https://www2.nami.org/Template.cfm?Section=act-ta_center&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=52382 (13. junij 2015).
84. Novak Grubič, Virginija in Rok Tavčar. 2010. Problematika duševnega zdravja na sekundarni in terciarni ravni. *Zdrav Vestn* 79: 549–553.
85. Oreški, Suzana. 2008. *Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev*. Doktorska dizertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

86. Pahor, Majda. 2014. *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
87. Papoulias, Constantina, Emese Csipke, Diana Rose, Susie McKellar in Til Wykesin sod. 2014. The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *Br J Psychiatry* 205(3): 171-6.
88. Pevcin, Primož. 2011. *Menedžment javnega sektorja*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
89. Pivec, Gregor. 2011. *Zgodovina medicine 20. stoletja: prispevki k prikazu razvoja medicinske stroke in zdravstvenega sistema*. 1.izd. Maribor: Založba Pivec.
90. Plesničar, Andrej. 2011. Duševno zdravje v luči javnega zdravja. V *Duševno zdravje in zdravstvena nega*, ur. Kores Plesničar Blanka, 17, 19. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
91. Pregelj, Peter. 2009. Farmakološko zdravljenje duševnih motenj. V *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*, ur. Pregelj Peter in Radojka Kobentar, 405–409. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
92. Regijski NVO center Jugovzhodne Slovenije. *Nevladne organizacije*. Dostopno prek: <http://www.nevladnik.info/si/nevladne-organizacije/> (7. marec 2016).
93. *Resolucija o nacionalnem programu za duševno zdravje 2011-2016*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf (14. november 2015).
94. Rozman, Rudi. 2000. *Analiza in oblikovanje organizacije*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
95. --- 2002. Pojmovanje in razvoj managementa. V *Management: nova znanja za uspeh*, ur. Možina Stane, 47–48. Radovljica: Didakta.
96. Rozman, Rudi in Jure Kovač. 2012. *Management*. Ljubljana: GV Založba.
97. Scott, W. Richard. 1981. *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, cop..
98. Scott, W. Richard. 2003. *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Upper Saddle River, New York: Prentice Hall.
99. Semuwemba, Abbey Kibirige. 2011. *Mwenda and his Team selectively applied The Kotter s model in their Analipsis of Besigye s Performance*. Dostopno prek : <http://semuwemba.com/2011/03/13/mwenda-and-his-team-selectively-applied-the-kotters-model-in-their-analysis-of-besigyes-performance/> (19. februar 2016).

100. Skela, Savić Brigita. 2008. Spremembe na področju vodenja v zdravstvu niso več vprašanje, temveč dejstvo. V *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu ?- novi izzivi*: zbornik z recenzijo. ur. Kaučič Boris Miha, Darinka Klemenc, Peter Požun in Nataša Vidnar, 48. Ljubljana. Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
101. Skoliber, Tatjana, Milena Novak in Juilja Oravec. 2011. Skupnostna psihiatrična obravnava pacienta v luči nove zakonodaje. V *Skupnostna psihiatrična obravnava. Zbornik predavanj z recenzijo*, ur. Bregar Branko in Jožica Peterka Novak, 29. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
102. Škarja, Biljana. 2012. *Menedžment sprememb v podjetjih*. Dostopno prek : <http://porocevalec.ibs.si/sl/component/content/article/40-letnik-1-t-1-vol-1-no-1/125-mag-biljana-karja-menedment-sprememb-v-podjetjih> (31. maj 2015).
103. Šprah, Liljana, Tanja Novak in Mojca Zvezdana Dernovšek. 2011. *Ocena tveganj za razvoj v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
104. Štepec, Andreja. *Skupnostna psihiatrija ali kako zagotoviti enakomerno dostopnost psihiatričnih služb v Sloveniji*. Dostopno prek: <http://www.cnvos.info/index/article/id/7337/cid/221> (10. april 2016).
105. Švab, Vesna, Urban Groleger in Slavko Ziherl. 2006. The development of psychiatric reform in Slovenia. *World Psychiatry* 5(1): 56–57
106. Švab, Vesna in Andreja Jerič. 2009. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. V *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik*, ur. Pregelj Peter in Radojka Kobentar, 459–460. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
107. Švab, Vesna. 1996. *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta.
108. --- 2001a. *Priročnik o Shizofreniji*. Radovljica: Didakta; Ljubljana: Organizacija za duševno zdravje Šent.
109. --- 2001b. Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami. *Zdrav Var* 40(½): 61- 4.
110. --- 2012. *Skupnostna psihiatrija*. Dostopno prek: http://www.varuh-rs.si/fileadmin./user_user_upload/word/ STROKOVNI (31. marec 2014).
111. --- 2012a. Skupnostna psihiatrija v Sloveniji. *ISIS* 2: 22-4.

112. --- 2013. Skupnostna psihiatrija. V *Psihiatrija*, ur. Pregelj Peter, Blanka Kores Plesničar, Martina Tomori, Bojan Zalar, Slavko Zihlerl, Hojka Gregorič Kumperščak in Matej Kravos, 425–430. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
113. Tasič, Marjeta. 2005. *Organizacija in financiranje zdravstvene dejavnosti v Sloveniji*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
114. Tavčar Medič Sonja. 1976. Iz zgodovine razvoja psihiatrije. *Obzor Zd N* 10(4): 322-6.
115. Thornicroft, Graham in Michele Tansella. 2002. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 1(2): 84–90.
116. Thornicroft, Graham in Michele Tansella. 2004. Components of a modern mental health services: a pragmatic balance of a community and hospital care. *Br J Psychiatry* 185 (4): 283-90.
117. Thornicroft, Graham in Michele Tansella. 2013. *The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare*. Dostopno prek: <http://bjp.rcpsych.org/content/202/4/246.full> (9.julij 2015).
118. Timpka, Tomas, Magnus Bang, Tom Delbanko in Janet Walker. 2006. *Information infrastructure for inter-organizational mental health services: An actor network theory analysis of psychiatric rehabilitation*. Dostopno prek : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046406001304> (26. april 2015).
119. Tonnies, Ferdinand. 1999. *Skupnost in družba*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
120. Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
121. Tratnik, Monika. 2002. *Osnove raziskovanja v managementu*. Koper: Visoka šola za management.
122. *Unipas-univerzitetna pastoralna*. Sekularizacija-živeti v družbi, ki pravi Bogu: Zbogom!«. Dostopno prek: <http://www.unipas.si/gradiva/kateheze/703-sekularizacija> (26. november 2014).
123. *Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana. zgodovina*. Dostopno prek: <http://www.psih-klinika.si/predstavitev/zgodovina/> (27. november 2014).
124. Verle, Karmen in Mirko Markič. 2012. *Kompetence vršnih managerjev in organiziranost kot osnova uspešnosti organizacije*. Dostopno prek:

<http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-3FBTTSJO/5d389bb4-dc65-4f60-925a-f1d3b78b7867/PDF> (22. april 2015).

125. Videmšek, Petra. 2013. *Iz institucij v skupnost: (stanovanjske skupine nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
126. Vila, Antun in Jure Kovač. 1997. *Osnove organizacije in managementa: skripta*. Kranj: Moderna organizacija.
127. Vila, Antun. 1994. *Organizacija in organiziranje*. Kranj: Moderna organizacija: 13-22.
128. --- 1999. *Sodobne oblike in pristopi pri organiziranju podjetij in drugih organizacij*. Kranj: Moderna organizacija.
129. Vitorović, Sveto. 2009. Stranski učinki psihiatričnih zdravil. V *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*, ur. Pregelj Peter in Radojka Kobentar, 411. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
130. Walker, E Eugene. 1991. *Clinical psychology; Historical and Research Foundation*. New York: Plenum Press.
131. World Health Organisation. 2007. *What is mental health*. Dostopno prek: http://www.who.int/topics/mental_health/en/index.html (11. februar 2014).
132. World Health Organisation. 2016. *Mental health: strengthening our response*. Dostopno prek: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (11. februar 2014).
133. World Health Organization. 2013. *Mental health: a state of well-being*. Dostopno prek: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ (1. februar 2014).
134. *World Health Organization*. Dostopno prek: <http://www.who.int/about/en/index.html> (21. marec 2014).
135. *Zakon o duševnem zdravju. (ZDZdr) Ur.l.RS 77/2008*. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=88016> (13. februar 2015).
136. *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur.l.RS 15/2008*. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455> (13. februar 2015).
137. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)*. <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213> (3. julij 2015).
138. *Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZdej). Ur.l.RS 23/05*. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214#> (1. junij 2015).

139. Ziherl, Slavko in Mojca Zvezdana Dernovšek. 2013. Diagnoza in klasifikacija duševnih motenj. V *Psihijatrija*, ur. . Pregelj Peter, Blanka Kores Plesničar, Martina Tomori, Bojan Zalar, Slavko Ziherl, Hojka Gregorič Kumperščak in Matej Kravos, 95–99. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
140. Ziherl, Slavko. 2013. Opredelitev in zgodovina psihiatrije. V *Psihijatrija*, ur. Pregelj Peter, Blanka Kores Plesničar, Martina Tomori, Bojan Zalar, Slavko Ziherl, Hojka Gregorič Kumperščak in Matej Kravos, 22-30. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
141. Zupan Kramar, Milena. 2009. *Menedžment vs vodenje*. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede.

PRILOGE

PRILOGA A1: Vprašalnik

Osnovni podatki o organizaciji:

- a) Organizacija/naziv:
- b) Nivo v sistemu zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni , terciarni
- c) Ustanovitelj:
- d) Čas ustanovitve:
- e) Velikost organizacije:

1. Ali mi lahko predstavite obliko organizacijske strukture in organizirane dejavnosti v vaši psihiatrični ustanovi? (razložiti morajo organigram in dejavnosti, ki jih izvajajo)?
2. Ali mi lahko poveste oz. predstavite trenutni način vodenja organizacije z vidika vas kot vodje psihiatrične ustanove ? (način / ustreznost/mnenje/predlog-i)
3. Ali bi lahko opredelili oz. predstavili trenutno doktrino (IO) oz. način/e obravnave duševnih motenj in njene značilnosti (prednosti/slabosti)?
4. Kakšen je vpliv institucionalne psihiatrične obravnave (IO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije
5. Ali bi lahko opredelili oz katere so značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave (SO) in razlogi/ ovire za implementacijo v praksi?(značilnosti/prednosti/slabosti)?
6. Kakšen je vpliv (SO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije? (ev. dodatne zahteve z vidika organizacije in vodenja?)
7. Katere so prednosti in slabosti (SO) v primerjavi z (IO)?
8. Ali obstaja sinergična povezava med (IO) in (SO), kje ter na kakšen način ?

9. Ali menite, da (IO) in (SO) duševnih motenj zahtevata vsaka svojo (lastno) organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove ter zakaj? (subjektivno mnenje, kako se odvija v organizaciji)
10. Kakšna so vaša predvidevanja za naprej glede organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove ozirajoč se tudi na trenutno ekonomsko in zdravstveno stanje, uspešnost poslovanja ter obstoječe smernice in zakonske podlage (evropski plan za duševno zdravje, konvencije, prevladujočo politiko, kolektivno prepričanje,...)in tudi glede na premik/ spremenjeno razmerje med (IO) in (SO)?
11. Katera so vaša izhodišča in predlogi za izboljšanje delovanja v praksi na področju duševnega zdravja?
12. Kakšna bi morala biti organizacijska struktura in način vodenja psihiatrične ustanove če bi nad primarno institucionalno obravnavo prevladal koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti oz. (SO)?

Hvala za sodelovanje in veliko uspehov tudi v prihodnje!

PRILOGA B1: Transkript intervju-a psihiatrične ustanove A

*Zaradi zagotavljanja anonimnosti sem podatke, ki razkrivajo identiteto psihiatrične ustanove zakodirala in jih prikazala z /.../.

Osnovni podatki o organizaciji

Organizacija/naziv	/.../.
Naslov (ulica, kraj)	/.../.
Nivo v sistemu zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni, terciarni)	Psihiatrična ustanova A je javni zdravstveni zavod, ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ter izobraževalno in raziskovalno dejavnost na področju zdravstva.
Ustanovitelj	Vlada Republike Slovenije.
Čas ustanovitve	/.../.
Število zaposlenih v psihiatrični ustanovi (mala, srednja ali velika organizacija)	/.../.
Generalni/strokovni direktor (parafa)	/.../.
Pretekla delovna področja (izkušnje)	/.../.

1. Ali mi lahko predstavite obliko organizacijske strukture in organizirane dejavnosti v vaši psihiatrični ustanovi? (razložiti morajo organigram in dejavnosti, ki jih izvajajo)

Psihiatrična ustanova A je /.../, za /.../ del Slovenije, kamor gravitira /.../ prebivalcev, največ iz /.../ in /.../ območja, pa tudi od drugod. Njeno organiziranost opredeljujeta Statut psihiatrične ustanove A in njegove spremembe oziroma dopolnitve, odloki, akti, Pravilniki o organizaciji, pristojnostih, pooblastilih in odgovornostih, idr. Psihiatrična ustanova A je organizirana v sektorje, kot temeljne organizacijske enote, sektorji pa v notranje organizacijske enote. Svoje strokovne funkcije in naloge izvaja znotraj zdravstvenega sektorja in poslovno tehničnega sektorja. Zdravstveni sektor, predstavlja bolnišnična in izven bolnišnična dejavnost. Bolnišnična dejavnost se izvaja na /.../ oddelkih in sicer /.../. Sem

sodijo naslednje dejavnosti /.../. Izven bolnišnično dejavnost pa predstavljajo /.../, zatem je tu še /.../ in zdravljenje v skupnostni ali skupnostna obravnava. V poslovno tehničnem sektorju pa se deli v službo skupnih opravil, kamor se šteje /.../, vodstvo zavoda /.../ tajništvo ter kadrovska služba in ekonomsko tehnična služba (/.../), ki so v oporo osnovni dejavnosti. Naše vodilo delovanja je z vizijo, da postanemo strokovno uspešna bolnišnica in prijazna do svojih uporabnikov in okolice v prizadevanjih za čim večjo strokovnost, prijaznost, pripadnost bolnišnici, poslovno odličnost na vseh področjih dejavnosti. Če pogledamo razporeditev sektorjev, služb, odgovornosti in pristojnosti, gre za nekakšno hierarhično strukturo, kjer vsi v končni fazi odgovarjajo poslovnemu direktorju, ki je glavni odgovorni in ki redno spremlja odhodke in prihodke ter opozarja na kakovost in uspešnost delovanja v skladu z zahtevami na nivoju države kot ustanovitelja.

2. Ali mi lahko poveste oz. predstavite trenutni način vodenja organizacije z vidika vas kot vodje psihiatrične ustanove? (način/ustreznost/mnenje/predlog-i)

Jaz, kot strokovni direktor sem odgovoren za vse strokovne zadeve. Pri svojem delu se poslužujem predvsem vodenja, kjer vključujem sodelovalni način s prizadevanjem, da se naloge izvajajo, se skladajo s zastavljenimi smernicami. Vloga generalnega direktorja pri nas pa je predvsem področje ali je poslovanje uspešno ali neuspešno.

a. S kom imate največ neposrednega stika pri svojem delovanju?

S predstavnikom delovne terapije, socialnega dela, kliničnimi psihologi in zdravniki.

3. Ali bi lahko opredelili oz. predstavili trenutno doktrino (IO) oz. način/e obravnave duševnih motenj in njene značilnosti (prednosti/slabosti)?

Trenutni prevladujoči način obravnave duševnih motenj pri nas je institucionalna obravnava. Zanja je značilna centralizacija služb in s tem povezano delovanje vseh znotraj ustanove, kar olajša usklajevanje/ koordinacijo in večstransko obravnavo posameznikov z duševno motnjo. To je vsekakor prednost. Vse službe imajo tudi predstavnika v vsakem timu na oddelku, ki poročajo o obravnavi in posebnosti na raportih. Obstajajo pravila, navodila, klinične poti, ki jih moramo upoštevati in vključevati v svoje delo za doseganje kakovostne obravnave in poslovne odličnosti.

a. Kaj pa prednosti in slabosti (IO)?

Prednost (IO) je predvsem v njeni racionalnosti, kar predstavlja ugoden vpliv na stroške, možnosti intenzivnega razvoja znanja, uporaba ustaljene tehnologije in na koncu seveda enotno poslovanje. Za slabost statičnost, občasno moten prenos informacij, pa še kaj bi se lahko opredelilo.

4. Kakšen je vpliv institucionalne psihiatrične obravnave (IO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije?

Vpliv institucionalne psihiatrične obravnave je, da je organizacija tako oblikovana kot smo že poprej povedali, se pravi hierarhičnost, upravljanje od zgoraj navzdol, vertikalnost, čeprav se teži tudi k horizontalni povezavi in uvajanje procesov za boljše delovanje.

5. Ali bi lahko opredelili oz katere so značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave (SO) in razlogi/ovire za implementacijo v praksi? (značilnosti/prednosti/slabosti)

Značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave so predvsem v kontinuiteti in mobilnosti tima (socialna delavka, 2 diplomirani medicinski sestri), ki hodi na teren in reagira na potrebe posameznika v domačem okolju. Predvsem so tu vključeni bolniki s hudo ponavljajočo se duševno motnjo in bolniki na depo terapiji. Problem predvsem na /.../ je tudi revščina, slabe prometne zveze in nezmožnost priti do strokovnih služb. Na ta način se prepreči marsikatero poslabšanje in posledično vrnitev v bolnišnico. Prednost je predvsem v možnosti obravnave izven inštitucije in s tem učinkovita kontrola pri jemanju terapije. Problema za implementacijo pa vidim predvsem v kadrovske podhranjenosti, ker je to kader iz bolnišnice, ki gre tudi na teren. Na teren hodijo ob četrtkih, izjemoma tudi druge dneve. Tu se povezujejo s centri za socialno delo glede intervencije na terenu.

a. Kaj pa s stroškovnega vidika?

S stroškovnega vidika ne vidim problema za implementacijo (SO) v praksi, saj zato dobimo denar.

6. Kakšen je vpliv (SO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije? (ev. dodatne zahteve z vidika organizacije in vodenja)

(SO) je en del organizacije na mikro nivoju, kjer se deluje timsko, vendar pri nas kadrovska podhranjenost onemogoča delovanje v pravem pojmovanju. Namesto vodenja se tu pojmuje bolj koordinacija in sodelovalni način dela.

7. Katere so prednosti in slabosti (SO) v primerjavi z (IO)?

Prednost (SO) v primerjavi z (IO) je kontinuiteta, timsko delo fleksibilnost, odprtost... Slabost je nezmožnost diagnosticiranja na terenu, razdalja, podvajanje timov (naši timi in timi iz centra za socialno delo).

8. Ali obstaja sinergična povezava med (IO) in (SO), kje ter na kakšen način?

Povezava med (IO) in (SO) obstaja, se dopolnjujeta. Določeni bolniki potrebujejo obravnavo tudi po odpustu iz bolnišnice (IO) v skupnosti. V redu je, da hodi tim iz bolnišnice. Za ambulantno obravnavo pa bi bilo potrebno organizirati time na primarnem nivoju.

9. Ali menite, da (IO) in (SO) duševnih motenj zahtevata vsaka svojo (lastno) organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove ter zakaj? (subjektivno mnenje, kako se odvija v organizaciji)

Načeloma ne. Določene razlike v postopkih so vendar je ključno skupno poznavanje problemov in doseganje ciljev.

10. Kakšna so vaša predvidevanja za naprej, glede organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove, ozirajoč se tudi na trenutno ekonomsko in zdravstveno stanje, uspešnost poslovanja ter obstoječe smernice in zakonske podlage (evropski plan za duševno zdravje, konvencije, prevladujočo politiko, kolektivno prepričanje,...) in tudi glede na premik/spremenjeno razmerje med (IO) in (SO)?

Menim, da bi bilo idealno, da bi obstajal poslovni in strokovni management. Moti me naziv pomočnik. Poslovni in strokovni,... bi morala biti na istem nivoju. (IO) in (SO) sta potrebni in jih vidim tudi v prihodnje.

11. Katera so vaša izhodišča in predlogi za izboljšanje delovanja v praksi na področju duševnega zdravja? (tudi z vidika uspešnega in učinkovitega delovanja v javnem sektorju)

Predvsem delovanje v izboljšanju kadrovske zasedbe. Prihodnost je odvisna od finančnih sredstev. Do psihiatrije niso posebej radodarni, naše storitve so manj cenjene kot v drugih bolnišnicah. Tu si pomagamo z donacijami.

a. Kako pa je z uvajanjem sprememb?

Z akreditacijo gre na hitro, držati moramo nivo in na podlagi pripomb čim hitreje dodelati. V to so vsi vključeni in se včasih držimo za glavo glede predpisanih nebuloz oziroma nesmislov.

12. Kakšna bi morala biti organizacijska struktura in način vodenja psihiatrične ustanove, če bi nad primarno institucionalno obravnavo prevladal koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti oziroma skupnostna obravnava? (mnenje, videnje), na koncu še vprašanje, ali skupnostna psihiatrična obravnava prevlada)

Ne, to da bi prevladala skupnostna obravnava bi bil kaos. To je kot primer v Italiji. Opažam, da se je okrepila zavest ljudi, da pridejo prej po pomoč in je bolnišnične obravnave manj, vendar mora biti, kot smo že prej omenjali. Mislim, da je dobra ambulantna skupnostna in bolnišnična obravnava, kjer bi moral biti v timu tudi zdravnik prihodnost. Manjka nam tudi dnevna bolnišnica.

PRILOGA B2: Transkript intervju-a psihiatrične ustanove B

*Zaradi zagotavljanja anonimnosti sem podatke, ki razkrivajo identiteto Psihiatrične ustanove zakodirala in jih prikazala z /.../.

Osnovni podatki o organizaciji

Organizacija/naziv	/.../.
Naslov (ulica, kraj)	/.../.
Nivo v sistemu zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni, terciarni)	Psihiatrična ustanova B je javni zdravstveni zavod , ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni ter izobraževalno in raziskovalno dejavnost na področju zdravstva.
Ustanovitelj	Vlada Republike Slovenije.
Čas ustanovitve	/.../.
Število zaposlenih v psihiatrični ustanovi (mala, srednja ali velika organizacija)	/.../.
Generalni/strokovni direktor (parafa)	/.../.
Pretekla delovna področja (izkušnje)	/.../.

1. Ali mi lahko predstavite obliko organizacijske strukture in organizirane dejavnosti v vaši psihiatrični ustanovi? (razložiti morajo organigram in dejavnosti, ki jih izvajajo)

Psihiatrična ustanova B predstavlja /.../ za področje /.../, se pravi za /.../ del Slovenije, ki obsega področja občin /.../, /.../prebivalci in za to področje opravi tudi večino ambulantnih storitev. Psihiatrična ustanova B je organizirana na podlagi Statuta bolnišnice, odlokih, uredb,... .Temeljne dejavnosti na področju zdravstva so tu organizirane na sekundarni ravni po posameznih nivojih. Psihiatrična ustanova B izvaja svojo dejavnost znotraj naslednjih sektorjev in služb katerim je nadrejen direktor(/.../ z vodji posameznih enot s katerimi vodstvo neposredno sodeluje) in sicer sektor za poslovne tehnične zadeve, kamor sodijo splošne službe, /.../, nato je sektor ali področje skupnih zdravstvenih služb, kamor sodi služba

za /.../ in sektor za medicinsko področje, kamor se štejejo ambulate in oddelki. Poleg teh obstaja posebej služba za kakovost in razvoj. Bolnišničnih oddelkov je trenutno /.../, in sicer: /.../. Tu sprejemajo paciente večinoma neposredno in delujejo po principu terapevtske skupnosti, del pa iz intenzivnih oddelkov. Od teh jih je /.../ oddelki. Tukaj smo malo konzervativni, vendar glede na trend v svetu ne vem, če bomo spreminjali, ker gre spet nazaj. Kar se ekonomike tiče bi bilo sigurno bolje imeti mešane oddelke, ker imaš v različnih obdobjih, različno število moških in ženskih oddelkov in bi bilo lažje. O tem tudi sam razmišljam. Mešana oddelka predstavljata oddelek za /.../. Kot posebna enota je organizirana /.../, ki spada pod /.../, kjer se zdravijo pacienti, ki ne potrebujejo celodnevne obravnave vendar njihovo psihično stanje presega možnosti ambulantnega zdravljenja. Gre za reintegracijo pacientov v svoje okolje.

a. Zanima me ali imate skupnostno psihiatrično obravnavo?

Žal jo imamo in predstavlja kot strel v koleno, namreč potrebno je vedeti, da je nadgradnjo ostale terapije, ki bi jo lahko opredelili kot nek nadstandard ali nadaljevanje bolnišnične obravnave. Na ta način kot jo sedaj financirajo gremo v čisto izgubo.

b. Če prav razumem je definirana kot ena zadeva, ki je draga?

Ja, seveda, treba je vedeti, da moramo imeti tim, ki je prisoten na terenu, mi recimo imamo opredeljen primer, ki je ocenjen za celo leto in v situaciji kakršna je zdaj, ko je različno financiranje za primarni in sekundarni del. Bolnišnice imajo manj plačano iz mena neznanega razloga, ker so se kasneje z njimi dogovorili. Če bi imeli plačevanje po stroških bi se nam splačalo. Npr. novejši antipsihotiki so dragi in že z dvema injekcijama, ki jih damo v 14 dneh smo porabili tisto, kar smo dobili za celo leto in to predstavlja čisto izgubo. Na to opozarjam že nekaj časa pa se nič ne naredi, ker jim tako paše. Kot sem že rekel, če bi gledali cost benefit skupnostne obravnave, ga ni. Porodna zamera je že od začetka, ker so vzeli denar iz hospitalnega programa. Tukaj gre za zelo mačehovski odnos.

c. Kaj pa sam način delovanja?

Sam način delovanja je nadgradnja obstoječega, ne more biti pa nadgradnja hospitalnega. Pod to spada dnevna bolnišnica in ambulantna obravnava, vendar je bilo iz konteksta vzeto in se promovira samo tisti del, ki je na terenu. Tu je še ogromno nedorečenosti, ker tisti, ki so pripravljali program so ga naredili zelo pavšalno, povzeli so ga po Veliki Britaniji, kjer ga pa

že opuščajo, ker je neekonomičen. Treba je reči, da ne more biti osnovna psihiatrična dejavnost.

Glede na velikost organizacije in število zaposlenih je vloga poslovnega in strokovnega direktorja združena. Poslanstvo psihiatrične ustanove B je izvajanje zdravstvene dejavnosti za ljudi s duševnimi motnjami, tako da je obravnava pacienta varna in učinkovita, upoštevajoč najnovejše strokovno preverjene diagnostične in terapevtske metode, kjer posameznike pri zdravljenju, rehabilitaciji in reintegraciji v okolje podpira interdisciplinarni tim strokovnjakov. Ob tem je usmerjena v strokovni in osebni razvoj zaposlenih ter z odgovorno ravnanje z javnimi sredstvi, naravnim okoljem in v sodelovanju z interesnimi skupinami.

d. Če pogledamo sedaj vse naštet, kako bi opredelili vašo organizacijsko strukturo?

Ja, organizacija ima posamezne nivoje, kjer imamo najprej direktorja in strokovni svet, potem so vodje posameznih enot, s katerimi neposredno sodelujemo in usklajujemo načrtovano. Sem sodijo /.../, se pravi ekonomski del, potem za medicinski del predstojniki oddelkov /.../, vodja /.../ službe, vodja /.../, ki pa je pod nadzorom pomočnika za /.../ (t. i. /.../), ostali pa strokovnemu direktorju direktno. Gre za hierarhijo, ki je značilna za večino zdravstvenih organizacij.

e. Ali bi lahko rekli glede na Vaš organigram in samo vodenje, da gre za pretežno poslovno-funkcijsko organizacijsko strukturo, kjer ste vi kot direktor stična vez med posameznimi sektorji?

Da. Potrebno pa je povedati da, se teži postopno k procesni organiziranosti z namenom boljše povezanosti in hitrejšega pretoka informacij.

2. Ali mi lahko poveste oz. predstavite trenutni način vodenja organizacije z vidika vas kot vodje psihiatrične ustanove? (način/ustreznost/mnenje/predlog-i)

a. Na kakšen način sodelujete s svojimi podrejenimi? Kako jih vključujete pri skupnem sodelovanju?

Odvisno zakaj gre. O določenih zadevah je potrebno predebatirati (sodelovalni/ svetovalni način), kar se strokovnih vprašanj tiče gre vse preko strokovnih svetov, razen tistih odločitev, ki jih država zahteva (direktivni / usmerjevalni način) pa je potrebno tako ali drugače

sprovest. Ene so diskutabl, druge pa niso. Pomembna je določena selekcija odločitev, usklajevanja (npr. elektronski recepti in seveda na dokazih temelječa praksa, če hočemo delati dobro.

b. Na kakšen način pa se lotite uvajanju sprememb?

Na žalost se pogosto nekdo drug spomni in nemalokrat je skregano s stroko. Večkrat smo priča pavšalnih odločitev, ki so meni vprašljive, predvsem strokovno ozadje le teh. To je politika, kjer je tu vprašljiva vloga RSK in še česa drugega. Ne bi smelo biti večinsko odločanje na ministrstvu ker je dostikrat za prakso škodljivo, a se vseeno konstantno dogaja. Uvajanje sprememb je pogosto direktivno, dostikrat v kratkem časovnem obdobju, kar privede nemalokrat, da se sama zadeva upira in ne deluje motivirajoče. Poskušas narediti čim manj da je škodljivo, vendar so nebuloze konstanta.

3. Ali bi lahko opredelili oz. predstavili trenutno doktrino (IO) oz. način/e obravnave duševnih motenj in njene značilnosti? (prednosti/slabosti)

Trenutni prevladujoči način obravnave duševnih motenj v praksi procentualno gledano je institucionalna obravnava. Zanje je značilna centralizacija, se pravi hierarhična struktura kot sem že omenil. Obstajajo določena pravila, navodila..., ki se jih treba držati, da vodijo k skupnim ciljem in interesom.

4. Kaj pa prednosti in slabosti (IO)?

Prednost (IO) je predvsem v njeni racionalnosti. Vse potrebne službe so več ali manj na enem mestu. Namreč v skupnosti ne moreš začeti psihiatrične obravnave z diagnostiko in uvajanje terapije (doziranje, titriranje,..) tudi z vidika kontrole, motiviranja, za to je potrebna inštitucija.

Za slabost bi lahko šteli nekoliko statičnost, včasih je problem v prenosu informacij ampak pri nas morda niti ne toliko glede na velikost organizacije.

5. Kakšen je vpliv institucionalne psihiatrične obravnave (IO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije?

Vpliv institucionalne psihiatrične obravnave nam prikazuje organigram se pravi, da gre za kot sva prej dorekla poslovno-funkcijsko strukturo z mešanico načinov vodenja kot sem že prej omenjal.

6. Ali bi lahko opredelili oziroma katere so značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave (SO) in razlogi/ovire za implementacijo v praksi? (značilnosti/prednosti/slabosti)

Značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave se odražajo predvsem v tem, da gre za odprtost delovanja, zagotavljanje kontinuitete obravnave in mobilnost multidisciplinarnega tima. Sam tim deluje na demokratičen način s poudarkom na horizontalni povezavi. Razlogi za implementacijo (SO) v praksi je predvsem praktičnost, saj vstopa v življenjsko okolje, kjer posameznik živi. Na ta način se dosega najvišja stopnja kakovosti življenja posameznika z duševno motnjo z namenom preprečevanja poslabšanj in dodatnega bremena tako za posameznika kot za državo.

a. Kaj pa potemtako prestavljajo morebitne ovire za implementacijo?

Ovire so predvsem če pogledamo s stroškovnega vidika. Dosedanji način financiranja po primeru je nerealen, pa še kaj drugega bi se našlo.

7. Kakšen je vpliv (SO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije? (ev. dodatne zahteve z vidika organizacije in vodenja)

Predvsem gre tukaj za enakopravno sodelovanje vseh članov tima, timsko delo in potemtako seveda s skupnim interesom. Vodenje je v smislu koordiniranja posameznih izvajalcev za skupno doseganje želenega pri posamezniku z duševno motnjo, kjer je tudi sam aktiven.

8. Katere so prednosti in slabosti (SO) v primerjavi z (IO)?

Prednost (SO) v primerjavi z (IO) je fleksibilnost, kontinuiteta, odprtost, multidisciplinarnost delovanja in sodelovanja vseh v to vključenih.

9. Ali obstaja sinergična povezava med (IO) in (SO), kje ter na kakšen način?

Povezava med (IO) in (SO) obstaja, se dopolnjujeta. Del posameznikov z duševno motnjo potrebuje obravnavo v smislu podpore tudi po odpustu iz bolnišnice (IO), z jasnim rehabilitacijskim načrtom, v domačem okolju, kar je za doseganje posameznih ciljev pri posamezniku sigurno stvar stroke in njenega delovanja tudi izven okvirov inštitucije.

10. Ali menite, da (IO) in (SO) duševnih motenj zahtevata vsaka svojo (lastno) organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove ter zakaj? (subjektivno mnenje, kako se odvija v organizaciji)

Da, do neke mere. Stroka je stroka. Cepljenje (ločevanje) sicer ni v redu. Kar pa v praksi ni dobro pa je podvajanje ali potrojevanje obravnave/timov. Timi v okviru hospotala in socialni timi zunaj (CSD). Tu se je potrebno uskladiti (kadrovsko, profesionalno, finančno). Pomembna enotna doktrina, poznavanje problema, izkušnje in znanje. Osnovni problem ker se gleda skozi denar in ne glede na pacienta. Če se denar da v stroko, se vsaj ve kam gre.

11. Kakšna so vaša predvidevanja za naprej glede organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove ozirajoč se tudi na trenutno ekonomsko in zdravstveno stanje, uspešnost poslovanja ter obstoječe smernice in zakonske podlage (evropski plan za duševno zdravje, konvencije, prevladujočo politiko, kolektivno prepričanje,...) in tudi glede na premik/spremenjeno razmerje med (IO) in (SO)?

Menim, da se struktura populacije spreminja, več je stresnih motenj, več je depresivnosti, treba je malo prilagajati delo, vendar v kakšne bistvene spremembe glede organizacije in kadra ne bo šlo.

12. Katera so vaša izhodišča in predlogi za izboljšanje delovanja v praksi na področju duševnega zdravja? (tudi z vidika uspešnega in učinkovitega delovanja v javnem sektorju)

Predlogi so predvsem, da se posluša stroka, ne pa tendence posameznikov. Vse odločitve o organizacijskih spremembah bi morale upoštevati stroko. Slovenska psihiatrična stroka ni slaba in sledi vsem svetovnim trendom nove psihiatrije. Kapacitete v stroki so, ki lahko postavi dobre temelje za naprej in delovanje psihiatričnih bolnic. Pri sodelovanju med bolnišnicami so še rezerve, tukaj se še deluje po principu sosedovega plota. Trendi so da se

pri oblikovanju in razvoju, npr. kliničnih poti, sodeluje. Tudi v primeru skupnostne psihiatrije vsaka bolnica po svoje pelje, kakor se je kdo pač znašel.

13. Kakšna bi morala biti organizacijska struktura in način vodenja psihiatrične ustanove, če bi nad primarno institucionalno obravnavo prevladal koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti oziroma skupnostna obravnava? (mnenje, videnje,..)

Bog ne daj, imate primer parih držav, npr. Italija. Skupnostna psihiatrija kot nadstandard da, kot dodatna aktivnost stroke, pa ne more pa nadomestiti posteljnih fondov, ker sicer bomo imeli ljudi na cestah. Ne v smislu, da se bodo upirali ampak bodo živeli na cestah, tako kot v Ameriki. Pri nas inštitucije marsikaj pokrijejo in popravijo. Strah pred inštitucijo je nastal na fakulteti za socialno delo, ki imajo svoje težave, izhajajo iz svojih strahov. Pri njih gre za proti psihiatrično delovanje (deinstitucionalno delovanje). Sanja se jim ne kaj je psihiatrija. Potem bi morali tudi hotele zapreti ker so tudi inštitucija. Predstave o stroki so laični populaciji pogosto napačno predstavljene in posledično slepo sledijo tistim, ki se glasno oglašajo zaradi nekih lastnih interesov ali deficitom znanja o samem področju.

PRILOGA B3: Transkript intervju-a psihiatrične ustanove C

*Zaradi zagotavljanja anonimnosti sem podatke, ki razkrivajo identiteto Psihiatrične ustanove zakodirala in jih prikazala z /.../.

Osnovni podatki o organizaciji

Organizacija/naziv	/.../.
Naslov (ulica, kraj)	/.../.
Nivo v sistemu zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni, terciarni)	Psihiatrična ustanova C je javni zdravstveni zavod , ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni ter izobraževalno in raziskovalno dejavnost na področju zdravstva.
Ustanovitelj	Vlada Republike Slovenije.
Čas ustanovitve	/.../.
Število zaposlenih v psihiatrični ustanovi (mala, srednja ali velika organizacija)	/.../, velika organizacija.
Generalni/strokovni direktor (parafa)	/.../.
Pretekla delovna področja (izkušnje)	/.../.

1. Ali mi lahko predstavite obliko organizacijske strukture in organizirane dejavnosti v vaši psihiatrični ustanovi? (razložiti morajo organigram in dejavnosti, ki jih izvajajo)

Organiziranost Psihiatrične ustanove C opredeljujeta njen Statut in Pravilnik o organizaciji, pristojnostih, pooblastilih in odgovornostih. Psihiatrična ustanova C je organizirana v sektorje kot temeljne organizacijske enote, sektorji pa v notranje organizacijske enote: centre, enote, službe, oddelke, ambulate in samostojna delovna mesta. Psihiatrična ustanova C izvaja svoje strokovne funkcije in naloge znotraj naslednjih sektorjev zdravstvene dejavnosti: /.../. Temeljne dejavnosti na področju zdravstva so tu organizirane na sekundarni in terciarni ravni. Psihiatrična ustanova C izvaja poslovne funkcije in naloge znotraj naslednjih sektorjev in služb: /.../. Zdravstveni sektor sestavljajo strokovno organizacijske enote kot so: /.../. V

okviru zdravstvenega sektorja delujejo tudi sledeče strokovne službe in sicer: /.../. Sektor za /.../ sestavlja /.../ v strokovnih organizacijskih enotah in /.../ v strokovnih organizacijskih enotah. Kot v vsaki dobro organizirani inštituciji je posebej opredeljen sektor za kadrovske in splošne zadeve, ki ga pri nas sestavlja služba za splošne zadeve in služba za kadrovske in pravne zadeve in nazadnje še sektor za /.../ strukturiran iz službe /.../. Naše vodilo delovanja sta v prvi vrsti osnovna cilja in sicer zadovoljstvo uporabnikov z duševno motnjo in kakovost storitev, ki predstavljata tudi našo največjo skrb izhajajoč iz poslanstva, kjer prištevamo vsestransko sodelovanje zdravstvenega osebja s pacientom, prijaznost, strokovnost, znanje in inovativnost. Prizadevamo si, da bi bili v Republiki Sloveniji najboljši in najkakovostnejši ponudnik storitev. Če se ozremo na trenutno organizacijsko shemo je potrebno povedati, da gre za pretežno poslovno-funkcijsko organizacijsko strukturo, v katero na podlagi poslovnika sistema vodenja kakovosti veljavnega z /.../ postopoma vključujemo elemente procesne organizacijske strukture, ki predstavlja sodobnejšo obliko organizacije, saj je pravočasen pretok informacij in odzivnost na zahteve okolja v širšem razumevanj, bistvenega pomena za doseganje zastavljenega.

2. Ali mi lahko poveste oz. predstavite trenutni način vodenja organizacije z vidika vas kot vodje psihiatrične ustanove? (način/ustreznost/mnenje/predlog-i)

Za enkrat se glede na trenutno organiziranost poslužujem avtorskega stila vodenja s tem, da pri sodelovanju vključujem visoko kvalificirane sodelavce, ki imajo pregled na delovanjem v neposrednih delovnih okoljih. Pomembna je določena filtracija odločitev po načelu kar je prav ter zavedanje, da je položaj direktorja samo služba. Pri tem se upošteva tudi načelo enakosti in vzporedno izvajanje kadrovske motivacije za doseganje občutka varnosti, pripadnosti in odličnosti pri vseh zaposlenih. Podpira se vse kar je dobro in s tem kot sem že omenil pripadnost delu z dobro vizijo. Gre za serijo momentov. Ob tem je pomembno spremljanje praks tudi na drugih področjih. Glede na dosedanje rezultate in priznanja menim, da je trenutni način vodenja ustrezen. Dejstvo pa je da, vodenja knjižno ni možno dobesedno opisovati.

3. Ali bi lahko opredelili oz. predstavili trenutno doktrino (IO) oz. način/e obravnave duševnih motenj in njene značilnosti? (prednosti/slabosti)

Trenutni način obravnave duševnih motenj v praksi, ki prevladuje je institucionalna obravnava. Zanj je značilno centralno odločanje in vodenje, pod enotnim vodstvom (hierarhična struktura, discipliniranost in odgovarjanje nadrejenim za svoje delo). Funkcije so razdeljene v optimalno število področij, sektorjev, služb po dejavnostih in vsega kar sem prej povedal pri dejavnostih. Značilna je visoka stopnja formalizacije, se pravi obstajajo pravila, navodila,... Posamezni interesi so podrejeni skupnim interesom, pri čemer je pomembna kakovost storitev na najvišjem nivoju.

a. Kaj pa prednosti in slabosti (IO)?

Prednost (IO) je predvsem v njeni racionalnosti (vse se na enem mestu) in povečani profesionalizaciji. Za slabost bi lahko šteli nekoliko nefleksibilnost, nekoliko počasnejši prenos informacij in s tem zapoznelem reagiranju na potrebe okolja.

4. Kakšen je vpliv institucionalne psihiatrične obravnave (IO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije?

Vpliv institucionalne psihiatrične obravnave nam prikazuje organigram se pravi, da gre za poslovno-funkcijsko strukturo z avtorskim vodenjem, ki vključuje poudarke na ciljih, delegiranju in usmerjanju, ter delnem mentoriranju, kot načinu doseganja poslovne strategije .

5. Ali bi lahko opredelili oziroma katere so značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave (SO) in razlogi/ovire za implementacijo v praksi? (značilnosti/prednosti/slabosti)

Značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave se odražajo predvsem v tem, da gre za zagotavljanje kontinuitete obravnave, decentralizirano organiziranost in mobilnost multidisciplinarnega tima. Za sam tim je značilno, da deluje po sistemu demokratičnosti v odnosih in procesnem povezovanju. Gre za nekakšno podaljšano roko institucionalne obravnave in tvorjenje povezave z okoljem.

Zdaj razlogi za implementacijo (SO) v praksi je predvsem praktičnost (fleksibilnost) saj vstopa v življenjsko okolje, kjer posameznik živi in deluje skupaj z ostalimi zanj pomembnimi. Na ta način se redno spremlja stanje v domačem okolju in se lahko hitro odziva

na trenutne potrebe. Pri tem imamo možnost ustrezno aktivirati tudi ostale službe v okviru skupnostne skrbi, za doseganje najvišje stopnje avtonomnosti in kakovosti življenja posameznika z namenom preprečevanja poslabšanj in s tem dodatnih zapletov kakor tudi stroškov.

a. Kaj pa potemtakem predstavljajo morebitne ovire za implementacijo?

Ovire se kažejo predvsem s finančnega vidika ; veliki stroški – neracionalnost, npr. potrebe po večjem številu osebja in s tem povezana sredstva tudi z vidika geografsko neenakomerno pokritosti s psihiatrično službo v Sloveniji.

6. Kakšen je vpliv (SO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije? (ev. dodatne zahteve z vidika organizacije in vodenja)

Ni odgovora.

7. Katere so prednosti in slabosti (SO) v primerjavi z (IO)?

Prednost (SO) v primerjavi z (IO) je decentraliziranost, kontinuiteta, odprtost,...

8. Ali obstaja sinergična povezava med (IO) in (SO), kje ter na kakšen način?

Povezava med (IO) in (SO) obstaja, saj se glede na način lastnega delovanja dopolnjujeta. Praksa nam je namreč pokazala, da del posameznikov z duševno motnjo potrebuje obravnavo tudi po odpustu iz bolnišnice (IO), se pravi jasen rehabilitacijski program, ki se nadaljuje v domačem okolju z ustrezno strokovno podporo (SO).

9. Ali menite, da (IO) in (SO) duševnih motenj zahtevata vsaka svojo (lastno) organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove ter zakaj? (subjektivno mnenje, kako se odvija v organizaciji)

Da, do neke mere, vendar načeloma bistveno ne. Na koncu je vseeno kje si direktor. Določeni postopki so drugačni, vendar so ključne pri tem izkušnje in znanje ter maksimalna seznanjenost s problemom.

10. Kakšna so vaša predvidevanja za naprej glede organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove, ozirajoč se tudi na trenutno ekonomsko in zdravstveno stanje, uspešnost poslovanja ter obstoječe smernice in zakonske podlage (evropski plan za

duševno zdravje, konvencije, prevladujočo politiko, kolektivno prepričanje,...) **in tudi glede na premik/ spremenjeno razmerje med (IO) in (SO)?**

Menim, da bo v prihodnosti velik presežek naredila tele- medicina. Novosti pri nas uvajamo na mehko, ker je težko (krizni management, primer računovodstvo, pomemben je izbor najboljšega in racionalizacija s kadri). Trenutno smo v fazi prepričevanja ljudi za spremembe in novosti, kjer je pomembna kreativnost. Pri nas zelo dobro napreduje zdravstvena nega. Za spremembe je kot je bilo že omenjeno dobro poznavanje področja in ustrezno nagrajevanje.

11. Katera so vaša izhodišča in predlogi za izboljšanje delovanja v praksi na področju duševnega zdravja? (tudi z vidika uspešnega in učinkovitega delovanja v javnem sektorju)

Ni bilo podanega odgovora. (prekinitev zaradi obveznosti s strani intervjuvanca)

12. Kakšna bi morala biti organizacijska struktura in način vodenja psihiatrične ustanove, če bi nad primarno institucionalno obravnavo prevladal koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti oz. (SO)? (mnenje, videnje .., na koncu vprašanje ali skupnostna psihiatrična obravnava prevlada)

Ni bilo podanega odgovora. (prekinitev zaradi obveznosti s strani intervjuvanca)

PRILOGA B4: Transkript intervju-a psihiatrične ustanove D

*Zaradi zagotavljanja anonimnosti sem podatke, ki razkrivajo identiteto Psihiatrične ustanove zakodirala in jih prikazala z /.../.

Osnovni podatki o organizaciji

Organizacija/naziv	/.../.
Naslov (ulica, kraj)	/.../.
Nivo v sistemu zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni, terciarni)	Psihiatrična ustanova D predstavlja javni zdravstveni zavod , ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni ter izobraževalno in raziskovalno dejavnost na področju zdravstva.
Ustanovitelj	Vlada Republike Slovenije.
Čas ustanovitve	/.../.
Število zaposlenih v psihiatrični ustanovi (mala, srednja ali velika organizacija)	/.../.
Generalni/strokovni direktor (parafa)	/.../.
Pretekla delovna področja (izkušnje)	/.../.

1. Ali mi lahko predstavite obliko organizacijske strukture in organizirane dejavnosti v vaši psihiatrični ustanovi? (razložiti morajo organigram in dejavnosti, ki jih izvajajo)

Organiziranost opredeljuje njen Statut, akti, odloki, pravilnik o organizaciji, ... Oddelek za psihiatrijo spada pod /.../ in je organiziran znotraj samostojnih medicinskih oddelkov. Predstojnik oddelka je hkrati strokovni vodja, ki neposredno odgovarja generalnemu direktorju /.../. Temeljne dejavnosti na področju zdravstva so tu organizirane na sekundarni ravni. Oddelek za psihiatrijo ima cca. /.../ postelj in na leto obravnava več kot /.../ bolnikov. Imamo oddelke za /.../, ni pa za /.../, nato še /.../ oddelka, v nadaljevanju potem sta še /.../ oddelk, ter tisto kar /.../ je enota za /.../, ki je ločena. Potem je tukaj še /.../ dejavnost tako kot povsod, skupnostna psihiatrična obravnava, kjer jih je trenutno /.../ v obravnavi. V /.../

obravnavi pa jih imamo trenutno /.../. Naše delo temelji predvsem na sodobnih pristopih, ki delujejo v smeri opolnomočenja posameznika z duševno motnjo, obvladovanja bolezni, rehabilitacije in detabuizacije psihiatrije kot take. Zdaj vodje oddelkov pri nas uradno ni zato, ker bi vodja oddelka moral imeti /.../, za odgovornost bi moral potemtakem biti sistemiziran in /.../, vendar ni. Predlogi za načrtovanje ali predlogi za spremembe se izvajajo interno /.../ potem pa to usklajujemo z zavarovalnico in vodstvom bolnice. Vse ostale predloge, kjer pa ne gre za nek nov program temveč za spremembo delovanja, uskladimo tu. Če gre za organizacijsko ali kadrovske spremembe je potrebna odobritev generalnega direktorja. Če se ozremo na organizacijsko shemo Psihiatrične ustanove D, bi lahko rekli, da je /.../ /.../, kjer gre za povezovanje v oddelke in sicer glede na storitve in glede na dano funkcijo. Gre za nekakšno dvojno vodenje, kjer pa je dobra komunikacija in uporaba ustreznih komunikacijskih tehnologij, tudi z vidika velikosti /.../, še kako pomembna.

2. Ali mi lahko poveste oz. predstavite trenutni način vodenja organizacije z vidika vas kot vodje psihiatrične ustanove? (način/ustreznost/mnenje/predlog-i)

Če gre za strokovne zadeve delamo timsko, zato da se vsi skupaj pogovorimo, da vemo za kaj gre, medtem pa če gre za organizacijske ali formalne zadeve npr. nov formular, akreditacija,... ni neke demokracije in jih je potrebno izvest delegiranje.

3. Ali bi lahko opredelili oz. predstavili trenutno doktrino (IO) oz. način/e obravnave duševnih motenj in njene značilnosti? (prednosti/slabosti)

Trenutni način obravnave duševnih motenj v praksi, ki prevladuje je institucionalna obravnavna, katere prednost je, da imamo vse na enem mestu, nivojska strukturiranost. Za delovanje obstajajo pravila, navodila, klinične poti, protokoli, ki vodijo v enotno doktrino.

a. Kaj pa prednosti in slabosti (IO)?

Prednost (IO) je predvsem v njeni racionalnosti (vse se na enem mestu že zaradi kontakta in ev. potrebe po sestavljanju timov. Za slabost bi lahko šteli nekoliko nefleksibilnost, če se npr. skliče tim na centru za socialno delo /.../, mreža zunaj pa je deficitarna lahko nastane problem in s tem zapoznelo reagiranje na potrebe okolja. Zadeve tečejo, kot sem že rekel, po hierarhiji tudi v smislu prenosa informacij glede na strukturo organizacije.

4. Kakšen je vpliv institucionalne psihiatrične obravnave (IO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije?

Organizacija v inštituciji mora imeti neko funkcionalno strukturo z jasnimi opredelitvami za nemoteno delovanje. Naloge, in vse kar sodi zraven, morajo biti jasno opredeljeni kakor tudi inštrumenti, ki se pri tem uporabljajo. Vodenje mora biti tu v smeri doseganje željenega na čim bolj racionalen način.

5. Ali bi lahko opredelili oz katere so značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave (SO) in razlogi/ ovire za implementacijo v praksi? (značilnosti/prednosti/slabosti)

Značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave so predvsem v tem, da gre za odprto delovanja, zagotavljanje kontinuitete obravnave, nudenje pomoči pri reševanju zadev na sodiščih, sodnih postopkih in mobilnost samega tima. Za sam tim je značilno, da gre za enakopravnost članov. Na teren hodi /.../ ter /.../. Gre za timsko strukturo.

Zdaj razlogi za implementacijo (SO) v praksi so sigurno predvsem z vidika dostopnosti psihiatrične službe. Na ta način se spremlja posameznika doma in se lahko hitro odzovemo na potrebe in dosežemo kvalitetnejše življenje , vendar pri nas ni bilo zaznati bistven doprinos pri zmanjševanju sprejemov v bolnišnico. Statistika, ki odraža prednosti je nekoliko poenostavljena, vendar se izkazuje kot uspešna oblika pomoči, ki pripomore h krajšanju števila hospitalizacij.

a. Kaj pa potemtako prestavljajo morebitne ovire za implementacijo?

Slabost pa je v podvajanju oziroma v potrojevanju timov (bolnica, centri za socialno delo in sedaj še primarni nivo) in se zgodi npr. po parih mesecih, da ugotovimo da imamo skupnega pacienta. Mreža in prenos informacij je slaba.

b. Kako bi to rešili?

Reševali bi jo lahko s sistemizacijo in vsi, ki delajo naj se določijo z imenom in primikom in so dlje na delovnih mestih.

6. Kakšen je vpliv (SO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije? (ev. dodatne zahteve z vidika organizacije in vodenja)

Vpliv (SO) glede na način delovanja in ostale značilnosti sigurno v smeri demokratičnega timskega delovanja in sodelovanja.

7. Katere so prednosti in slabosti (SO) v primerjavi z (IO)?

Prednost (SO) v primerjavi z (IO) je decentralizacija, kontinuiteta, demokratičnost odnosov, enakopravnost odločanja in sodelovanja, čemur sledi timsko delo.

8. Ali obstaja sinergična povezava med (IO) in (SO), kje ter na kakšen način ?

Da obstaja, se dopolnjujeta.

9. Ali menite, da (IO) in (SO) duševnih motenj zahtevata vsaka svojo (lastno) organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove ter zakaj? (subjektivno mnenje, kako se odvija v organizaciji)

Ne, niti v organizaciji niti v vodenju, itak so povezane.

10. Kakšna so vaša predvidevanja za naprej glede organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove ozirajoč se tudi na trenutno ekonomsko in zdravstveno stanje, uspešnost poslovanja ter obstoječe smernice in zakonske podlage (evropski plan za duševno zdravje, konvencije, prevladujočo politiko, kolektivno prepričanje,...) **in tudi glede na premik/ spremenjeno razmerje med (IO) in (SO)?**

Inštitucija kot taka bo ostala, ker za npr. zapletene primere, akutna stanja diagnostike ne moreš delati ambulantno ali na terenu, mogoče kakšen model npr. kakšen outreach zunaj za te paciente, ki niti ne bi prišli sem, pa se jim probati približati na ta način. Tudi geriatrija brez inštitucije ne gre. Srečo imamo, da imamo internistiko /.../ in smo del /.../.

11. Katera so vaša izhodišča in predlogi za izboljšanje delovanja v praksi na področju duševnega zdravja? (tudi z vidika uspešnega in učinkovitega delovanja v javnem sektorju)

Ključno vlogo ima sistemizacija in z njo jasne opredelitve, kdo, kaj, zakaj, kako. Veliko vlogo za samo organizacijo na sploh je izobraževanje in raziskovalno delo z namenom dobrega delovanja in sledenju novostim.

12. Kakšna bi morala biti organizacijska struktura in način vodenja psihiatrične ustanove, če bi nad primarno institucionalno obravnavo prevladal koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti oz. (SO)? (mnenje, videnje ..., na koncu vprašanje ali skupnostna psihiatrična obravnava prevlada)

Ne, do prevlade (SO) nad (IO) na dolgi rok do tega ne more priti, ker pacienti, ki so komorbidni, s težko obliko bolezni, potem ko se jih izključi po enem letu ali če jih skupnostna ne zmore ali ne zna, končajo /.../ na forenziki. Zato to ni diskutabl, namreč razen v dveh državah (npr. pri Škotih), so pri prevladi (SO) zaznali povečanje forenzičnih pacientov.

PRILOGA A5: Transkript intervjuja psihiatrične ustanove E

*Zaradi zagotavljanja anonimnosti sem podatke, ki razkrivajo identiteto Psihiatrične ustanove zakodirala in jih prikazala z /.../.

Osnovni podatki o organizaciji

Organizacija/naziv	/.../.
Naslov (ulica, kraj)	/.../.
Nivo v sistemu zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni, terciarni)	Psihiatrična ustanova E je javni zdravstveni zavod , ki opravlja zdravstveno dejavnost sekundarni in terciarni ravni ter izobraževalno in raziskovalno dejavnost na področju zdravstva (en del obravnave pa se izvaja tudi na primarnem nivoju).
Ustanovitelj	Vlada Republike Slovenije.
Čas ustanovitve	/.../.
Število zaposlenih v psihiatrični ustanovi (mala, srednja ali velika organizacija)	/.../.
Generalni/strokovni direktor (parafa)	/.../.
Pretekla delovna področja (izkušnje)	/.../.

1. Ali mi lahko predstavite obliko organizacijske strukture in organizirane dejavnosti v vaši psihiatrični ustanovi? (razložiti morajo organigram in dejavnosti, ki jih izvajajo)

Organiziranost Psihiatrične ustanove E opredeljujeta njen statut in zakoni, uredbe, pravilniki, interni akti zavoda,... Psihiatrična ustanova E je organizirana v sektorje kot organizacijske enote, sektorji pa v notranje organizacijske enote: enote, službe, oddelke, ambulate... Svoje strokovne funkcije in naloge izvaja znotraj naslednjih sektorjev in sicer /.../. Za področje zdravstva so organizirane dejavnosti na, sekundarni in terciarni ravni, en del pa tudi na primarni ravni. Bolnišnično dejavnost na eni strani predstavlja /.../ oddelkov: /.../. Kot del medicinskega sektorja so tukaj še /.../. Pomemben del tega sektorja je zlasti glede presoje in

odločanja strokovni medicinski svet in glede na število zaposlenih služba /.../ z glavno medicinsko sestro. Izven bolnišnično dejavnost pa predstavljajo /.../ tudi na primarnem nivoju na /.../. V /.../ so se povečale /.../. Splošni sektor ima svojega vodjo, ki je hkrati pomočnik generalnega direktorja. Sem sodijo /.../. Finančni sektor, ki ima tudi svojega vodjo pa sestavljata /.../. Kot je že omenjeno imajo ti sektorji svoje vodje, ki so tako imenovani pomočniki direktorja za posamezna področja. Vse te dejavnosti predstavljajo nujno podporo pri izvajanju zdravstvenega varstva.

a. Sama organizacijska struktura je kakšna?

Vodstvo je dvotirno (strokovni in ekonomski direktor) in se borimo, da tako ostane, ker je zelo učinkovito. Potem so tu navzdol vodje služb /.../ in vodja /.../. V bolnišnici gre za hierarhično strukturo, z razdelitvijo v sektorje, kar je razvidno iz organigrama.

b. Če pogledamo organigram, ali lahko rečemo, da gre za poslovno-funkcijsko organizacijsko strukturo?

Da, vendar je potrebno poudariti, da se intenzivno dela tudi na izboljšanju procesov dela kakor tudi na njihovi poenostavitvi za doseganje večje kakovosti, učinkovitosti delovanja in varnosti pri obravnavi posameznika z duševno motnjo. Dejavnost Psihiatrične ustanove E je v osnovi usmerjena v prewencijo, diagnosticiranje in zdravljenje duševne bolezni. Z učinkovitimi metodami zdravljenja si prizadevamo za čim prejšnjo ozdravitev oseb, ki poiščejo pomoč v bolnišnici, spodbujanje njihove samostojnosti in funkcionalnosti tudi v domačem okolju. Prizadevamo si za nenehno izboljševanje naših storitev, zmanjševanje trajanja hospitalizacij, zanesljivo podporo pacientom po odpustu iz bolnišnice, odpravljanje stigme in socialne izključenosti. Cilji našega dela ostajajo enaki. Kot je že rečeno varna in strokovna obravnava, celosten pristop k zdravljenju, učinkovitejše sodelovanje z zdravstvenimi in socialnimi službami na terenu, boljša dostopnost do zdravstvenih storitev, večja intenzivnost dela, ponudba novih programov oz. storitev. Psihiatrična ustanova E bo še naprej intenzivirala delo v programih dnevnega hospitala, specialistične ambulantne obravnave in psihiatričnega zdravljenja v skupnosti.

2. Ali mi lahko poveste oz. predstavite trenutni način vodenja organizacije z vidika vas kot vodje psihiatrične ustanove? (način/ustreznost/mnenje/predlog-i)

Za enkrat se glede na trenutno organiziranost poslužujem demokratskega stila vodenja s tem, da pri pripravi določenih tematskih vsebin in vpeljevanju vključujem za pomoč strokovno medicinski svet (/.../), vodilne sodelavce, ki delujejo neposredno v posameznih delovnih okoljih.

a. Na kakšen način pri tem uvajate spremembe?

V vsakem primeru tu vključujem ekipo vodij, posameznih služb, ker na ta način lažje uvajamo neko novo aktivnost. V stroki so mnoge vsebine že postavljene skozi smernice. Strokovne stvari so določene ali pa imajo neko referenco v literaturi na državnem nivoju ali praksi drugje. Zelo dobro sodelujem pri nekaterih sistemskih vsebinah (npr. kakovost) z glavno medicinsko sestro /.../, kjer ima le ta dokaj samostojno vlogo in tako doprinese svoj del v delovanje organizacije.

3. Ali bi lahko opredelili oz. predstavili trenutno doktrino (IO) oz. način/e obravnave duševnih motenj in njene značilnosti? (prednosti/slabosti)

Trenutni prevladujoči način obravnave duševnih motenj v praksi, je bolnišnična obravnava. Glede tovrstne obravnave je v praksi še vedno nekoliko preveč predsodkov kaj je inštitucija kaj ni. Tudi v sodobni psihiatriji npr. pri psihozi je potrebno intenzivno zdravljenje v ustanovi, da ne prihaja do pogostih poslabšanj. Zanja je značilno pretežno centralno odločanje in vodenje, pod enotnim vodstvom (hierarhična struktura, discipliniranost in odgovarjanje nadrejenim za svoje delo) z linijskim upravljanjem. Prednost se kaže predvsem morda v koncentraciji znanja na enem mestu, podpora drugih služb, racionalnosti ter v hitremu preusmerjanju, npr. na /.../ oddelek iz intenzivne obravnave in s tem so povezani do neke mere manjši stroški,... Slabost je predvsem mogoče opredeliti v občasni počasni komunikaciji oziroma prepočasnemu prenosu informacij med posameznimi službami kar morda izhaja iz kulture komuniciranja, ker smo Slovenci bolj zaprti in s tem slabši koordinaciji med posameznimi področji.

4. Kakšen je vpliv institucionalne psihiatrične obravnave (IO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije?

Vpliv institucionalne psihiatrične obravnave je takšen kot smo že poprej omenili, da je struktura hierarhična, s horizontalnimi povezavami, pravili,... Vodenje se izvaja glede na zahteve postavljenih strategij, standardov, z vključevanjem vodij posameznih enot«.

5. Ali bi lahko opredelili oz. katere so značilnosti skupnostne psihiatrične obravnave (SO) in razlogi/ ovire za implementacijo v praksi? (značilnosti/prednosti/slabosti)

V skladu s strategijo na nivoju države za skupnostno psihiatrično obravnavo se značilnosti odražajo predvsem v tem, da gre za podaljšano roko institucionalne obravnave, na nek način odprt sistem delovanja z namenom zagotavljanje kontinuitete s mobilnim timom. Tu se sprejemajo pacienti tako iz bolnišnice kot iz terena z oblikovanjem individualnega načrta.

Zdaj, razlogi za implementacijo (SO) v praksi je bila ta oblika dela zelo lepo sprejeta, podprta hkrati pa so vzporedno bila postavljena velika pričakovanja. Predvsem gre tu za praktičnost, saj se vstopa v življenjsko okolje posameznikov in odziva na aktualne potrebe. Statistika, ki odraža prednosti je nekoliko poenostavljena, vendar se izkazuje kot uspešna oblika pomoči, ki pripomore k krajšanju in manjšanju števila hospitalizacij.

a. Kaj pa potemtakem predstavljajo morebitne ovire za implementacijo?

Menim, da je stvar zelo živa in ne vidim razloga za ovire tudi s finančnega vidika. Trenutno imamo /.../ v okviru bolnišnice, ki si deli obravnave regijsko.

6. Kakšen je vpliv (SO) na organizacijsko strukturo in vodenje organizacije? (ev. dodatne zahteve z vidika organizacije in vodenja)

Tu prevladuje predvsem timsko delovanje kar je nadgradnja predhodnega. V timu se postavlja koordinator z namenom usklajevanja in doseganja ciljev pri obravnavi.

7. Katere so prednosti in slabosti (SO) v primerjavi z (IO)?

Zdaj prednosti (SO) v primerjavi z (IO) so mogoče v kontinuiteti, odprtosti, fleksibilnosti, s poudarkom na enakovrednem odločanju in sodelovanju vseh članov v timu. Slabost lahko občasno predstavlja čas za usklajevanje pri odločitvah ali morebitna nesoglasja.

8. Ali obstaja sinergična povezava med (IO) in (SO), kje ter na kakšen način?

Povezava med (IO) in (SO) obstaja, saj se glede na današnji način obravnave duševnih motenj dopolnjujeta, ne moreta se pa zamenjati. V praksi del posameznikov z duševno motnjo potrebuje obravnavo tudi po odpustu iz bolnišnice (IO) in se lahko nadaljuje v domačem okolju z ustrezno podporo (SO).

9. Ali menite, da (IO) in (SO) duševnih motenj zahtevata vsaka svojo (lastno) organizacijsko strukturo in način vodenja psihiatrične ustanove ter zakaj? (subjektivno mnenje, kako se odvija v organizaciji)

Deloma, odvisno tudi od velikosti same organizacije, ki vključuje tovrstne oblike obravnave.

10. Kakšna so vaša predvidevanja za naprej glede organizacijske strukture in načina vodenja psihiatrične ustanove ozirajoč se tudi na trenutno ekonomsko in zdravstveno stanje, uspešnost poslovanja ter obstoječe smernice in zakonske podlage (evropski plan za duševno zdravje, konvencije, prevladujočo politiko, kolektivno prepričanje,...) in tudi glede na premik/ spremenjeno razmerje med (IO) in (SO)?

Menim, da bosta v prihodnosti še vedno obstajali obe obliki obravnave glede na trend naraščanja duševnih motenj in staranje prebivalstva. Nekoliko bolj intenzivno morda (seveda odvisno od podpore s strani ekonomsko političnega dialoga), se bo povečal obseg skupnostne psihiatrične obravnave in razvoj le te zlasti tudi na primarne nivoju. Organizacijska struktura bo verjetno šla v smeri nekoliko večjega povezovanja, način vodenja pa brez bistvenih odstopanj.

11. Katera so vaša izhodišča in predlogi za izboljšanje delovanja v praksi na področju duševnega zdravja? (tudi z vidika uspešnega in učinkovitega delovanja v javnem sektorju)

Predvsem v podpiranju razvoja (SO), dopolnjevanju, izpopolnjevanju, medsebojnemu usklajevanju psihiatričnih služb, uvajanju dobre prakse, sprejemanje prilagodljivih zakonskih podlag,...

12. (Kakšna bi morala biti organizacijska struktura in način vodenja psihiatrične ustanove če bi nad primarno institucionalno obravnavo prevladal koncept obravnave duševnih motenj v skupnosti oz. (SO)? (mnenje, videnje ..., na koncu vprašanje ali skupnostna psihiatrična obravnava prevlada) Ni odgovora.