

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

ANA STRITAR

**VLOGA SOCIALNIH DELAVCEV V  
ZDRAVSTVU**

MAGISTRSKO DELO

LJUBLJANA, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

ANA STRITAR

**VLOGA SOCIALNIH DELAVCEV V  
ZDRAVSTVU**

MAGISTRSKO DELO

MENTORICA:

doc. dr. ANA MARIJA SOBOČAN

ŠTUDIJSKI PROGRAM:

SOCIALNO DELO Z DRUŽINO

LJUBLJANA, 2016

## **ZAHVALA**

Rada bi se zahvalila mentorici, doc. dr. Ani Mariji Sobočan, za pomoč in podporo pri pisanju magistrske naloge. Svetovala in razjasnila mi je veliko stvari ter se bila vedno pripravljena pogajati.

Hvala vsem, s katerimi sem lahko govorila. Hvaležna sem, da so mi bili pripravljeni zaupati delček svojega življenja in bili odkriti.

Najlepša hvala pa moji družini in prijateljem, ki so bili ob meni v dobrih in slabih trenutkih.

*Vsem, ki kot angeli varuhi bdijo nad ljudmi, ki se borijo za svoje zdravje in življenje*

*Pred vrati bele hiše tiho zdaj stojiš  
hiše, kjer bori življenje se in smrt v  
roki bel papir je, nič ne govoriš čez  
dneve ti nebo pogrinja težek prt.*

*Nikoli ni tišina tako naglas zapela in  
žalost tvoje sreče tako zelo objela.*

*Ob tebi bom ostal in  
boljši bom postal to  
življenje zdaj te rabi  
zame, zate, ne pozabi.*

*Ob tebi bom ostal in boljši bom  
postal kot vsak dan poje zvon  
jutru v poklon jaz te ljubil bom.*

*Jan Plestenjak: Ob tebi bom ostal*

## **POVZETEK ZA DOKUMENTACIJO (PODATKI O MAGISTRSKEM DELU)**

Ime in priimek: Ana Stritar

Naslov magistrskega dela: Vloga socialnih delavcev v zdravstvu

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Število strani: 144

Število tabel: 0

Število grafov: 0

Število bibliografskih opomb: 16

Število prilog: 2

Mentorica: doc. dr. Ana Marija Sobočan

## POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

**Ključne besede:** socialni delavci in socialne delavke; zdravstvo; zdravstveno osebje; ljudje, ki se zdravijo; svojci; timsko delo.

### Povzetek

V teoretskem uvodu je povzet pregled dela na področju socialnega dela v zdravstvu. Na začetku so definirani zdravje, bolezen in socialne determinante zdravja. Opisana sta medicinski in socialni model obravnave ljudi. Navedeni so pomembnejši deli zakonodaje na področju zdravstva – Zakon o pacientovih pravicah in Zakon o duševnem zdravju (nadzorovana obravnava in obravnava v skupnosti), saj je veliko socialnih delavcev, ki so sodelovali v raziskavi, zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah. Na kratko je predstavljeno, kako naj bi potekalo medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. Opisane so tudi nekatere socialne službe v zdravstvu, v katerih so zaposleni socialni delavci in delavke, s katerimi sem govorila. Na koncu pa je opisana vloga socialnih delavcev v zdravstvu ter naloge, ki jih imajo.

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization) opredeljuje zdravje kot popolno telesno, duševno in socialno blagostanje in ne zgolj odsotnost bolezni ali okvare<sup>1</sup>. Že davno so ugotovili, da dejavniki iz človekovega okolja lahko pospešujejo ali ovirajo nastanek bolezni ali uspeh zdravljenja. Človekovo zdravje je odvisno od biološkotelesnega in duševnega zdravja, ožjega in širšega socialnega okolja, kakovosti odnosov, finančno-ekonomskega stanja, načina in prostora bivanja ter njegove preteklosti (Eržen 2012: 15).

V nalogi predstavljam kvalitativno raziskavo, ki sem jo opravila s pomočjo delno standardiziranega intervjuja. Vir podatkov je deset poglobljenih pogovorov s socialnimi delavci in delavkami, ki so zaposleni v zdravstvu in prihajajo iz različnih krajev, različnih zdravstvenih ustanov in sektorjev ter oddelkov.

Rezultati so razdeljeni na dvanajst sklopov. Prvi sklop ugotovitev opisuje ljudi, ki se zdravijo, in stiske, s katerimi se soočajo. Drugi sklop ugotovitev opisuje naloge socialnih delavcev, ki jih imajo kot socialni delavci v zdravstvu. Tretji sklop opisuje delo socialnih delavcev s svojci. Četrty sklop opisuje delo socialnih delavcev z zdravstvenim osebjem. Peti sklop ugotovitev opisuje strokovni tim in sodelovanje različnih strokovnih profilov. Šesti sklop opisuje dokumentacijo, ki jo morajo beležiti in urejati. Sedmi sklop ugotovitev opisuje delovno mesto, ki ga opravljajo socialni delavci v zdravstvu. Osmi sklop opisuje jezik, ki ga uporabljajo za poimenovanje ljudi in način govora z njimi. Deveti sklop opisuje supervizijo in intervizijo socialnih delavcev. Deseti sklop ugotovitev opisuje izobraževanja, ki so namenjena dodatnemu strokovnemu znanju in dopolnjevanju. Enajsti sklop opisuje zakonodajo, ki jo morajo upoštevati – posebno Zakon o duševnem zdravju. Zadnji, dvanajsti sklop ugotovitev pa opisuje težave, s katerimi se morajo soočati na delovnem mestu. V sklepnem delu še predlagam, da je največ, kar menim, da lahko storimo takoj, da Fakulteta za socialno delo podpre socialne delavce v zdravstvu ter govori in izobražuje tudi o njih. Socialni delavci predlagajo, da se uvede predmet Socialno delo v zdravstvu. S tem bo socialno delo v zdravstvu postajalo vse močnejše in bolj poznano.

---

<sup>1</sup> Dostopno na: <http://www.who.int/about/en/> (10. 8. 2016).

**Title:** The role of social workers in the health care system

**Key Words:** social workers; health system; health staff; patients; relatives; team work.

**Abstract:**

A theoretical introduction summarizes the work done in the field of social work in the health care system. It provides definitions of health and illness and it explains how health is determined socially. The medical and the social models of treatment are described, and the important parts of health care legislation mentioned – laws of Patient Rights Act and of Mental Health Act (controlled treatment and community treatment) since many social workers that took part in the research are employed in psychiatric institutions. What follows is a short presentation of an ideal interdisciplinary cooperation in medical teams, then a description of certain health care social services where the people that I interviewed are employed. Eventually, the role of health care system social workers is described, as well as the tasks they assume.

World Health Organization defines health as a perfect bodily, mental and social condition and well-being, and not only the absence of an illness or a defect.<sup>2</sup> It was stated long ago that environmental factors can speed up or hinder the progress of a disease or the success of the treatment. A person's health depends on his/her bio-bodily and mental health, larger and narrower social environment, quality of relationships, financial and economic status, the space of his/her being and his/her past (Eržen 2012: 15).

The work I present is a qualitative research, carried out by means of a partly standardized interview. The source of the data are ten in depth talks with health social workers who come from different regions, health institutions, sectors and departments.

The results of the research are divided into twelve parts, of which the first describes the people receiving treatment and the issues they may be facing. The second part of the findings consists of the tasks of social workers as those working in health care. The third part concerns the work of a social worker with relatives. The fourth describes the activities of a social worker directed at medical staff. The fifth offers a description of the team and the cooperation of different profiles within it. The sixth tells about the documentation social workers have to keep. The seventh describes the post of the social worker vis-a-vis the work social worker do in Health Systems. The eighth writes about the language used for the denomination of people and the ways of addressing them. The ninth is about supervision and intervision of social workers, the tenth gives the findings concerning the education meant for the acquisition of additional knowledge and skills. The eleventh summarizes the legislation to follow, and the Mental Health Act in particular. The twelfth and last part of the presentation of findings deals with the troubles social workers come across at work.

In the final part I suggest what remains to be done, i.e. by the Faculty for Social Work. Social workers who work in health care system should be educated accordingly and spoken of (highly, when there is good reason for it). Social workers believe that courses like Social work in health care system should be included in the curriculum, as it will render social workers in health care system stronger, more focused and better known.

---

<sup>2</sup> Available at: <http://www.who.int/about/en/> (10th Aug 2016).

## KAZALO

|                                                        |           |
|--------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Uvod (pregled problematike)</b>                  | <b>1</b>  |
| 1.1. Zdravje in socialne determinante zdravja          | 1         |
| 1.1.1. Definicija zdravja                              | 1         |
| 1.1.2. Definicija bolezni                              | 1         |
| 1.1.3. Socialne determinante zdravja                   | 2         |
| 1.2. Medicinski in socialni model obravnave            | 3         |
| 1.2.1. Medicinski model obravnave                      | 4         |
| 1.2.2. Socialni model obravnave                        | 4         |
| 1.3. Zakonodaja na področju zdravstva                  | 5         |
| 1.3.1. Zakon o pacientovih pravicah                    | 5         |
| 1.3.2. Zakon o duševnem zdravju                        | 6         |
| 1.4. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih      | 9         |
| 1.5. Sociale službe v zdravstvu                        | 12        |
| 1.5.1. Univerzitetni klinični center Ljubljana         | 12        |
| 1.5.2. Zdravstveni dom Murska Sobota                   | 12        |
| 1.5.3. Psihiatrična bolnišnica Vojnik                  | 13        |
| 1.5.4. Splošna bolnišnica Murska Sobota                | 14        |
| 1.5.5. Psihiatrična bolnišnica Begunje                 | 14        |
| 1.6. Vloga socialnih delavcev v zdravstvu              | 15        |
| 1.6.1. Vrstniški podporni delavci                      | 17        |
| <b>2. Problem</b>                                      | <b>18</b> |
| <b>3. Metodologija</b>                                 | <b>23</b> |
| 3.1. Vrsta raziskave, model raziskave in spremenljivke | 23        |

|                                                     |           |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| 3.2. Raziskovalni instrumenti in viri podatkov..... | 24        |
| 3.3. Populacija in vzorčenje (subjekti) .....       | 25        |
| 3.4. Zbiranje podatkov.....                         | 25        |
| 3.5. Obdelava in analiza podatkov.....              | 26        |
| <b>4. Rezultati in razprava .....</b>               | <b>28</b> |
| 4.1. Ljudje, ki se zdravijo .....                   | 28        |
| 4.2. Naloge socialnih delavcev .....                | 34        |
| 4.3. Delo s svojci .....                            | 43        |
| 4.4. Delo z zdravstvenim osebjem.....               | 45        |
| 4.5. Strokovni tim .....                            | 48        |
| 4.6. Dokumentacija.....                             | 51        |
| 4.7. Delovno mesto.....                             | 53        |
| 4.8. Jezik.....                                     | 56        |
| 4.9. Supervizija in intervizija.....                | 57        |
| 4.10. Izobraževanje.....                            | 58        |
| 4.11. Zakonodaja .....                              | 61        |
| 4.12. Težave.....                                   | 64        |
| <b>5. Sklepi .....</b>                              | <b>67</b> |
| <b>6. Predlogi .....</b>                            | <b>77</b> |
| <b>7. Uporabljena literatura.....</b>               | <b>81</b> |
| <b>8. Priloge.....</b>                              | <b>83</b> |
| 8.1. Izjava o avtorstvu.....                        | 83        |
| 8.2. Izjave .....                                   | 84        |

# **1. Uvod (pregled problematike)**

## **1.1. Zdravje in socialne determinante zdravja**

### **1.1.1. Definicija zdravja**

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization) opredeljuje zdravje kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje ter ne samo odsotnost bolezni in nemoči. Opredelitev pomeni idealno ali abstraktno stanje. Drugi pogoj za zdravje pa je kakovost telesa, ki omogoča ljudem, da vodijo individualno, socialno in ekonomsko produktivno življenje. To je bolj življenjska opredelitev zdravja<sup>3</sup>. Že davno so ugotovili, da dejavniki iz človekovega okolja lahko pospešujejo ali ovirajo nastanek bolezni ali uspeh zdravljenja. Človekovo zdravje je odvisno od biološko-telesnega in duševnega zdravja, ožjega in širšega socialnega okolja, kakovosti odnosov, finančno-ekonomskega stanja, načina in prostora bivanja ter njegove preteklosti (Eržen 2012: 15).

### **1.1.2. Definicija bolezni**

Bolezen je prirojena ali pridobljena motnja telesnega ali duševnega delovanja oziroma znaki, ki jih te motnje povzročijo (Česen 2003: 1).

O bolezni pogosto govorimo tudi v kontekstu dolgotrajne bolezni ali tudi »invalidnosti«. Prav na tem področju vidimo, kako se definicije bolezni povezujejo z bolezenskimi diagnozami, diagnoze pa z oznakami, ki lahko tudi diskriminirajo.

Tradicionalne organizacije še danes za ljudi z ovirami uporabljajo poimenovanje »invalidi«. Invalid je človek, ki je zaradi prirojene telesne napake, posledic bolezni in poškodbe le delno sposoben ali nesposoben za fizično delo (SSKJ 2014). Ta pojem je diskriminatoren. Pomembno je, da besedo ali termin invalid zamenjamo s terminoma prizadetost in hendikep. Prizadetost in hendikep označujeta poškodovanost, družbeno prikrajšanost in težave z duševnim zdravjem. Beseda prizadetost vključuje družbeno, telesno in čustveno dimenzijo, ki pa je dejavnik in posledica poškodovanosti. V Sloveniji se je največkrat uporablja izraz hendikep (handicap), ki pomeni prikrajšanost (Zaviršek, v : Šribar 2002: 493).

---

<sup>3</sup> Dostopno na: <http://www.who.int/about/en/> (10. 8. 2016).

### 1.1.3. Socialne determinante zdravja

»Dokazano je, da razmere, v katerih se ljudje rodijo, odrasčajo, živijo, delajo in se starajo pomembno vplivajo na zdravje. Socialni in ekonomski pogoji, kot so revščina, socialna izključenost, nezaposlenost in slabi bivalni pogoji, močno vplivajo na zdravje in zato velik del odgovornosti za zdravje ne nosi neposredno zdravstveni sektor, čeprav je dostopnost do zdravstvenega varstva ena izmed pomembnih determinant zdravja. Politični, družbeni in gospodarski dejavniki določajo razmere, v katerih ljudje živijo in umrejo«<sup>4</sup>.

Gospodarska in socialna politika vplivata na to ali bo človek v življenju imel ali ne bo imel možnosti. Omogočata ali ne omogočata srečno odrasčanje, izkoriščanje človekovih lastnih sposobnosti in uspešno življenje. Zdravstveni problemi bogatih in revnih držav si postajajo čedalje bolj podobni<sup>5</sup>.

Koliko je določena družba razvita, lahko določimo glede na kvaliteto zdravja ljudi, pravično razdelitev zdravja in stopnjo zaščite pred prikrajšanostjo, ki je posledica slabega zdravja<sup>6</sup>.

»Prepričanja o zdravju in bolezni so del širšega razumevanja sveta, v katerem živimo. So del znanja o boleznih, telesnih znakih, socialni vlogi bolnika. Nismo le zdravi ali bolni, temveč se tudi počutimo zdrave ali bolne« (Ule 2012: 205).

Posledice bolezni se ne kažejo samo z biološkimi znaki, ki so opazni na telesu. Pomemben del bolezni se kaže v socialnih dejavnostih, v socialni vlogi in v socialnih odnosih, ki jih ima človek z ostalimi ljudi. Vsaka bolezen se zgodi oziroma razvije v določenih socialnih okoliščinah. Teh socialnih okoliščin pa nikakor ne smemo spregledati pri ugotavljanju posledic in vzrokov bolezni. Simptomi bolezni niso samo znaki sprememb, ki se zgodijo v ali na telesu. Simptomi bolezni ne pustijo sprememb samo na telesu, ampak tudi spremembe v socialnem statusu, samopodobi in kvaliteti medsebojnih odnosov in življenja.

Pomembno je, kaj si ljudje mislimo o bolezni in zdravju ter kako razmišljamo o dejavnostih, o kulturi, v kateri smo, in o odnosih, ki jih imamo med seboj. Bolezen ima

---

<sup>4</sup> Dostopno na: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/) (10. 8. 2016).

<sup>5</sup> Dostopno na: <http://czt.si/socialne-determinante-zdravja.aspx> (10. 8. 2016).

<sup>6</sup> Dostopno na: <http://czt.si/socialne-determinante-zdravja.aspx> (10. 8. 2016).

poleg telesnih posledic tudi socialne in psihološke posledice ter je socialno-kulturno uokvirjena (Ule 2012: 5). Marc Augé (1995: 27, v: Ule 2012: 5) pravi, da je bolezen hkrati najbolj individualna človekova izkušnja in ob tem tudi najbolj socialna izkušnja oziroma dogodek.

Različne mednarodne in nacionalne organizacije (tudi World Health Organization) že dolgo raziskujejo povezanost med zdravjem in revščino. Na zdravje ljudi vplivajo različni družbeni dejavniki. Nanj ima zelo velik vpliv revščina (Leskošek 2012: 21).

Socialno-ekonomske determinante zdravja so materialna prikrajšanost – obvezne življenjske dobrine in dohodek, socialni kapital, brezposelnost in zaposlitev, brezdomnost in stanovanje, poklic in izobraževanje, etničnost in dostopnost, varnost in kriminal, zdravje ter življenjsko okolje. Družbeni vplivi na zdravje so zelo kompleksni. Veliko jih ni dobro razumljenih ali pa so celo spregledani (Leskošek 2012: 21).

Na zdravje ima zelo velik vpliv revščina, ki je družbeni problem. Revno življenje je specifično glede na vsakega posameznika, zato so različne tudi strategije spopadanja z revščino. Odvisne so od dostopnosti do virov, možnosti za izhod iz revščine in družbene moči. Od pripravljenosti in zmožnosti držav je odvisno tudi, v kolikšni meri je zagotovljeno zdravje glede na finančne sposobnosti in družbeni položaj ljudi (Leskošek 2012: 22).

Problematika dostopa do zdravstvenih storitev pri revnih ljudeh se še posebno kaže v državah, kjer je zdravstvo plačljivo in nimajo dostopa do »brezplačnega« javnega zdravstva in zobozdravstva. Zdravljenje bolezni in tudi preventivno zdravstveno oskrbo (ki je namenjena preprečevanju nastanka bolezni) si lahko privoščijo samo bogati ljudje.

## **1.2. Medicinski in socialni model obravnave**

Za razmislek o presečiščih med socialnim delom in medicino je pomembno predstaviti tudi dva osnovna modela obravnave, ki odločno zaznamujeta obe področji. To sta medicinski in socialni model obravnave.

### **1.2.1. Medicinski model obravnave**

Medicinski model obravnave se osredotoča na človekove pomanjkljivosti, ki so razlog za izključenost iz družbe. Človek se mora prilagoditi okoliščinam, če želi imeti kvalitetno življenje. Preučuje stvari, ki so napačne, ne delujejo in odstopajo od družbene norme. Model je statičen, kar pomeni, da je problem nespremenljiv. Spregleda, da je norma ali normalnost družbena konstrukcija, ki jo preko javnih diskurzov ustvarjajo dominantne družbene skupine (Škerjanc 2006: 19).

Osredotočenost na človekove pomanjkljivosti pomeni razločevanje med normalnimi in nenormalnimi ljudmi. Nenormalne s tem izločimo iz družbe. Medicinski model obravnave spregleda človekove talente, sposobnosti in spretnosti ter njegov doprinos k družbi (Škerjanc 2006: 19).

### **1.2.2. Socialni model obravnave**

Socialni model obravnave človeka se imenuje tudi teorija družbenega izključevanja. Razlogi za izključenost iz družbe pri socialnem modelu obravnave so v idealu popolnega telesa in v družbeni organiziranosti. Ljudje, ki odstopajo od norme oziroma ideala, se pri uveljavljanju temeljnih človekovih, socialnih in državljskih pravic soočajo z ovirami. To so družbeni predsodki in stališča ter fizične ovire (Škerjanc 2006: 21).

Zaradi različnih ovir so ljudje izločeni iz delovanja v družbenem dogajanju, izobraževalnega sistema in zaposlitvenega trga. Prikrajšani so tudi za možnost, da bi si ustvarili lastno družino. Človek nima problemov zaradi uma in telesa, ampak zaradi delovanja v družbi ali skupnosti (prav tam).

Pri iskanju vzrokov in ukrepov za odpravljanje ovir osredotočenost na čutne, fizične ali telesne ter ostale psihofizične ovire ne pomaga (prav tam).

Socialni model obravnave išče ovire, ki ljudem preprečujejo kvalitetno življenje in popolno vključitev v skupnost. Pri vsem je najbolj pomembna socialna pravičnost. Cilj socialnega modela je uresničevanje socialnih, državljskih in političnih pravic ter kvalitetno življenje ljudi, ki so izključeni iz družbe (prav tam).

Teorija družbenega izključevanja oziroma socialni model obravnave verjame, da je problem okolje, ki onesposablja (Škerjanc 2006: 22).

Socialni delavci in socialne delavke so tisti člen zdravstva, ki spodbuja in uporablja socialni model obravnave ljudi. Socialni delavci in delavke edini v zdravstvu kompleksnejše razumejo, kako ljudje živijo in kakšne so njihove potrebe.

### **1.3. Zakonodaja na področju zdravstva**

Socialni delavci in delavke morajo pri vsakodnevnem delu dobro poznati zakonodajo. Poznati morajo različne pravice in dolžnosti ljudi, ki se zdravijo, ter njihovih svojcev.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) ali angleško World Health Organization (WHO) ima vodilno vlogo na področju zdravstva na svetovnem nivoju. Izvaja raziskave o zdravju, postavlja standarde in norme, oblikuje zdravstvene politike, državam nudi tehnično podporo ter ocenjuje in spremlja trende v zdravstvu<sup>7</sup>. Namen Svetovne zdravstvene organizacije je pomagati vsem ljudem na svetu, da bi imeli čim boljše zdravje.

Zdravstvena oskrba ima tri ravni. Primarna raven so zdravstveni domovi, sekundarna raven zajema ambulantne in bolnišnične specialistične dejavnosti, terciarna raven pa so klinike in inštituti. Ostale ravni pa so na primer naravna zdravilišča ... (Česen 2003: 10).

Slovensko zdravstvo je razdeljeno na devet regij ali območnih enot: območna enota Celje, območna enota Koper, območna enota Kranj, območna enota Ljubljana, območna enota Ravne na Koroškem, območna enota Novo mesto, območna enota Nova Gorica, območna enota Murska Sobota in območna enota Maribor<sup>8</sup>.

#### **1.3.1. Zakon o pacientovih pravicah**

Socialni delavci in delavke so zagovorniki ljudi, ki se zdravijo, zato morajo poznati Zakon o pacientovih pravicah.

Pacientove pravice so: »pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev; pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi; pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev; pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe; pravica do spoštovanja pacientovega časa; pravica do obveščenosti in sodelovanja; pravica do samostojnega odločanja o

---

<sup>7</sup> Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/who> (10. 8. 2016).

<sup>8</sup> Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/who> (10. 8. 2016).

zdravljenju; pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje; pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja; pravica do drugega mnenja; pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo; pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov; pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic in pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic« (Ur. l. RS, št. 15/2008, 5. člen).

### **1.3.2. Zakon o duševnem zdravju**

Glavna poglavja Zakona o duševnem zdravju bom opisala, ker je veliko mojih sogovornikov in sogovornic zaposlenih v psihiatričnih ustanovah. Vsi so ga omenjali, saj je zelo pomemben za njihovo delo. Pri rezultatih sta večkrat omenjena pojma nadzorovana obravnava in obravnava v skupnosti, zato menim, da je prav, da ju razložim, saj se bo tako bolje vedelo, o čem pišem v rezultatih, ko omenjam te pojme.

#### **Nadzorovana obravnava**

##### ***Pogoji za nadzorovano obravnavo***

»Nadzorovana obravnava je obravnava 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« (Ur. l. RS, št. 46/15, 80. člen). Da je zdravljenje izvedljivo, morajo biti izpolnjeni določeni pogoji:

- človek ima ponavljajočo se in težko duševno motnjo,
- človek je ogrožal zdravje, življenje in premoženje sebe ter drugih,
- ogrožanje zdravja, življenja in premoženja sebe ter drugih je posledica duševne motnje, zaradi katere človek ne zna obvladati svojega ravnanja in nima realne presoje,
- človek se je brez njegovega dovoljenja zdravil v psihiatrični ustanovi in □ človek ima možnost, da se zdravi doma.

Če so izpolnjeni pogoji, se lahko vloži predlog za zdravljenje v nadzorovani obravnavi. Sprejem se opravi po sklepu sodišča. Direktor psihiatrične bolnišnice lahko predlaga nadaljevanje zdravljenja v nadzorovani obravnavi. To je možno večkrat podaljšati, vendar samo za pol leta. Predlog je treba vložiti petnajst dni pred odhodom iz bolnice (Ur. l. RS, št. 46/15, 80.–83. člen).

### ***Koordinator nadzorovane obravnave***

Koordinatorja nadzorovane obravnave določi sodišče, predlaga pa ga psihiatrična bolnišnica. Njegova naloga je spremljati in koordinirati posamezne ljudi, ki to potrebujejo. Koordinator nadzorovane obravnave mora imeti:

- narejen izpit za koordinatorja nadzorovane obravnave,
- najnižjo izobrazbo socialne, zdravstvene, psihološke ali pedagoške smeri,
- tri leta izkušenj na področju duševnega zdravja, ne sme biti obsojen.

Njegovo delo strokovno kontrolira psihiatrična bolnišnica, kjer je zaposlen, plačuje ga ministrstvo za zdravje. Delo koordinatorja nadzorovane obravnave je, da:

- človeka celostno podpira,
  - koordinira izvajanje načrta,
  - z delovno skupino, zastopnikom in človekom naredi načrt nadzorovane obravnave.
- Člani delovne skupne, ki jo imenuje direktor psihiatrične bolnišnice, so zdravniki, medicinske sestre, socialni delavci, bližnje osebe in ostali strokovnjaki.

Koordinator nadzorovane obravnave mora molčati o vsem, kar izve o človeku – o osebnih, socialnih in družinskih stvareh ter o zdravstvenem stanju. Od človeka mora zahtevati, da se zdravi po načrtu nadzorovane obravnave in da gre na zdravstvene dejavnosti, ki so obvezne. Zahteva lahko tudi, da živi v določenem kraju oziroma da ima dostop do tega kraja. Koordinator nadzorovane obravnave pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice, če se človek ne drži pravil in se zato poslabša njegovo zdravstveno stanje. O tem obvesti tudi zakonitega zastopnika in pristojni center za socialno delo, če je človek brez poslovne sposobnosti. V nujnih primerih človeka brez privolitve sprejmejo na oddelek pod posebnim nadzorom. To mora zagotoviti direktor psihiatrične bolnišnice (Ur. l. RS, št. 46/15, 84.–88).

člen).

### ***Načrt nadzorovane obravnave***

Koordinator nadzorovane obravnave predlaga načrt nadzorovane obravnave. Sprejme ga psihiatrična bolnišnica, kjer ima človek stalno ali začasno prebivališče oziroma kjer živi. Pri načrtu nadzorovane obravnave je treba, kolikor je le možno, upoštevati želje človeka in bližnjih ljudi. Denar za izvajanje je iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 46/15, 89.–90. člen).

## **Obravnava v skupnosti**

### ***Pogoji za obravnavo osebe v skupnosti***

»Obravnava v skupnosti je izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave« (Ur. l. RS, št. 46/15, 91. člen). Človek mora v načrt obravnave v skupnosti pisno privoliti.

### ***Načrt obravnave v skupnosti***

Za vsakega človeka se naredi načrt obravnave v skupnosti. Sprejme ga center za socialno delo, predlaga pa ga koordinator obravnave v skupnosti. Multidisciplinarni tim, koordinator obravnave v skupnosti in človek pripravijo predlog načrta. Multidisciplinarni tim sestavljajo bližnja oseba, predstavnik nevladnih organizacij in centra za socialno delo, zdravnik psihiater in patronažna sestra. Pri izvajanju načrta sodelujejo izvajalci in koordinator obravnave v skupnosti. Denar za izvajanje je iz sredstev ministrstva za socialno varstvo. S soglasjem ministra, minister za socialno varstvo določi vsebino in načrt obravnave v skupnosti (Ur. l. RS, št. 46/15, 92. člen).

### ***Koordinator obravnave v skupnosti***

Center za socialno delo za vsakega človeka posebej določi koordinatorja obravnave v skupnosti. Njegova naloga je, da koordinira in spremlja obravnavo v skupnosti.

Koordinator obravnave v skupnosti mora imeti:

- narejen izpit za koordinatorja obravnave v skupnosti,
- najnižjo izobrazbo socialne, zdravstvene, psihološke ali pedagoške smeri,
- tri leta izkušenj na področju socialnega varstva ali duševnega zdravja, □ ne sme biti obsojen.

Njegovo delo strokovno kontrolira center za socialno delo, kjer je zaposlen. Plačuje ga ministrstvo za socialno varstvo. Delo koordinatorja obravnave v skupnosti je, da:

- človeka strokovno podpira in podpira izvajalce obravnave v skupnosti glede namestitve,
- pripravi, nadzira in koordinira izvajanje načrta,
- vodi in organizira multidisciplinarni tim ter □ vodi evidenco obravnav v skupnosti.

Po pol leta koordinator obravnave v skupnosti naredi potrebne dopolnitve načrta obravnave v skupnosti in oceni izvajanje. Koordinator obravnave v skupnosti mora molčati o vsem, kar izve o človeku (o osebnih, socialnih in družinskih stvareh ter o zdravstvenem stanju). Ko opravlja naloge, mora biti pozoren na to, da človek ni izpostavljen neprijetnostim (Ur. l. RS, št. 46/15, 93.–96. člen).

#### **1.4. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih**

Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih je ena izmed pomembnejših tem, ki so se razkrile v mojem raziskovalnem delu za pričujoče magistrsko delo. Kakšno vlogo imajo socialni delavci in delavke med zdravstvenimi delavci in delavkami se najbolj vidi prav v strokovnih timih.

»Tim je skupina posameznikov z različno izobrazbo, perspektivami, spretnostmi in usposobljenostjo, ki deluje za doseganje skupnih ciljev. Člani poznajo in cenijo prispevke vseh vključenih« (Bauer 2014: 24).

Po Bauerju (2014) obstajajo tri različne vrste timov: multidisciplinarni, interdisciplinarni in transdisciplinarni tim.

- Multidisciplinarni tim sestavljajo člani z ločenimi vlogami in različnimi poklici. Delajo vzporedno in ne sprejemajo skupnih odločitev.

- Interdisciplinarni tim sestavljajo člani podobnih poklicev. Med sabo se dogovarjajo, povezujejo in sprejemajo skupne odločitve.
- Člani transdisciplinarnega tima so močno notranje povezani. Vsak član je sposoben celostnega pristopa (Bauer 2014: 25).

Bauer nadaljuje, da poznamo tri različne tipe timov glede na medsebojna razmerja članov in vlogo človeka, ki se zdravi: hierarhični, na človeka osredotočen in na zdravstveni problem osredotočen tim.

- V hierarhičnem timu vlada hierarhija. Člani so si nadrejeni in podrejeni. Na vrhu hierarhije je zdravnik. Vmes je ostalo zdravstveno osebje (medicinske sestre, fizioterapevti, delovni terapevti in socialni delavci). Na koncu pa so ljudje, ki se zdravijo.
- Na človeka osredotočen tim ima v središču človeka, ki se zdravi. Ob njem pa so zdravniki, medicinske sestre, psihologi, socialni delavci, delovni terapevti in fizioterapevti.
- Na zdravstveni problem osredotočen tim ima v središču zdravstveni problem. Z njim pa se ukvarjajo zdravniki, medicinske sestre, psihologi, ljudje, ki se zdravijo, socialni delavci, delovni terapevti in fizioterapevti (Bauer 2014: 26–27).

Kot trdi Bauer, so skupne vrednote pripadnikov vseh zdravstvenih poklicev ohranjanje specifičnih kompetenc svojega poklica: osrednje so potrebe ljudi in skupnosti; spoštovanje dostojanstva in zasebnosti ljudi; sprejemanje individualnih in kulturnih razlik pri ljudeh in v timu; spoštovanje kulture, vloge, odgovornosti in strokovnosti sodelavcev; sodelovanje z vsemi, ki nudijo in prejemajo skrb; dokazovanje spoštovanja etičnih standardov z delovanjem v timu; razvoj zaupanja v odnosu do ljudi in sodelavcev; reševanje etičnih dilem glede medpoklicne obravnave ljudi ter pošteno in odkrito delo z ljudmi, njihovimi družinami in s sodelavci (Bauer 2014: 32).

Bauer pravi, da je v timu pomembna sposobnost uporabe znanja vseh vključenih – sposobnost jasne predstave svoje vloge ljudem, njihovim svojcem in sodelavcem; prepoznavanje svojih omejitev glede znanja in spretnosti; vključitve drugih strokovnjakov ter drugih virov glede na človekove potrebe; razložiti vloge drugih strokovnjakov in delovanja tima kot celote; uporaba kompetenc vseh članov tima; opredelitev

posameznikove odgovornosti v vsaki fazi dela; vzpostavljeni odnosi soodvisnosti z drugimi strokovnjaki ter vključevanje v stalni poklicni in medpoklicni razvoj (Bauer 2014: 33).

Pogoj za medpoklicno sodelovanje je komunikacija. Zdravstveni delavci imajo znanja, kako komunicirati z ljudmi, premalo pa imajo znanja o komunikaciji s sodelavci oziroma ljudmi različnih strok (Bauer 2014: 34). Potrebna je uporaba komuniciranja na odziven in odgovoren način: komunikacijska orodja za timsko razpravljanje in interakcije; priprava in posredovanje informacij na razumljiv način; samozavestno, jasno in spoštljivo izražanje ugotovitev in mnenj za enotno razumevanje informacij pri sprejemanju in izvajanju odločitev; pravočasne in ustrezne povratne informacije drugim o njihovem delu v timu in spoštljivo reagiranje na njihove o našem delu; aktivno poslušanje in spodbujanje idej in mnenj drugih; prepoznavanje vloge lastne edinstvenosti za učinkovito komunikacijo, reševanje konfliktov in dobre odnose v timu ter uporaba spoštljivega jezika, ki ustreza določeni situaciji (Bauer 2014: 35).

Kljub hitro razvijajoči se tehnologiji je zdravljenje ljudi oziroma skrb za človekovo zdravje še vedno v veliki meri stvar, ki jo delamo človek za ljudi in ljudje za človeka. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 2003, v: Bauer 2014: 37) piše, da so medsebojni odnosi eden izmed »trdnih dejstev« dejavnikov zdravja. Dobri odnosi med ljudmi, ki zdravijo, so pogoj za produktivno in koristno delo in zdravljenje.

Znanje o razvoju odnosov in timske dinamike zajema poznavanje procesov razvoja tima in učinkovite prakse: kako vzpostaviti soglasje o etičnih načelih, ki naj vodijo skrb za človeka; vključevanje drugih strokovnjakov in delitev odgovornosti glede na specifično situacijo; kako povezati znanje in izkušnje; kako voditi tim za spodbujanje sodelovanja in učinkovitosti; o ustvarjalnem reševanju konfliktov; o individualnem in skupnem delovanju za napredek tako posameznega člana kot celotnega tima ter kako delati učinkovito v različnih timskih vlogah in v različnih okoljih (Bauer 2014: 36).

Rimski pregovor pravi »Medice cura te ipsum« oziroma »Le zdrav zdravnik naj zdravi«. To velja za socialno, psihično in telesno zdravje. Sodelovanje v timu koristi vsem – delavcem in uporabnikom. Sodelovalnega dela pa se lahko oziroma se ga moramo naučiti (Bauer 2014: 37).

## **1.5. Sociale službe v zdravstvu**

V nadaljevanju bom opisala nekaj socialnih služb in nalog socialnih delavcev in socialnih delavk iz zdravstvenih ustanov, v katerih so zaposleni socialni delavci in delavke, s katerimi sem sodelovala pri svojem raziskovanju. Vseh nisem mogla opisati, saj vse ustanove nimajo javno predstavljenega (na primer na spletu) opisa vloge socialne službe.

### **1.5.1. Univerzitetni klinični center Ljubljana**

Kot je predstavljeno na spletni strani, v socialni službi Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana človeku pomagajo, da se po zdravljenju vrne domov ali pa da najdejo drugo rešitev. Ob tem morajo spoštovati okoliščine in želje človeka, ki se zdravi, ter svojcev. Pravijo, da so osredotočeni na potrebe ljudi. Upoštevajo njihove raznolike okoliščine in spoštujejo dostojanstvo ljudi<sup>9</sup>.

### **1.5.2. Zdravstveni dom Murska Sobota**

Socialna služba za zdravljenje zasvojenosti od alkohola je namenjena vsem, ki imajo kakršnekoli težave z alkoholom. Vključijo se lahko ljudje, ki:

- pijejo zelo veliko alkohola in jih na to opominjajo tudi drugi ljudje,
- bi želeli pridobiti informacije o zasvojenosti z alkoholom ter zlorabi, rabi in škodljivi rabi alkohola,
- imajo partnerja ali partnerico, ki je zasvojen ali zasvojena z alkoholom, □ želijo dobiti možnost za urejanje svojih težav in problemov.

Socialna služba ljudi informira in jim svetuje. Nudijo jim tudi osebno pomoč in podporo ter krepijo njihovo moč. Skupaj iščejo in razmišljajo o ustreznih rešitvah problema. Soočajo se z daljšimi in krajšimi stiskami. Socialna služba nudi program, kjer se lahko zdravijo zasvojenosti z alkoholom ob sodelovanju z različnimi ustanovami. Po končanem zdravljenju se lahko vključijo v Klub zdravljenih alkoholikov.

Cilji terapevtske skupine so:

---

<sup>9</sup> Dostopno na: [http://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti\\_in\\_obiskovalci/klinike\\_in\\_oddelki/svetovalno\\_socialna\\_sluzba](http://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti_in_obiskovalci/klinike_in_oddelki/svetovalno_socialna_sluzba) (10. 8. 2016).

- člani so popolnoma trezni dlje časa,
- člani si izboljšajo samozavest in boljše navezujejo stike z ljudmi v socialnem okolju,
- člani sprejmejo odgovornost za svoja dejanja in vedenje,
- člani se naučijo produktivno porabiti svoj prosti čas,
- člani si med seboj pomagajo pri doseganju zastavljenih ciljev (samopomoč) ter □ člani se opolnomočijo na vseh področjih svojega življenja<sup>10</sup>.

### **1.5.3. Psihiatrična bolnišnica Vojnik**

Socialna služba v Psihiatrični bolnišnici Vojnik pomaga ljudem, ki se zdravijo v bolnišnici, ljudem, ki so člani skupnostne psihiatrične obravnave, in ljudem, ki se zdravijo ambulantno. V svoje delo pa vključujejo tudi njihove sorodnike. Obravnave potekajo celostno.

Socialna obravnava ljudem pomaga, da dosežejo in ohranjajo dober nivo psihosocialnega funkcioniranja, ko so v bolnišnici, in tudi, ko že odidejo.

Kot pravijo, imajo socialni delavci z ljudmi vzajemni odnos. Skupaj oblikujejo individualne delovne projekte pomoči in podpore.

Socialni delavci:

- nudijo informacije in pomagajo pri soočanju in razreševanju socialne problematike,
- vsi skupaj iščejo možnosti za reševanje socialnih težav in zagotavljanje pravic in socialnega varstva,
- pomagajo ljudem, da odkrijejo vire moči, ki jih imajo v sebi,
- pomagajo v skupinah in individualno pri pridobivanju in učenju socialnih veščin ter spretnosti za reševanje socialnih težav in za celostno razumevanje,
- so skupinski terapevti na oddelku za zdravljenje odvisnosti,
- v okviru zdravljenja v bolnišnici in v okviru skupnostne psihiatrične obravnave sodelujejo pri timski obravnavi ljudi ter
- sodelujejo z različnimi vladnimi in nevladnimi organizacijami, ustanovami, društvi, skupinami (družina, center za socialno delo, koordinatorji obravnave v skupnosti,

---

<sup>10</sup> Dostopno na: <http://www.zd-ms.si/dejavnosti/dispanzer/dispanzer-za-dusevno-zdravje/natasa-majc/167-sluzba-za-zdravljenje-odvisnih-od-alkohola-sluzba-za-zdravljenje-odvisnih-od-alkohola> (10. 8. 2016)

delovne organizacije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, uradi za delo, domovi za stare, posebni socialno varstveni zavodi, varstveno delovni centri ...) <sup>11</sup>.

#### **1.5.4. Splošna bolnišnica Murska Sobota**

Socialni delavec v Splošni bolnišnici Murska Sobota:

- nudi prvo socialno pomoč,
- svetuje glede zdravstvenega in socialnega varstva,
- pomaga pri urejanju dokumentacije,
- organizira varen odpust iz bolnišnice,
- ureja namestitve in pomaga pri njih – posebno v dom za stare ter
- pomaga pri združevanju zdravstvenih delavcev, ljudi, ki se zdravijo, in sorodnikov <sup>12</sup>.

#### **1.5.5. Psihiatrična bolnišnica Begunje**

Socialni delavci v Psihiatrični bolnišnici Begunje:

- nudijo informacije in pomagajo pri reševanju težav glede pravic iz socialnega varstva (družinsko in delovno področje, zdravstveno zavarovanje, finančne težave, pomoč pri namestitvah v različne ustanove – domovi za stare, zavodi in različne stanovanjske skupnosti ...),
- skupaj z vsemi udeleženi v problemu soustvarjajo zelene rešitve,
- pomagajo pri celostnem razumevanju socialne težave ter
- pomagajo pri pridobivanju socialnih veščin in spretnosti, ki jim pomagajo pri soočanju in spopadanju z življenjskimi preizkušnjami.

Dolgotrajni cilji socialne službe so, da:

- obveščajo z ustreznimi podatki in informacijami,
- pomagajo pri zagotavljanju pravic iz socialnega varstva in
- pomagajo ljudem, da odkrijejo vire moči, ki jih imajo v sebi.

---

<sup>11</sup> Dostopno na: <http://pb-vojniki.si/index.php/za-paciente-in-svojce/ostale-medicinske-dejavnosti/socialnasluzba/> (10. 8. 2016).

<sup>12</sup> Dostopno na: <http://www.sb-ms.si/si/oddelki-in-sluzbe/socialna-sluzba> (10. 8. 2016).

Socialna služba je namenjena vsem ljudem v bolnišnici, ljudem, ki prihajajo na ambulantne obravnave in njihovim sorodnikom<sup>13</sup>.

## **1.6. Vloga socialnih delavcev v zdravstvu**

Vloga socialnih delavcev in socialnih delavk v zdravstvu je zelo pomembna. Brez njih zdravljenje ne bi bilo tako celostno in učinkovito. Socialni delavci in delavke se zavedajo, da je človek kompleksno bitje, ki ga sestavljajo različne ravni. Človek ni bolezen – človek ima bolezen. Opisala sem nekatere primarne naloge, ki jih imajo; o tistem, kar so intervjuvanke in intervjuvanci sami poročali, da delajo, pa pišem v poglavju Rezultati in razprava.

»Socialno delo je stroka, ki spodbuja socialne spremembe, reševanje problemov v človeških odnosih in krepitev moči ter emancipacijo ljudi za to, da se doseže večje blagostanje. S praktično uporabo teorij človeškega vedenja in socialnih sistemov socialno delo posreduje tam, kjer prihajajo ljudje v interakcije s svojimi okolji. Temeljni načeli socialnega dela sta načeli človekovih pravic in socialne pravičnosti« (Zorn 2005, v: Bauer 2014: 162).

Temeljne vrednote socialnega dela sestavljata dva dela. Prvi obravnava posameznikovo enkratnost, svobodo, pravice, svoboščine in samodeterminacijo. Drugi pa obravnava socialno pravičnost, solidarnost, dolžnost pomagati ljudem v stiski in pri preseganju krivic, ki se dogajajo ljudem. Vrednote, ki jih spoštujemo v socialnem delu, so:

- ceniti in spoštovati različnosti in razlike,
  - biti aktiven proti neenakosti, diskriminaciji in rasizmu,
  - pravica do socialne varnosti,
  - vpliv na lastno življenje, prosta izbira in samoodločanje ter □ ne stigmatizirati
- (Flaker 2003, v: Bauer 2014: 173).

Naloga socialnih delavcev v zdravstvu je strokovno pomagati ljudem, ki so se zaradi zdravstvenih težav znašli v psihosocialni stiski, da bodo razvili, povrnili in ohranili možnosti za enakopravno in aktivno vključevanje v socialno življenje. Socialni delavec, uporabnik in sorodniki v izvornih delovnih projektih pomoči z metodami socialnega dela

---

<sup>13</sup> Dostopno na: <http://www.pb-begunje.si/?m=00200085> (10. 8. 2016)

soustvarjajo zelene rešitve za kompleksne psihosocialne probleme. Med ambulantnim zdravljenjem in zdravljenjem v bolnišnici je naloga socialnih delavcev in delavk zagotoviti pomoč in podporo uporabnikom in svojcem pri prilagajanju na nove razmere ter vključiti v zdravljenje, rehabilitacijo in umiranje. Socialni delavci iščejo ustrezno podporo in storitve, ki bi človeku v bolnišnici omogočile preselitev v stanovanjsko skupnost ali nazaj domov. Ljudem pomagajo zagotoviti dostop do raznolikih življenjskih priložnosti in virov, ki so na voljo, ter udeležiti pravice do socialne varnosti. Ob tem morajo upoštevati etična načela in temeljne vrednote socialnega dela. Delo socialnih delavcev je usmerjeno v odločanje ljudi o svojem življenju, krepitev moči in omogočanje večje izbire. Ob tem izkoriščajo široko mrežo storitev za uresničevanje socialnih potreb in pravic ter človekovih osebnih virov moči. Hkrati pa se zavzemajo za spremembe v družbi, ki izboljšujejo položaj skupnosti, družin in posameznikov ter povečujejo socialno pravičnost (Eržen 2012: 15–26).

Socialni delavci morajo vedeti, kakšna je človekova socialna situacija in kakšne potrebe ima glede na bolezen. Sodelovati morajo z zdravnikom. Kadar duševnemu in telesnemu zdravju škodujejo socialni dejavniki, morajo v proces dela vključiti tudi njegove sorodnike in znance. Socialni delavci in delavke morajo sodelovati tudi z različnimi institucijami, kot so ostale zdravstvene ustanove, centri za socialno delo ter politične, delovne in družbene organizacije. Socialni delavci in delavke preko socialnih programov v zdravstvenih organizacijah sodelujejo pri soustvarjanju zelenih rešitev za probleme (Pogačnik 1984: 387).

V bolnišnicah delo socialnih delavcev in delavk poteka v zaporedju treh faz: sprejem človeka, bivanje v bolnišnici in odpust iz bolnišnice.

Pogačnik (1984: 387) že sredi devetdesetih piše o tem, da morajo biti socialni delavci in delavke seznanjeni s prihodom vsakega človeka. Pomagajo mu, da se seznani z novo okolico. Pozanimati se morajo o ostalih družinskih članih, če so preskrbljeni ali če potrebujejo pomoč. O socialnem stanju človeka obvestijo medicinske sestre in zdravnike ter uredijo vse potrebno za plačilo zdravljenja.

Kot pravi teorija (prav tam), naj bi socialni delavci in delavke sodelovali z medicinskim osebjem, ki človeku nudi medicinsko terapijo, oni pa bi vzporedno z njo izvajali socialno terapijo. V soustvarjanje rešitev za probleme, ki jih ima človek, vključijo njega in ne delajo sami. S pogovorom iščejo rešitve za osebne in ostale probleme ter ne soglasja, ki bi se

pojavi med njim in zdravstvenimi delavci ali družino. Sodelujejo z delovnim timom ter drug drugega obveščajo o dogajanju in okoliščinah, ki so kakorkoli povezane s človekovimi zdravstvenimi in socialnimi težavami.

Pogačnik (prav tam) je že pred več leti trdil, da morajo socialni delavci in delavke zdravstvene in ostale delavce ter človekovo družino obveščati o njegovi vrnitvi domov. Če se pojavijo težave pri zaposlovanju, pokojninskem in invalidskem zavarovanju, mu jih pomagajo rešitvi. Če ob odpustu pride do socialnih problemov, morajo o tem obvestiti zdravniško osebje. Socialni delavci in delavke sodelujejo pri premestitvi v dom za stare ljudi, na rehabilitacijo ali v zdravilišče ter v kakšno drugo zdravstveno ustanovo. Ljudem pomagajo pri iskanju prevoza in urejanju dokumentacije, nudijo jim pomoč in socialno skrb kjerkoli jo potrebujejo.

#### **1.6.1. Vrstniški podporni delavci**

Poleg socialnih delavcev in socialnih delavk so za ljudi, ki se zdravijo, zelo pomembni tudi vrstniški podporni delavci in delavke. Shears in Ramon (2012: 106) vrstniško podporo delita na tri tipe:

- vzajemna pomoč in samopomoč,
- vrstniško vodene organizacije in skupine ter
- vrstniška podpora ena na ena (vsak uporabnik ima svojega podpornega delavca).

Shears in Ramon (prav tam) pišeta o tem, da si ljudje lahko vzajemno pomagamo. Človek pomaga (naloži pomoč) in dobi pomoč, ko jo sam potrebuje (dvigne pomoč). Korist te pomoči meri časovno bančništvo:

- ljudi ima za bogastvo,
- krepi vzajemnost,
- vrednoti smiselne dejavnosti,
- tvori spoštovanje in zaupanje,
- večja socialni kapital,
- manjša izoliranosti in večja socialne mreže,
- ugodno vpliva na zdravje,
- ekonomsko koristno (1300 evrov na osebo) in □ socialno donosna naložba.

## 2. Problem

Človek je socialno bitje, ne sestavljata ga samo telo in um, ampak tudi duh. Ob sebi potrebujemo soljudi, s katerimi gremo skozi življenje. Potrebujemo ljudi, da nam stojijo ob strani v sreči in nesreči, v bolezni in zdravju ter nas ljubijo in spoštujejo.

Židovski pregovor pravi, da padeš lahko sam, da se pobereš, pa potrebuješ prijatelja. Človeku lahko v življenju padec predstavlja tudi težka bolezen. Takrat ob sebi potrebujemo ljudi, ki nam pomagajo dati moč, da se poberemo.

Večkrat sem že videla in tudi sama doživela brazgotino, ki jo pusti bolezen. Za vedno te zaznamuje. Posledice bolezni nas lahko vidno spremljajo celo življenje in nas za vedno zaznamujejo, na vsakem koraku. V času zdravljenja se lahko vse stvari obrnejo na glavo. V človeku vihra val močnih čustev. Potrebujemo nekoga, ki bo stal ob nas in nas ne bo poistovetil z boleznijo, ampak bo v nas videl človeka, ki se bori in ki bo premagal preizkušnjo, ki mu jo je prineslo življenje. Socialni delavci in delavke se zelo veliko pogovarjajo z ljudmi, ki se zdravijo, in z njihovimi svojci. Posledično imajo veliko informacij o bolezni in stanju ljudi, ki se zdravijo, kar pomeni, da vidijo kompleksno sliko njihovega življenja in njihovih potreb.

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization) opredeljuje zdravje kot popolno telesno, duševno in socialno blagostanje in ne zgolj odsotnost bolezni ali okvare<sup>14</sup>. Že davno so ugotovili, da dejavniki iz človekovega okolja lahko pospešujejo ali ovirajo nastanek bolezni ali uspeh zdravljenja. Človekovo zdravje je odvisno od biološkotelesnega in duševnega zdravja, ožjega in širšega socialnega okolja, kakovosti odnosov, finančno-ekonomskega stanja, načina in prostora bivanja ter njegove preteklosti (Eržen 2012: 15).

Temeljnim zdravstvenim organizacijam so zato priključili še ostale paramedicinske profile, kot so psihologi, socialni delavci, delovni terapevti, socialni pedagogi, specialni in rehabilitacijski pedagogi, logopedi ... Človek poleg zdravnika potrebuje še nekoga, ki bi ga obiskal na domu ali na delovnem mestu, da bi preveril njegovo socialno-ekonomsko stanje in kako to stanje vpliva na potek zdravljenja (Pogačnik 1984: 379). Zdravniki se

---

<sup>14</sup> Dostopno na: <http://www.who.int/about/en/> (10. 8. 2016).

posvečajo predvsem medicinskim in biološkim vidikom zdravja, zato je pomembno, da v celostni skrbi za ljudi, ki imajo bolezen, sodelujejo tudi socialni delavci in delavke, ki se poglobijo v človekove težave, ki pa skoraj nikoli niso samo telesne narave.

Bolezen se pokaže v bioloških znakih, ki zaznamujejo telo, in v socialnih znakih, ki zaznamujejo odnose, vloge in dejavnosti. Pri določanju vzrokov in posledic bolezni je treba upoštevati tudi človekov socialni kontekst. Simptomi bolezni spremenijo telo, socialni status, kakovost življenja in odnosov ter samopodobo. Bolezen ima psihološke in socialne posledice ter je socialno-kulturno uokvirjena (Ule 2012: 5).

Človeka bolezen prizadene na telesnem, psihološkem in socialnem področju. Kronična bolezen lahko skoraj za vedno spremeni človekov položaj. Njegovo doživljanje, občutki, čustva in odnosi so lahko bolj prizadeti kot telo. Zdravje je družbena norma in moralna vrednota, zato morajo bolni ljudje, kljub bolezni ali oviri, najti smisel, se prilagoditi vsakdanjemu življenju in si zgraditi pozitivno samopodobo (Kersnik 2010: 11, v: Eržen 2012: 16).

Velikokrat se nam zgodi, da ob večjih zdravstvenih problemih nastopijo tudi težave s socialnimi, ekonomskimi in drugimi vidiki življenja. Vloga socialnih delavcev in delavk v zdravstvenih organizacijah je, da ljudi podprejo pri okrevanju in vrnitvi v domače okolje ali najdejo druge ustrezne rešitve. Ob tem morajo upoštevati želje in okoliščine ljudi ter njihovih bližnjih. Socialno-svetovalna služba v zdravstvu je osredotočena na ljudi in njihove potrebe, spoštovanje človekovega dostojanstva ter človekovih specifičnih okoliščin<sup>15</sup>.

Bolezen je v človekovem življenju obdobje velike osebne stiske, v kateri ljudje ne želimo ostati sami (Hrovatič 2010: 25, v: Eržen 2012: 16). Takrat imajo pri ljudeh ključno vlogo tudi socialni delavci in delavke, ki pa so žal vse bolj in bolj izrinjeni iz področja zdravstva.

Kljub pomembnosti, ki jo imajo socialni delavci in socialne delavke v zdravstvu, pa so včasih skoraj nevidni. Za celovito zdravljenje in opolnomočenje so socialni delavci in delavke nujno potrebni. Socialni delavci in delavke morajo v strokovnem timu dobiti veljavo. Problem je, ker nimajo jasno določenih standardov in normativov. Tudi na Fakulteti za socialno delo je zelo malo govora o socialnih delavcih in delavkah, ki delujejo

---

<sup>15</sup> Dostopno na: [http://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti\\_in\\_obiskovalci/klinike\\_in\\_oddolki/svetovalno\\_socialna\\_sluzba](http://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti_in_obiskovalci/klinike_in_oddolki/svetovalno_socialna_sluzba) (10. 8. 2016).

v zdravstvenih ustanovah. Socialne delavce in delavke so že skoraj izrinili tudi iz primarnega sektorja – zdravstvenih domov. Za svoj obstoj se bodo morali boriti in dokazati, da so potrebni in pri svojem delu strokovni. Ne počutijo se sprejete, saj so gostujoča stroka v zdravstvu. So majhen, vendar pomemben člen. Njihovo delo se velikokrat smatra za samoumevno in ga nihče ne opazi. Kako pomembna je vloga socialnih delavcev in delavk opazijo šele, ko jih ni. Lahko rečem, da so socialni delavci in delavke v zdravstvu kot gospodinje v veliki hiši. Njihovo delo dojemajo kot samoumevno in nezahtevno. Ko pa to delo ni narejeno, vsi opazijo, da nekaj manjka.

### ***Vprašanja, ki me zanimajo:***

#### **Zdravstvene ustanove**

1. Kaj bi rekli, da je vaša vloga v zdravstveni ustanovi?

Kakšne so po vašem mnenju naloge socialnih delavcev in delavk v zdravstvu?

2. Kaj so po vašem mnenju temeljni cilji socialnih delavcev in delavk v zdravstvu?

3. Katere metode socialnega dela uporabljate vi ali vaši kolegi?

Kje po vašem mnenju najdemo socialno delo v zdravstvu – v katerih postopkih?

Kako se kaže socialno delo v zdravstvu – kaj so oblike socialnega dela, ki jih zaznavate?

4. Zakaj smo socialni delavci in delavke v zdravstvu pomembni?

Kaj po vašem mnenju doprinesemo k delu ostalih?

Zakaj smo po vašem mnenju nepogrešljivi?

5. Mi lahko kaj poveste še o strokovnih timih?

Kako poteka sodelovanje v strokovnem timu?

Na katerih timih ste prisotni socialni delavci in delavke?

Se vam zdi, da imate vpliv na ostale sodelavce v timu?

Se vam zdi, da so socialni delavci in delavke slišani v okviru timov?

Menite, da bi morale biti kaj drugače?

6. Če spregovoriva še o sodelovanju na področju zdravljenja pacientov. Kako poteka sodelovanje socialnih delavcev in delavk ter ostalih?

Kako se strokovni profili med seboj dopolnjujejo?

Zakaj menite, da morajo biti socialni delavci in delavke tudi vključeni v zdravljenje?

Mi lahko zaupate kakšen dober primer sodelovanja, ki je bil res v pacientovo korist?

## Uporabniki

7. Kakšen je vaš pogled na socialne vidike zdravja in bolezni?  
Kako se po vašem mnenju pogled socialnih delavcev in delavk razlikuje od pogleda medicinske stroke?
8. Mi lahko pojasnite, kako vi zaznavate ali razumete psihološke posledice bolezni na uporabnika?
9. Kako pa v zdravstvu poteka iskanje pomoči? Je drugače kot v drugih kontekstih?  
Kaj pa lahko rečeva o doživljanju bolezni? Kako se ljudje soočajo?
10. Kakšna je v zvezi s tem vloga socialnih delavcev in socialnih delavk – kaj lahko socialni delavci in delavke ponudimo kot pomoč v zdravstvu?  
Bi lahko rekli, da prispevamo k reševanju psiho-socialnih težav uporabnika? Na kakšen način to poteka?
11. Kako bi opisali, kako nas, socialne delavce in delavke, v zdravstvu doživljajo uporabniki?  
Imamo po vašem mnenju zanje kak pomen? Kakšen?
12. Mi lahko opišete, kako poteka obravnava pacienta/uporabnika?  
Kdo vse je vključen v obravnavo?
13. Kako v socialnem delu v zdravstvu poteka zapisovanje – dokumentacija o pacientu/uporabniku?  
Kaj vse je potrebno beležiti?  
Najdete čas za dokumentiranje? Kako pa poteka?
14. Se vam zdi, da je pri sodelovanju pomemben tudi jezik socialnega dela?  
Lahko ta jezik uporabljate pri svojem delu?
15. Mi lahko poveste še kaj o tem, kako je s sorodniki? Z njimi tudi sodelujete? Kako?

## Socialni delavci in socialne delavke

16. Kaj so po vašem mnenju osrednje težave, s katerimi se srečujejo socialni delavci in delavke v zdravstvu?  
Mi lahko zaupate kakšno svojo izkušnjo?
17. Si želite izobraževanj?

Kakšnih?

So za to kakšne možnosti?

Koliko čutite, da bi potrebovali priložnosti za izobraževanje?

Na katerih področjih?

18. Se vam zdi, da je socialnih delavcev in delavk premalo v zdravstvu?

Jih kje še posebej manjka?

19. Kakšno je vaše mnenje o zakonodaji o socialnem delu v zdravstvu? Je ustrezna ali pomanjkljiva?

Kaj bi bilo potrebno urediti?

20. Kakšne spremembe bi si vi želeli, oziroma ocenjujete, da bi bile potrebne?

### **3. Metodologija**

#### **3.1. Vrsta raziskave, model raziskave in spremenljivke**

Raziskava je kvalitativna. Opravila sem intervjuje, s katerimi sem pridobila besedne opise. Namen kvalitativne raziskave je odkriti, kako ljudje doživljajo življenje, kako ga interpretirajo, saj objektivna realnost ne obstaja, ampak je odvisna od tega, kako jo doživljajo ljudje (Mesec 2009: 6–14). Kot raziskovalka sem morala biti v taki raziskavi »nevtralna« (zavedati sem se morala lastnih predpostavk). V svoji raziskavi sem ljudi, s katerimi sem sodelovala, obravnavala kot »subjekte«. Udeleženci so bili objekt mojega raziskovanja. S tem, ko sem jih postavila v položaj subjekta, sem jim dala aktivnost. Poudarek je bil na aktivni vlogi subjektov, ki so soustvarjali intervju (Kvalitativna metodologija 2013: 6). Uporabljen je bil postopek indukcije, kar pomeni od posamičnega k splošnemu. Uporabila sem fleksibilne oziroma okvirne načrte poteka raziskovanja in postavljanja raziskovalnih vprašanj. Kot raziskovalka sem bila soustvarjalka procesa raziskovanja. Soustvarjalci procesa raziskovanja so bili tudi ostali udeleženci, s katerimi sem govorila, saj so mi pojasnili stvari, ki sem jih raziskovala, in mi podali odgovore na zastavljena vprašanja. Pri kvalitativni raziskavi sem uporabljala osnovno izkustveno gradivo, ki so ga predstavljali besedni opisi ali pripovedi. Izvedla sem poglobljene intervjuje. Analiza podatkov je kvalitativna. Rezultat je pritlehna, utemeljena in poskusna teorija. V kvalitativni raziskavi je gradivo obdelano in analizirano na besedni način brez uporabe merskih postopkov, ki dajo števila, in brez operacij nad števili. To metodologijo sem uporabila zato, ker sem predvidevala, da bom največ informacij pridobila prav s pomočjo intervjujev. Intervjuvanci so mi povedali tudi tisto, kar sami ocenjujejo, da je relevantno, in niso bili omejeni kot pri standardiziranem vprašalniku. Raziskava je glede na stopnjo v procesu spoznavanja eksplorativna ali poizvedovalna, saj sem raziskovala in odkrivala razsežnost določenega socialnega pojava. Ta raziskava je uvod v spoznavanje področja oziroma problematike. Uporabljamo jo za manj sistematične postopke zbiranja in analize podatkov. Uporablja se za študije primerov, nekontrolirane poskuse in eksplorativno deskriptivne raziskave (Mesec 2009: 6–14). Raziskava je tudi empirična ali izkustvena.

Spremenljivke oziroma teme raziskovanja:

- ljudje, ki se zdravijo – bolniki, pacienti, ljudje, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo,
- naloge socialnih delavcev – strokovne naloge na delovnem mestu v zdravstvu,
- delo s svojci – sodelovanje ne samo z ljudmi, ki se zdravijo, ampak tudi z njihovimi svojci ali sorodniki,
- delo z zdravstvenim osebjem – sodelovanje z vsemi strokovnimi delavci,
- strokovni tim – oblika medpoklicnega sodelovanja,
- dokumentacija – podatki in strokovna literatura v zvezi z delom,
- delovno mesto – mesto zaposlitve,
- jezik – poimenovanje ljudi in način govora z njimi,
- supervizija, intervizija – intervizija je vrsta supervizije; intervizija je skupinski pogovor socialnih delavcev o njihovih delovnih težavah in izkušnjah; supervizijo pa vodi supervizor,
- izobraževanje – pridobivanje znanja,
- zakonodaja – državni predpisi in pravila,
- težave – problemi, stvari, ki bi jih bilo potrebno spremeniti.

### **3.2. Raziskovalni instrumenti in viri podatkov**

Merski instrument so bila vprašanja oziroma pol odprta vprašanja. To so pripomočki, ki jih uporabljamo pri merjenju (Mesec 2009: 16). Uporabila sem delno standardiziran intervju.

Vnaprej sem si zapisala nekaj osnovnih vprašanj, nato pa sem glede na tok pogovora postavljala tudi morebitna podvprašanja. Vir podatkov je deset poglobljenih pogovorov s socialnimi delavci in socialnimi delavkami, ki so zaposleni v zdravstvu, relevantna znanstvena in strokovna literatura ter spletne strani. Socialni delavci in delavke so bili iz različnih krajev Slovenije. Prva socialna delavka je iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, iz Negovalne bolnišnice, kjer je zaposlena pet let. Druga socialna delavka je iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, iz Pediatrične klinike, kjer je zaposlena 25 let. Tretja socialna delavka je iz Zdravstvenega doma Murska Sobota, iz Dispanzerja za mentalno zdravje, kjer je zaposlena 13 let. Četrta socialni delavec je iz Psihiatrične bolnišnice Vojnik, kjer je zaposlen dve leti. Peta socialna delavka je iz Psihiatrične bolnišnice Vojnik, kjer je zaposlena 28 let. Šesti socialni delavec je iz Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije, Soča, kjer je zaposlen šest let. Sedmi

socialni delavec je iz Splošne bolnišnice Murska Sobota, kjer je zaposlen enajst let. Osmi socialni delavec je iz Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana, kjer je zaposlen 25 let. Deveta socialna delavka je iz Psihiatrične bolnišnice Begunje, kjer je zaposlena 14 let. Deseta socialna delavka je iz Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, iz Oddelka za psihiatrijo, kjer je zaposlena šest let.

### **3.3. Populacija in vzorčenje (subjekti)**

Enote raziskave so odvisne od značilnosti, ki jih želimo raziskati: določila sem družbeno celoto, ki je predmet raziskave. Opisala sem primere, ki so vzorec za kvalitativno raziskavo. Enote raziskovanja so socialni delavci in delavke, ki so zaposleni v zdravstvu. V raziskavo sem vključila socialne delavce in delavke, ki so zaposleni v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (v Negovalni bolnišnici in na Pediatrični kliniki), v Zdravstvenem domu Murska Sobota (v Dispanzerju za mentalno zdravje), v Psihiatrični bolnišnici Vojnik, v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča, v Splošni bolnišnici Murska Sobota, v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana, v Psihiatrični bolnišnici Begunje in v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor (na Oddelku za psihiatrijo).

Naredila sem neslučajnostni in priložnostni izbor sodelujočih. Pri neslučajnostnem izboru sodelujočih enote populacije nimajo enake možnosti, da so izbrane. Pri priložnostnem izboru sodelujočih pa so enote, ki so raziskovalcem najbolj dostopne. Govorila sem z desetimi socialnimi delavci in delavkami, ki so zaposleni v zdravstvu.

Pogoji opredelitve so stvarni, krajevni in časovni. Stvarna opredelitev: populacijo sestavljajo socialni delavci in delavke, ki so zaposleni v zdravstvu. Krajevna opredelitev: Slovenija. Časovna opredelitev: poletje 2016.

### **3.4. Zbiranje podatkov**

Podatke oziroma empirično gradivo sem zbiral po metodi spraševanja. Intervju je oblika neposrednega pogovora, katerega osnova so vprašanja. Ko sem iskala socialne delavke in delavce, s katerimi sem želela govoriti, sem videla, da je to dosti težje, kot sem si predstavljala. Na začetku sem poslala elektronsko pošto samo določenim socialnim delavcem, ki so bili iz zdravstvenih ustanov, ki so me še posebej zanimala, in so bili v okolici Ljubljane, saj nimam lastnega prevoza. Skoraj nihče mi ni odgovoril. Ena izmed

njih me je celo okarala, da je prezaposlena, da bi govorila z mano. Rekla je, da jo neprestano kličejo različni študentje in da ni pripravljena sodelovati. Kmalu za tem sem naletela na socialno delavko, ki mi je poslala elektronske naslove vseh socialnih delavcev in delavk v Sloveniji, ki so zaposleni v zdravstvu. Vsem sem poslala sporočilo. Odzvalo se jih je kar nekaj, predvsem iz krajev izven Ljubljane. Odločila sem se, da bom govorila s tistimi, ki so se mi odzvali. Vzorec je postal zelo raznolik, saj so iz različnih krajev, različnih zdravstvenih ustanov in sektorjev ter oddelkov. Da sem jim omogočila, da so porabili malo časa, sem se jim zelo prilagodila. Dobili smo se ob času in na kraju, ki so ju določili sami. Pred srečanjem sem vsem poslala gradivo oziroma okvirna vprašanja, da so se lahko pripravili. Glavna oziroma bistvena vprašanja sem določila vnaprej, hkrati pa sem si pustila dovolj prostora, da sem lahko postavljala dodatna vprašanja v okviru danih splošnih smernic. Na začetku sem jim povedala, o čem bi rada govorila z njimi. Intervjuji so potekali v obliki običajnega vsakdanjega pogovora, saj so bili vsi zelo gostobesedni. Če česa nisem razumela ali pa sem o čem želela izvedeti več, sem jih o tem dodatno povprašala. Pogovori so potekali približno eno uro, nekateri tudi uro in pol. Pri vseh intervjujih sem dobila dovoljenje, da sem jih lahko posnela (samo pri enem mi je zatajil snemalnik). Poleg sem si napisala tudi smiselne povzetke. Drugih posebnosti ni bilo.

### **3.5. Obdelava in analiza podatkov**

Na začetku sem izvedla intervjuje, jih zapisala in parafrazirala (vnaprej sem si določila pravila zapisovanja besedila: izpustila sem mašila, narečne besede sem prevedla v slovnično pravilne ...). Potem, ko sem jih zapisala, sem jih poslala v pregled intervjuvancem, da so lahko preverili svoje besede, jih popravili ali pa kaj dodali, saj so lahko kaj pozabili omeniti ali pa sem jih jaz narobe razumela in sem napačno zapisala. Šele, ko so se strinjali z zapisom intervjuja, sem začela analizirati podatke.

Analiza podatkov je bila kvalitativna. Opravila sem izbor enot kodiranja in odprto kodiranje. Pri določanju enot kodiranja sem izbrala izjave, ki so se mi zdele pomembne in bi jih bilo smiselno vključiti v analizo. Določila sem tudi oznako za vsako izjavo. Socialne delavce in delavke sem označila s črkami A (Univerzitetni klinični center Ljubljana – Negovalna bolnišnica), B (Univerzitetni klinični center Ljubljana – Pediatrična klinika), C (Zdravstveni dom Murska Sobota – Dispanzer za mentalno zdravje), Č (Psihiatrična bolnišnica Vojnik), D (Psihiatrična bolnišnica Vojnik), E (Univerzitetni rehabilitacijski

inštitut Republike Slovenije – Soča), F (Splošna bolnišnica Murska Sobota), G (Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana), H (Psihiatrična bolnišnica Begunje) in I (Univerzitetni klinični center Maribor – Oddelek za psihiatrijo). Izjave sem razdelila v dvanajst smiselnih sklopov: ljudje, ki se zdravijo, naloge socialnih delavcev, delo s svojci, delo z zdravstvenim osebjem, strokovni tim, dokumentacija, delovno mesto, jezik, supervizija in intervizija, izobraževanje, zakonodaja ter težave. Iz vsake izjave sem ven razbrala kategorijo, ki je označevala ključni pomen izjave. Če je bilo potrebno, sem nekatere kategorije razdelila še na pojme. Izjave sem začela razdeljevati tako, da sem jih razvrstila v smiselne sklope. Iz njih sem potegnila ven najprej kategorijo in šele na koncu pojem, če je bilo potrebno. Opravila sem osno oziroma aksialno kodiranje. Oblikovala sem tudi odnosno kodiranje.

## 4. Rezultati in razprava

### 4.1. Ljudje, ki se zdravijo

Socialni delavci in delavke so v zdravstvu nepogrešljivi, saj se največkrat samo oni zares poglobljeno pogovarjajo z ljudmi, ki se zdravijo, in njihovimi svojci. Posledično imajo veliko informacij o bolezni in stanju ljudi, ki se zdravijo, kar pomeni, da vidijo kompleksno sliko o njihovem življenju in njihovih potrebah. Nekatere pomembnejše ugotovitve, ki jih imajo socialni delavci in delavke o boleznih sem tudi zapisala. To nam pokaže, kako zelo natančno spoznavajo ljudi, njihovo življenje in potrebe.

V tem poglavju bom predstavila, kako socialni delavci in delavke govorijo o svojih uporabnikih, kako jih doživljajo in kako menijo, da jih ljudje sami vidijo.

**Socialni delavci in delavke**, s katerimi sem govorila, menijo, da ljudje, ki se zdravijo, v njih vidijo **zaveznike** in **zaupnike**. Vedo, da bodo na njihovi strani, da jim bodo pomagali kolikor le lahko. Ljudje v socialnih delavcih in delavkah vidijo človeka, ki jih razume, ne obsoja in jih sprejema. Potrebujejo nekoga, ki jih posluša, ki jih poskuša razumeti in ne obsojati. Veliko jim pomeni, da lahko z njimi govorijo, ker o določenih stvareh ne morejo govoriti kar z vsemi. *(C5: Včasih razmišljam, kako bi peljala terapevtski proces, in na koncu imam občutek, da sem to dobro speljala. Včasih vprašam koga, kako mu je bilo danes. Gospa je rekla, da fino, da se je malo izpovedala.)* Kot so povedali socialni delavci in delavke, ljudje velikokrat pridejo, da bi jim zaupali določene stvari. Presodijo, da so tisti, ki jih bodo poslušali. Zaupajo jim slabo izkušnjo s kakšnim izmed zdravstvenega osebja ali s kakšnim izmed ljudi, ki se prav tako zdravijo. Socialni delavci in delavke poskušajo rešiti situacijo in se, če je potrebno, pogovoriti z osebo, s katero imajo težave. Socialnim delavcem in delavkam se ljudje zaupajo, ker v njih vidijo nekoga, ki jim bo pomagal in bo ves čas njihov zagovornik. *(G12: Zdravnik je tisti, ki bo dajal terapijo tudi, če je oni nočejo. Pač morajo jemati neka zdravila. Na vrata socialnega delavca pa sami potrkaajo, ko rabijo pomoč.)* Socialnim delavcem in delavkam med pogovorom o problemih, bolezni in zdravju povedo čisto druge stvari kot pa zdravstvenemu osebju. Zdravstvenemu osebju ljudje govorijo o svoji bolezni oziroma zdravstvenemu stanju, socialnim delavcem pa o svojem življenju. Osebe v zdravstveni ustanovi ima potem boljši vpogled v njihovo zdravstveno stanje in življenje. Socialni delavci in delavke so tisti člen,

kateremu lahko povedo čisto vse. (I37: *Ko pridem v stik z njimi, iz njih vse bruha: od družine, razveze, otrok, denarja, stanovanja, zdravila, stranskih učinkov. Dostikrat smo socialni delavci koš za smeti, tisti člen, ki mu lahko vse povedo.*)

Socialni delavci in delavke **ljudi, ki se zdravijo, doživljajo** na različne načine, ki pa so skoraj vedno pozitivni. Zelo velikokrat delajo v sodelovanju s svojci, povedo pa, da vedno dajejo prednost ljudem, ki se zdravijo. Prvi so oni, potem so šele svojci. Včasih se njihove želje razlikujejo. Skupaj morajo priti do rešitve, ki je dobra za vse. Socialni delavci in delavke so najprej na strani ljudi, ki se zdravijo, in njihovo voljo upoštevajo kolikor lahko. Vedno ni možno, saj imajo nekateri kognitivni upad ali demenco, ko nimajo pravega uvida v svoje realno zdravstveno stanje. Socialni delavci in delavke pravijo, da so vedno na strani ljudi, ki se zdravijo. Včasih kakšen podatek, ki za zdravljenje nima bistvenega pomena, zamolčijo pred zdravniki, ker vedo, da je tako zanje boljše. Včasih je dobro situacijo razložiti, drugič pa kaj zamolčati, saj je tako boljše za ljudi. Nekateri zdravniki določenih stvari ne tolerirajo, zato se lahko zgodi, da bi človeka želeli odpustiti prej kot bi ga sicer. Socialni delavci in delavke poznajo celo zgodbo in ozadje, zato lažje razumejo ljudi in določene situacije kot zdravniki, posebno, če so ti osredotočeni samo na diagnozo. (A46: *Če vem kakšen podatek, na primer, da ima težave z alkoholom, in vemo, da nekateri nimajo do tega kakšne dobre tolerance, potem že iz tega razloga želijo, da gre čimprej domov. Če pa vedo celo situacijo, kaj je bilo v ozadju, pa po navadi tudi zdravnica drugače gleda na to.*) Socialni delavci in socialne delavke pravijo, da so ljudje, ki se zdravijo, običajno zelo razumevajoči in je z njimi lepo sodelovati. So pa tudi izjeme in te nekateri označujejo, da so »naporni do konca«. Socialni delavci in delavke mislijo, da je treba ljudi poslušati in slišati njihove želje in potrebe ter jih uresničiti, kolikor je to možno. Pomembno je odkriti njihove vire moči in jim pomagati ter prisluhniti, da se čutijo slišane in razumljene. Socialni delavci in delavke so včasih v situaciji, ko morajo ravnati proti njihovi volji. Trudijo se, da jim dajo razlago in upanje, da bo lahko čez čas tudi drugače in boljše zanje. Menijo, da ljudem veliko pomeni, da jim na lep način razložijo situacijo, da ohranijo dostojanstvo, čeprav so nemočni, ampak kljub vsemu imajo svojo voljo in potrebe. Kot pravijo, jih poskušajo čutiti in jim priti blizu. Socialni delavci in delavke verjamejo, da ima vsak človek svoje vire moči. (C38: *Da izhajamo iz tega, da nikoli ne rečemo: tu se pa čisto nič ne da. To ne verjamem, da se čisto nič ne da. Da se mogoče malo ali pa toliko, da je nekdo s tem zadovoljen, čeprav mi sami nismo in vidimo, kaj bi lahko še bilo.*) Ne glede na diagnozo je pred njimi človek, ki zmore več. Ta človek ni samo

diagnoza. (C40: *Kar sem se jaz naučila v teh letih, je to, da je pri nekaterih uspeh to, da je to obdobje, ko je trezen, daljše, kot je bilo prej. Da ni samo je trezen ali pa ni trezen.*) Socialni delavci in delavke se veliko pogovarjajo z ljudmi, ki se zdravijo, saj potrebujejo veliko podpore. (Č48: *Jaz sem se prejle razjokal, ko mi je ženska povedala, v kaki stiski je zaradi demence. Verjamem, da je v stiski, samo, kaj češ. Ne moreš biti robot za vloge. Naši pa sploh rabijo veliko podpore – in svojci in pacienti.*) Zanje so najprej ljudje, ki pa jih spremljajo različne stiske in težave ter telesne ali duševne bolezni. (E32: *Ko pridejo k nam, so že določene stvari dali čez, so že utrujeni, izčrpani. Velikokrat se zlomijo, se zjokajo. Poskušam jih nekako slišati, razumeti, ker jaz sem tisti, ki naj bi si vzel največ časa, da jim prisluhne.*) Socialni delavci in delavke jim povedo, da jih lahko oni ali pa svojci kadarkoli pokličejo. Za svoj poklic pravijo, da je treba imeti zelo veliko potrpljenja in razumevanja.

Ljudje, ki se zdravijo, so enkrat dobre volje in sprejmejo pomoč. Socialni delavci in delavke uredijo stvari, potem pa si ljudje premislijo in gre njihovo delo v nič. Poskušajo jih slišati in se jim prilagajati. Menijo, da vedno delajo v njihovo korist. Pravijo, da nikoli ne delajo proti njim ali pa mimo njih, razen kadar gre za odvzem opravičnih sposobnosti. Prepričani so, da če ljudje vstopijo v zdravljenje, sodelujejo in zaupajo zdravniku, potem tudi doživijo uspeh. Vsak kamenček uspeha jim pomaga, da njihovo zaupanje raste.

Nekateri ljudje, ki se zdravijo, obvladajo zakonodajo in jo poskušajo čim bolj izkoristiti v svojo korist. (I62: *Zdaj imam gospo na odprtem oddelku, ki obvlada vse. Jaz bi se lahko od nje učila. Obstaja določen procent ljudi, ki znajo poskrbeti za sebe in znajo zakone na nek način izkoristiti. Eni obvladajo zakone dosti bolj kot jaz.*) Nekateri socialni delavci in delavke za določene ljudi mislijo, da s svojo boleznijo manipulirajo in izsiljujejo sistem. Ena izmed socialnih delavk je rekla, da so ji ljudje odkrito povedali, da želijo priti »na lahko« skozi in tega niti ne skrivajo. Meni, da se ljudje v življenju poskušamo znajti na različne načine – vsak ubere svojo pot, ki se mu zdi najboljša.

Ljudje, ki se zdravijo, pa v **socialnih delavcih in delavkah** vidijo tudi **vir finančne pomoči**. Po njihovi oceni jih imajo za nesposobne, kadar jim ne zagotovijo večje denarne socialne pomoči. (Č7: *To je prva stvar, ko me srečajo na hodniku, naj jim denar zrihtam. Kakšni imajo nerealna pričakovanja. Oni slišijo, da nekdo dobi denarno pomoč za drva. In potem bi kar vsi imeli denarno pomoč za drva.; Č8: *Naj zrihtam denar za cigarete, ker večinoma vsi kadijo. Tisti, ki imajo denarno pomoč 280 evrov in za 200 evrov zakadijo, jim ne ostane kaj dosti. Ampak to mi ne moremo rešiti tega problema. Ko pa rečeš, da naj**

*zmanjšajo cigarete – to pa nočejo slišati.)* Ljudje po mnenju socialnih delavcev in delavk od njih preveč zahtevajo, saj imajo včasih nerealna pričakovanja. *(Č42: Na hodniku mi rečejo, da naj mu zrihtam denar za čike, za drva. Jaz jim lepo povem, da lahko samo vlogo damo.)* Nekateri, ki so jezni na socialo, svojo jezo sprostijo na socialne delavce in delavke. *(I61: Nobeden ti ne bo rekel hvala, ker si mi pomagal urediti socialno pomoč. Vedno bodo prišli tisti, ki je ne morejo dobiti.)* Velikokrat pridejo do socialnih delavcev in delavk, če bi lahko poklicali center za socialno delo, ker jim nočejo dati denarne pomoči. Prosijo jih, da naj pokličejo, zato ker mislijo, da imajo socialni delavci in delavke veze in poznanstva ter bodo tako lažje prišli do denarne pomoči. Izkušnje in mnenja socialnih delavcev in delavk, s katerimi sem govorila, so, da se nekateri ljudje pretvarjajo, da imajo duševno bolezen, da bi se lahko preko tega vsaj delno invalidsko upokojili. Ljudje poskusijo, vedno pa je v ozadju neka stiska. Nekatere intervjuvanke imajo izkušnjo, da so jim ljudje iskreno povedali, da želijo doseči upokojitev na takšen način, nekateri jo tudi dosežejo. *(I69: Če boš vztrajal in boš v enem leti desetkrat hospitaliziran, ker boš grozil s samomorom, da slišiš glasove, da si v stiski. Če boš ti to konstantno ponavljal, bil agresiven, bil hospitaliziran v enem letu desetkrat, boš dosegel vsaj delno upokojitev. Hočeš nekaj doseči, ampak sam sebi s tem škoduješ.)*

Socialni delavci in delavke so povedali, da ljudje zelo različno **doživljajo** svoje **zdravstveno stanje**. Kot so pripovedovali, so nekateri lahko v zelo veliki stiski. Lahko so bili do zadnjega zelo v redu, potem pa se je zgodilo nekaj nepričakovanega. Lahko so se poškodovali, imeli nesrečo ali pa je bolezen izbruhnila na hitro. Menijo, da je to zelo težko sprejeti. Po izkušnjah socialnih delavcev in delavk ljudje zdravstveno stanje oziroma bolezen doživljajo zelo različno. Odvisno je od tega, kako družina sicer funkcionira, kakšna je dinamika v družini, kaj stres v družini pomeni in kako se družina sploh odzove na stres oziroma neko nenadno zadevo, kot je nesreča. Kako se bodo odzvali, ali se bodo znali pomiriti ali bodo panični, je odvisno, iz kakšnega okolja izhajajo, kakšno zgodbo iz otroštva imajo, so jih znali starši pomiriti ... Iz takega dogodka se lahko družina poveže ali pa je preizkušnja pretežka in gre vsak po svoje, ker ne zdržijo psihičnega pritiska. To so težke preizkušnje in zelo težko je reči, kako se bo kdo odzval. Zelo je odvisno od socialne mreže, koliko podpore imajo pri ožjih in širših družinskih članih ter prijateljih. Eni se osamijo, drugi poiščejo pomoč.

Socialni delavci in delavke, ki delajo na področju zasvojenosti, so spregovorili tudi o izrazitih čustvih, ki jih ljudje izražajo ob zasvojenosti z alkoholom: npr. sram, negotovost, jeza in samoobtoževanje. Socialni delavci in delavke vidijo svojo vlogo tudi v tem, da raziščejo ta čustva. Po njihovih izkušnjah so nekateri po nekaj letih treznosti zadovoljni in ponosni, da so premagali svojo zasvojenost. Vseeno pa ponos ni tako izrazit. Vedno je nekje zadaj še malo stigme, ki si jo naložijo sami predvsem pa družba. *(C19: Samo nekaj posameznikov bi lahko izpostavila, ki nimajo s tem težav. Pove, da je abstinent in pove tudi zakaj in ne pusti se sprovcirati. Malo je takšnih.)*

Socialni delavci in delavke se z ljudmi, ki so se poškodovali, veliko pogovarjajo in jih poskušajo razumeti, da je to zanje nova situacija, ki ni vsakdanja in morajo zanjo zbrati moč. Ljudje si morajo med zdravljenjem vzeti čas zase, drugače bodo pregoreli. Ljudje, ki imajo že skoraj celo življenje različne kronične bolezni, k socialnim delavcem in delavkam pridejo večkrat. Vsakič so v slabšem zdravstvenem stanju, bolj nezadovoljni in imajo večje stiske. Bolezen, s katero živijo že več let, jih počasi stiska, pritiska nanje in jih razvrednoti. To so velike stiske. S svojo boleznijo se težko sprijaznijo, vendar kljub temu ohranjajo upanje. *(E62: Gredo v alternative. Tudi tam se razočarajo, so čisto na tleh in potem spet pridejo malo k sebi. To so ti zagoni pri teh živčno-mišičnih boleznih.)*

Socialni delavci in delavke, ki delajo v psihiatričnih bolnišnicah, opažajo, da ljudje, ki se zdravijo, svojemu delodajalcu zelo težko povedo, da so v psihiatrični obravnavi, kar pomeni, da je s težavami v duševnem zdravju še vedno povezana velika stigma. Najraje bi svoje težave zamolčali, saj ob tem občutijo stigo. Socialnim delavcem in delavkam je težko, saj se nekateri ljudje ne prestopajo vračajo. *(H107: Skozi bo ena bolezen, stiske nad njim. Včasih imam občutek, da je v začaranem krogu, je povratnik, hodi nazaj v bolnico in nikamor ven ne more iz tega. V resnici gre vzporedno z zdravljenjem tudi njegovo življenje. Kaj je s kvaliteto tega življenja, kaj se tam dogaja.)* V tem začaranem krogu velikokrat krožijo ljudje, ki imajo težave v duševnem zdravju. Situacija, ki privede do hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, je kompleksna in dolgotrajna. Duševna bolezen v povezavi s socialno problematiko je tako prepletena, da včasih ne vedo, kaj je bilo prej – duševna bolezen ali socialna problematika.

Socialni delavci in delavke na področju duševnega zdravja so spregovorili o tematici **bipolarne motnje** ali **manične depresije**, ki je psihiatrična motnja, kjer so ljudje v dveh skrajnih in nasprotnih si razpoloženjih, ki se izmenjavata – depresija in manija. Ko so v

depresiji so utrujeni, potrti in žalostni, nimajo volje ter v sebi čutijo veliko praznino. Ko pa so v maniji, so zelo samozavestni, prepričani so, da lahko naredijo čisto vse, imajo zelo veliko energije, so prepirljivi, napadalni in odločni, so nerazsodni, ves čas so v akciji in telesnem pogonu, zelo malo spijo<sup>16</sup>. Socialni delavci in delavke so takšne situacije pogosto videli tudi pri ljudeh, s katerimi delajo. Soočajo se s tem, da jih ljudje **izkoriščajo** in **zlorablajo**. Kadar so v maničnem stanju, si delajo veliko škodo – predvsem finančno. Socialni delavci in delavke opažajo, da so ljudje do njih zelo nesramni, saj izkoriščajo svoje bolezensko stanje, da pridejo do denarja. (Č20: *Lani so 'nasrali' nekoga, da je šel na Telekom in dva telefona vzel za 1500 evrov. Telefon je pa za 150 evrov prodal taksistu. On mora zdaj dve leti plačevati naročnino, nima pa ne telefona, ne nič. Ali pa gre na banko in ne zapre tega računa, gre 2000 evrov v minus, gre drug račun odpret, ampak ker tega ni zaprl, mu ni treba minusa pokriti. In potem imajo eni s 500 evrov penzije, 6000 evrov minusa.*) Socialni delavci in delavke jim poskušajo pomagati, ko si naredijo takšno škodo. (Č22: *Zdaj so eno gospo nahecali, da je šla podpisat za moneto plačevanje.*) Ljudi, pri katerih so se zadolžili, pa to nič ne zanima in hočejo svoj denar. Naloga socialnih delavcev in delavk je tudi to, da jim pomagajo reševati narejeno škodo. (Č23: *En v maniji je šel na BMW za 60000 evrov avto naročiti.; Č24: Gredo na T2 in vzamejo trojček, ga ne plačujejo več. Gredo potem na Telekom, imajo tam pol leta račun, dobivajo opomine, izklopijo. Gre potem na Telemach. Potem ima ena ženska pet položnic za pet različnih operaterjev. To je začaran krog.*) Zaradi dolgov, ki jih imajo, so skoraj brez denarja. Velikokrat tudi kršijo zakon. (Č39: *To so prometni prekrški, kršitev javnega reda in miru. Ni da ni.; Č40: Sposobni so enega tam 'nasrati', da imajo podjetje.; Č41: Oni so zelo iznajdljivi. Ne moreš verjeti, da pridejo na banko brez bančne kartice, osebne in denar dvignejo. Toliko so po eni strani iznajdljivi, po drugi si pa veliko škode delajo.; D6: Naša pacientka si je s. p. odprla na CSD-ju.) Socialni delavci in delavke jim skušajo pomagati in urediti nastale situacije. Kličejo in obiskujejo vse ljudi, ki so povezani z določenim dogodkom. So njihovi zagovorniki oziroma zastopniki. Socialni delavci in delavke na področju duševnega zdravlja pravijo, da ljudje občutijo zelo veliko stisko, ko iz manije pridejo v depresijo. V najslabših primerih pride tudi do samomorov. (D7: *Če so si hudo škodo prej naredili, je logično, da potem zlezejo dol, ko se soočajo s tem, kaj se je zgodilo – družina je razpadla, žena je šla, otroci ga nočejo več kontaktirati, finančne posledice.*) Tudi socialni delavci in delavke se sprašujejo, kako se bodo soočali s posledicami.*

---

<sup>16</sup> Dostopno na: <http://www.epsihologija.si/simptom/bipolarna-motnja> (10. 8. 2016).

## 4.2. Naloge socialnih delavcev

Kot poročajo socialni delavci in delavke so velik problem, ki ga imajo ljudje poleg slabega zdravstvenega stanja, tudi **finančne stiske**. Nekateri stari ljudje imajo zelo nizke pokojnine. Nekaterim je veliko že to, da si plačujejo pomoč na domu, ki jo nujno potrebujejo po vrnitvi domov. Nekateri pa se sploh ne bodo vrnili domov, ampak bodo morali zaradi poslabšanega zdravstvenega stanja v dom za stare, ki pa je zelo drag. Obstaja možnost, da pomoč na domu ali dom za stare plačuje občina. Ves ta finančni znesek pa je treba po smrti vrniti, zato so ljudje in svojci zelo velikokrat v stiski. *(A40: Eno gospo imam, ko se s centrom za socialno delo dogovarjamo, ker je doma sama, v dom ne želi, trenutno rabi še veliko pomoči in še vse razume. Upoštevati je treba njeno voljo. Imela je malo pomoči na domu. Ima nizke dohodke. Ker je bo sedaj več, jo denarno skrbi, kako bo to izpeljala. Pomoč je treba plačati, razen, če ima tako nizke dohodke, je upravičena do oprostitve plačila, ampak te stvari se s centrom naprej dogovarja.)* Nekateri stari ljudje živijo sami. Socialni delavci in delavke jim pomagajo, da lahko plačujejo položnice tudi tisti čas, ko so na zdravljenju, da se po koncu mirno vrnejo domov. Ljudje so v vse večjih finančnih stiskah, saj je včasih potrebno zdravljenje doplačati ali celo plačati. Ljudi, ki se zdravijo, in svojce zanima, kaj bodo mogli vračati in kaj se jim bo knjižilo na premoženje. Velikokrat ne vzamejo denarne socialne pomoči, ker se bo to knjižilo na premoženje. *(E69: Zelo veliko se bojijo, sploh ljudje iz podeželja, da bodo izgubili to svojo zemljo. Ne želijo iti v dom, ker nimajo dovolj sredstev za plačilo.)*

Vloga socialnih delavcev in delavk v zdravstvenih ustanovah je, da so **mediatorji, posredniki, povezovalci** in **vezni člen** vseh članov – ljudi, ki se zdravijo, svojcev in zdravstvenega osebja. Njihova naloga je, da zdravnikom razložijo, kakšno je socialno stanje in celotna situacija ljudi, saj so oni osredotočeni samo na zdravstveni del. Ker nimajo celotne predstave, veliko stvari ne razumejo. *(A41: Z zdravnico nista imeli najboljšega stika. Gospa hoče biti tukaj še več, kot ji pripada – maksimum je en mesec. Zdravnica je rekla, da bo morala iti počasi domov. Gospa je malo vzrojila in ni imela tako lepega odnosa do zdravnice. Zdravnica je rekla, da bo šla domov, če ne gre v dom. Gospa mi je rekla, da naj kaj rečem zdravnici, da bi ostala. Zdravnica je zelo dojemljiva in je rekla, da ve, da je stara in boga. Ni ji hotela podaljšati na prvo žogo. Po tem ji je podaljšala.; A44: To sem razložila tudi zdravnici in razume vse in je rekla, da ji bo še par dni podaljšala.)* Socialni delavci in delavke poznajo življenje ljudi in kakšno je stanje

doma, zato zdravnike obvestijo, kaj še potrebujejo preden odidejo. (A53: *Tudi fizioterapevt se mu prilagodi in ga trenirajo po stopnicah hoje, če je tega zmožen in jih ima doma. To se z njim dogovori fizioterapevt ali pa moram jaz posredovati.*) Tudi svojci so si zelo različni. Nekateri so pod stresom ali pa imajo različne stiske. Včasih jih zdravstveno osebje pokliče, da se z njimi pogovorijo. (E74: *Pridejo tudi svojci pijani in moraš ubrati taktiko. Pokličejo me iz oddelka in me prosijo, da naj se poskušam zmeniti z njim.*)

Velikokrat pride do konfliktov med ljudmi, ki se zdravijo, in zdravstvenim osebjem. Takrat pokličejo socialne delavce in delavke, da se pogovorijo z zdravstvenim osebjem. Razložijo jim, da so ljudje v stiski in da jim ne smejo zameriti. Tudi ljudem povedo, da tega ne bodo dovoljevali. Če socialni delavci in delavke izvedo kaj pomembnega, kar ne more ostati skrito, se pogovorijo s predstojnikom, da se tudi on lahko pogovori z zaposlenimi, če je potrebno. Socialni delavci in delavke imajo **povezovalno funkcijo**. Stvari ne rešujejo sami.

Vedno vključijo ostale zdravstvene delavce, kadar je potrebno pa tudi zunanje organizacije. (I16: *Mi smo kot povezovalci. Jaz sem organizator, tajnica, ki organizira multidisciplinarni tim – CSD, policija, varna hiša, koordinator, psihiater, osebni zdravnik. Potem se skupaj začne reševati.*)

V Negovalni bolnišnici socialna delavka obravnava vse ljudi. Do njih gre različno, kakor časovno uspe. Z njimi se **pogovori**. Povedo ji svoje želje, videnje, kaj se jim je zgodilo, kakšen je njihov socialni status, kam bodo šli od njih ... Potruditi se mora, da slišijo, tudi če ne morejo govoriti. Vse jim razloži in vpraša, če se strinjajo. Kolikor je možno poskuša dobiti njihovo mnenje. Na prvem pogovoru si poskuša vzeti čim več časa, da spozna človekovo doživljanje bolezni in socialno okolje. V pogovoru ji nekateri veliko zaupajo.

(A30: *Nekateri so zelo obupani, kakšen pravi, da bi se kar ustrelil ali skočil čez okno. Ne vem, ali je zadaj depresija, ker nisem zdravnica ali je to samo strah.*)

Socialni delavci in delavke se z ljudmi, ki se zdravijo, zelo veliko **pogovarjajo** tudi o njihovem **trenutnem stanju**. Z ljudmi, ki imajo težave z zasvojenostjo z alkoholom, in s svojci se veliko pogovarjajo. Poskušajo jim dopovedati, v čem je problem in da če ne bodo o tem spregovorili skupaj s svojci, ne bo dobro. (E13: *Velikokrat je pa to tabu tema in mi začne žena govoriti, da so to že leta težave, finančne težave. Ne vidijo, kaj bi lahko sploh naredili in so zelo tolerantni do tega pitja.*) Trudijo se, da bi končali s tem in si uredili življenje. Kot je povedala ena od socialnih delavk: več se z ljudmi pogovarjaš, boljše znaš

urediti potrebne stvari. Socialni delavci in delavke z ljudmi govorijo o njihovem življenju, raziščejo okoliščine in problem.

Socialni delavci in delavke **sodelujejo** z najrazličnejšimi **ustanovami** in **organizacijami** – vladnimi (zelo veliko s centrom za socialno delo) in nevladnimi organizacijami. V veliko primerih je potrebno ljudem urediti novo namestitev. To velja predvsem za stare ljudi, ki gredo po zdravljenju v dom za stare. Večina jih to zelo težko sprejme in jim predstavlja stisko. Socialni delavci in delavke jim razložijo, da je to lahko samo prehodno obdobje in da se bodo lahko vrnili domov. Potem to malo lažje sprejmejo. Za ljudi, ki so se poškodovali in potrebujejo rehabilitacijo, urejajo nastanitve samo začasno. Tam bodo nadaljevali z rehabilitacijo in fizioterapijo. Ko bodo boljši, lahko gredo spet v svoje domače okolje. To jim je lažje sprejeti, ker vedo, da to ni za zmeraj. Socialni delavci in delavke so povezovalni člen z različnimi institucijami. Vsi se obračajo nanje. (Č4: *Potem sodelujemo s CSD-ji, sodišči, policijo – po potrebi. Stanovanjske skupnosti veliko pokličemo.; Č32: Mi smo zato tukaj, da urejamo zdravstveno zavarovanje, če kdo nima, kličemo na ZZZS, če kdo kake kartice nima. Potem se s temi domovi dogovarjamo. Pošiljamo vloge v stanovanjske skupine, bivalne enote. Smo kar povezovalni člen z zunanjimi institucijami.*) Če je potrebno, gredo tudi za spremstvo na ogled novega doma. Niso uradniki. Skoraj ves čas preživijo z ljudmi in so zunaj pisarne. Socialni delavci in delavke morajo nujno najti namestitev po zdravljenju. (E28: *Ko so mi terapevti povedali, da je proti koncu, moram začeti takoj, ker mi lahko reče, kaj sem delal mesec, dva, da nimam namestitve. Iščem, kličem, pogovarjam se s svojci, usklajujem.*) V Sloveniji sta samo dva varstveno delovna centra, ki sta se usposobila za osebe po nezgodni poškodbi glave, kjer lahko nadaljujejo terapijo in zdravljenje. Ljudem in svojcem je problem, ker sta ta dva domova plačljiva. Socialni delavec se z njimi pogovori, kako bodo to finančno zmogli ali pa kdo jim bo plačal, če nimajo denarja. Veliko delajo tudi z izobraževalnimi ustanovami. Njihova naloga je, da dijaku ali študentu uredijo status dijaka ali študenta s posebnimi potrebami. Vzpostavijo povezavo s šolo in gredo na pogovore z logopedinjo in psihologinjo. Prilagodijo se jim izpiti in predavanja, lahko dobijo tudi mentorja. Veliko ljudi napotijo tudi na Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje ter jim pomagajo urediti invalidnino. (E53: *Mi tudi sodelujemo s CPR. Grem na sestanek, kjer zdravnici, socialni delavki, psihologinji predstavim njegovo anamnezo, kje živi, kaj je po poklicu, pričakovanja bolnika, podporo svojcev. Na CPR so svojci zelo zaželeni, ker pacienta oni najbolj poznajo.*) Veliko delajo tudi z delodajalci, ki so zelo dojemljivi in pripravljeni

sodelovati. Z njimi se dogovarjajo tudi zaradi delne invalidske upokojitve. Včasih se ljudi namesti v razne stanovanjske skupine, da se jih umakne iz domačega okolja, ki pa zanje ni sprejemljivo. (G6: *Če se vedno znova vrača v tako domače okolje, potem vedno znova pristane v bolnišnici. Takrat poskušamo take ljudi izvzeti iz takega okolja.*) Če se vsi strinjajo, napišejo vlogo, življenjepis in zdravniško mnenje. Socialni delavci in delavke kontaktirajo z ustanovami. Potem preverijo, če je tudi stanovanjska skupina za to, ker posameznika nameščajo nekam, kjer je že ena skupina. Oni ocenijo, če je človek primeren za njihovo stanovanjsko skupino, da jim ne zruši klime, ki jo imajo. Socialni delavci in delavke ljudi, ki bi želeli iti v stanovanjsko skupino, peljejo na razgovor in ogled. Pomagajo jim, da imajo več moči in da se počutijo bolj varne. Po ogledu se lahko pogovorijo s socialnimi delavci in delavkami ter si izmenjajo mnenja. Odločitev lažje premeljejo, če govorijo z nekom, ki je bil poleg in imajo nekoga za posvet. Nekateri zelo težko sprejmejo, da morajo v dom. Lažje jim je iti iz bolnice kot pa od doma. Pomagati jim morajo sprejeti bolezen in živeti z njo. (H55: *Velikokrat je za pacienta že korak na bolje, ko jim rečemo, da ne bodo rabili biti več v bolnici, ampak da oskrbo pa še potrebujejo. Sprejmejo, da gredo v dom za toliko časa, da bodo še boljše. Potem ga tudi pospremimo. Institucionalna oskrba je taka, da bi ljudje radi, da je ne bi nikoli potrebovali. Včasih res nekdo nima boljše izbire. Nima drugega.*) Z namestitvami imajo izkušnje, prakso in se dobro poznajo z veliko socialnimi delavci in delavkami po domovih. Vedo, kje se prej dobi mesto. Poznajo razlike ter prednosti in slabosti med domovi, zato jim bolj zaupajo. Vedo, da jim ponujajo pomoč, ki jo poznajo.

Ljudje pri socialnih delavcih in socialnih delavkah vedno iščejo **informacije**. (C1: *Zgodi se, da pridejo ljudje, iščejo informacije, ki niso naročeni. Je kar nekaj telefonskih klicev, ki tudi iščejo informacije.*) Ljudje velikokrat sploh ne vedo, kaj se bo v določeni zdravstveni ustanovi dogajalo. Socialni delavci in delavke jim razložijo, da dobijo predstavo. (E4: *Opazil sem, da, ko ljudje pridejo k nam, da so v zelo velikih stiskah. Veliko jih ne ve, kaj je sploh Soča. Včasih me vprašajo, ali bo bolnik pri nas operiran. Razložim jim, kaj je URI Soča. To je rehabilitacijska, da se pri nas večinoma izvajajo vaje, trening, da so naši zdravniki fiziatři.*) Tisti, ki imajo bolezen že od otroštva, imajo že urejen status in vse zadeve. Socialni delavci in delavke v takšnih primerih nimajo veliko dela. Urejajo samo sprotne zadeve. Socialni delavci in delavke dajejo informacije, kakšne pomoči obstajajo in pomoči tudi organizirajo. Ljudi zanima zelo veliko stvari. Ko pridejo na oddelek, jih kar nekaj ljudi vpraša določeno stvar. Dva socialna delavca sta rekla, da naokoli hodita z

zvezkom in si vse sproti zapisujeta, ker bi drugače pozabila. Ko prideta v pisarno, začneta klicati okoli. Določene podatke si je potrebno sproti napisati, drugače bi jih pozabila.

Kot povsod imajo tudi socialni delavci in delavke v zdravstvu veliko dela z **dokumentacijo**. Tiste ljudi, ki so samostojni, spodbujajo, da čim več stvari uredijo sami. Tiste, ki znajo sami, samo usmerjajo, ne delajo namesto njih. Zdravniki jim vedno odobrijo izhod, če morajo določeno stvar urediti. Če ne zmorejo ali nimajo svojcev, jim pomagajo. (Č13: *Na sprejemnih oddelkih, če še mi vidimo, da človek ni pripravljen za nekatere stvari, ga s temi papirji sploh ne sekiramo, zato ker včasih pride tako ubogi. Najhujše je, če je sprejet nekje 25. v mesecu in takrat noče podaljšati vloge.*; Č14: *Zadnjič je bil en gospod, ko sem mu rekel, da naj odda vlogo za zvišanje denarne pomoči in je ni hotel, zato ker je bil v takšnem stanju. Takšne pustimo. Ko pa pridejo na odprte oddelke, so bolj umirjeni in razumejo stvari.*) Socialni delavci in delavke urejajo skrbništvo. Skrbijo za pogodbe, dogovore, izvide in redne preglede. Zdravniki ne poznajo zakonodaje in ne znajo urediti oddaje vlog, to je naloga socialnih delavcev in delavk. Ljudi zanima, kako urediti vse te papirje. (F17: *Urejam osebne izkaznice, prijave za Zavod za zaposlovanje. Če bi napisal dopis in poslal na CSD, bi dolgo trajalo. Raje naredim sam, ker je prej. Če ne bi, bi bilo to neodgovorno, v škodo bolnici.*) Naloga socialnih delavcev in delavk je, da ljudem pomagajo urediti zavarovanje, stalni dohodek, prijavo na invalidsko komisijo ... Če je nekdo sprejet brez zdravstvenega zavarovanja, je to treba zelo hitro urediti. Za bolnico in zanj je pomembno, da ima urejeno zdravstveno zavarovanje. Če ob sprejemu ugotovijo, da ga nima, socialnim delavcem in delavkam po mailu pošljejo sporočilo, da to čim prej uredijo. Ljudje potrebujejo pomoč in so veseli, da socialni delavci in delavke obvladajo postopke in da vedo, kako se te stvari uredijo. Včasih so ljudje v hudi stiski. Zdravniki bodo z zdravljenjem opravili določen del, kljub temu zdravstveno stanje še ne bo dobro, saj bodo imeli kup nerešenih stvari. Pri tem jim pomagajo socialni delavci in delavke. (H50: *Včasih je problem tako hud, da ga ne more reševati in se zdravstveno podre. Da se sestavi, mu lahko mi že zraven pomagamo. Damo vlogo za razpis za socialno stanovanje, lahko speljemo postopek, da gre v stanovanjsko skupnost, se pogovarjamo in dogovorimo, gremo z njim na razgovor, damo informacije, ga tja peljemo, zrihtamo plačilo in namestitvev.*)

Ena izmed pomembnejših nalog socialnih delavcev in delavk je tudi **raziskovanje življenja** ljudi, ki se zdravijo – pridobivanje socialne anamneze. Raziščejo, kaj se dogaja in

kako živijo. Zbirajo podatke in informacije iz domačega okolja in delovnega okolja. Raziskujejo socialno problematiko, zato si naredijo delovni načrt. Pozanimajo se, kako razmišljajo svojci, kakšne pomoči bi želeli ... S tem dobijo zdravstveno in socialno sliko. Nujno morajo pridobiti tudi kontakt s svojci. Socialna anamneza pomaga zdravnikom, da postavijo diagnozo. To je poleg pregledov, testov in preiskav zelo pomembno, da lahko uvedejo pravo terapijo, da zdravstveno stanje postaja čim bolj stabilno. Zdravniki morajo najprej raziskati situacijo, da ugotovijo, če gre res za določeno (duševno) bolezen in bodo šele potem lahko bolezen zdravili. Socialni delavci in delavke so v zdravstvu nepogrešljivi, saj imajo čisto specifično vlogo. Imajo največ veščin in znanja, kako pridobiti socialno anamnezo in kako reševati socialno problematiko. Velikokrat pomagajo zdravniku, da lažje postavi diagnozo, ker ni vedno vse, kar ljudje počnejo, posledica bolezni. *(H34: Zato raziskujemo, kakšno je sicer njegovo vedenje, v kakšni situaciji on sploh živi, zakaj je tako depresiven. Ali je depresiven, zato ker je službo izgubil, je čisto brez denarja, preživnino bi moral plačati, nekdo ga toži pa nima za plačati. Ali je to reakcija na hudo stisko. Tudi kako je sicer funkcioniral – ali je panik, hitro vzame za hudo in nerešljivo, ali je malo bolj flegmatik in ga bo malo kasneje zaskrbelo.)* Socialni delavci in delavke dobijo vpogled v njegov stil življenja in v življenjsko zgodbo. Tako je lažje vedeti, kaj je bolezen in kaj je vedenje. Celotno osebo dela na poti zdravljenja. Socialni delavci in delavke pomagajo z zbiranjem heteroanamnestičnih podatkov in socialno anamnezo, da osvetlijo problematiko. *(H67: Mi ljudje sami težko vemo, kaj je naš problem. Pacient pride s problemom, ki je samo vrh ledene gore. V resnici je problem nekje drugje. On bo prišel in rekel, da ne spi. Zdaj, zakaj ne spi? Potem se počasi odpira. Po navadi rabi tudi pacient en čas, da sploh odkrije, kaj je njegov problem, pa kateri problemi so rešljivi, kaj se bo dalo izboljšati.)* Zdravniki (posebno psihiatri) so usmerjeni v celotno zdravljenje, zato morajo izvedeti celotno zgodbo. Več ko jim socialni delavci in delavke pomagajo izvedeti o človeku, lažje najdejo svojo vlogo. Če vse pripišejo bolezni, bo psihiater na koncu zelo nezadovoljen, ker bo človek kljub zdravljenju še vedno depresiven. *(H90: Seveda bo depresiven, če npr. nima kje živeti, nima denarja in če ni nihče nič naredil s tem realnim problemom.)*

Socialni delavci in delavke zelo veliko hodijo po **terenu** oziroma k ljudem domov, da vidijo, kako živijo. Pomembno je, da vedo, od kod prihajajo in kaj je njihov svet. Vloga socialnih delavcev in delavk je, da ljudi ne silijo s tistim, kar mislijo, da je boljše zanje. *(D48: Ko sem se pogovarjala s tem fantom, mi je povedal, kako strah ga je bilo, ko se je sprehajal po ljubljanski ulici. Šel je v kino, ampak on nima rad tega, njega je bilo strah.*

*Kako pozabljamo, kaj je njihov svet. On je prihajal iz popolnoma drugega okolja. On tega ni bil vajen. To ni bil njegov svet.)* Ko pridejo iz terena, zdravniku povedo, kako ljudje živijo. To, kar socialni delavci in delavke vidijo in ocenjujejo kot potrebe ljudi in kar ljudje vidijo kot svoje potrebe, se lahko včasih zelo razhaja. Ko gredo na dom, ugotovijo, ali je to kar ljudje govorijo resnično, ali pa je psihotično. *(D51: Imeli smo pacientko, ki je razlagala neverjetno zgodbo. Potem smo ugotovili, da je vse res, kar nam je razlagala. To je ugotovil socialni delavec na terenu.)* Če svojci ne morejo priti, gredo socialni delavci in delavke k njim. Psihiatrične bolnišnice imajo tudi skupnostno psihiatrično obravnavo. Socialni delavci in delavke, ki so koordinatorji skupnostne obravnave, gredo k ljudem na dom. Obravnava ni časovno omejena. Traja najmanj tako dolgo, dokler posameznik eno leto ni bil na zdravljenju, potem se ga odpusti, če tako želi. Nekateri se obravnave navadijo in ne želijo prekiniti. Na začetku potekajo srečanja enkrat na teden, kasneje pa po dogovoru, najmanj je lahko vsaj enkrat na mesec. Imajo tudi pogovore s svojci. Vedno so dostopni, vse si morajo zabeležiti. Ko hodijo na domove, delajo v paru, saj ni varno, da so sami. Nekateri ljudje, ki imajo kakšno hudo psihično motnjo, so lahko v določenih stanjih zelo nevarni. Socialnim delavcem in delavkam ne bi škodovali zaradi nesramnosti, ampak zaradi bolezenskega stanja. Nikoli ne vedo, kaj jih prešine in kaj jih čaka za zaprtimi vrati. Socialni delavci in delavke gredo večkrat z ljudmi samo za spremstvo po najnujnejših opravkih. *(H52: Lahko mene pooblasti pa grem jaz dvigniti na bankomat. Če zdravnica dovoli, grem pa skupaj z njim do pošte, bankomata, banke uredit. Ali domov kaj iskati.)*

Zelo pomembno je, da po zdravljenju zagotovijo **varen odhod** domov ali pa v institucionalno oskrbo. *(A52: Pri poškodbah je treba preveriti, če ima vse urejeno, če ima stopnice, da nima dvigala in če je poškodba, da ne bo mogel hoditi ali bo res težko hodil mu probamo podaljšati maksimum.)* Ljudi nikoli ne odpustijo, če ni urejeno, kam bodo šli po zdravljenju. Če socialni delavci in delavke rečejo, da nimajo kam iti, počakajo v bolnišnici, dokler se ne najde rešitev. Naloga socialnih delavcev in delavk je, da čim prej najdejo ustrezen namestitev. Vsako poslabšano zdravstveno stanje ima določene posledice, zato je treba preveriti, če bodo lahko doma normalno funkcionirali. *(F20: Včeraj sem razlagal enemu, kako naj si stvari uredi. Včasih moraš dobiti idejo. Kar se nekomu zdi samoumevno, nekdo drug ne ve. Ker je dobil mojo potrditev, je bil siguren v svoj predlog.)*

Nekateri socialni delavci in delavke vodijo tudi **skupine**. Ena izmed socialnih delavk vodi skupino za ljudi, ki so zasvojeni z alkoholom. V skupino se vključijo z namenom

rehabilitacije in odpravljanja posledic zasvojenosti z alkoholom. Vsak, ki pride, izdelava svoj rehabilitacijski načrt – kaj mora narediti oziroma popraviti. Skupina mu pri tem pomaga. Njena naloga je, da vodi srečanja, ki imajo terapevtsko podlago. V skupino ne gre vsak, nekateri ostanejo na individualnem delu. Priporočena doba v skupini je pet let. To so smernice, ki veljajo za zdravljenje zasvojenosti z alkoholom. Priporočljivo je, da se v skupino vključijo tudi družinski člani, predvsem partner ali partnerka. Odkrivajo se kompleksne stvari, s treznostjo te stvari ne minejo. Še vedno so neke koalicije, ki jih je potrebno ozvesti. *(C13: Zadnjič je ta gospa rekla, da, če o teh stvareh ne bi govorili na skupini, vprašanje, če bi ona to zmogla. To zdaj ni bil prvi pogovor. Te stvari smo odkrili že nekaj časa nazaj. Da o tem začne razmišljati in da od nekoga sliši, da bi onadva to malo mogla urediti. To se je zgodilo na enem srečanju. Potem pozneje neka tema v zvezi s tem. To je proces.)* Tistim, ki želijo ostati v skupini čez priporočeno dobo, jim pusti. Skoraj polovica članov je v skupini že čez pet let. Vsak sam se odloči, kdaj odide. Nekateri pa so obravnavani samo individualno, saj na skupini ne morejo ničesar povedati.

Naloga socialnih delavcev in delavk je tudi **tolmačenje zakonodaje**. Za tiste, ki delajo na področju duševnega zdravja, predvsem Zakona o duševnem zdravju. Zdravniki se pri tem obračajo na socialne delavce in delavke, ker zakonov ne poznajo. Socialni delavci in delavke se čutijo pomembne sodelavce.

Ljudje se veliko ukvarjajo s tem, kdaj se bodo po zdravljenju **vrnili na delovno mesto**. Ni dobro prehitovati, zato se socialni delavci in delavke z njimi veliko pogovarjajo o tem ter kaj pomeni poškodba ali bolezen. Razložijo jim, da si morajo vzeti čas, da pridejo k sebi in da ne prehitujejo. Ko bodo šli spet v delovno razmerje, bo delodajalec od njih veliko pričakoval in ga ne bodo zanimale njihove težave. Vsakega človeka, ki se zdravi v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu – Soča, pogleda center za poklicno rehabilitacijo. Oni prevzamejo to odgovornost, kdaj bo šel nazaj na delovno mesto in kaj bo lahko delal. Povežejo se z delodajalci. *(E52: Pozornost je drugačna, motijo jih, težko se skoncentrirajo, ne morejo iti v trgovine, ker jih ta gneča izčrpa v pol ure. Mlajši so si želeli, da bi doma šli v kino, po trgovinah. Samo pol ure so zdržali in so rekli, da so mislili, da bodo znoreli. Po enem letu bolniške, se je težko skoncentrirati, brati osem ur. V bolniški so tudi dve, tri leta. To je eno pomembno področje.)* Zelo pomembno je, kakšen je bil človek pred poškodbo, ker se potem vse to potencira.

Socialni delavci in delavke z ljudmi probleme vedno **urejajo celostno**. (F16: *Zdaj se en gospod seli v dom in se sekira, ker nima primernih oblačil. Na Rdeči križ mu bom šel nekaj iskat.*) Ljudje pridejo k socialnim delavcem in delavkam, ker ne vedo, kaj naj naredijo. Skupaj raziščejo, kaj je najbolj smiselno iz organizacijskega, praktičnega in finančnega vidika.

Socialni delavci in socialne delavke v zdravstvu pokrivajo čisto vsa **področja**. (H45: *Mi socialni delavci v bolnici si rečemo, da smo CSD v malem. Pokrivamo vsa področja – nasilje v družini, razveze, skrbi za otroke, odvzemov otrok, denarnih stisk, zaposlitvene težave, problemi na delovnem mestu, problemi upokojencev, problemi odnosov v družini.*)

Poseben način dela poteka na **zaprtih oddelkih** v psihiatričnih bolnicah. Na varovane enote pridejo ljudje po težkih psihotičnih stanjih. Tam so socialni delavci in delavke zelo pomembni. Potrebno je hitro ukrepanje in akcija. (I4: *Tudi ko gre za mladoletne osebe, če gre za kakšno nasilje. Dostikrat sem delala z ženskami, ki so imele shizofrenijo, psihozo in so imele male otroke, pa jih je potem treba zaščititi. Ne sicer odvzeti, ampak v tistem stanju, ko so mame bile, rešiti, ker so pustile otroke zaprte. V tistih primerih smo takoj mi.*) Vloga socialnih delavcev in delavk je akcija, hitro ukrepanje in fleksibilnost. Zdravstveno osebje pričakuje, da stvar takoj rešijo. Na zaprtih oddelkih dobijo podatke, kaj je treba najprej rešiti. Pomembno je, da ljudem pomagajo v največji stiski. Takrat ne rabijo njihovega filozofiranja in svetovanja. (I13: *Najhujše stvari so, ko moram reševati deložacije. Nekdo pride po poskusu samomora, dolžen je 10000 evrov, iz stanovanja ga bodo vrgli, otroka nima kam dati, nima hrane. V teh primerih ne boš šla v svetovanje. Prva stvar, ki jo boš naredila, je, da boš dvignila telefon in boš probala stvar rešiti – da boš predstavila deložacijo, da jim boš zrihtala kaj za jesti, obleči, nadomestno stanovanje, če so jih že ven vrgli. Čisto konkretne stvari.*) Na zaprtih oddelkih so ves čas aktivni.

Na **odprtih oddelkih** pa je delo socialnih delavcev in delavk že bolj usmerjeno v pogovor in svetovanje. Tukaj se začne delati s človekom na razreševanju, svetovanju in dolgotrajnem načrtovanju. Šele na odprtih oddelkih lahko delajo konkretno socialno delo.

Samo ena psihiatrična bolnica v Sloveniji ima dva **forenzična oddelka**. Forenzična psihiatrija obravnava ljudi, ki so kakorkoli sodno obravnavani – priporniki in zaporniki, ki so naredili kaznivo dejanje in imajo duševno bolezen. To je zaporna kazen, ampak ker imajo dokazano duševno bolezen, je ne morejo preživljati v zaporu, pač pa na forenzični

psihiatriji. To je še zelo nova stvar, pred tem ni bilo uradnega naziva. Psihatrije so imele po zaprtih oddelkih te ljudi skupaj z drugimi, nekaj jih je bilo verjetno tudi po zaporih.

#### 4.3. Delo s svojci

Socialni delavci in delavke ves čas zdravljenja sodelujejo tudi s svojci, saj so zelo pomembni. **Doživljajo** jih zelo različno – nekatere pozitivno, nekatere pa tudi negativno. Nekateri so lahko zelo naporni, saj ne sodelujejo in se ne zjasnijo do zadnjega, kje bo človek ali pa si premišljajo. (A56: *Ali preveč zahtevajo, ali hočejo, da jim podaljšujemo v nedogled, ali mu poveš, da morajo čim prej dom urejati, ker se ne dobi iz danes na jutri, ampak oni se izogibajo. Jih ni en, dva, tri tedne, ko je treba odhod, rečejo, da ga bodo dali v dom. Šele potem se zjasnijo. Prej pa tri tedne se ga čaka, ali si bil že celo dogovorjen, da se bo javil in ga potem ni. Ali pa si premislijo in rečejo, da ga bodo doma rihtali in potem vidijo, da to res ne bo šlo, kakšna je situacija (sonda, plenice, nepokreten) si premislijo, da bo šel v dom.*) Po izkušnjah nekaterih socialnih delavcev in delavk znajo biti svojci tudi agresivni. Eden od socialnih delavcev je imel primer, ko je svojca prijavil zaradi psihičnega in verbalnega nasilja na delovnem mestu. Večinoma pa so pripravljeni sodelovati. (F22: *Imaš ti neko zlato sredino. Imaš ene, ki jih sploh ne zanima, in imaš druge, ki bi se kregali, ker bi ne vem kaj imeli. Imaš tudi take, ki ti hodijo grozit. Klicali ti bodo odvetnika, varuha človekovih pravic.*) Ko se pogovarjajo s svojci, vidijo, kaj jim je pomembno, in tekom zdravljenja dobijo izkušnjo, kakšni so. Nekateri so zelo skrbni, nekaterim pa je vseeno. Tiste, ki so skrbni, samo podprejo in jim dajo kakšno informacijo.

**Pričakovanja** svojcev od socialnih delavcev in delavk so včasih zelo velika. (Č37: *Ko si pacienti v maniji naredijo veliko škodo, predvsem finančno, pričakujejo, da bomo mi tole uredili, da bomo zbrisali dolgove, da bomo poklicali. Pa nimamo tu čarobne palčke, da bomo poklicali. Dostikrat je to breme.*) Breme se preloži na socialne delavce in delavke, ki bi morali vse urediti.

Socialni delavci in delavke se s svojci zelo veliko **pogovarjajo**, posebno pri ljudeh, ki ne morejo sami poskrbeti zase (ljudje, ki so dementni). (A11: *Če pacient ne more povedati, potem moram še prej poklicati svojce, drugače mi ni treba nujno takoj. V vsakem primeru pri pacientu pustim moje obvestilo, številko, da me njegovi pokličejo – kdorkoli, hčerka, sin, nečak. Če pa nima nikogar, potem moramo iskati druge vire, če je potrebno.*) Socialni delavci in delavke želijo govoriti s svojci, da vidijo, če so med sabo usklajeni. Kontakt z

njimi vzpostavijo že ob prihodu. Predstavijo jim, kaj bodo skupaj delali, in vzamejo telefonske številke oziroma kontaktne podatke. Nikoli ne delajo mimo njih, svojci poznajo problematiko, zaradi katere so ljudje prišli na zdravljenje. Socialnim delavcem in delavkam jo odprejo in opišejo.

Svojce zanima zelo veliko stvari, zato je naloga socialnih delavcev in delavk tudi to, da jih **informirajo** o vsem, kar jih zanima. (B9: *Starše zanima, kako bi uveljavili pravice za njihovega bolnega otroka.*; B21: *Na ostalih oddelkih pa čisto osnovne stvari – kdaj mama lahko dobi otroški dodatek za nego, starši iščejo informacije za socialne pravice.*) Pri delu z ljudmi, ki imajo demenco, se ogromno dela s svojci. Veliko je seznanjanja s starostjo in urejanja namestitev v dom za stare. Imajo razgovore s svojci, da se sprijaznijo z demenco. (A37: *Svojci rečejo, da ne poznajo več svoje mame, da je čisto dementna. Zdravniki to razlagajo tako, da je bila ta demenca velikokrat skrita, ampak doma, ko so v mirnem okolju in ni bilo posebnih stresov, se to ni pokazalo ali niso opazili. Ko pa jih šok zadane, lahko v momentu demenca izbruhne ven, da svojci ne morejo sami dojeti. Takrat moramo miriti svojce, da tako pač je, da ko se situacija umiri, se lahko popravi situacija.*)

**Podpora** svojcev je lahko ključnega pomena za ljudi, ki se zdravijo. Če socialno okolje ni urejeno, potem je probleme veliko težje reševati. Pri rehabilitacijskem načrtu iščejo, kdo so ljudje, na katere se lahko oprejo, in kdo so ljudje, s katerimi so se do sedaj razumeli. Opora je zelo pomembna. (C7: *Ožje socialno okolje poznam. Če ima kdo željo, da kdo pride, lahko pride. Zadnjič je en gospod rekel, da bi želel, da pride župnik in sem rekla, da lahko.*) Socialni delavci in delavke opažajo, da pri dolgotrajnih boleznih pride do razpada družine, tudi če so imeli dobro razumevajočo družino, ker se nekateri ljudje zaradi bolezni spremenijo in so zelo naporni. Nekateri pa imajo zelo dobro podporo družine ter razumevajoče in potrpežljive svojce.

Tam, kjer nimajo podporne **skupine** za svojce, se socialni delavci in delavke zelo zavzemajo za to, da bi jo imeli. Nekateri so jo nekaj časa že imeli, potem pa je prenehala delovati; potreba po njej pa je zelo velika. V dveh zdravstvenim ustanovah skupine še zdaj potekajo. Dogovarjajo se, kam človeka namestiti in vključiti, da si zapolni čas. Ena bolnica ima program za svojce. Predavanja potekajo uro in pol.

#### 4.4. Delo z zdravstvenim osebjem

Kot poročajo socialni delavci in delavke, je pristop dela zdravnikov zelo različen. Nekateri uporabljajo **medicinski**, nekateri pa so bližje **socialnemu modelu obravnave** ljudi, ki se zdravijo. Socialni delavci in delavke so povedali, da imajo zdravnike z različnim pogledom na ljudi, eni imajo zelo medicinski pogled, drugi pa imajo poleg tega tudi socialni čut za ljudi. Nanje se lahko zelo zanesejo tudi, če jih ni. Nekateri zdravniki se celo vse dogovorijo s svojci, ko ljudje odidejo iz zdravljenja. Nanje se lahko zanesejo, ker vedo, da se bodo vse dogovorili, če bo to potrebno. Medtem ko nekateri zdravniki nimajo tega načina. Oni le rečejo, da bo šel domov, socialni delavci in delavke pa morajo poklicati svojce. Dogovoriti se morajo vse potrebno, če imajo vse pripravljeno, če je vse urejeno. Ena socialna delavka je rekla, da se njen pogled mnogokrat razlikuje od zdravnikovega. Takrat mora zelo suvereno zastopati svoje stališče. *(B38: Jaz sem rekla zdravniku, da je po moji oceni mama kritična do tega dogodka. Da, če bodo še kdaj rabili varstvo, se ne bodo posluževali te babice. Po moji oceni gre otrok lahko domov. On se s tem ni strinjal. Rekla sem mu, da je to moja ocena, on pa je odgovoren za odločitev. Rekel je, da mi zaupa in ve, da sem prav ocenila. Otroka je nato poslal domov.)* Dva socialna delavca sta povedala, da je bil zadnja leta velik pozitiven premik za njihovo bolnišnico k bolj celostnemu pogledu. Od striktno medicinskega pogleda psihiatrije prehajajo k bolj psihosocialnemu modelu. To ne pomeni, da bodo zdravili brez zdravil. Pri določenih boleznih so biokemični procesi v možganih porušeni in tega se ne da zdraviti samo s psihoterapijo. Potrebno je zdravljenje z zdravili, ampak ob tem pa je tudi psihosocialna podpora. Socialna delavca pravita, da je bolnica naredila ta premik veliko na račun socialne službe. Generacije zdravnikov ter socialnih delavcev in delavk so se zamenjale. Prišli so od tega, ko je zdravnik odpustil človeka po ozdravitvi, do tega, da ob odpustu vedno pogledajo, kam gre človek živeti, koga ima doma, ima podporno mrežo, kdo bo skrbel zanj, kam se lahko vključuje ... To je velika razlika. Socialni delavci in delavke opažajo, da so si zdravniki med seboj zelo različni. Nekateri imajo več čuta za socialno problematiko, drugi malo manj, ampak vseeno morajo slišati in razumeti. Kako gledajo na človeka je odvisno od vsakega posameznega zdravnika. Odvisno je tudi od karakterja, eni so bolj odprti in dovzetni, drugi pa ne. Socialna delavka, ki dela v psihiatrični bolnici, opaža, da je socialno-delovni pogled včasih krivičen do psihiatrije. Premalo se upošteva zdravnike, saj zdravniki zelo obvladajo svoje delo. Vedo, koliko in kdaj lahko pomagajo ter do kam bodo s pomočjo prišli. Ne delajo čudežev. Eni

zdravniki imajo celostni pristop. V takšnih primerih socialni delavci in delavke zelo radi sodelujejo z njimi, saj skupaj soustvarjajo rešitve in se med seboj dopolnjujejo. Drugi pa pravijo, da so zdravniki, ki zdravijo z zdravili, socialni delavci in delavke pa so za to, da pokličejo center za socialno delo in rešijo situacijo. Probleme ljudi se na takšen način veliko težje reši, ker sta dva pola – zdravstveni in socialni, ki ne gresta skupaj. Super je, če jih združijo in skupaj sodelujejo. Socialni delavci in delavke poročajo, da je potreba po socialnih obravnavah sedaj večja, kot je bila v preteklosti. Več jih vključujejo v obravnave.

Nekateri starejši zdravniki še vedno ne dajo tolikšnega pomena socialnim delavcem in delavkam, pri mlajših generacijah pa se daje večji poudarek na socialno delo. Zdravniki (psihiatři), ki so izobraženi v smeri psihoterapije, delajo dosti bolj socialno in celostno.

Socialni delavci in delavke pravijo, da je že dosti narejenega v smislu pogovora, ko jih vključijo. Nekateri zdravniki pa ne govorijo veliko z ljudmi, takrat je več na socialnih delavcih in delavkah. Z ljudmi govorijo o čisto vsem. Vsi socialni delavci in delavke, ki delajo v psihiatričnih bolnicah, menijo, da so zdravila nujno potrebna. Zdravila ljudi stabilizirajo, oni pa jim hkrati pomagajo skozi socialne in delovne veščine. Pomagajo jim vzpostaviti socialno mrežo in stik z družino. *(I82: Deset let nezdravljene shizofrenije ima hude posledice. Ljudje so fizično, higiensko zanemarjeni, izgubijo stik z družino. Totalen propad.)* Potrebna je celostna obravnava – zdravila skupaj z ostalim psihosocialnim zdravljenjem, ki jim pomaga na novo vzpostaviti življenje. Socialni delavci in delavke pravijo, da sta bolezen in socialna problematika skoraj vedno zelo povezani. Ob hudih primerih različnih duševnih bolezni se zdravniki na začetku fokusirajo samo na zdravljenje z zdravili. Na koncu pa vedno pridejo do socialne problematike. Dostikrat se to zgodi tik pred odpustom. Ko je oseba stabilna in bi lahko šla domov, ugotovijo, da ima hude socialne težave. Med zdravljenjem jim ne dajo takega pomena. *(I43: Ko mene tik pred zdajci vključijo, je moje delo samo še gašenje nekega požara. Na hitro nekaj skupaj skrpam. Če mi rata, vključim koordinatorko.)*

Da se socialni delavci in socialne delavke vključijo v obravnavo ljudi, je potrebno, da jih nekdo pokliče in **naroči socialne storitve**. Izjema je samo Negovalna bolnišnica, kjer je socialna delavka vključena čisto pri vseh ljudeh. Tukaj je že zbrana populacija, kjer je v ozadju nek problem, ali rabijo rehabilitacijo ali pa je socialni problem, ko nimajo kam iti.

Tukaj več ali manj vsi rabijo njeno pomoč. V ostalih zdravstvenih ustanovah pa pobudo za obravnavo s strani socialnih delavcev in delavk poda v glavnem zdravnik, lahko tudi

(glavne) medicinske sestre. (Č2: *Ali pa tudi kakšna sestra včasih pokliče in reče, da pridejo kaki svojci na obisk in če se lahko pogovorim z njimi.*) Včasih jim ljudje na oddelku sami rečejo, da bi radi določeno informacijo. Lahko pa nekaj vprašajo zdravnike, ker pa tega ne vedo, jih usmerijo k socialnim delavcem in delavkam. Pobudo za obravnavo lahko predlaga tudi zunanji sodelavec. (B11: *Zadnjič me je poklicala kolegica iz CSD in je rekla, da je bil k nam pripeljan otrok, da je pri njih družina redno spremljana in če lahko spremljam, kako se bo družina vključevala v proces zdravljenja.*) Zgodi se, da so tudi psihologi kdaj v stiski in potem prosijo socialne delavce, če so lahko zraven, da speljejo pogovor. Ljudje, ki imajo težave z alkoholom, pri zdravnikih opravijo samo psihiatrični pregled. Oni pa jim priporočajo socialne delavce, če bi se želeli vključiti v skupino. Ena izmed socialnih delavk opaža, da so zdravniki pod časovnim pritiskom. Ob zdravljenju se soočajo tudi s problemi, ki so socialne narave. Meni, da bi lahko splošni zdravniki več koristili socialno službo, ker imajo možnost, vendar jo koristijo redki. Socialni delavci in delavke ne gredo do vsakega posameznika, če kaj rabi, ampak ljudje, ki se zdravijo, poiščejo pomoč oziroma opozorijo zdravnika in sestro. (Č3: *Zdajle me je zdravnica klicala, da bi razmišljali o domski namestitvi in sem se zdajle pogovarjal z ženo.*) Včasih socialni delavci in delavke tudi sami vidijo, da nekdo potrebuje njihovo pomoč. O potrebi po vključitvi jih obvestijo iz terena, center za socialno delo ali druge organizacije. Vsak človek nima potrebe po socialnih delavcih. Vključujejo se tam, kjer zaznajo socialno problematiko, stisko, ko ugotovijo, da nimajo urejenega statusa ali pa so povratniki in se vračajo nazaj zaradi neurejene domače situacije ali drugih socialnih težav. Trudijo se stabilizirati stanje ali pa rešiti stisko. Zdravniki jih pokličejo, da se ugotovi socialna anamneza. V veliko primerih ljudi k socialnim delavcem in delavkam napotijo zdravniki. Ljudje se želijo pogovoriti o različnih stvareh, ki jih težijo, ne samo o bolezni. (I38: *Pri zdravniku se osredotočijo samo na zdravila. Če že začnejo zdravniku govoriti o svojih družinskih, socialnih težavah, jih oni poslušajo, obravnavajo, potem pa jih rajši meni napotijo, kot da se sami spuščajo v vse to.*)

Sodelovanje med socialnimi delavci in delavkami ter ostalim zdravstvenim timom je za učinkovito zdravljenje zelo pomembno. Pomembno je, da so v stiku in da se **informirajo o ljudeh, ki se zdravijo**. (A31: *Jaz potem to zdravnici povem, če je kaj tako zelo posebnega. Ona je vsak dan z njim na viziti, se z njim pogovarja. Zdravnica ima 33 pacientov in se nima časa z njim pol ure pogovarjati, kot se jaz.*) Če med pogovorom socialni delavci in delavke začutijo stisko, se z ljudmi pogovorijo. Če je potrebno, povedo tudi vodji in

zdravniku. Socialni delavci in delavke imajo tudi vpogled v vso zdravstveno dokumentacijo ljudi, ki se zdravijo. *(B12: Običajno prosim za vpogled v dokumentacijo na psihiatriji, ko pride kakšno poročilo od ambulantnih psihiatrov, centrov za socialno delo, šole. To lahko preberem, tako da imam običajno že neke informacije. Včasih lahko opravi telefonski klic in pridobim informacije. Mi imamo računalniški sistem, kjer vidim zakaj je bil otrok sprejet.)* Kadar socialni delavci izvedo kakšne pomembne informacije, jih povedo zdravnikom. *(Č5: Zadnjič za enega gospoda, ko je rekel, da ga vse boli, sem v zavetišče klical in so mi rekli, da je bil cel vikend zunaj, čeprav ne bi smel biti. Celo noč je vandrál, kadil, pil. To je pomemben podatek. Jaz zdravnici povem, ker je to pomembno. Mi ga tu zdravimo, potem gre za vikend ven in krši dogovor. Saj ni kaznovan.)* Ko zdravniki naredijo sprejem, socialni delavci in delavke preberejo dokumentacijo. Vedno delajo vse v dogovoru z zdravniki. *(H6: Zdravnika obvestiš, oddelčno sestro obvestiš, če kdo nima zavarovanja. Zdravnica ti tudi potem da nazaj povratno informacijo, kako je z diagnozo. Ali je nujno, urgentno zdravljenje ali ni in potem tudi veš, ali je nujno urediti zavarovanje.)* Z zdravniki se posvetujejo, kako je z zdravstvenim stanjem določene osebe. Zdravniki jim opišejo zdravstveno sliko, povedo zaradi česa so hospitalizirani, kaj je njihov zdravstveni problem in če so zaznali tudi socialno problematiko. Vedno se morajo posvetovati z zdravniki, zakaj je oseba na zdravljenju in kaj se je zgodilo.

Tudi socialni delavci in delavke si med sabo pomagajo na različne načine. Eden od teh je **nadomeščanje** odsotnosti in **sodelovanje**. Iz predloga vidijo, če so bili ljudje že vključeni v kakšni drugi socialni službi. Pokličejo socialne delavce in delavke iz tiste socialne službe, da si predajo kar so že oni delali, da se ne ponavljajo in podvajajo. *(A8: Recimo, če so že dali za domsko oskrbo pet prošenj na pet koncev, potem jaz imam to v evidenci in poskušamo te domove speljati do konca. Ali pa kar koli, kjer je problem.)*

#### 4.5. Strokovni tim

Zelo pomemben del dela v zdravstveni ustanovi so **strokovni timi**. Skoraj vsi socialni delavci in delavke so povedali, da imajo redne strokovne time. Strokovni tim sestavljajo socialni delavci in delavke, zdravniki, medicinske sestre, delovni terapevti, fizioterapevti, psihologi, klinični psihologi, socialni in specialni pedagogi, logopedi ... – vsi strokovni delavci določene zdravstvene organizacije. Na timih si izmenjajo informacije o ljudeh, ki se zdravijo. *(A13: Če pacient ne more govoriti, se potrudim dobiti občutek, ali on ve,*

razume ali ne. Potem po navadi še skupaj na konzilijih, ki jih imamo skupaj z zdravnico, fizioterapevtko, z ostalimi sestrami, dobim povratne informacije. Oni ga tudi bolj poznajo, so vsak dan z njim v stiku. Jaz nimam vsak dan časa k vsakemu iti. Tako, da mi oni povejo, če vse razume.) Timske sestanke imajo enkrat ali dvakrat na teden. Pogovorijo se o ljudeh, ki so na zdravljenju, vsak pove stanje, ki se tiče njegove stroke. Ostale zdravstvene delavce (posebno zdravnike) od socialnih delavcev najbolj zanima, kam bo šel po zdravljenju. Socialni delavci in delavke pravijo, da so sestanki zelo pomembni za dobro sodelovanje, saj drugače nimajo vseh informacij. (A77: Če me ni zraven, dostikrat ne vem, kaj se s pacienti dogaja. Včasih kakšnega premestijo in čez dva dni šele izvem. Iščem ga in ga nikjer ni.) Na psihiatričnih oddelkih je problematika zelo kompleksna in mnogovrstna, zato je nujno, da je v obravnavo vključen celoten tim. Srečujejo se dnevno, se pogovarjajo kakšen načrt narediti, kdo bo kaj naredil in kdo bo opravil kakšen pogovor. Princip oziroma pravilo terapevtskega dela je, da je zaupna oseba ena. V timu se dogovorijo, kdo bo glavni in kdo bodo ko-terapevti. Nekateri imajo timske sestanke samo enkrat na mesec. V takšnih primerih se tim socialne službe sproti dogovarja, kdo bo komu pomagal. Pravijo, da dobro sodelujejo. Nikoli ne mine dan, da se ne bi med seboj videli. Vloga socialnih delavcev in delavk v timu je, da delajo pretočnost oddelka. Poskrbeti morajo, da se imajo ljudje kam vrniti, ko bodo odšli iz zdravljenja. Vsak v timu ima točno določene naloge. Socialni delavci in delavke v timu so koordinatorji med vsemi člani tima, svojci, ljudmi, ki se zdravijo, in širšim okoljem, kamor se bodo vrnili. Na timskih sestankih vsi člani poročajo iz svojega področja. Skupaj iščejo najboljšo možno rešitev za ljudi. Pomembno je, da se sliši vsakega člana tima. Vse informacije so zelo dobrodošle, da se lažje organizirajo in uredijo najboljše za ljudi, ki se zdravijo. Sestanki so priložnost za izmenjavo informacij o obravnavah v posameznih službah in o nadaljnjem načrtovanju ter razdeljevanju nalog. Zdravniki so vodje strokovnega tima. Socialnim delavcem in delavkam je lažje delati svoje delo, če so vpeti v multidisciplinarni tim. Zdravniki odgovarjajo za ljudi, njihov odpust in sprejem, oni pa se lahko ukvarjajo zgolj z njihovo socialno problematiko. Bolj so učinkoviti, če delajo v timu in če vedo, kje so meje njihovega dela. (H88: Če se zdravnik ne vtika v socialo, in ne rešuje on socialne problematike. Ker če to začne, več zaplete kot reši, zato ker ne pozna področja. Obratno pa mi ne poznamo drugih področij.) Službe znotraj bolnišnice in službe izven bolnišnice zelo rabijo druga drugo. Socialna služba je majhna, ampak vidijo, da so za zdravnike nepogrešljivi. In oni zanje. Med sabo si pomagajo že s tem, ko so v timu. Nekateri pa imajo

timske sestanke samo po potrebi. (C8: *Timi niso nekaj stalnega. Ne srečujemo se enkrat na teden ali enkrat na mesec, ampak če je potrebno se pač pogovarjamo s psihiatrinjo in klinično psihologinjo.*) V takšnih primerih ne delajo vsi z enim človekom. Potem bi ti timski sestanki bili res na mestu, da bi se več pogovarjali.

Socialni delavci in delavke so zelo različno vrednoteni. Eni doživljajo, da so **enako vrednoteni** ostalemu zdravstvenemu timu, drugi pa pač **ne**. Velika večina jih misli, da jim dovolj prisluhnejo in da imajo veliko moči ter veljave. Ne pritiskajo nanje z urejanjem namestitve po zdravljenju, razumejo, da se ne da vse urediti v enem dnevu. V nekaterih timih dajo zelo velik poudarek socialnemu delu, nekaj zaradi same vsebine dela in nekaj zaradi dolgoletnih izkušenj socialnih delavcev in delavk, posebno tam, kjer so se le-ti izobraževali o sistemske družinski terapiji in psihoterapiji. Velik del socialnih delavcev in delavk meni, da so v timih slišani in avtonomni. Zdravniki jih upoštevajo – predvsem tam, kjer imajo veljavo. (Č6: *V redu upoštevajo socialno službo. Sodelujemo v timskih sestankih, na vizite hodimo. Tam nas tudi upoštevajo, tam nas tudi pacienti vidijo in če kaj rabijo, nas vprašajo.*) Pri nekaterih zdravnikih ni več ločevanja med njimi ter socialnimi delavci in delavkami, čutijo se enakopravne sodelavce z zdravniki. Ko se v timu pogovarjajo, kako in kaj bi, so njihovi predlogi in ideje upoštevani in spoštovani. So cenjeni in tudi zdravniki vidijo, da so potrebni, včasih pa je bilo vseeno, če socialnih delavcev in delavk ni bilo. (D44: *Danes pa en dan, da socialnega delavca ne bi bilo v hiši, bi bil rdeči alarm, ker so začutili to našo vlogo pri obravnavi.*; E27: *V timu me morajo upoštevati. S predstojnikom zelo dobro sodelujem in mi pove, da sem zvezda oddelka. Dokler jaz ne uredim določene zadeve, je potrebno počakati. Uredim, da se lahko vrne v domače okolje, ima vzpostavljeno mrežo pomoči, informacije, mu dajem smernice. Dokler ne najdem namestitve, mora biti bolnik pri nas.*) Štirje socialni delavci svoj del socialne obravnave zapišejo tudi v bolnikovo anamnezo. Nekateri socialni delavci in delavke (teh je malo) pa pravijo, da v timu niso enako vrednoteni in da se imajo zdravniki za nekaj več. (F41: *V bolnišnicah je s socialo še vedno tako, da moramo jo imeti, še bolje pa, če je ne bi bilo.*) Sodelovanje v timu je v nekaterih primerih odvisno od oddelka in zdravnika. Nekje v zdravstvu še vedno vlada hierarhija. Če zdravnik problematiko prepozna kot hudo in težavno, bo socialne delavce in delavke vključil kot zelo pomembne, včasih pa jih vključijo tudi samo kot podporni steber. V zdravstvu je še vedno glavno farmakološko in operativno zdravljenje. Veliko zdravstvenih delavcev gleda na socialno službo kot postransko. To je odvisno od tima in zdravnikovega pristopa. Zdravniki socialnim delavcem in delavkam

dostikrat rečejo, da naj pokličejo center za socialno delo in da naj rešijo stvar. Socialno delo je vrednoteno precej nizko, menijo. (I40: *Mogoče je to moj osebni, subjektivni občutek. Težava, s katero se dosti socialnih delavcev srečuje. Imam občutek, ne manjvrednosti, ampak da je naše delo samoumevno in nizko vrednoteno. Čeprav vsi vemo, da je zelo pomembno, kam bo človek šel po zdravljenju.*) Ena izmed socialnih delavk meni, da socialno delo v zdravstvu še vedno ni dovolj cenjeno. Je nekaj manjvrednega, ampak nujno potrebnega. Veliko ljudi v zdravstvu sploh ne ve, kaj je delo socialnih delavcev. (I46: *Jaz sem bila zgrožena, ko so rekli, da je delo socialnega delavca, da hodi v trgovino z ljudmi. Je tudi to delo socialnega delavca.*; I47: *Potem se vprašaš, zakaj sem hodil na fakulteto, imam vsa mogoča znanja, metode, veščine, če pa tisto, kar delam, je, da me pošiljajo po čike, hrano. To dejstvo te poniža, razvrednoti in se začneš spraševati, zakaj sem sploh študiral in kaj je moje delo.*) Rezultati so pokazali, da so socialni delavci in delavke v veliki večini enako vrednoteni kot ostalo zdravstveno osebje. Še vedno pa se najdejo izjeme, kjer niso enako vrednoteni in so v zdravstvu zaposleni zgolj zaradi izpolnjevanja nujnih formalnosti in jih zdravniki ne upoštevajo dovolj.

#### 4.6. Dokumentacija

Velik problem socialnih delavcev in socialnih delavk v zdravstvu predstavljajo **standardi in normativi**, saj niso dovolj dobro urejeni oziroma jih je potrebno posodobiti. Nizko vrednotenje socialnega dela v zdravstvu se kaže v nizkih normativih (premalo socialnih delavcev in delavk), v nepravičnem sistemu napredovanj in v plačilnem sistemu. Trenutno se sestaja sekcija socialnih delavcev in delavk, ki so zaposleni v zdravstvu, ki se trudi, da bi postavili potrebne standarde in normative. Ta sekcija sodeluje s Fakulteto za socialno delo, Društvom socialnih delavk in delavcev Slovenije ... Specifičnost stroke in njihove probleme predstavljajo na različnih strokovnih kongresih. Problem je ovrednotenje socialnega dela. Vsi jih rabijo, nikjer pa nimajo posebej napisanega obračunavanja storitev, nimajo niti dobro postavljenih standardov in normativov. (A74: *Recimo zdravnik ima šifre, kaj je delal, in se vse te točke obračunavajo. Mi pa svojih storitev ne moremo, ker nimamo prikaza in urejenih teh standardov. In potem se nas po enih pavšalih plačuje.*) Želijo si, da bi imeli zabeleženo, kaj jim vzame koliko časa, da bi postavili ceno. S tem bi dokazali bolnici, da so potrebni in koliko stanejo njihove storitve. Standardi in normativi obstajajo, ampak so stari oziroma nikoli niso bili čisto zares obdelani. Zdaj se stvari res intenzivno izboljšujejo. To je osnova, če se hočejo pogajati in kaj doseči. (C32: *S kolegico sva pisali*

*opis storitev. Jaz sem ji poslala tudi opis storitev, ki sem jih recimo lansko leto naredila. Rekla je, da nekako se kažejo možnosti, da bi se to uredilo. Ker po tem bi baje tudi za nas v zdravstvu, lažje bilo.)* Socialni delavci in delavke lahko spišejo, koliko individualnih obravnav je bilo narejenih mesečno. To se da pogledati, ker to beležijo v zdravstveni sistem. Na sekcijo socialnih delavcev in delavk, ki so zaposleni v zdravstvu, ne hodijo vsi, saj zaradi obilice dela ne uspejo. Kjer je v socialni službi več socialnih delavcev in delavk, so dogovorjeni, da hodi vsaj eden izmed njih, potem jih tisti obvešča o vsem, kar se dogaja.

Štirje socialni delavci in delavke so rekli, da svoj del **socialne obravnave zapišejo** v bolnikovo anamnezo. Anamnezo napišejo v uradno dokumentacijo, izvid napišejo v sistem – širša ali krajša socialna obravnava. V sistem ne pišejo na dolgo, to je običajno zelo kratek izvid. Potem pa po telefonu ali osebno povedo več. Včasih napišejo tudi pisno mnenje, posebno, kjer so težke razmere.

Pomembno je, da si vse kar delajo, tudi **zapišejo in zabeležijo**. Vloge, ki jih dobijo, morajo sprejeti, voditi in evidentirati. Ko imajo zavarovalniški nadzor, morajo pokazati, kje imajo vse zabeleženo. Videti želijo vse storitve, ki jih plačujejo za dobo treh mesecev. Dokumentacijo vodijo kronološko za vsakega posameznika posebej. Če delajo individualno, o eni obravnavi napišejo približno pol strani. O skupini zapišejo deset vrstic zapisnika, kaj se je dogajalo v skupini. Za vsakega posameznika zapišejo datum, ko je bil na skupini in kakšen stavek, včasih tudi več, če so pomembne stvari. To odlagajo vsakemu posamezniku v spis. Ena izmed socialnih delavk je rekla, da vse dela na računalnik in potem natisne, ker zelo grdo piše. Naredila si je tako, da ima za vsakega posameznika dokument; ko je polno, natisne in do vrha zbríše, da se vidijo ime in priimek ter šifra storitve. Zopet piše naprej po datumih. Socialni delavci in delavke dokumentacijo vnesejo v poseben program in vodijo evidenco. V program pod socialno obravnavo zapišejo vse, kar so delali z določeno osebo. Vse zabeležijo, da ob odsotnosti ni problemov, saj je možno videti, kaj je bilo že narejeno. Za svojo lastno varnost si spravijo vsa dokazila. (Č31: *To je kar pestro delo. Vse zabeležimo. Če gremo na bankomat, potrdilo skopiram in spravim. Da ne bo kdo rekel, da sem kaj vzel. Dokazilo je treba imeti. To je za našo lastno varnost, da nas ne bo kdo tožil.*) Delovne dokumentacije so različno obsežne, saj so ene obravnave kratke in manj obsežne, druge daljše in kompleksnejše. Socialni delavci in delavke pravijo, da je zapisovanje dobro urejeno. Imajo zdravstveni računalniški program

MEDIS, v katerega beležijo svoje delo – popolnoma vse. Ena socialna delavka je rekla, da imajo klasični zdravniški način, da snema na kaseto. Svoje delo zabeleži po šifri, datumu in kdo je bil vključen. Potem to nese administratorki, da vpiše v računalniški sistem. Vse kar delajo, je vidno vsem: vsak od ljudi, ki delajo z določeno osebo, ki jo je obravnavala, vidi, kaj je z njo delala. Paziti morajo, da je vse zabeleženo, da ni kaj narobe, če se karkoli zgodi. Vse mora biti vodeno.

Če je potrebno, socialni delavci in delavke napišejo tudi **mnenja** in **potrdila**. (C26: *Če rabijo za delodajalca potrdilo, da sodelujejo v skupini, jim napišem potrdilo. Drugače pa mi pišemo mnenja, če nas zaprosijo za to – CSD, sodišča (ukrepi, ki so povezani s kaznivimi dejanji storjenimi pod vplivom alkohola).*) Včasih pa je tudi obratno, da socialni delavci in delavke od drugih zahtevajo socialna mnenja ali delovna poročila.

#### 4.7. Delovno mesto

Opazila sem, da imajo socialni delavci in delavke zelo različne **delovne prostore** oziroma pisarne. Nekateri so kar na oddelku. Prednost je, da ne rabijo iskati zdravnikov in gredo lahko kadarkoli tja, da pridejo do ljudi, svojcev ali zdravnikov, porabijo zelo malo časa. Prihranjeni čas lahko porabijo za konkretno sodelovanje (pogovor) z ljudmi. Nekateri imajo lokacijo svoje pisarne na enemu koncu, klinika pa je drugje. Celo z avtobusom morajo do tja, saj so klinike zelo razmetane. Da imajo pisarno na oddelku, pa se včasih socialnim delavcem in delavkam zdi tudi slabost. K njim prihajajo svojci, ker vedo, kje se nahajajo. Za vsako stvar pridejo noter in povedo, kar želijo. To jim vzame veliko časa. Ko gredo na oddelek, jih vsi vidijo in ustavljajo, časovno je zamudno. Socialni delavci in delavke so mi povedali, da morajo včasih kakšno stvar nujno urediti, vendar jih pri delu neprestano kdo prekinja. Na to so se že navadili. Če nekdo potrka, ga morajo vsaj na kratko sprejeti. Narediti morajo vse, kar je v tistem trenutku potrebno. (A82: *Če me pacient kliče na wc ali če mu dam čaj, mu poiščem sestro, da ga bo peljala na wc. Ne moreš ignorirati. Dostikrat moram biti posrednik vmes in iskati sestre. Osebja je povsod premalo. Če telefon zvoni, se moram tudi oglasiti. Včasih smo vsi malo za vse, na vseh koncih.*) Da imajo pisarno poleg oddelka, pa je zelo dobro za svojce, saj imajo do socialnih delavcev in delavk hiter dostop. Nekateri menijo, da mora biti pisarna posebej – stran od oddelka, kjer imajo svojci možnost zasebnosti, da informacije ne krožijo. K njim prihajajo tudi zunanji obiski in ni primerno, da vsak hodi po oddelku, kjer poteka zdravljenje. Bolje je, da je

pisarna ločena, saj je namenjena tudi temu, da se v njej pogovarjajo z ljudmi in s svojci. Pisarne nimajo na oddelku, ampak zelo blizu vsem oddelkom, tako da so dostopni za ljudi, ki se zdravijo, in svojce. Če jih potrebujejo, so hitro na oddelku.

**Potek dneva** je zelo raznolik, dinamičen in za en dan vnaprej ne vedo, kaj jih čaka. Veliko časa preživijo zunaj, na terenu in med ljudmi. (*Č46: Nekateri mislijo, da smo osem ur v pisarni. Jaz sem eno uro, pa še takrat pišem dokumentacijo. Drugače sem pa veliko po oddelkih, na raznih skupinah. Veliko imamo terenskega dela.*) Vsi so rekli, da se njihov delovni dan iz ure v uro spreminja. Nekateri so včasih skoraj cel dan na terenu. Pomembno je, da so fleksibilni, saj vsega ne morejo načrtovati vnaprej. Lahko pri kakšnem človeku pride do poslabšanja in morajo zjutraj spremeniti načrte ter opraviti izredni obisk, tako da dnevi potekajo zelo nepredvidljivo. (*H1: Po navadi si narediš na začetku dneva en načrt, skiciraš ene nujne stvari. Jaz imam recimo en takšen list in si hitro napišem, kaj moram narediti. Pač si pišem, katere stvari so za tisti dan nujne.*) Skoraj vedno morajo pri svojem delu izbirati prioritete. Zjutraj si naredijo plan, čez dan pa se jim ves načrt podre in obrne okoli, ker pride nekdo drug, ki ni bil naročen. Skoraj vedno je tako. Včasih pa se zaplete kaj drugega in je potem tisto bolj ključno reševati, ker nekaj vseeno lahko počaka še en dan. Delovni načrt se jim sproti spreminja.

Vsi socialni delavci in delavke, s katerimi sem se pogovarjala, so s svojo službo in delom **zadovoljni**. (*B36: Jaz imam srečo v tem, da je moje delo takšno, kot je.*) Delo je zelo dinamično in pestro, sproti se učijo in prilagajajo. Gre za celostno zorenje. To se jim zdi kvaliteta, ki jo dobijo pri delu, da tudi oni zorijo v tem procesu, ko pomagajo ljudem. Vredno jim je videti, kje so ti ljudje bili in kam so prišli. Naučili so se, da so sposobni marsičesa, njihov poklic jim je všeč in so z njim zadovoljni. (*F36: Zdaj sem bil na bolniški nenapovedano in so me že domov klicali. Jaz sem prepričan, da sem poklic zadel sto na uro.*) Največ jim pomeni, ko se jim ljudje zahvalijo in so jih resnično veseli. Včasih je potrebna samo malenkost, da jih razveselijo. (*G28: Zadnjič sem enemu gospodu pomagala pospraviti predal s cunjami. Bil je presrečen. Včasih, ko pridem na dom, sem samo poleg, da si uredijo zdravila, saj velikokrat kaj zamešajo.*) S sodelavci nimajo težav, dobro se razumejo in jim tudi to veliko pomeni. (*H109: Službe in zasebnega življenja ne poskušam ločiti. To je eno in isto. Vse to je moje življenje, ampak me ne bremeni. Odkar bolj poznam psihoterapijo me to manj bremeni. To je življenje v različnih odtenkih. Veselim se te širine, pestrosti, zanimivosti življenja.*) Socialni delavci in delavke se zavzemajo za to, da bilo

zdravljenje čim bolj celostno in ne samo z zdravili, terapijami, operacijami ... (D43: *Je velik premik, seveda je še praznega prostora. Mi bi radi še nadgrajevali. Mi pač smo zdajle ena zagnana ekipa, ki nam je mar, da se stvari spremenijo. Malo nas ta birokracija in papirologija omejujeta, ampak se da.*) Poročali so tudi to, da je delo zelo naporno. Ko gredo iz službe, so zelo izčrpani. Nekateri tudi doma analizirajo, če so naredili vse, kaj bi se še dalo narediti, koga bi še lahko poklicali. Življenja in usode ljudi so lahko zelo težke, vse te stvari se jih dotaknejo. (H110: *Boli me vsaka zgodba z žalostnim izidom, ko nekdo izbere nekaj, kar njemu ni dobro. To je njegova izbira. Ampak mene pa žalosti. Zaradi tega tudi jokam kdaj.*)

Zaposlitev socialnih delavcev in delavk v **primarnem sektorju** (zdravstvenih domovih) je že skoraj ukinjena. Socialnega delavca ali delavke nimajo v vseh zdravstvenih domovih, ker so jih odpustili. Socialna delavka, ki je zaposlena v zdravstvenem domu, je rekla, da se o tem odloči direktor zdravstvenega doma in da je to stvar pogajanja. Ko so začeli odpuščati socialne delavce in delavke v primarnem sektorju, je šla do svoje direktorice in ji izrazila svoje skrbi. Direktorica ji je rekla, da naj se nič ne boji, da bo delala. Ta direktorica je tudi splošna zdravnica in je rekla, da v zdravstvenih domovih so potrebe po socialnih delavcih.

Ena izmed socialnih delavk je posebej izpostavila prednost, da **dela na enem mestu** – v bolnišnici in da ne hodi po terenu. Izpostavila je tudi prednost tega, da je isti socialni delavec ali delavka zaposlen v isti ustanovi več let. To pomeni, da ob novi hospitalizaciji človeka že poznajo. Včasih obravnavo nadaljujejo, kjer se je zadnjič zaključila, včasih pa morajo načrt spremeniti zaradi pretekle neučinkovitosti ali zaradi nove problematike. (H65: *Vidiš, ali se je ista problematika pokazala kot hujša. Npr. prejšnjo hospitalizacijo so ostarelo pacientko svojci po odpustu vzeli domov v svojo oskrbo. So mislili, da bo šlo, pa se je izkazalo, da je hujša demenca. Nadaljuje se reševanje istega področja na nov način, ali pa – če se je pojavila še druga problematika, socialna obravnava poteka drugače.*) To je prednost delati v bolnici in ne na centru za socialno delo. Tukaj lahko jutri oziroma naslednjič dokonča delo, če ji je zmanjkalo časa. Tukaj bivajo skupaj, ljudje so tu dlje časa, zato njihovo zgodbo bolje spozna. Lažje dobi idejo, kako nekomu pomagati in mu dati ustrezne informacije. (H66: *Na kakšno stvar si pozabil in si se čez tri dni spomnil. Lahko se je prostor v domu sprostil in veš, komu moraš povedati. Lažje je tako pomagati, kot da človek pride k tebi, ko ima problem in je deset minut ali eno uro pri tebi potem ga pa spet*

*ne boš nikoli več videl.) Zaradi vsega tega je v instituciji lažje delati s človekom kot na terenu, kjer se ukvarjaš z njim samo, ko si pri njem. V bolnici pa je osem ur na dan, s tem človekom se sreča večkrat na dan. Ne izgublajo časa na poti. Več ko je ukvarjanja s problemom, prej se problem reši. Če bi bilo več socialnih delavcev in delavk, bi se lahko še več ukvarjali z ljudmi.*

#### **4.8. Jezik**

Vsi socialni delavci in delavke **poimenujejo** ljudi, ki se zdravijo, pacienti ali bolniki. Nihče jim ne reče uporabniki, klienti ali stranke. Vsi uporabljajo besedo pacient in to se jih zelo prime. Nekaterim je uporabnik blizu, ampak je lažje uporabljati besedo pacient ali bolnik, ker so vsi obrazci prilagojeni temu. Bolj slišijo na socialna obravnava pacienta in ne uporabnika. Po tolikih letih dela so jim medicinski izrazi bližje. Ves čas se pa trudijo za profesionalnost v smislu aktivnega poslušanja, svetovanja, vživljanja in empatije. Trudijo se, da najdejo skupni jezik, čeprav pravijo, da jim beseda pacient sicer ni najbolj pri srcu. Socialni delavci in delavke jim v medsebojnem pogovoru rečejo samo pacienti. So znotraj zdravstvenega sistema, kjer je to enoten termin, ker so v multidisciplinarnem timu različne stroke. *(G10: Jaz jim rečem bolnik. Ker je to bolnica, ne vem, zakaj ne bi smel biti bolnik.)* Besede pacient so se tekom zdravstva najbolj navadili. Ena socialna delavka je rekla, da uporabljajo tudi besedo zdravljeneč, in sicer na oddelku za odvisnosti, kjer je to njihova terminologija, ker se odvisnosti zdravi. Vedno jih vikajo in kličejo po priimku.

Socialni delavci in delavke, kot pravijo, svoj **način govora** prilagodijo ljudem. K njim prihajajo zelo različni ljudje, nekateri so zelo razgledani in intelektualci, nekateri pa so zelo preprosti. Z njimi morajo govoriti njim razumljivo in se prilagoditi – ne operirajo s kakšnimi zapletenimi izrazi. Dostikrat uporabljajo zelo preprost jezik, ki ni skoraj nič socialno delovni. Veliko ljudi, ki se zdravijo, so zelo preprosti in tudi ne bi razumeli nekih zapletenih terminov. Socialnim delavcem in delavkam je bolj kot vsak strokovni jezik važno, da jih ljudje razumejo, kaj jim hočejo povedati. Ljudje, ki se zdravijo, nekaterih izrazov ne razumejo ali pa ne poznajo, zato jim je treba povedati, kako kaj deluje v praksi, potem pa razumejo. *(Č53: Isto koordinator nadzorovane obravnave je takšen pojem, da ga ne razumejo. Potem jim poveš, kako v praksi izgleda. Ti pojmi so včasih neposrečeni. Naši so pa sploh občutljivi.)* Slaba stran uporabe nestrokovnega jezika je, da so že preveč domači, ko pridejo med svoje strokovne kolege. Poskušajo govoriti jezik ljudi, ker je z vsakim govoriti čisto drugače. *(D19: Zdajle je bila pri meni profesorica na Akademiji za*

*glasbo, sem govorila z njo drugače, kot pa bom z enimi preprostimi z vrh Pohorja. Z njimi govorim preprost jezik medsebojne komunikacije.) Velikokrat se znajdejo v situaciji, ko pride pravnik iz centra za socialno delo. Ljudem, ki se zdravijo, v pravniškem jeziku razložijo postopek. Socialni delavec ali delavka sedi zraven in vidi, da čisto nič ne razumejo, zakaj gre. Pravniški jezik prevajajo v jezik uporabnika, ki ni razumel, kaj mu pravnik dopoveduje. Na zelo preprost način mu poskušajo razložiti, kaj je mislil pravnik. Strokovnega jezika ne uporabljajo veliko, če vidijo, da jih ne razumejo. Se prilagodijo in poskušajo poenostaviti zadeve.*

Socialni delavci in delavke se v bolnišnicah srečujejo in pogovarjajo tudi s **tujci**. Ko je bil begunski val, so se bali, da bi dobili kakšnega begunca, ker bi imeli težave z jezikom. *(Č34: Tukaj je bil enkrat en Romun, pa je, sreča, zdravnik znal špansko pa se je malo sporazumel. Pa imeli smo enkrat enega Nemca. Drugače pa načeloma ni veliko tega, no. Pridejo tule iz bivše juge, ampak to tako srbohrvaško znamo. Tudi Albancev je malo več – njihov jezik ne vem, če kdo tule razume.)* Včasih pri sprejemu pripeljejo poleg koga, ki razume jezik, v kolikor pa bi bilo treba, pa imajo pravico do tolmača.

#### **4.9. Supervizija in intervizija**

Socialni delavci in delavke si zelo želijo, da bi imeli omogočeno **supervizijo**. Zelo malo jih ima ta privilegij. Nekateri delajo še kje in imajo supervizijo tam. *(C48: Jaz pri nas pogrešam supervizijo. Sicer delam supervizijo občasno pri transakcijski analizi, ko grem. V Mariboru v zdravstvenem domu smo imeli nekaj za to področje odvisnosti od alkohola. Ampak jaz bi raje videla, da bi to imeli pri nas v dispanzerju.)* Tisti, ki nimajo supervizije, kolikor je možno predebatirajo med sabo, nimajo pa strokovne pomoči in podpore. Ljudje so drugačni, različni in nikoli ni konca zgodbe. Nikoli ni pri enakem problemu enaka rešitev. Takšno je socialno delo. Tisti, ki nimajo supervizije, so že dali pobudo, ker bi jo potrebovali, vendar se nikamor ne premakne. *(E79: Mi mlajši to pogrešamo. Starejši ne pogrešajo, veliko pa jamrajo.)* Nekateri pa so imeli supervizijo, ampak je sedaj nimajo več. Ena socialna delavka je rekla, da imajo supervizijo izven bolnice, če si sami kaj najdejo. Ona si je našla in bolnica ji to plača, gre pod strošek izobraževanja. Pri nekaterih pa je plačevanje izobraževanj in supervizij večni problem. Bolnica jim plača, če ustrezno argumentirajo in pritisnejo na vse možne inštanice. Kot socialna služba nimajo supervizije, imajo pa jo kot oddelek. Plačano imajo skupno supervizijo, hkrati pa imajo lahko

supervizijo tudi po profesiji. Za to so zaprosili in so dobili odobreno, ampak začnejo šele z jesenjo.

Socialna delavka, ki sama pokriva celotno bolnišnico, nima **intervizije** niti supervizije. Ko se dobi z ostalimi socialnimi delavci in delavkami, ki delajo v drugih klinikah, skupaj predebatirajo težave in probleme. Če rabi, jih lahko kadarkoli pokliče. Kjer pa je zaposlenih več socialnih delavcev in delavk, ki delajo na istem področju, se vsak dan zjutraj dobijo na sestanku, da se zmenijo, kaj bodo naredili, če je kakšna aktualna problematika gredo čez primere in se posvetujejo. Med socialnimi delavci in delavkami je intervizija, da si kaj povedo in si delijo izkušnje. (E80: *Če nas je kdo nadrl, se pokličemo in si potarnamo.*; G27: *Pri tej službi mi je težko to, ker moram vedno poslušati samo težave. Nič ni pozitivnega. Pomembno je, da si sam optimističen in trden, da vse to prenašaš.*)

#### 4.10. Izobraževanje

Naslednji problem, ki ga imajo socialni delavci in delavke, so **izobraževanja**, saj je v veliko primerih problem plačilo. Nekaj izobraževanj imajo na voljo, ampak izkoriščajo tista področja, ki so brezplačna. Izobraževanj si želijo, običajno pa iščejo takšne stvari, ki so brezplačne. Kar je plačljivega, včasih odobrijo, vendar rajši ne kakor ja. Socialni delavci in delavke menijo, da potrebujejo več širine pri svojem znanju. (A65: *Glede demence bi bilo fino, da bi mogoče malo več vedeli in postopka plačila domske oskrbe, zakonodaje, da bi bili malo bolj na tekočem.*) Ena socialna delavka je rekla, da je socialnih delavcev in delavk v zdravstvu malo, zato bi se morali med sabo dogovoriti za izobraževanja. Vsak bi enkrat na leto prišel na vrsto. Lahko bi bilo več izobraževanj, problem pa je, ker ni denarja. V drugih državah si jih sami plačujejo, vendar imajo tudi plače primerne temu, saj ta izobraževanja niso poceni, brezplačnih pa je malo. Nekaj časa so želeli, da bi socialni delavci in delavke imeli svojo specializacijo, potem pa so rekli, da jih je premalo. (B29: *Lahko bi imeli kot psihologi, ki imajo specializacijo iz klinične psihologije, ker je kroženje tri leta.*; B30: *Jaz, ko sem prišla na pediatrijo, sem poznala samo to. Ampak, da bi pridobil znanje tudi iz drugih področij, kot sem jih bila jaz primorana. Da bi tekom kroženja spoznal vse te klinike, da bi imel lažji pregled. Eni so bili za to, da bi bila smiselna ta smer. Drugi so potem rekli, da ne vidijo bistvene pridobitve.*) Ena socialna delavka je rekla, da ji izobraževanje plača zdravstveni dom, ona pa v zameno napiše prispevek za interni časopis.

Imajo dogovor, da kdor gre na izobraževanje, tudi nekaj napiše. To se ji zdi dobro. Če gredo kar nekam, je škoda časa in denarja. Verjetno bi vsak mesec lahko kam šli, če bi bili angažirani, ampak ima vsak svojo specifiko. (Č44: *Jaz ne bi šel poslušat o otrocih s posebnimi potrebami, ker ne delam z njimi. Bi šel rajši na Zakon o duševnem zdravju, ker vem, da mi bo bolj prav prišlo.*) Dva socialna delavca sta povedala, da so v letnem planu navedli, da si želijo izobraževanj, vendar so to ostale samo njihove želje, ki na kratek rok ne bodo realizirane. Včasih so jim izobraževanja ponujena, dosti pa je odvisno od samoiniciativnosti. Bolj se srečujejo s tem, da je izobraževanj, ki bi jih rabili, bolj malo. Nekaj jih je na socialni zbornici, ampak to je le eno izobraževanje na leto. Imajo ga plačanega. Ena zdravstvena ustanova ima zelo dobro urejeno izobraževanje socialnih delavcev in delavk, saj ga izvajajo zdravstveni delavci, ki so v njej zaposleni. Imajo zelo veliko izobraževanj, ki se jih lahko udeležijo. Strokovna izobraževanja imajo vsak teden, včasih je tudi kakšna socialno delovna tema. Vodja je zelo razumevajoč do izobraževanj. Obrnejo se k nadrejenemu, izrazijo željo in se prijavijo. Večinoma jim odobrijo ter plačajo kotizacije. Pošljejo jih tudi na kongrese socialnega dela. Odvisno je, kako so socialni delavci in delavke sami pripravljeni, kako so časovno usklajeni in kakšne imajo želje po izobraževanju. Če jih kaj zanima, gredo, če jih ne, ne gredo. (F32: *Na primer, na Kongres socialnega dela ne bom šel niti približno. To me niti ne zanima.*) Ena izmed možnosti je, da se sami izobražujejo, če jih kaj zanima in o tem kaj preberejo. Socialne delavce in delavke zanimajo različna področja. (G23: *Zakonodaja se spreminja, zato moram sproti slediti novostim. Socialna zbornica nudi kar nekaj izobraževanj. Izbiram tista, ki so kratkotrajna in v Ljubljani, ker so cenejša. Zanima me predvsem zakonodaja s področja dela, upokojevanja, izobraževanja, poklicne rehabilitacije ...*) Nekaterim socialnim službam bolnica na leto nameni določena sredstva za izobraževanje. Ta sredstva lahko uporabijo po svoje. Socialni delavci in delavke vodji socialne službe povedo, kaj bi se radi izobraževali. Potem pa vodja nadrejenemu pove, katero izobraževanje bi si želeli ter utemelji, zakaj misli, da bi jim prav prišlo to znanje in kaj bi s tem pridobili. Če je znotraj sredstev, ki so na voljo, in če je smiselno utemeljeno, kaj bodo z izobraževanjem pridobili, bodo dobili odobreno izobraževanje. Smeli bi se udeležiti celo več izobraževanj, kot se dejansko jih, vendar želijo izbrati znotraj ponudbe odgovorno tudi do časa prisotnosti na delovnem mestu. Na vseh področjih morajo biti varčni, zato gledajo, da gredo na tista izobraževanja, za katera se jim zdi, da bi bila res dobra. Kakšnemu se pa kdaj tudi odpovedo, ker pomenijo celodnevno odsotnost, dela pa je veliko. Na izobraževanje morajo iti z

odgovornostjo, ne morejo kadar koli in drugemu pustiti delo. Ena socialna delavka je rekla, da ima z izobraževanji veliko težavo. Izobraževanj jim vedno manj plačujejo, zanje se morajo zelo boriti. V zdravstvenem sistemu imajo prednost zdravniki in psihologi, potem šele pridejo na vrsto drugi kadri. (I28: *Letos nisem bila še na nobenem. Glede na izobrazbo moraš imeti določeno število izobraževanj. Če v tem letu ne, pa v naslednjem toliko več. Letos nisem bila še nikjer.*) Nobeden ne preverja, če imajo dovolj izobraževanj. Če so sami toliko samoiniciativni, da se pritožijo, jih bodo poslali na izobraževanje, ampak potem se pri vodstvu slabo zapišejo. V zdravstvu se pojavljajo nove problematike, zato bi potrebovali izobraževanja tudi o teh temah. (B33: *Na psihiatriji je več motenj hranjenja, aspergerja, avtizma. To včasih sploh ni bilo prepoznano kot diagnoza. Opredeljevali so jih kot duševno manj razvite ali kot otroke z vedenjskimi in čustvenimi motnjami. Ne, da je teh otrok več, ampak prepoznavnost je vedno boljša.*)

Pri izobraževanju socialnih delavcev in delavk v zdravstvu je zelo pomembna tudi **Fakulteta za socialno delo**, ki je začela o socialnih delavcih in delavkah v zdravstvu govoriti, ko so jih izključili iz primarnega sektorja zdravstva, iz zdravstvenih domov. Posledično so nekateri socialni delavci in delavke zgubili službo. Zdaj se več govori o tem in vedo zanje bistveno bolj. Fakulteta za socialno delo jih je veliko naučila, še bolj pa je dragocena kilometrina izkušenj. Socialno delo je tako široko področje, da karkoli znaš, vse ti bo v življenju prišlo prav. Nikoli ne veš, na kakšno problematiko boš naletel in katero izkušnjo boš uporabil, da ti bo takrat prišla prav. Res je, da je socialno delo v zdravstvu tekom izobraževanja zelo malo omenjeno, zato imajo nekateri socialni delavci in delavke nekoliko negativno mnenje o Fakulteti za socialno delo, ki socialno delo v zdravstvu minimalizira. Povzroča jim še večjo škodo kot zdravstvo, ker jih sploh ne izpostavlja. Že zaradi tega je socialno delo v zdravstvu nizko vrednoteno, ker nikjer ni izpostavljeno. S tem, da jih ne priznajo, jih tolčejo dol. (I45: *Ko sem prišla sem delat, nisem imela pojma, kaj je socialno delo v zdravstvu.*) Na Fakulteti za socialno delo bi morali narediti predmet 'socialno delo v zdravstvu', saj je zdravstveno področje zelo obsežno – obsega skoraj vsa področja življenja. Socialni delavci in delavke imajo občutek, da fakulteta meni, da so bolnišnice (posebno psihiatrične) skoraj nepotrebne, saj ljudi institucionalizirajo. (I49: *Socialni delavci v zdravstvu niso pomembni, potrebni, ker bi morali vsi pacienti zunaj biti. Ni res. Mi tukaj notri smo tisti, ki malo bolj prepoznamo stvari. Medicinska sestra ima znanja, socialne veščine, ampak mi smo se za to učili. FSD nam ne daje vrednote in bi raje videli, da bi bili socialni delavci samo zunaj in delali socialno delo v skupnosti, na terenu.*)

Fakulteta za socialno delo bi morala na tem področju ogromno pomagati. Naredila je določeno škodo, ker ni govorila o socialnem delu v zdravstvu, ne glede na to, kakšno mnenje imajo o psihiatriji in zdravljenju s farmacijo. Če bi se jih izpostavilo, bi bilo tudi delovnih mest več. Fakulteta za socialno delo teži k temu, da bi se socialno delo delalo zunaj, socialni delavci in delavke pa pravijo, da so tudi v bolnici nujno potrebni.

Štiri socialne delavke so se izobrazile tudi v smeri **psihoterapije**. Prva izmed njih je transakcijski analitik svetovalec. To pomeni, da ji ta certifikat dovoljuje delo z ljudmi, ki imajo psihosocialne težave in ne psihiatričnih diagnoz. Druga se je izobraževala iz realitetne terapije in je psihoterapevtka, saj so znotraj psihiatrije znanja iz psihoterapije zelo uporabna. Mnenje ene od socialnih delavk je, da bi bilo dobro, da bi bil vsak socialni delavec in delavka, ki dela v zdravstvu, tudi psihoterapevt, saj meni, da se skozi sistem psihoterapije boljše znajdeš v pogovoru in komunikaciji. Njej to zelo pomaga, da bolj ve, kje je v pogovoru s kakšnim človekom. Po njenem mnenju znanja iz psihoterapije strokovnemu delavcu pomagajo, da ve, do kam je njegova odgovornost znotraj človekove življenjske zgodbe, kje je njegova odgovornost, kje mu dajati informacije, kje ga podpreti, kako mu osvetliti temno sobico znotraj življenja, iz katere ne vidi izhoda. Lažje prepoznajo svojo vlogo in meje. Njej je bolnica dovolila iti na izobraževanje psihoterapije in so ji ga tudi plačali. Pravi, da je to najdragocenejše izobraževanje, ki ga je dobila. *(H111: Izobraževanja s področja socialnega dela rabiš, da ostajaš na tekočem s stroko. Ampak npr. psihoterapija, to so pa dodatna znanja, ki te delajo močnejšega.)* Ena socialna delavka pa si študij psihoterapije financira sama, tega ji služba ne omogoča. Njeno vodstvo je bolj naklonjeno izobraževanju zdravnikov in psihologov, ki so višji kader.

#### 4.11. Zakonodaja

Opazila sem, da **zakonodajo** bolje poznajo socialni delavci in delavke, ki so zaposleni v psihiatričnih bolnicah. *(A68: Trenutno nimam ideje, ali je zakonodaja v redu ali ne. To bi morala malo poštudirati.; C46: Zakonodaji res slabo sledim. Jaz imam strokovni izpit iz socialnega varstva, ker sem bila zaposlena na CSD. Takrat sem res poznala vse te stvari. Zdaj pa, ko so se stvari zamenjale, pa moram reči, da mogoče tiste res čisto osnovne vem, da jim svetujem, kaj lahko uveljavi, kje naj to uveljavi, h komu naj se obrne na CSD. Ampak podrobnosti pa res ne vem.)* Glede zakonov se ljudje dostikrat obračajo na socialne delavce in delavke. Osnove vedo, za kaj več pa pogledajo in se pozanimajo.

Socialni delavci in delavke, ki delajo na področju duševnega zdravja in zasvojenosti, so izpostavili področje **stanovanjskih skupin**. Njihov namen je, da si ljudje opomorejo, da lahko začnejo samostojno živeti in se zaposlijo. V Sloveniji morajo potem, ko pridejo do zaslužka, vse vračati državi. To pomeni, da nimajo motivacije za delo. Anglija ima drugače urejeno. Ljudem ni potrebno vračati denarja, zato so motivirani, da čim prej gredo iz stanovanjske skupine in si najdejo zaposlitev. To bi bilo pri nas potrebno spremeniti.

Velik problem so ljudje, ki se vračajo na zdravljenje in rehabilitacijo zaradi poškodb, ki so se zgodile v opitem stanju. Potrebno bi bilo **nadaljevanje zdravljenja** zaradi zasvojenosti z alkoholom. V Sloveniji gredo po zdravljenju domov, kjer običajno ponovno začnejo s pitjem alkohola. To pa privede do novih poškodb. Socialni delavec, ki dela na tem področju, je povedal, da imajo na Malti prav tako veliko alkoholizma in poškodb zaradi tega. Imajo pa zaradi tega inštitut ali organizacijo, ki po rehabilitaciji spremlja te ljudi, ki so se po rehabilitaciji dolžni obrniti na to ustanovo. Preurediti bi se morala organizacija celega zdravstvenega sistema. Država bi prihranila, če bi ustanovila ustanove, ki bi ljudi, ki so zasvojeni z alkoholom, spremljale po rehabilitaciji, da se ne bi vračali, saj so rehabilitacije zelo drage. *(E18: Rehabilitacija je zelo draga. Na mesec približno 8000 do 9000 za enega bolnika. In če je on tukaj pri nas dva meseca, je to skoraj 20000 evrov. Teh 20000 evrov smo skoraj vrgli stran, če nekdo začne čez mesec, dva ponovno piti. Čez leto, dve ga bomo ponovno sprejeli in bomo spet vlagali v njega.)*

**Zakon o duševnem zdravju** je prinesel nekaj dobrih stvari, najboljša izmed teh pa je koordinator obravnave v skupnosti. To se je pokazalo kot zelo uporabno. Koordinator obravnave je koordinator, ki dela na centru za socialno delo. Socialni delavci in delavke ob odpustu človeka seznanijo s to obliko pomoči in obvestijo center za socialno delo. Koordinator prvič obišče človeka, ko je še v bolnišnici in mu potem pomaga pri življenju izven bolnišnice. Koordinira oblike pomoči, ki so v skupnosti. Problem pri ljudeh je, da ne vedo, da so možne oblike pomoči tudi zunaj, ali pa so jim nedostopne zaradi same oddaljenosti od centrov za socialno delo. Njihova vloga je zelo pomembna in to je zakon prinesel dobrega. Po drugi strani pa so osebe s težavami v duševnem zdravju osebe, ki imajo neko bolezen. To pomeni, da so ravno tako bolniki oziroma pacienti, kot so drugi ljudje s somatskimi telesnimi boleznimi. Za vse velja Zakon o pacientovih pravicah. Potem pa se uvede Zakon o duševnem zdravju, ki naj bi po eni strani pomagal k destigmatizaciji psihiatrije in duševnih motenj, po drugi strani pa le-ti bolniki rabijo poseben zakon. To

nam sporoča, da so posebni, imajo poseben zakon – so »duševni bolniki«. Tisti v splošni bolnici nimajo posebnega zakona. S tem so jih dodatno označili, čeprav bi jih radi »odznačili«. Ni prav, da je bil zakon tako nedodelan. *(D28: So neki postopki notri opisani, ki so smešni – kirurško zdravljenje duševnih bolezni ni dovoljeno. Tega se sploh v Sloveniji ni delalo. Posebni varovalni ukrepi so eno področje v zakonu, ki bi naj branili paciente pred zlobno psihiatrijo.)* Socialnim delavcem in delavkam so zelo otežili postopke sprejema na oddelek pod posebnim nadzorom. Dve možnosti sta – eno je sprejem v nujnih primerih, drugo pa je sprejem po sklepu sodišča. Sprejem po sklepu sodišča je bil mišljen, da je možno proti volji hospitalizirati tudi tiste ljudi, ki živijo zunaj, pa si žal ne dovolijo pomagati. Zakon je predvidel postopek, ki traja najmanj dva meseca. Predstavljajmo si nekoga, ki je v zelo slabem stanju in si dela veliko škodo. Predlog na sodišče za protivoljno zdravljenje imajo možnost dati center za socialno delo, svojci in še ostale osebe. Kaj se bo s to osebo čez dva meseca zgodilo? Če bo še dva meseca živel zunaj, znotraj sicer nekega postopka, bo vabljen na sodišče, v bolnico, k izvedencu. Ob vsem tem pa bo še vedno bolan. Sprejem v nujnih primerih je možen, če se ugotovi, da je nujno potreben in je postopek tudi predpisan. Ko zdravnik sprejme človeka proti njegovi volji, ker je akutno poslabšan ali gre za poslabšanje kronične bolezni, mora o sprejemu obvestiti sodišče, zakonitega zastopnika, odvetnika itd. Na eni strani se gredo varstvo osebnih podatkov, na drugi strani pa obveščajo polno ljudi, da je nekdo sprejet v psihiatrično bolnico. Zdravnik človeka sprejme in se z njim pogovarja nekaj minut, da presodi ali je psihotičen. Da ga zapreti oziroma sprejeti na oddelek. Potem pa eno uro piše papirje ter obvešča vse mogoče ljudi in ustanove. Zakon je nujno potreben sprememb. V vseh bolnicah je eden od socialnih delavcev in delavk koordinator nadzorovane obravnave, za koordinatorja je potrebno narediti izpit. To je dvojna vloga. Socialni delavci in delavke so pomagajoči poklic, ljudje, ki pomagajo. Tukaj pa zakon nalaga, kaj smeš in česa ne smeš zahtevati od človeka. Povsod, v vseh petih psihiatričnih bolnicah, so koordinatorji diplomirane medicinske sestre ter socialni delavci in delavke. Koordinatorji nadzorovane obravnave so veliko časa na terenu. V nadzorovani ali skupnostni obravnavi imajo določene ljudi. Teh ni veliko, ampak je zaradi terena časovno velik zalogaj. Kljub temu je večina socialnih delavcev in delavk veselih, da imajo Zakon o duševnem zdravju. Za kaj več pa se morajo obrniti na center za socialno delo. *(I58: Mi na psihiatriji večinoma delamo po zakonu o duševnem zdravju. Hvala Bogu, da ga imamo. Meni je dobro, da ne rabimo vsega delati po zakonu. Ne rabim se kot na CSD opirati na zakone, se jih držati kot*

*pijanec plota, izdajati odločbe, ker to ni moje delo.; I59: Kar se zakonodaje tiče, sem vesela, da nimam toliko opravka z njo, razen z Zakonom o duševnem zdravju. Ko pride do zakonov, se moram na CSD obračati.)*

#### **4.12. Težave**

V zdravstvu imajo kup **tehničnih** težav, ker ni denarja. Imajo probleme s faksi, skenerji in fotokopirnimi stroji, ki jim ne delajo, za nove pa ni denarja. (A59: *Zdaj imam en fotokopirni stroj pokvarjen že pol leta. Do septembra ga ne bodo dobili. Teh stvari oni ne razumejo, tudi če moram v klinični center za vsako stvar. To jih ne zanima. Njih so šefi prijeli za vrat, da ne smejo dajati. Mi se moramo pa znajti po svoje. Od tega, da je tudi šefinja že prinesla fotokopirni stroj, ki ga je njen mož podaril.; A60: Brez skenerja, fotokopirnega stroja ali faksa ne moreš delati. Če pošlješ za enega pacienta, uporabnika prošnje, je cel pok. Po navadi je tako, da en del svojci, en del jaz. Tam kjer se ne moram zanesti na svojce (stara žena ali mož od pacienta) to nase prevzamem in jaz to naredim namesto njega. Za en dom je samo deset ali enajst listov. Pa če pošljemo na deset domov, je to sto listov. Pa se včasih na 15 domov pošlje ali več, ker ne veš, kje boš dobil. Tukaj ni posluha za te stvari.)* To rešujejo tako, da si oddelki izposojajo med sabo, kar potrebujejo.

Socialnih delavcev in delavk v zdravstvu je **premalo**. Če bi imeli več časa, bi se lahko več posvečali ljudem, so povedali (A66: *Oni rabijo, da se z njimi pogovarjaš, da jim zaupaš, da jih primeš za roko, da jih potolažiš. Oni so stari, bolni, sami. Sester je tudi premalo in nimajo toliko časa. Vseh nas je premalo.)* Socialni delavci in delavke nimajo dobrega občutka, da so naredili največ, kar lahko, ker nimajo dovolj časa. Urediti morajo vse, kar je potrebno, zato morajo skrajšati delo z ljudmi in s svojci. Če bi imeli več časa, bi bili veliko bolj uspešni. Ljudje jim dajo povratno informacijo, ko jim povedo, koliko so zanje naredili in so jim hvaležni. Socialni delavci in delavke pravijo, da je bila že pred leti potreba, da se njihovo število v zdravstvu poveča. (B3: *Ampak je bilo potem preveč za enega človeka tri klinike pa še nadomeščanje v četrti. Delo na vsaki kliniki je tako specifično.)* Socialnih delavcev in delavk je zelo malo, zato vse zelo težko dosežejo. Ko se gredo pogajati na ministrstvo (standardi in normativi), jih ne upoštevajo, ker jih je tako malo. Niso dovolj interesantni. V zdravstvu jih ni dovolj, posebno na primarni ravni. Ena socialna delavka misli, da je za njeno področje sama dovolj. Če bi se zdravniki več posluževali tega, da bi ljudi usmerjali k socialnim delavcem in delavkam, takrat bi pa za enega bilo preveč. Ona

ima samo dispanzer za odvisnosti od alkohola, ne ureja ostalih socialnih stvari. Ne ve pa, kako bo naprej, saj je dobila še dodatno delo. (C45: *Jeseni se bom vključevala tudi v center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Ta center že deluje, ampak deluje samo zdravnik z medicinskimi sestrami. Psihosocialnega dela ni. Tako, da to bomo sedaj v jeseni postavljali.*) Vsi ostali socialni delavci in delavke pa pravijo, da so potrebe ljudi večje kot so njihove zmožnosti. Probleme imajo posebno takrat, ko gredo na dopust ali bolniško. Če jih je v socialni službi več, jih nadomešča sodelavec, če pa so sami, je težje. Nekateri imajo pripravnika in jih nadomešča on. (F34: *Problem imam samo, ko grem na dopust. Zdaj hvala Bogu imam pripravnico. Drugače pa sem se mogel konkretno pripraviti na dopust, oddelke obvestiti. Bila je papirološka vojna. Vse stvari, kako se bodo odvijale, kronološko zapisati. Če ni šlo, je človek počakal v bolnici, da sem jaz prišel nazaj.*) Če bi bilo v zdravstvu zaposlenih več socialnih delavcev in socialnih delavk, bi lahko imeli bolj celovite obravnave in bi bili bolj natančni. Sedaj pa, ker imajo veliko dela, gre kdo, ki bi potreboval njihovo pomoč, kar mimo. Socialni delavci in delavke morajo na leto obravnavati zelo veliko ljudi. (H62: *S sodelavcem pa pokrivava moški in ženski oddelek. Na leto posamezen socialni delavec v PBB obravnava približno 400 pacientov. Okrog 800 pacientov na leto je v obravnavi.*) Obseg dela je velik. Skoraj vsi bi imeli dela še za vsaj dva socialna delavca ali delavki, vendar zaradi gospodarskih problemov države obstaja problem zaposlovanja v javnih zavodih. (H79: *Če bi bila pa še ene dva socialna delavca, bi pa lahko še boljše delali v bolnici, ker bi lahko še več naredili.*) Velikokrat ne morejo vsega narediti. Človeku poskušajo rešiti problem do ene stopnje. Potem pa gre domov in ga sam ali ob dodanih organiziranih socialnih pomočeh rešuje naprej. Če bi imeli še kakšnega socialnega delavca ali socialno delavko več, bi lahko vzporedno reševali več socialnih problemov. To tudi vpliva na dolžino zdravljenja. Včasih se tudi skrajša – to je smisel. Če se prej uredi kakšen (stanovanjski) problem, da ga lahko odpustijo. Dejstvo je, da več ko se s človekom ukvarjaš, več mu lahko pomagaš. Noben problem se ne rešuje od daleč, vse pomeni ukvarjati se z nekom. Socialni delavci in delavke bi potrebovali dodatne sodelavce, da bi jih malo razbremenili. Delo bi morali razdeliti, ker ga je preveč. Socialni delavci in delavke v zdravstvu dolgotrajnih pristopov, metod in svetovanja ne uporabljajo, ker jih je premalo. (I10: *Včasih je tako kompleksno, da po parih mesecih zdravljenja ne moreš rešiti stvari. Začneš reševati, kjer je najbolj akutno. Ko v največji paniki pridejo k nam, začneš tiste stvari reševati.*) Ves čas morajo dokazovati, da so potrebni. Pišejo statistiko, koliko dela in primerov imajo – letno vodenje podatkov. (I77: *Pred šestimi leti, ko sem prišla, sva*

*bili dve. Zdaj nas je pet in se že pozna napredek. Mi smo prišli na to, da nas je pet, ker smo toliko pritiskali. Na podlagi forenzične psihiatrije smo vztrajali, da dobimo še enega delavca zraven.)* En socialni delavec ali socialna delavka bi moral biti za en oddelek, kot so zdravniki in ostali zdravstveni delavci. Vsak izmed njih ima svoj oddelek, na katerem opravlja svoje delo. Socialni delavci in delavke pa pokrivajo več oddelkov hkrati in nadomeščajo povsod, kjer je treba. Potreba po socialnih delavcih in delavkah je velika, že zdavnaj bi bil čas, da se socialno delo v zdravstvu prizna kot nujno potrebno.

Delo socialnih delavcev in delavk v zdravstvu je zelo **specifično** glede na kliniko ali celo oddelek. Poznajo področje, na katerem delajo, naloge ostalih področij pa bolj malo. *(B27: Jaz, ko sem začela delati po drugih klinikah, sem videla, da je to področje, o katerem nimam pojma. Ko sem šla na infekcijsko, sem delala z bolniki z aidsom, brezdomci, starostniki, kjer sem morala urejati namestitve v dom ali pomoč na dom.)* Bolnišnica je ogromna, imajo različne enote. Na vsaki enoti, kjer se ljudje zdravijo, je socialno delavski pristop drugačen, vsak oddelek je poseben.

Socialni delavci in delavke pravijo, da se pozna, da so **gostujoča stroka v zdravstvu**. Spadajo pod zdravstvo, hkrati pa so socialni delavci in se sučejo v nekem praznem prostoru, počutijo se nikogaršnji. So zdravstveni sodelavci, niso zdravstveni delavci. V socialno zbornico pa se tudi ne uvrščajo. Ne morejo se čisto uokviriti. So pomožna služba, glavna naloga bolnice je še vedno zdravljenje.

Socialni delavci in delavke bi si zelo želeli, da bi se zaposlovali v **primarnem sektorju** – zdravstvenih domovih, da si tam uredijo svoj status in mesto.

Socialni delavci in delavke, ki delajo v psihiatričnih bolnišnicah so povedali, da veliko razmišljajo, kako metode in koncepte socialnega dela, ki smo se jih učili na Fakulteti za socialno delo, prenesti na delo z ljudmi. Kako **teorijo udejanjiti v praksi**? Učili so se, da morajo delati skupaj z uporabnikom, ga opolnomočiti, slediti njegovim željam in potrebam. V praksi pa imajo pred sabo psihotičnega človeka. *(D14: Njegove želje so iti na luno jutri. Kako, kje smo zdaj?)* Ne vedo, kaj in kako. Ob vsem tem čutijo veliko breme, ker morajo v takšnih primerih nase vzeti ogromno odgovornosti. So situacije, ko je treba sprejeti odločitev. *(D16: Zada je pa neka huda stiska otrok, recimo. Pa je treba javiti na CSD, da je recimo mamica hospitalizirana, doma ima tri otroke in reče, da je za njene otroke poskrbljeno, da ne rabimo nič nobenega obveščati. Halo, jaz sem pa dolžna nekaj*

*narediti. Zelo smo na tankem ledu. Tisti koncepti so izven realnosti.; D17: Saj so neke meje, ko gre za mladoletne otroke. Ampak še vseeno si v precepu, kaj pa zdaj je tisto, ko delaš skupaj z uporabnikom, kaj pa je tisto, ko moraš mejo prestopiti in kljub temu, da je rekel ne, to narediti. V skoraj 100 %, ko se jim zdravstveno stanje izboljša, rečejo hvala in so hvaležni. Ampak kljub vsemu, to ni tisto.)* Sprašujejo se, ali naj gredo preko človekovih želja ali pa naj ga podprejo v njegovih željah in ciljih, ki so plod njegove blodnje. Socialni delavci in delavke pravijo, da je v teoriji drugače kot v praksi. Nekateri socialni delavci in delavke imajo **organizacijski** problem, saj so nekatere bolnice zelo velike. Stvari niso v celoti odvisne od njih, zato se včasih začne komplicirati. Največji problem je, ker se zdravniki in medicinske sestre menjavajo zavoljo kadrovskih normativov, ob tem pa se kakšne informacije izgubijo.

## 5. Sklepi

Najprej bi rada poudarila, da so sklepi osredotočeni samo na to raziskavo, ki pa vsebuje veliko izkušenj in čutenj intervjuvanih socialnih delavcev in socialnih delavk. Ljudje lahko isto stvar izkusimo ali občutimo zelo različno, kar pomeni, da niso takšni sklepi edini možni. Ne veljajo vse izkušnje za vse socialne delavce in delavke niti za vse zdravstvene ustanove. Predlogi izboljšav, kjer so le-ti potrebni, so navedeni v poglavju predlogi.

### LJUDJE, KI SE ZDRAVIJO

Raziskava je pokazala različne izkušnje intervjuvanih socialnih delavcev in delavk o tem, kako njih in socialno delo doživljajo ljudje, ki se zdravijo z njimi. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke, spodnje trditve pa izražajo njihova mnenja (z ljudmi, ki se zdravijo, nisem govorila).

- Socialni delavci in delavke edini v zdravstvu razumejo kompleksnejše to, kako ljudje živijo in kakšne so njihove potrebe.
- Ljudje, ki se zdravijo, v socialnih delavcih in delavkah vidijo zaveznike in zaupnike. V njih vidijo človeka, ki posluša, sliši, pomaga, razume, sprejema in ne obsoja.
- Ljudje, ki se zdravijo, v socialnih delavcih in delavkah vidijo tudi vir finančne pomoči.

- Velik problem, ki ga imajo ljudje poleg slabega zdravstvenega stanja, so tudi finančne stiske. Nekateri stari ljudje imajo zelo nizke pokojnine, zato se bojijo iti v dom za stare, saj je zelo drag. Če pa jim ga bo plačevala občina, se jim bo vse to knjižilo na premoženje.
- Ljudje zelo različno doživljajo svoje zdravstveno stanje. Nekateri so v zelo veliki stiski, saj se jim je zdravstveno stanje v trenutku nepričakovano poslabšalo. Izrazita čustva, ki jih ob zasvojenosti z alkoholom izražajo, so sram, negotovost, jeza in samoobtoževanje. Ljudje, ki imajo bipolarno motnjo ali manično depresijo občutijo zelo veliko stisko, ko iz manije pridejo v depresijo. Ljudje, ki imajo različne kronične živčno-mišične bolezni, so vsakič, ko se vrnejo, v slabšem zdravstvenem stanju, bolj nezadovoljni in imajo večje stiske. Bolezen, s katero živijo že več let, jih počasi stiska, pritiska nanje in jih razvrednoti. Ljudje, ki se zdravijo v psihiatrični bolnišnici, to zelo težko povedo svojemu delodajalcu. To bi najraje zamolčali, saj ob tem občutijo stigmatizacijo.
- Skoraj vsi ljudje, ki imajo bipolarno motnjo ali manično depresijo se soočajo s tem, da jih ljudje izkoriščajo in zlorabljajo. Ljudje so zelo nesramni do njih, saj izkoriščajo njihovo bolezensko stanje, da pridejo do denarja.

## NALOGE SOCIALNIH DELAVCEV

Raziskava je pokazala različne naloge intervjuvanih socialnih delavcev in delavk. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke.

- Socialni delavci in delavke ljudi, ki se zdravijo, doživljajo na različne načine, ki pa so skoraj vedno pozitivni. Pravijo, da zelo velikokrat delajo v sodelovanju s svojci, ampak vedno dajejo prednost ljudem, ki se zdravijo. Prvi so oni, potem so šele svojci. Včasih se njihove želje razlikujejo. Skupaj morajo priti do rešitve, ki je dobra za vse.
- Vloga socialnih delavcev in delavk v zdravstvenih ustanovah je, da so mediatorji, posredniki, povezovalci in vezni člen vseh članov – ljudi, ki se zdravijo, svojcev in zdravstvenega osebja. Njihova naloga je, da zdravnikom razložijo, kakšno je socialno stanje in celotna situacija ljudi, saj so oni osredotočeni samo na zdravstveni del.

- Na prvem pogovoru si socialni delavci in delavke vzamejo čim več časa, da spoznajo človekovo doživljanje bolezni in socialno okolje.
- Socialni delavci in delavke se z ljudmi, ki se zdravijo, zelo veliko pogovarjajo tudi o njihovem trenutnem stanju. Z ljudmi govorijo o njihovem življenju, raziščejo okoliščine njihovega življenja in problem.
- Socialni delavci in delavke sodelujejo z najrazličnejšimi ustanovami in organizacijami – vladnimi (zelo veliko s centrom za socialno delo) in nevladnimi. V veliko primerih je potrebno ljudem urediti novo namestitev.
- Ljudje pri socialnih delavcih in delavkah vedno iščejo informacije. Socialni delavci in delavke dajejo informacije o tem, kakšne pomoči obstajajo in pomoči tudi organizirajo.
- Kot povsod imajo tudi socialni delavci in delavke v zdravstvu veliko dela z dokumentacijo. Tiste ljudi, ki so samostojni spodbujajo, da čim več stvari uredijo sami. Tiste, ki znajo sami, samo usmerjajo. Ne delajo namesto njih. Če ne zmorejo ali nimajo svojcev, jim pomagajo.
- Ena izmed pomembnejših nalog socialnih delavcev in delavk je tudi raziskovanje življenja ljudi, ki se zdravijo – pridobivanje socialne anamneze. Raziščejo, kaj se dogaja in kako živijo. Zbirajo podatke in informacije iz domačega okolja in delovnega okolja. Raziskujejo socialno problematiko. Nujno morajo pridobiti tudi kontakt s svojci. Socialna anamneza pomaga zdravnikom, da postavijo diagnozo.
- Socialni delavci in delavke zelo veliko hodijo po terenu oziroma k ljudem domov, da vidijo, kako živijo. Pomembno je, da vedo, od kod prihajajo in kaj je njihov svet. Na terenu opravljajo tudi obravnavo osebe v skupnosti.
- Zelo pomembno je, da po zdravljenju zagotovijo varen odhod domov ali pa v institucionalno oskrbo.
- Nekateri socialni delavci in delavke vodijo tudi skupine. Ena izmed socialnih delavk vodi skupino za ljudi, ki so zasvojeni z alkoholom. V skupino se vključijo z namenom rehabilitacije in odpravljanja posledic.
- Naloga socialnih delavcev in delavk je tudi tolmačenje zakonodaje – na področju duševnega zdravja je to predvsem Zakon o duševnem zdravju.

- Veliko se ukvarjajo s tem, kdaj se bodo ljudje po zdravljenju vrnili na delovno mesto. Ni dobro prehitovati, zato se socialni delavci in delavke z ljudmi veliko pogovarjajo o tem, kaj pomeni poškodba ali bolezen.
- Socialni delavci in delavke z ljudmi probleme vedno urejajo celostno.
- Socialni delavci in delavke v zdravstvu pokrivajo čisto vsa področja.
- Poseben način dela poteka na zaprtih oddelkih v psihiatričnih bolnicah. Na varovane enote pridejo ljudje po težkih psihotičnih stanjih. Tam so socialni delavci in delavke zelo pomembni, potrebno je hitro ukrepanje in akcija.
- Na odprtih oddelkih pa je delo socialnih delavcev in delavk že bolj usmerjeno v pogovor in svetovanje. Tukaj se začne delati s človekom na razreševanju, svetovanju in dolgotrajnem načrtovanju.

## DELO S SVOJCI

Raziskava je pokazala različne izkušnje intervjuvanih socialnih delavcev in delavk, ki jih imajo s svojci. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke.

- Socialni delavci in delavke ves čas zdravljenja sodelujejo tudi s svojci, saj so zelo pomembni. Doživljajo jih zelo različno – nekatere pozitivno, nekatere pa tudi negativno. Nekateri so lahko zelo naporni, saj ne sodelujejo in se ne zjasnijo do zadnjega, kje bo človek ali pa si premišljajo. Svojci znajo biti tudi agresivni.
- Pričakovanja svojcev od socialnih delavcev in delavk so včasih zelo velika. Breme se preloži na socialne delavce in delavke, od katerih se pričakuje, da bi morali vse urediti.
- Socialni delavci in delavke se s svojci zelo veliko pogovarjajo. Posebno pri ljudeh, ki ne morejo sami poskrbeti zase (ljudje, ki so dementni). Socialni delavci in delavke želijo govoriti s svojci, da vidijo, če so med sabo usklajeni.
- Svojce zanima zelo veliko stvari, zato je naloga socialnih delavcev in delavk tudi to, da jih informirajo o vsem, kar jih zanima.
- Podpora svojcev je lahko ključnega pomena za ljudi, ki se zdravijo. Če socialno okolje ni urejeno, potem je probleme veliko težje reševati. Socialni delavci in delavke opažajo, da pri dolgotrajnih boleznih pride do razpada družine, tudi če so imeli dobro razumevajočo družino, ker se nekateri ljudje zaradi bolezni spremenijo. Nekateri pa imajo zelo dobro podporo družine ter razumevajoče in potrpežljive svojce.

- Tam kjer nimajo podporne skupine za svojce, se socialni delavci in delavke zelo zavzemajo za to, da bi jo imeli. Nekateri so jo nekaj časa že imeli, potem pa je prenehala delovati. Potreba po njej pa je zelo velika. V dveh zdravstvenih ustanovah skupine še zdaj potekajo.

## DELO Z ZDRAVSTVENIM OSEBJEM

Raziskava je pokazala različne izkušnje intervjuvanih socialnih delavcev in delavk, ki jih imajo z zdravstvenim osebjem. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke.

- Pristop dela zdravnikov je zelo različen. Nekateri uporabljajo medicinski, nekateri pa socialni model obravnave ljudi, ki se zdravijo. Socialni delavci in delavke so povedali, da imajo zdravnike z različnim pogledom na ljudi. Eni imajo zelo medicinski pogled, drugi pa imajo poleg tega tudi socialni čut za ljudi.
- Da se socialni delavci in delavke vključijo v obravnavo ljudi, je potrebno, da jih nekdo pokliče in naroči socialne storitve. Pobudo za obravnavo socialnih delavcev da v glavnem zdravnik, lahko tudi (glavne) medicinske sestre. Pobudo za obravnavo lahko predlaga tudi zunanji sodelavec.
- Sodelovanje med socialnimi delavci in delavkami ter ostalim zdravstvenim timom je zelo pomembno za učinkovito zdravljenje. Pomembno je, da so v stiku in da se informirajo o ljudeh, ki se zdravijo.
- Tudi socialni delavci in delavke si med sabo pomagajo na različne načine. Eden od teh je nadomeščanje odsotnosti in sodelovanje. Iz predloga vidijo, če so bili ljudje že vključeni v kakšni drugi socialni službi. Pokličejo socialne delavce in delavke iz tiste socialne službe, da si predajo, kar so oni že delali, da se ne ponavljajo in podvajajo.

## STROKOVNI TIMI

Raziskava je pokazala različne izkušnje intervjuvanih socialnih delavcev in delavk, ki jih imajo v strokovnih timih. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke.

- Zelo pomemben del dela v zdravstveni ustanovi so strokovni timi. Skoraj vsi socialni delavci in delavke so povedali, da imajo redne strokovne time. Strokovni

tim sestavljajo socialni delavci in delavke, zdravniki, medicinske sestre, delovni terapevti, fizioterapevti, psihologi, klinični psihologi, socialni in specialni pedagogi, logopedi ... – vsi strokovni delavci določene zdravstvene organizacije. Nekateri pa imajo timske sestanke samo po potrebi.

- Socialni delavci in delavke doživljajo, da so zelo različno vrednoteni. Eni so enako vrednoteni ostalemu zdravstvenemu timu, drugi pa pač ne. Velika večina jih misli, da jim dovolj prisluhnejo in da imajo veliko moči ter veljave. Sodelovanje v timu je odvisno od oddelka in zdravnika. Nekje v zdravstvu še vedno vlada hierarhija.

## DOKUMENTACIJA

Raziskava je pokazala različne izkušnje intervjuvanih socialnih delavcev in delavk, ki jih imajo z urejanjem dokumentacije. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke.

- Velik problem socialnih delavcev in delavk v zdravstvu predstavljajo manjkajoči standardi in normativi, kar onemogoča ovrednotenje socialnega dela. Trenutno se sestaja sekcija socialnih delavcev in delavk, ki so zaposleni v zdravstvu, ki se trudi, da bi postavili potrebne standarde in normative.
- Nekateri socialni delavci in delavke so rekli, da svoj del socialne obravnave zapišejo v bolnikovo anamnezo. Anamnezo napišejo v uradno dokumentacijo.
- Pomembno je, da si vse, kar delajo, tudi zapišejo in zabeležijo. Vloge, ki jih dobijo, morajo sprejeti, voditi in evidentirati. Ko imajo zavarovalniški nadzor, morajo pokazati, kje imajo vse zabeleženo. Videti želijo vse storitve, ki jih plačujejo za dobo treh mesecev. Dokumentacijo vodijo kronološko za vsakega posameznika posebej.
- Če je potrebno, socialni delavci in delavke napišejo tudi mnenja in potrdila. Včasih pa je tudi obratno, da socialni delavci in delavke od drugih zahtevajo socialna mnenja ali delovna poročila.

## DELOVNO MESTO

Raziskava je pokazala različne izkušnje intervjuvanih socialnih delavcev in delavk, ki jih imajo na delovnem mestu. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke.

- Socialni delavci in delavke imajo zelo različne delovne prostore oziroma pisarne. Nekateri so kar na oddelku. Prednost je, da ne rabijo iskati zdravnika in gredo lahko kadarkoli tja. Porabijo tudi zelo malo časa. Drugi imajo lokacijo svoje pisarne na enem koncu, klinika pa je drugje.
- Potek dneva je zelo raznolik, dinamičen in za en dan vnaprej ne vedo, kaj jih čaka. Veliko časa preživijo zunaj, na terenu in med ljudmi. Pomembno je, da so fleksibilni, saj vsega ne morejo načrtovati vnaprej.
- Vsi socialni delavci in delavke so s svojo službo in delom zadovoljni. Njihovo delo je zelo dinamično in pestro, sproti se učijo in prilagajajo. Gre za celostno zorenje. To se jim zdi kvaliteta, ki jo dobijo pri delu, da tudi oni zorijo v tem procesu, ko pomagajo ljudem.
- Zaposlitev socialnih delavcev in delavk v primarnem sektorju (zdravstvenih domovih) je že skoraj ukinjena. Nimajo v vseh zdravstvenih domovih socialnega delavca ali delavke, ker so jih odpustili. Socialna delavka, ki je zaposlena v zdravstvenem domu, je rekla, da se o tem odloči direktor zdravstvenega doma in da je to stvar pogajanja.
- Ena izmed socialnih delavk je posebej izpostavila, da čuti kot prednost, da dela na enem mestu – v bolnišnici in da ne hodi po terenu. Izpostavila je tudi prednost tega, da je isti socialni delavec ali delavka v isti ustanovi zaposlen več let. To pomeni, da ob novi hospitalizaciji človeka že poznajo.

## JEZIK

Raziskava je pokazala različne izkušnje intervjuvanih socialnih delavcev in delavk, ki jih imajo z uporabo jezika, ko govorijo z ljudmi. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke.

- Vsi socialni delavci in delavke poimenujejo ljudi, ki se zdravijo, pacienti ali bolniki. Nihče jim ne reče uporabniki, klienti ali stranke. Nekaterim je uporabnik blizu, ampak je lažje uporabljati besedo pacient ali bolnik, ker so vsi obrazci prilagojeni temu.
- Socialni delavci in delavke svoj način govora prilagodijo ljudem. K njim prihajajo zelo različni ljudje, z njimi morajo govoriti njim razumljivo in se prilagoditi – ne

operirajo s kakšnimi zapletenimi izrazi. Dostikrat uporabljajo zelo preprost jezik, ki ni skoraj nič socialno delovni.

- Socialni delavci in delavke se v bolnišnicah srečujejo in pogovarjajo tudi s tujci. Včasih pri sprejemu pripeljejo poleg koga, ki jezik razume, v kolikor pa bi bilo treba, pa imajo pravico do tolmača.

## SUPERVIZIJA, INTERVIZIJA

Raziskava je pokazala različne izkušnje intervjuvanih socialnih delavcev in delavk, ki jih imajo s supervizijo in z intervizijo. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke.

- Socialni delavci in delavke si zelo želijo, da bi imeli omogočeno supervizijo. Zelo malo jih ima ta privilegij.
- Socialni delavci in delavke pogrešajo tudi intervizijo. Ko se dobijo z ostalimi socialnimi delavci in delavkami, skupaj predebatirajo težave in probleme. Tam kjer pa je zaposlenih več socialnih delavcev in delavk, ki delajo na istem področju, se vsak dan zjutraj dobijo na sestanku, da se zmenijo, kaj bodo naredili, če je kakšna aktualna problematika gredo čez primere in se posvetujejo.

## IZOBRAŽEVANJE

Raziskava je pokazala različne izkušnje intervjuvanih socialnih delavcev in delavk, ki jih imajo z izobraževanjem. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke.

- Naslednji problem, ki ga imajo socialni delavci in delavke, so izobraževanja, saj je v veliko primerih problem plačilo. Nekaj izobraževanj imajo na voljo, ampak izkoriščajo tista področja, ki so brezplačna. Izobraževanj si želijo. Nekaterim socialnim službam bolnica na leto nameni določena sredstva za izobraževanje. Ta sredstva lahko uporabijo po svoje. Socialni delavci in delavke vodji socialne službe povedo, kaj bi se radi izobraževali. Potem pa vodja nadrejenemu pove, katero izobraževanje bi si želeli ter utemelji, zakaj misli, da bi jim prav prišlo to znanje in kaj bi s tem pridobili. Če je znotraj sredstev, ki so na voljo, in če je smiselno

utemeljeno, kaj bodo z izobraževanjem pridobili, bodo dobili odobreno izobraževanje. Nekateri pa imajo na voljo zelo malo izobraževanj.

- Pri izobraževanju socialnih delavcev in delavk v zdravstvu je zelo pomembna tudi Fakulteta za socialno delo, ki je začela o socialnih delavcih in delavkah v zdravstvu govoriti, ko so jih izključili iz primarnega sektorja zdravstva, iz zdravstvenih domov. Fakulteta za socialno delo je naredila določeno škodo, ker ni prej spregovorila o socialnem delu v zdravstvu.
- Nekateri socialni delavci in delavke so se izobrazili tudi v smeri psihoterapije. Dobro bi bilo, da bi bil vsak socialni delavec in delavka, ki dela v zdravstvu, tudi psihoterapevt. Skozi sistem psihoterapije se boljše znajdejo v pogovoru in komunikaciji.

## ZAKONODAJA

Raziskava je pokazala različne izkušnje intervjuvanih socialnih delavcev in delavk, ki jih imajo z zakonodajo. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke.

- Relevantno zakonodajo bolje poznajo socialni delavci in delavke, ki so zaposleni v psihiatričnih bolnicah.
- Socialni delavci in delavke so izpostavili področje stanovanjskih skupin. Njihov namen je, da si ljudje opomorejo, da lahko začnejo samostojno živeti in se zaposlijo. V Sloveniji morajo potem, ko pridejo do zaslužka, vse vračati državi. To pomeni, da nimajo motivacije za delo.
- Velik problem nastane pri ljudeh, ki se vračajo na zdravljenje in rehabilitacijo zaradi poškodb, ki so se zgodile v opitem stanju. Potrebno bi bilo nadaljevanje zdravljenja zaradi zasvojenosti z alkoholom. V Sloveniji gredo po zdravljenju domov, kjer običajno ponovno začnejo s pitjem alkohola. To pa privede do novih poškodb.
- Zakon o duševnem zdravju je prinesel nekaj dobrih stvari, najboljša izmed teh je koordinator obravnave v skupnosti.

## TEŽAVE

Raziskava je pokazala različne težave, ki jih imajo intervjuvani socialni delavci in delavke. Ne veljajo vse izkušnje in trditve za vse socialne delavce in delavke.

- V zdravstvu imajo kup tehničnih težav, ker ni denarja. Imajo probleme s faksi, skenerji in fotokopirnimi stroji, ki jim ne delajo, za nove pa ni denarja.
- Socialnih delavcev in delavk v zdravstvu je premalo. Če bi imeli več časa, bi se lahko več posvečali ljudem. Socialni delavci in delavke nimajo dobrega občutka, da so naredili največ, kar lahko, ker nimajo dovolj časa. Urediti morajo vse, kar je potrebno, zato morajo skrajšati delo z ljudmi in s svojci. Če bi imeli več časa, bi bili veliko bolj uspešni.
- Delo socialnih delavcev in delavk v zdravstvu je zelo specifično glede na kliniko ali celo oddelek. Poznajo področje, na katerem delajo, naloge ostalih področij pa bolj malo.
- Socialni delavci in delavke pravijo, da se pozna, da so gostujoča stroka v zdravstvu. Spadajo pod zdravstvo, hkrati pa so socialni delavci in se sučejo v nekem praznem prostoru, počutijo se nikogaršnji. So zdravstveni sodelavci, niso zdravstveni delavci.
- Socialni delavci in delavke bi si zelo želeli, da bi se zaposlovali v primarnem sektorju – zdravstvenih domovih, da si tam uredijo svoj status in mesto.
- Socialni delavci in delavke, ki delajo v psihiatričnih bolnišnicah, so povedali, da veliko razmišljajo, kako metode in koncepte socialnega dela, ki so se jih učili na Fakulteti za socialno delo, prenesti na delo z ljudmi. Kako teorijo udejanjiti v praksi?
- Nekateri socialni delavci in delavke imajo organizacijski problem, saj so nekatere bolnice zelo velike. Stvari niso v celoti odvisne od njih, zato se včasih začne komplicirati. Največji problem je, ker se zdravniki in medicinske sestre menjavajo zavoljo kadrovskih normativov, ob tem pa se kakšne informacije izgubijo.

## 6. Predlogi

V predlogih bom iz ugotovitev navedla, kakšne spremembe bi bile priporočljive na področju socialnega dela v zdravstvu. Izhajajoč iz ugotovitev na podlagi intervjujev s socialnimi delavci in delavkami bom navedla spremembe, ki jih predlagam pri delu s svojci, pri delu z zdravstvenim osebjem, v strokovnih timih, pri delu z dokumentacijo, na delovnem mestu, pri uporabi jezika, pri superviziji in interviziji, pri izobraževanju, pri zakonodaji in pri težavah, s katerimi se soočajo socialni delavci in delavke.

### DELO S SVOJCI

- Ustanovijo naj se skupine in programi za svojce, kjer jih še ni. Njihova naloga bi bila, da bi svojci dobili podporo med in po zdravljenju – posebno svojci, kjer ima njihov bližnji težave s duševnim zdravjem. Njihov namen bi bil tudi ta, da bi bili svojci redno prisotni pri zdravljenju in bi pri njem lažje sodelovali.

### DELO Z ZDRAVSTVENIM OSEBJEM

- Potreben je premik k bolj celostnemu pogledu na človeka in na njegovo zdravje. Od striktno medicinskega pogleda k bolj psihosocialnemu pogledu zdravstvenega osebja. To ne pomeni, da naj ne zdravijo z zdravili. Potrebna je celostna obravnava: zdravila skupaj z ostalim psihosocialnim zdravljenjem, ki ljudem pomaga na novo vzpostaviti življenje.
- Socialni delavci in delavke naj se več vključujejo v socialne obravnave ljudi, ki se zdravijo.

### STROKOVNI TIMI

- Strokovni timi naj bodo redni, vsaj enkrat na teden. Sestavljajo naj jih socialni delavci in delavke, zdravniki, medicinske sestre, delovni terapevti, fizioterapevti, psihologi, klinični psihologi, socialni in specialni pedagogi, logopedi ... – vsi strokovni delavci določene zdravstvene organizacije. Na timih si izmenjajo informacije o ljudeh, ki se zdravijo.
- Socialno delo v zdravstvu mora postati vrednoteno, cenjeno in spoštovano. Delo socialnih delavcev in delavk ne sme biti samoumevno. Na timu morajo biti slišani. Socialno delo v zdravstvu naj se prizna kot nujno potrebno.

## DOKUMENTACIJA

- Uredi naj se standarde in normative ter poenoti storitve socialnih delavcev in delavk v zdravstvu.
- Uredi in poenoti naj se zapisovanje socialne obravnave socialnih delavcev in delavk v posameznikovo anamnezo. Socialna anamneza naj bo del uradne dokumentacije.

## DELOVNO MESTO

- Socialni delavci in delavke naj imajo delovne prostore oziroma pisarne blizu oddelka, na katerem delajo, da imajo hiter dostop do ljudi in oni do njih, vendar ne pa na oddelku. Pisarna naj bo posebej – stran od oddelka, da imajo ljudje in svojci možnost zasebnosti, da informacije ne krožijo. K njim prihajajo tudi zunanji obiski. Ni primerno, da vsak hodi po oddelku, kjer poteka zdravljenje.
- Socialne delavce in delavke naj se zaposluje tudi v primarnem sektorju (zdravstvenih domovih), saj so potrebe po socialnih delavcih tudi tam.

## JEZIK

- Socialni delavci in delavke poimenujejo ljudi, ki se zdravijo pacienti ali bolniki, saj so se podredili zdravstveni ustanovi, ker so v manjšini. Nihče jim ne reče uporabniki, klienti ali stranke. Socialni delavci in delavke bi lahko namesto besed pacient in bolnik predlagali spremembo poimenovanja (npr. besedo zdravljenec), ki je manj stigmatizirajoča. Novo poimenovanje bi sprejeli tudi drugi profili, ki delajo v zdravstvu.

## SUPERVIZIJA, INTERVIZIJA

- Nujno je, da zdravstvene ustanove socialnim delavcem in delavkam omogočijo supervizijo in jim jo tudi plačajo.
- Prav tako je nujno, da zdravstvene ustanove socialnim delavcem in delavkam omogočijo tudi intervizijo in jim jo plačajo.

## IZOBRAŽEVANJE

- Potrebna je večja ponudba izobraževanj in možnosti, da se jih udeležijo. Delodajalec jim jih mora tudi plačati.

- Ker je socialnih delavcev in delavk malo, bi se za izobraževanja lahko dogovorili med sabo. Vsak bi prišel na vrsto na primer enkrat na leto.
- Uvesti bi bilo potrebno specializacijo socialnih delavcev in delavk v zdravstvu, kjer bi krožili po različnih zdravstvenih ustanovah ter bolnišnicah in oddelkih, da bi spoznali vsa področja socialnega dela v zdravstvu. Vsako področje je specifično, posebno in se razlikuje od drugih področij.
- Fakulteta za socialno delo mora podpreti socialne delavce in delavke v zdravstvu ter govoriti in izobraževati tudi o njih. Socialni delavci in delavke predlagajo, da se uvede predmet Socialno delo v zdravstvu.

## ZAKONODAJA

- Potrebna je preureditev nekaterih delov Zakona o duševnem zdravju. Sprejem v psihiatrično bolnišnico po sklepu sodišča bi moral biti prej kot v dveh mesecih, ker je to ob hudi bolezni ali hitrem poslabšanju predolgo časa in se med tem časom lahko stanje le še dodatno poslabša.

## TEŽAVE

- V zdravstvu bi morali nameniti denar tudi za tehnične pripomočke, ki jih socialni delavci in delavke ter ostali zdravstveni delavci potrebujejo za nemoteno opravljanje svojega dela.
- V zdravstvu bi morale biti zaposlenih več socialnih delavcev in delavk. Če bi imeli več časa, bi se lahko več posvečali ljudem. Rezultati so pokazali, da bi vsaka zdravstvena ustanova potrebovala vsaj še dva dodatna socialna delavca ali delavki. Vsak socialni delavec in delavka bi moral imeti svoj oddelek, ne pa da dela na več oddelkih hkrati.
- Delo socialnih delavcev in delavk v zdravstvu je zelo specifično glede na kliniko ali celo oddelek. Potrebno bi bilo, da se uvede dodatno izobraževanje o delu na ostalih oddelkih. Nekateri so predlagali specializacijo – kroženje po oddelkih.
- Socialni delavci in delavke so izrazili potrebo po tem, da jih obe stroki – socialno delo in zdravstvo sprejmeta za svoje, saj se počutijo nikogaršnji. V zdravstvu so gostujoča stroka in pomožna služba. So zdravstveni sodelavci. Kljub drugi stroki, bi jih morali priznati za svoje in nujno potreben člen pri učinkoviti obravnavi ljudi.

- Socialne delavce in delavke bi bilo potrebno zaposlovati v primarnem sektorju – zdravstvenih domovih, da bi si tudi tam uredili svoj status in svoje mesto.
- Socialni delavci in delavke bi potrebovali več izobraževanj o tem, kako teorijo udejanjiti v praksi – posebno v psihiatričnih bolnišnicah. Seznaniti bi jih bilo potrebno, v kolikšni meri spoštovati želje in cilje ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju.
- Potrebno bi bilo, da bi bile bolnišnice bolj organizirane ter da bi se zdravniki in medicinske sestre manj menjavali, saj se ob tem izgubijo pomembne informacije.

## 7. Uporabljena literatura

Bauer, M. et al. (2014). *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Center za zdravje in razvoj Murska Sobota. Dostopno na spletnem naslovu: <http://czzr.si/socialne-determinante-zdravja.aspx> [10. 8. 2016].

Česen, M. (2003). *Socialna medicina: vprašanja za strokovni izpit*.

Epsihologija. Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.epsihologija.si/simptom/bipolarna-motnja> [10. 8. 2016].

Eržen, I. (2012). Socialno delo v zdravstveni dejavnosti. *Socialno delo, letnik 51, številka 1/3, strani 15–26, 205, 211*.

Gradivo: *Kvalitativna metodologija – zapiski [03]*. (2013).

Leskošek, V. (2012). Social determinants of health. *Zdravstveno varstvo, letnik 51, številka 1, strani 21–32*.

Mesec, B. (2009). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1 – načrtovanje raziskave*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.nijz.si/sl/who> [10. 8. 2016].

Pogačnik, M. (1984). Socialno delo v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege*. Ljubljana.

Psihiatrična bolnišnica Begunje. Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.pbbegunje.si/?m=00200085> [10. 8. 2016].

Psihiatrična bolnišnica Vojnik. Dostopno na spletnem naslovu: <http://pb-vojn timers.si/index.php/za-pacienta-in-svojce/ostale-medicinske-dejavnosti/socialna-sluzba/> [10. 8. 2016].

Ramon, S., Shears, J., Petan, M. (2012). Vrstniške podporne delavke in delavci. *Socialno delo, letnik 51, številka 1/3, strani 103–114, 208, 214*.

*Slovar slovenskega knjižnega jezika* (2014). Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti. Inštitut za slovenski jezik.

Splošna bolnišnica Murska Sobota. Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.sbms.si/si/oddelki-in-sluzbe/socialna-sluzba> [10. 8. 2016].

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization). Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.who.int/about/en/> [10. 8. 2016].

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization). Dostopno na spletnem naslovu: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/) [10. 8. 2016].

Škerjanc, J. (2006). *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev: pomen uporabniškega vpliva pri zagotavljanju socialnovarstvene storitve*. Ljubljana: Center Republike Slovenije za poklicno izobraževanje.

Šribar, R. (2002). Platforma za spremembo. *Časopis za kritiko znanosti, letnik 30, številka 209/210, strani 493–496*.

Ule, M. (2012). Družbeni vidiki zdravja in medicine. *Socialno delo, letnik 51, številka 1/3, strani 5–14, 205, 211*.

Univerzitetni klinični center Ljubljana. Dostopno na spletnem naslovu: [http://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti\\_in\\_obiskovalci/klinike\\_in\\_oddelki/svetovalno\\_socialna\\_sluzba](http://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti_in_obiskovalci/klinike_in_oddelki/svetovalno_socialna_sluzba) [10. 8. 2016].

*Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*. Uradni list RS, št. 46/2015.

*Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*. Uradni list RS, št. 15/2008.

Zdravstveni dom Murska Sobota. Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.zdms.si/dejavnosti/dispanzer/dispanzer-za-dusevno-zdravje/natasa-majc/167-sluzba-zazdravljenje-odvisnih-od-alkohola> [10. 8. 2016].

## 8. Priloge

### 8.1. Izjava o avtorstvu



Univerza v Ljubljani  
Fakulteta *za socialno delo*

#### IZJAVA

Spodaj podpisana Ana Stritar, študentka drugostopenjskega študija Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani, z vpisno številko 06150118, s svojim podpisom izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom:

» Vloga socialnih delavcev v zdravstvu«.

S svojim podpisom zagotavljam:

- da je predloženo magistrsko delo rezultat mojega samostojnega raziskovalnega dela ter da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev citirana in navedena v seznamu virov, ki je sestavni del predloženega magistrskega dela;
- da se zavedam, da je plagiatorstvo, ne glede na obliko in način predstavljanja tujega avtorskega dela kot svojega, v nasprotju z akademsko etiko in s pričakovanimi moralnimi prepričanji ter pomeni hujšo kršitev pravil in predpisov, ki urejajo to področje, kot tudi posledic, ki jih ima takšno dejanje za predloženo delo in z njim povezani status;
- da sem seznanjena z določili Pravilnika o študiju na programih druge stopnje;
- da je predloženo pisno delo identično elektronski verziji istega dela;
- da v skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 16/07, 68/08 in 110/13) dovoljujem, da se zgoraj navedeno magistrsko delo objavi v digitalni zbirki eGradiva in repozitoriju UL.

V Ljubljani, 20. 10. 2016

Podpis avtorice:

S svojim podpisom:

- dovoljujem knjižnici Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani uporabo svojega rojstnega datuma za namen obdelave magistrskega dela v sistemu COBISS;
- soglašam z objavo svojega magistrskega dela na svetovnem spletu;

V Ljubljani, 20. 10. 2016

Podpis avtorice:

## 8.2. Izjave

### SOCIALNA DELAVKA A

ZAPOSLENA 5 LET

UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER LJUBLJANA – NEGOVALNA BOLNIŠNICA

A1: Zdaj pri nas na negovalnem je tako, da je naš oddelek dokaj majhen. 33 imamo možnih nastanitev, postelj. Mešano moški, ženske. To ni nič važno. Po dva sta v sobi. Ena soba je z eno posteljo.

A2: Vključena sem čisto pri vseh pacientih. To so v glavnem starejša, stara populacija. Sprejemamo pa tudi mlade. Z leti nismo omejeni koga sprejmemo, koga ne. Mlajši so predvsem po travmatoloških poškodbah. So bili tudi že nevrološki po kapi. Mislim, da smo imeli okoli 30 let najmlajše paciente. Od 30 naprej. Kar nekaj jih je bilo 40, 50. Glavnina pa so stara populacija. Mislim, da bi morali pogledati statistiko, vendar jih je večina okoli 70, 75 let. Malo je razlike med ženskami in moškimi. Vključena sem čisto pri vseh pacientih.

A3: Za daljše odsotnosti me nadomeščajo kolegice iz kliničnega centra. Jaz sem za ta oddelek. One tam imajo razdeljeno po klinikah. Njih pokličejo in tam gredo. Normalno, da ne morejo obdelati cel klinični.

A4: Tukaj je že zbrana populacija kjer je problem v ozadju, da jih že tam nimajo kam dati ali pa rabijo rehabilitacijo ali pa je socialni problem, ko nimajo kam iti. Tukaj že več ali manj vsi rabijo mojo pomoč.

A5: Jaz grem do teh pacientov različno. Pač kakor uspem časovno. Ali naslednji dan, ko pride k nam, včasih pa tudi čez en teden ali več. Nekateri od teh pacientov so lahko vključeni v klinični center že tam v socialno službo.

A6: Pri nas ležijo od enega tedna do enega meseca. Z izjemo, če pride pregled, kontrola ali kakšno drugo stanje lahko podaljšamo za par dni, ampak to je čisto od posameznika odvisno. Drugače pa načeloma do enega meseca.

A7: Če so bili oni že tam vključeni v socialni službi, vidim običajno že iz tega predloga, ki ga imamo. Piše od zadaj, ko dobimo pacienta k nam na podlagi obrazcev ali je bila vključena socialna služba ali ne. Včasih napišejo več, včasih pa malo.

A8: Pokličem te kolege, da si predamo kaj so že oni delali, da se ne ponavljamo, podvajamo. Recimo, če so že dali za domsko oskrbo pet prošenj na pet koncev potem jaz imam to v evidenci in poskušamo te domove speljati do konca. Ali pa kar koli kjer je problem.

A9: Če je na novo, se z njimi pogovorim. Z enimi se lahko pogovorim, z drugimi pa ne – so dementni. V takem primeru govorim s svojci. No, skoraj z vsemi moram govoriti tudi s svojci.

A10: Najprej grem do pacienta in poskušam z njim govoriti, če so pogoji. On pove svoje želje, svoje videnje, kaj se mu je zgodilo, kakšen je njegov socialni status, kam bo šel od nas, če že kaj ve in kakšne so sploh možnosti.

A11: Če pacient ne more povedati, potem moram še prej poklicati svojce, drugače mi ni treba nujno takoj. V vsakem primeru pri pacientu pustim mojo obvestilo, številko, da me njegovi pokličejo – kdorkoli, hčerka, sin, nečak. Če pa nima nikogar, potem moramo iskati druge vire, če je potrebno.

A12: Center za socialno delo je treba včasih vključiti, če vemo, da gospod ali gospa ne bo mogel iti domov, da ima demenco ali pa je takšna bolezen in poškodba, da se ne bo mogel vrniti nazaj v svoje okolje potem je treba se pozanimati kako bo z njim naprej. Na centru za socialno delo se je treba pozanimati, če je bil že pri njih v obravnavi, če je treba skrbništvo za poseben primer.

A13: Če pacient ne more govoriti, se potrudim dobiti občutek ali on ve, razume ali ne. Potem po navadi še skupaj na konzilijih, ki jih imamo skupaj z zdravnico, fizioterapevtko, z ostalimi sestrami, dobim povratne informacije. Oni ga tudi bolj poznajo, so vsak dan z njim v stiku. Jaz nimam vsak dan časa k vsakemu iti.

Tako, da mi oni povejo, če vse razume.

A14: Potruditi se moram še toliko bolj, da vidim, da me res sliši tudi, če ne more govoriti. Da mu razložim, vprašam, če se strinja. Poskušam dobiti njegovo mnenje, voljo kolikor je to možno. Vedno pač to ni možno.

A15: Delam v sodelovanju s svojci, ampak vedno dajem prednost pacientu. Prvi so oni, potem pa šele svojci. Včasih se tudi njihove želje razlikujejo – svojci želijo to, pacient želi to, potem pa moram skupaj priti, da je za vse prav.

A16: Najprej pa sem na strani pacienta, ker se mi zdi, da njegovo voljo najbolj upoštevaš, če jo lahko. Vedno pa ne. Včasih so pacienti z različnim kognitivnim upadom, dementno stanje, ko nima pravega uvida v svoje realno stanje in v zdravstveno stanje.

A17: Tudi, če on reče, da bo šel domov in nima nikogar za katerega bi skrbel mu je treba povedati, razložiti, da vsaj za nekaj časa gre v domsko oskrbo. Potem to malo lažje sprejmejo.

A18: Zdaj veliko domov urejamo tudi samo začasno, recimo za en mesec, dva tri. So pacienti, ki se poškodujejo in rabijo rehabilitacijo dva do tri mesece ali pa pol leta. Pri nas pa so lahko največ en mesec.

A19: Pravim jim, da naj gredo še za en mesec, dva, tri v en dom, da bodo tam nadaljevali z rehabilitacijo, fizioterapijo. Ko bodo boljši, potem lahko gredo spet v svoje domače okolje. To jim je lažje sprejeti, ker vedo, da to ni za zmeraj. Ali se bo to tako dejansko izpeljalo in realiziralo pa ne vemo.

A20: V domu vem, da je možno iti ven kadar hoče, potem pa ali se bo popravil, ali bo motiviran, ali ima takšne dejanske zdravstvene možnosti, da se uredi, da gre lahko ven.

A21: Pri nas je veliko skupinskega, timskega sodelovanja. Imamo redne konzilije enkrat na teden, kjer sta obe zdravnici, vsi fizioterapevti, vsaj dve diplomirani sestre in jaz. Vsakega pacienta obdelamo vsak iz svojega stališča kakšne so možnosti. Ostale najbolj zanima kam bo šel – domov ali v dom. Če bo šel v dom, povem, da iščemo kje vse so možnosti.

A22: Mislim, da mi dovolj prisluhnejo, da imam veliko moči in veljave. Ni tako, da rečejo, da jutri uredim, ker dobro vedo, da ni tako, da lahko v enem dnevu. Da se vse dogovarjati.

A23: Pravila so, da je lahko tukaj do maksimalno enega meseca. Res pa je, da se zdravnica včasih drugače odloči in potem moram jaz takoj svojce klicati.

A24: Tukaj mogoče kakšen pacient nič ne sodeluje in nima smisla, da zaseda prostor in mesto, ko bi lahko nekdo drug prišel, da se rehabilitira in vrne nazaj v domače okolje. Nekdo, ki pač noče sodelovati ali pa ne more. Če ga imajo svojci namen vzeti domov je bolje, da ga danes vzamejo, kot pa čez en teden. Če pa je za v dom, poskušam čim prej aktivirat iskanje doma, da čim prej dobimo dom.

A25: Moji uporabniki so večinoma svojci. Nekje je večinski delež svojcev, nekje pa kombiniram.

A26: Redko je pacient tak, da vidim, da popolnoma v redu, da ni demence, da mi pove, da doma stvari urejene, da ni problema in da zdravstveno stanje dopušča, da bo lahko šel domov. Potem ga vprašam, če rabiva kaj vključiti svojce ali se lahko sama dogovoriva glede informacij o pomoči, o domu ali karkoli drugega rabi, hrano, dodatek za pomoč in postrežbo. Potem ne vključim svojcev, ampak to je bolj izjema kot pa pravilo.

A27: Pacient pove nekaj, ni pa rečeno, da tako tudi je. Po navadi kar rečem, naj me vaša hčerka, sin, nečak ali kogar imate pokliče, da se še z njim malo pogovorim in mu dam podobne informacije tako kot njim, da vidimo, če so usklajeni med sabo, da ne rečejo oni drugače, drugi pa spet drugače.

A28: Vsi imajo besedo pacient in se te to zelo prime. Meni je uporabnik isto zelo blizu, ampak nekako je lažje, kjer so obrazni prilagojeni temu. Bolj slišimo na socialna obravnava pacienta in ne uporabnika.

A29: Na prvem pogovoru si poskušam vzeti čim več časa, da vidim njegovo doživljanje bolezni in socialno okolje. Povprašam po njegovih bivalnih možnostih, kje živi, s kom živi, kdo mu pomaga, kako je do sedaj funkcioniral, kaj se je zgodilo, kaj ga je doletelo – poškodba ali bolezen.

A30: Čez ta pogovor mi nekateri veliko zaupajo. Nekateri so zelo obupani, kakšen pravi, da bi se kar ustrelil ali skočil čez okno. Ne vem ali je zadaj depresija, ker nisem zdravnica ali je to samo strah.

A31: Jaz potem to zdravnici povem, če je kaj tako zelo posebnega. Ona je vsak dan z njim na viziti, se z njim pogovarja. Zdravnica ima 33 pacientov in se nima časa z njim pol ure pogovarjati kot se jaz. Tudi jaz nimam veliko časa, ker me potem druge stvari čakajo.

A32: Na prvem pogovoru, če je potrebno, če čutim si kar vzamem čas, ker si čas sama urejam, ne glede na to, da sem potem v zaostanku 10 ali 15 pacientov. Ampak ni z vsakim toliko dela. Za tistega, ki vidim, da rabi, si vzamem več časa.

A33: Če zadaj začutim stisko, se malo jaz z njim pogovorim ali pa sem jim ponudila druge pomoči. Če ima svojce, sem jim omenila in vprašala, če so seznanjeni s temi stvarmi ali ne, če se mi je zdelo potrebno, sem tudi vodji in zdravnici povedala.

A34: Pristopi so pa različni. Včasih pravi, ah saj to kar tako govori ali je dementen včasih se z njim pogovori in vidi, da je zelo depresiven in mu da antidepresive.

A35: Videti moramo zakaj je stiska, eni ne vedo kam bo šel. Velik problem so finančne stiske. Če si pomoč na domu zagotavlja, je treba plačati. Tudi preko občine je treba plačati in nekateri imajo zelo nizke pokojnine. Nekateri si težko privoščijo tudi tiste štiri evre na uro. Če gre v dom, so cene zelo drage. Čeprav jim občina plačuje, vemo pod kakšnimi pogoji in so ljudje ali svojci lahko zelo v stiski.

A36: V stiski so lahko zaradi zdravstvenega stanja. Lahko je bil uporabnik do zadnjega zelo v redu, sam se je uredil, si kuhal. Potem pa se je nekaj zgodilo – ali se je poškodoval ali je imel nesrečo ali pa bolezen na hitro izbruhne. Do zadnjega se ni nič vedelo, potem pa se naenkrat zgodi, ko pride v bolnico se nekaj zgodi.

A37: Svojci rečejo, da ne poznajo več svoje mame, da je čisto dementna. Zdravniki to razlagajo tako, da je bila ta demenca velikokrat skrita, ampak doma, ko so v mirnem okolju in ni bilo posebnih stresov se to ni pokazalo ali niso opazili. Ko pa jih šok zadane, lahko v momentu demenca izbruhne ven, da svojci ne morejo sami dojeti. Takrat moramo miriti svojce, da tako pač je, da ko se situacija umiri se lahko popravi situacija.

A38: Lahko je kakšna operacija, ko imajo kup pomirjeval. Če se po treh tednih ne popravi, ostane. Je drug človek.

A39: Če vidijo, da se jim lahko približam, vidijo v meni kar enega zaveznika. Vedo, da bom na njihovi strani, da jim bom pomagala, kot jim maksimalno lahko.

A40: Eno gospo imam, ko se s centrom za socialno delo dogovarjamo, ker je doma sama, v dom ne želi, trenutno rabi še veliko pomoči in še vse razume. Upoštevati je treba njeno voljo. Imela je malo pomoči na domu. Ima nizke dohodke. Ker je bo sedaj več, jo denarno skrbi kako bo to izpeljala. Pomoč je treba plačati, razen, če ima tako nizke dohodke je upravičena do oprostitve plačila, ampak te stvari se s centrom naprej dogovarja.

A41: Z zdravnico nista imeli najboljšega stika. Gospa hoče biti tukaj še več kot ji pripada – maksimum je en mesec. Zdravnica je rekla, da bo morala iti počasi domov. Gospa je malo vzrojila in ni mela tako lepega odnosa do zdravnice. Zdravnica je rekla, da bo šla domov, če ne gre v dom. Gospa me ji je rekla, da naj kaj rečem zdravnici, da bi ostala. Zdravnica je zelo dojemljiva in je rekla, da ve, da je stara in boga. Ni ji hotela podaljšati na prvo žogo. Po tem ji je podaljšala.

A42: Gospa se rehabilitira, ampak ni še samostojna. Ona je tudi skozi na vezi s socialno delavko iz centra. Dobro sodelujejo, jo zelo poznajo in se tudi tukaj sliši z njo po telefonu. Socialna delavka iz centra ji je rekla, da jo silimo v dom. Rekla sem, da je noben ne silil v dom, sej ji pa priporoča, da bi šla za mesec, dva.

A43: Gospa ima nizko pokojnino, lahko ji občina plačuje, ker nima otrok. Problem je, ker si želi vrniti domov in ji nima nihče doma stroške, položnice za poravnati. Njena penzija bo šla za dom in kar bo občina dala. Za take, ki ostanejo v domu ne vidim takšnega problema. Občina bo razliko poravnala. Če ima stanovanje, bo ven pobrala svoj delež. Če ga nima, je dom gratis. Ker se želi vrniti, je problem kdo ji bo plačal položnice. Če ne plačuje položnice, ne more domov čez dva meseca, zato je v stiski.

A44: To sem razložila tudi zdravnici in razume vse in je rekla, da ji bo še par dni podaljšala.

A45: Pri takih stvareh probam biti vezni člen in po navadi kar uspem. Imam dober občutek.

A46: Včasih moram kaj zamolčati, ker vem, da je boljše. Vedno sem na strani pacienta. Če vem kakšen podatek, na primer, da ima težave z alkoholom in vemo, da nekateri nimajo do tega kakšne dobre tolerance in potem že iz tega razloga želijo, da gre čim prej domov. Če pa vedo celo situacijo, kaj je bilo v ozadju pa po navadi tudi zdravnica drugače gleda na to. Včasih je dobro razložiti situacijo, včasih moraš kaj zamolčati, ker se mi zdi, da je dobro za pacienta.

A47: Jaz sem tukaj v negovalni bolnišnici sama. Nimam notranjih intervizij, supervizij in nimam zagovornika iz svoje stroke, zato moram svoje stališče imeti. Fino je, da preverim, vidim drug vidik.

A48: Sicer imamo kolegije s socialnimi delavkami iz UKC-ja in se z njimi dobivamo. Včasih redno, včasih manj redno, enkrat na mesec, na dva meseca. Skupaj predebatiramo težave in probleme. Če rabim, jih lahko pokličem.

A49: Drugače pa sem sama tukaj. Je v kliničnem še nekaj takšnih oddelkov, ki smo čisto zase – pediatrična, nevrološka, jaz, na ginekologiji so tri. Ostale pa so za vse ostale klinike in jih je ene pet do šest.

A50: Pri nas imamo dve zdravnici z različnim pogledom na ljudi. Ena ima zelo medicinski pogled, druga pa ima zelo socialnega še poleg. Jaz se lahko na njo zelo zanesem tudi, če mene ni. Jaz ne vidim vedno pacienta. Ko je odhod, druga zdravnica reče, da se je s svojci že vse dogovorila, da bo jutri ali pojutrišnjem šel domov. Nanjo se lahko zanesem, ker vem, da se bo ona vse dogovorila.

A51: Medtem, ko druga zdravnica nima tega načina. Ona reče, da bo šel domov in naj pokličem svojce. Vse se moram dogovarjati, če imajo vse pripravljeno, če je urejeno.

A52: Pri poškodbah je treba preveriti, če ima vse urejeno, če ima stopnice, da nima dvigala in če je poškodba, da ne bo mogel hoditi ali bo res težko hodil mu probamo podaljšati maksimum.

A53: Tudi fizioterapevt se mu prilagodi in ga trenirajo po stopnicah hoje, če je tega zmožen in jim ima doma. To se z njim dogovori fizioterapevt ali pa moram jaz posredovati. Pacient sam reče, da ima stopnice, da ne ve kako bo zmožel. S hojco še malo lahko hodi, po stopnicah pa ne. Malo se pogovorimo in probamo na fizioterapiji še vaditi, da bo hodil po stopnicah. Vse se prilagodimo.

A54: Pokretne morajo odpeljati svojci, če pa niso pokretni jih odpelje reševalec. Če so slabo pokretni in imajo stopnice, moram povedati zdravnici in potem naročimo reševalca. Socialno okolje je pomembno.

A55: S pacienti običajno ni kakšnih posebnih težav, razen izjeme, ko so naporni do konca. To je izjema.

A56: Medtem, ko svojci so lahko naporni. Ali preveč zahtevajo ali hočejo, da jim podaljšujemo v nedogled ali mu poveš, da morajo čim prej dom urejati, ker se ne dobi iz danes na jutri, ampak oni se izogibajo. Jih ni en, dva, tri tedne, ko je treba odhod rečejo, da ga bodo dali v dom. Šele potem se zjasnijo. Prej pa tri tedne se ga čaka ali si bil že celo dogovorjen, da se bo javil in ga potem ni. Ali pa si premislijo in rečejo, da ga bodo doma rihtali in potem vidijo, da to res ne bo šlo, kakšna je situacija (sonda, plenice, nepokreten) se premislijo, da bo šel v dom.

A57: Zadnji moment se premislijo in potem si ti posrednik, mediator med zdravnico, pacientom in svojci.

A58: V zdravstvu imamo kup tehničnih težav. Sestre se ubadajo s tem, da dostikrat ni zdravil, ker šparajo, ni denarja.

A59: Me imamo probleme s faksi, skenerji, fotokopirnimi stroji, ki nam ne delajo dostikrat, ker ni denarja. Zdaj imam en fotokopirni stroj pokvarjen že pol leta. Do septembra ga ne bodo dobili. Teh stvari oni ne razumejo, tudi če moram v klinični center za vsako stvar. To jih ne zanima. Njih so šefi prijeli za vrat, da ne smejo dajati. Mi se moramo pa znajti po svoje. Od tega, da je tudi šefinja že prinesla fotokopirni stroj, ki ga je njen mož podaril.

A60: Brez skenerja, fotokopirnega stroja ali faksa ne moreš delati. Če pošlješ za enega pacienta, uporabnika prošnje, je cel pok. Po navadi je tako, da en del svojci, en del jaz. Tam kjer se ne moram zanesti na svojce (stara žena ali mož od pacienta) to nase prevzamem in jaz to naredim namesto njega. Za en dom je samo deset ali enajst listov. Pa če pošljemo na deset domov, je to sto listov. Pa se včasih na 15 domov pošlje ali več, ker ne veš kje boš dobil. Tukaj ni posluha za te stvari.

A61: Na oddelku šparajo in na plenicah in na zdravilih. Ni denarja, ni zdravila – ja pacient ga rabi. In potem pač si izposojajo oddelki med sabo in tako naprej.

A62: Nekaj izobraževanj imamo, ampak izkoriščamo tista področja, ki so brezplačna. Lani smo bili na nasilju. Tega smo se udeležile skoraj vse socialne delavke v bolnici, ker je bilo brezplačno izobraževanje. Izobraževanj si želim. Iščem takšne stvari, ki so brezplačne.

A63: Kar je plačljivega, včasih odobrijo, ampak več pa rajši ne kakor ja. Smo pa so zdaj šli. Tudi kar je zdravniško področje, kar je demenca.

A64: Ker delam še nekje, kjer je delo s psihiatričnimi, imam supervizijo tam.

A65: Glede demence bi bilo fino, da bi mogoče malo več vedeli in postopka plačila domske oskrbe, zakonodaje, da bi bili malo bolj na tekočem. Fino je, da vsaj eno širino dobiš.

A66: Socialnih delavcev v zdravstvu nas je premalo. Če bi imela več časa, bi se posvečala pacientom. Oni rabijo, da se z njimi pogovarjaš, da jim zaupaš, da jih primeš za roko, da jih potolažiš. Oni so stari, bolni, sami. Sester je tudi premalo in nimajo toliko časa. Vseh nas je premalo.

A67: Povrh vsega pa potem tudi nimaš dobrega občutka, da si naredil maksimum, ker ne moraš vsega narediti, ker nimaš dovolj časa. Obdelati moraš paciente, urediti moraš odhode, kar pomeni, da moraš skrajšati delo z uporabniki, s svojci ne moreš debatirati v nedogled.

A68: Trenutno nimam ideje ali je zakonodaj v redu ali ne. To bi morala malo poštudirati.

A69: Jaz mislim, da je treba pacienta v prvi vrsti res slišati in da mu moraš to omogočiti. Kakšne so njegove želje, kakšne so njegove potrebe in mu probaš čim več to uresničiti kolikor se to da. Pomembno je odkriti vire in da mu pomagaš, prisluhneš, da se čuti slišanega in razumljenega.

A70: Saj včasih se zgodi, da jim kaj ni všeč, ampak vedo, da drugače ne gre. Ampak, če dobijo razlago, upanje, da bo mogoče tudi kaj drugače ali boljše je to boljše kot, da dobijo samo striktno razlago.

- A71: Mislim, da jim veliko pomeni, da jim na lep, človeški način razložim, da ohranijo dostojanstvu, čeprav so nemočni, ampak kljub vsemu imajo svojo voljo, svoje potrebe. Probaš čutiti te stvari in probati priti blizu.
- A72: Če bi imela več časa, bi bila veliko bolj uspešna. Svojci in pacienti ti dajo povratno informacijo, ko ti povedo koliko si za njih naredil, so ti hvaležni.
- A73: Pri nas je problem ovrednotenje socialnega dela. Vsi nas rabijo, nikjer pa nimamo posebej tega prav tako napisanega, da se naše storitve obračunavajo. Standardov in normativov nimamo postavljenih.
- A74: Recimo zdravnik ima šifre kaj je delal in se vse te točke obračunavajo. Mi pa svojih storitev ne moremo, ker nimamo prikaza in urejenih teh standardov. In potem se nas po enih pavšalnih plačuje.
- A75: Da bi imele zabeleženo, kaj nam vzame koliko časa in da bi postavili ceno koliko to stane, da ti dokažeš bolnici, da si potreben in koliko to stane. Ker drugače se nekje zadaj, zgubi. Potrebno smo, ampak nikjer pa te ni notri v tistih šifrah.
- A76: Moja naloga je, da moram sprejemati vse vloge iz kliničnega centra. Sprejemamo samo paciente iz kliničnega centra – mi smo svoj oddelek. Te vloge sprejemam, vodim, evidentiram, jih odnesem na oddelek in oni te sprejeme vodijo naprej ali je ustrezna prošnja.
- A77: Imamo tudi timske sestanke dvakrat na teden, da gremo na hitro čez paciente, če je kaj posebnega in da vem koliko se mi mudi. Če me ni zraven, dostikrat ne vem kaj se s pacienti dogaja. Včasih kakšnega premestijo in čez dva dni šele izvem. Iščem ga in ga nikjer ni.
- A78: Prvi dan ga mora sprejeti zdravnica, sestre, jaz pa potem v naslednjih dneh grem do njega. Včasih svojci že takoj tisti dan, ko pride pacient že takoj do mene. Dokler nimam informacije kakšen je uporabnik tudi jaz težko kaj rečem. Povem kakšne so možnosti.
- A79: Jaz sem na oddelku, kar je prednost, da ne rabim iskati zdravnika. Prednost je, ker sem zraven oddelka in grem lahko dvajsetkrat, stokrat. Če me kakšen pacient rabi, če mam čas takoj letim.
- A80: Druge kolegice imajo lokacijo svoje pisarne na enem koncu, klinika pa je drugje. Celo z avtobusom morajo do tja. Vse ostale klinike so zelo razmetane.
- A81: Včasih pa je slabost, ker potem svojci prihajajo, ker vedo kje sem. Za vsako star pridejo notri in povedo to in to. To mi vzame veliko časa. Greš na oddelek in te vsi vidijo in te ustavijo. Časovno je zamudno, če te vidijo in te ustavijo. So plusi in minusi tako kot povsod. Če ti potrka, ga moraš vsaj na kratko sprejeti.
- A82: Če me pacient kliče na wc ali če mu dam čaj, mu poiščem sestro, da ga bo peljala na wc. Ne moraš ignorirati. Dostikrat moram biti posrednik vmes in iskati sestre. Osebj je povsod premalo. Če telefon zvoni, se moram tudi oglasiti. Včasih smo vsi malo za vse, na vseh koncih.
- A83: Ali pa, ko rabijo uporabniki fotokopije izvidov (to je delo administracije), ampak če vidim, da je administratorica zasedena, ne bom jaz rekla svojcem, da naj počakajo, da bo do konca napisala, ampak jaz fotokopiram in dam, čeprav ni to moje delo. Moraš gledati en na drugega.

## **SOCIALNA DELAVKA B**

ZAPOSLENA 25 LET

UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER LJUBLJANA – PEDIATRIČNA KLINIKA

B1: Leta 1991 sem začela delati na Pediatrični kliniki. Opravljam socialno delo za bolne otroke in njihove starše. Pred sabo sem imela že pet predhodnic. Socialno delo na pediatriji se je začelo ob ustanovitvi Pedopsihiatričnega oddelka. Že takrat je bila potreba, da se kadrovska zasedba poveča.

B2: Sem socialna delavka za otroke in njihove starše. Opravljam delo na pediatriji in otroški kirurgiji. Do leta 2010 sem opravljala samo delo s pediatričnimi pacienti. Potem pa sem bila prerazporejena iz pediatrične klinike v klinični center v socialno službo. Leta 2010 sem dobila v obravnavo še infekcijsko kliniko, gastroenterološko kliniko pa nadomeščala sem v negovalni bolnišnici.

B3: Ampak je bilo potem preveč za enega človeka tri klinike pa še nadomeščanje v četrti. Delo na vsaki kliniki je tako specifično.

B4: Potreba po socialnem delu na pediatriji je vezana 80% na pedopsihiatrični oddelek oziroma oddelek za otroško psihiatrijo. Tam pa je problematika zelo kompleksna, zelo mnogovrstna in zato pa je nujno, da je celoten tim vključen v obravnavo teh otrok – pedopsihiatri, klinični psihologi in specialni pedagogi, socialni delavci. Dnevno se srečujemo, se pogovarjamo kakšen načrt narediti, kdo bo kaj naredil, kdo bo opravil pogovor s starši.

B5: V timu dajo zelo velik poudarek socialnemu delu. Nekaj zaradi same vsebine dela in nekaj zaradi mojih izkušenj, ki so že zares dolgoletne. Izobraževala sem se v sistemski družinski terapiji na medicinski fakulteti.

B6: Vedno se ne vključujem, po potrebi, ko se dogovorim z zdravniki. Princip, pravilo terapevtskega dela je, da je zaupna oseba ena. V timu se dogovorimo kdo bo tisti glavni in kdo bodo ko-terapevti. Nosilec odgovornosti je zdravnik in smo vezani na njegove končne odločitve, kljub timskemu delu.

B7: Delo je raznoliko, dinamično in za en dan vnaprej ne vem kaj me čaka. Stvari so lahko vezane na zelo slabo socialno situacijo. Lahko se vključim s starši in z otrokom že v uvodni pogovor.

B8: Pobudo za mojo obravnavo, da v glavnem zdravnik, lahko tudi sestre. Na pulmološkem oddelku me skoraj vedno pokliče glavna sestra.

B9: Starše zanima kako bi uveljavili pravice za njihovega bolnega otroka. Dam jim termin za srečanje, kdaj pa jih lahko takoj vzamem na pogovor.

B10: Včasih starši sami rečejo na oddelku, da bi radi določeno informacijo. Ali pa nekaj vprašajo zdravnika in on reče, da to ne ve, da jih bo usmeril k socialni delavki.

B11: Pobudo za obravnavo lahko predlaga tudi zunanji sodelavec. Zadnjič me je poklicala kolegica iz CSD in je rekla, da je bil k nam pripeljan otrok, da je pri njih družina redno spremljana in če lahko spremljam kako se bo družina vključevala v proces zdravljenja.

B12: Običajno prosim za vpogled v dokumentacijo na psihiatriji, ko pride kakšno poročilo od ambulantnih psihiatrov, centrov za socialno delo, šole. To lahko preberem, tako da imam običajno že neke informacije.

Včasih lahko opravi telefonski klic in pridobim informacije. Mi imamo računalniški sistem, kjer vidim zakaj je bil otrok sprejet.

B13: Svoj izvid običajno napišem v sistem – širša socialna obravnava ali krajša. Jaz v sistem ne pišem na dolgo. To je običajno zelo kratek izvid – opravila svetovalni pogovor s starši, kontakt s centrom za socialno delo. Povem pa potem po telefonu ali osebno več. Včasih napišem tudi pisno mnenje, kjer so kakšni odvisniki in vemo, da so težke razmere.

B14: Otroci in starši zelo različno doživljajo bolezen. Odvisno je kako družina sicer funkcionira, kakšna je dinamika v družini, kaj stres v družini pomeni, kako se družina sploh odzove na stres oziroma neko nenadno zadevo kot je nesreča. Kako se bodo starši odzvali, ali bodo znali pomiriti otroka ali bodo panični, iz kakšnega okolja izhajajo, kakšno imajo oni svojo zgodbo iz otroštva, ali so jih znali starši pomiriti.

B15: Iz takega dogodka se lahko družina poveže ali pa je prehoda preizkušnja in gre vsak k sebi, ker ne zdržijo tega psihičnega pritiska. To so težke preizkušnje in zelo težko je reči kako se bo družina odzvala.

B16: To je zelo odvisno od socialne mreže, koliko podpore imajo ožjih, širših družinskih članov, prijateljev. Ene družine se osamijo. Eni poiščejo pomoč. Zelo različno.

B17: Ko zdravnik opazi, zazna pokliče klinične psihologe, ki delajo v smislu razbremenjevanja, razbremenitve, tehnike učenja sprejemanja. Mene sicer po potrebi vključujejo zraven, ampak običajno je to bolj delo psihologa. Tudi psihologi so kdaj v stiski in potem rečejo, če lahko pridem zraven in potem speljem pogovor s starši.

B18: Ohranjam profesionalno distanco. Po tolikih letih dela so mi tudi medicinski izrazi bližje že. Ves čas se pa trudim res za to profesionalnost v smislu poslušanja aktivnega, svetovanja, vživljanja, empatija, najti skupni jezik.

B19: Zelo različni ljudje prihajajo. Zelo razgledani, intelektualci ali pa zelo preprosti, ko pravzaprav moram govoriti njim razumljivo in se prilagoditi – ne operiram s kakšnimi zapletenimi izrazi.

B20: Na otroški kirurgiji ni veliko primerov, kadar pa so, so pa zelo zapleteni – po kakšnih opeklinah, sum na pretepenega otroka.

B21: Na ostalih oddelkih pa čisto osnovne stvari – kdaj mama lahko dobi otroški dodatek za nego, starši iščejo informacije za socialne pravice.

B22: Pedopsihiatrija je svoja zadeva, kjer spremljam otroka kaj se dogaja, raziščem socialne primere, funkcioniranje družine v okolju kjer se vključuje.

B23: Socialnih delavcev v zdravstvu je malo, da bi se mogli med sabo dogovoriti za izobraževanja. Vsak bi enkrat prišel na vrsto vsako leto. Nas je malo. Mi se sicer srečujemo na sekcijah.

B24: Jaz konkretno imam še kar dosti teh vsebin, ker imam toliko teh skupin – v kliničnem centru, ko se srečujemo občasno, potem strokovni kolegiji socialne službe vsak prvi četrtek v mesecu, imam predavanja za specializante pediatrije. Predavam jim socialno pediatrijo. Takrat tudi jaz malo obnavljam svoje znanje.

B25: Lahko bi bilo več izobraževanj. Zdaj sem bila recimo na nasilju, ki je bilo brezplačno. Problem pa je, ker denarja za izobraževanja ni.

B26: V drugih državah si to sami plačujejo, ampak imajo tudi plače primerno temu, da si to sami plačujejo.

Ta izobraževanja niso poceni in je kotizacija mimogrede 150 evrov. Brezplačnih je pa malo. In to je problem.

B27: Še mi smo tako specifični, da tudi mi, ko delamo v zdravstvu smo vsak zase specifični. Jaz, ko sem začela delati po drugih klinikah sem videla, da je to področje o katerem nimam pojma. Ko sem šla na infekcijsko, sem delala z bolniki z aidsom, brezdomci, starostniki kjer sem morala urejati namestitve v dom ali pomoč na dom.

B28: Fakulteta za socialno delo je začela o nas govoriti, ko so izključili socialnega delavca iz primarnega zdravstva – zdravstvenih domov. Posledično so kolegice zgubile službo. Zdaj se več govori o tem in vedo za nas bistveno bolj. V RSK-ju sta tudi profesorici Jana Mali in Vera Grebenc. Sta aktivni in tudi pomagata. Pripravljamo okroglo mizo na temo socialni delo v zdravstvu.

B29: Nekaj časa so želeli, da bi imeli svojo specializacijo, ampak so rekli, da nas je premalo. Lahko bi imeli kot psihologi, ki imajo specializacijo iz klinične psihologije, ker je kroženje tri leta.

B30: Jaz, ko sem prišla na pediatrijo sem poznala samo to. Ampak, da bi pridobil znanje tudi iz drugih področij, kot sem jih bila jaz primorana. Da bi tekom kroženja spoznal vse te klinike, da bi imel lažji pregled. Eni so bili za to, da bi bila smiselna ta smer. Drugi so potem rekli, da ne vidijo bistvene pridobitve.

B31: Nas je tako malo, da vse zelo težko dosežemo. Ko se gremo mi na ministrstvo pogajati, nas ne upoštevajo, ker nas je tako malo. Nismo dovolj interesantni.

B32: Standardi in normativi pa obstajajo, ampak so stari oziroma nikoli niso bili čisto zares obdelani. Zdaj se stvari res intenzivno odvijajo. To je osnova, če so hočemo pogajati in kaj doseči.

B33: Vsebine dela se spreminjajo že od mojih začetkov do danes, nove problematike. Na psihiatriji je več motenj hranjenja, aspergerja, avtizma. To včasih sploh ni bilo prepoznano kot diagnoza. Opredeljevali so jih kot duševno manj razvite ali kot otroke z vedenjskimi in čustvenimi motnjami. Ne, da je teh otrok več, ampak prepoznavnost je vedno boljša.

B34: Samo medikamentozna terapija je samo ena bergla. Sploh pri otrocih je to specifika. Toliko je stvari, ki ti šele potem dajo eno sliko. Pomembno je, da se na vseh poljih pomaga – psiholog, sociala.

B35: Zdravnik pri nas noče vzeti otroka v obravnavo, če nima podporne mreže, ker je neetično, ker po doktrini otroku ne moraš pomagati, če nima zanj pomembne osebe. To je lahko kdorkoli.

B36: Jaz imam srečno v tem, da je moje delo takšno kot je. Je zelo dinamično, pestro, delam in se učim, se prilagajam. Gre za celostno zorenje. To se mi zdi tista kvaliteta, da tudi jaz zorim v tem procesu, ko ljudem pomagam.

B37: Moj pogled se od zdravnikov mnogokrat razlikuje. Takrat moram zelo suvereno zastopati svoje stališče.

B38: Spomnim se primera, ko je deklica, ki je bila v varstvu pri babici spila stekleničko zdravila za zbijanje vročine. Posledice so bile zelo hude. Rešili smo jo pred odpovedjo jeter. Zdravnik je po pogovoru z mano ocenil, da je mama premalo kritična do tega dogodka. Rekel mi je, da bi me prosil še za mojo oceno. Rekel je, da on najraje tega otroka sploh ne bi dal domov. Ko sem jaz govorila z mamo, mogoče res ni bila vsa zjokana in tako, ampak sem po pogovoru presodila, da gospa je kritična in da ji je žal. Ni bila pa mogoče tako skrušena kot je on pričakoval, da bo. Jaz sem rekla zdravniku, da je po moji oceni mama kritična do tega dogodka. Da, če bodo še kdaj rabili varstvo, se ne bodo posluževali te babice. Po moji oceni gre otrok lahko domov. On se s tem ni strinjal. Rekla sem mu, da je to moja ocena, ona pa je odgovoren za odločitev. Rekel je, da mi zaupa in ve, da sem prav ocenila. Otroka je nato poslal domov.

## **SOCIALNA DELAVKA C**

ZAPOSLENA 13 LET

ZDRAVSTVENI DOM MURSKA SOBOTA (DISPANZER ZA MENTALNO ZDRAVJE)

C1: Jaz imam ljudi naročene in prej planiram. Zgodi se, da pridejo ljudje, iščejo informacije, ki niso naročeni. Je kar nekaj telefonskih klicev, ki tudi iščejo informacije. Drugače pa jaz planiram. Imam naročene ljudi.

C2: V skupino za alkoholike se vključijo za rehabilitacijo, odpravljanje posledic. Vsak, ki pride izdelava svoj rehabilitacijski načrt – kaj ima za narediti, kaj ima za popraviti. Skupina pri tem pomaga. Moja naloga je, da vodim ta srečanja, da imajo neko terapevtsko podlago.

C3: Ljudje v meni vidijo človeka, ki razume, ki ne obsoja, ki sprejema. Ljudje rabijo nekoga, ki posluša, ki jih poskuša razumeti pa ne obsojati.

C4: Jaz sem tudi transakcijski analitik svetovalec. To pomeni, da ta certifikat dovoljuje delo z ljudmi, ki imajo psihosocialne težave in ne psihiatričnih diagnoz. Tisto je za psihoterapijo.

C5: Včasih razmišljam kako bi peljala terapevtski proces in na koncu imam občutek, da sem to dobro speljala. Včasih vprašam koga kako mu je bilo danes. Gospa je rekla, da fino, da se je malo izpovedala. Njim je pomembno, da lahko govorijo, ker ne morejo z vsemi govoriti.

C6: Jaz sem prepričana, da sta zdravje in bolezen povezana. Če socialno okolje ni urejeno, potem je veliko težje te probleme nadzorovati, abstinirati in vzdrževati abstinenco. Za dobro rehabilitacijo pa je abstinenca, treznost ključnega pomena.

C7: Pri rehabilitacijskem načrtu iščemo kdo so ljudje na katere se lahko opre, kdo so ljudje s katerimi se je do sedaj razumel. Opora se mi zdi zelo pomembna. Ožje socialno okolje poznam. Če ima kdo željo, da kdo pride, lahko pride. Zadnjič je en gospod rekel, da bi želel, da pride župnik in sem rekla, da lahko.

C8: Timi niso nekaj stalnega. Kjer je odvisnost od alkohola, tam psihiatrinja naredi svoje, če je potrebno se pogovarjava. Ne srečujemo se enkrat na teden ali enkrat na mesec, ampak če je potrebno se pač pogovarjamo s psihiatrinjo in klinično psihologinjo.

C9: Ona opravi pregled, ostale stvari kar se tiče odvisnosti od alkohola pa preda meni. Nekdo, ki ima probleme z alkoholom opravi psihiatrični pregled. Priporoča socialno delavko, če bi se kateri želel vključiti. Je po želji, nič ni obvezno.

C10: Vsak ne gre v skupino. Eni ostanejo na individualnem delu. Nudimo pomoč in po potrebi pridejo. Priporočena doba v skupini je pet let. To so smernice, ki veljajo za zdravljenje odvisnosti od alkohola.

C11: Več časa delam z ljudmi. Svojci je tudi priporočljivo, da so vključeni v skupino – partner, partnerka. Tako, da sta par v skupini, zato ker imajo težave tudi s svojci. To so kompleksne stvari, ki se odkrivajo. Odkrije se lahko, da je bilo to eno zavezništvo mati – otroci. S treznostjo te stvari ne minejo. Še vedno so neke koalicije, ki jih je potrebno ozvesti.

C12: Prejšnji teden smo obravnavali težave pri eni gospe, ki sta z možem vključena v skupino. On je dve leti na zdravljenju in recimo še vedno je mama v strahu za svojo hčerko, ki je stara osem let. Ta deklica do zdaj ni bila od njiju ločena niti za eno noč. Jaz sem kot terapevt poskušala z nekimi idejami kaj bi bilo sprejemljivo, da poskusimo, da nekje prespi. In so uspeli. Deklica je čez vikend šla k sorodnikom. In potem je to načrt. Ko bo ona šla, vi ne kličite. Naj jo pospremi oče in ne mama, ker deklica je že začela zelo zelo skrbeti za mamo, za njena čustva. Preprečevala je mamino neprijetno razpoloženje. Deklica je skrbela za mamo in to je preveliko breme za njo.

C13: Zadnjič je ta gospa rekla, da, če o teh stvareh ne bi govorili na skupini vprašanje, če bi ona to zmogla. To zdaj ni bil prvi pogovor. Te stvari smo odkrili že nekaj časa nazaj. Da o tem začne razmišljati in da od nekoga sliši, da bi onadva to malo mogla urediti. To se je zgodilo na enem srečanju. Potem pozneje neka tema v zvezi s tem. To je proces.

C14: Potem je ta gospa poročala kako je bilo, ko deklice ni bilo doma. To je bilo pomembno zato, ker naslednje leto gredo peti razred v šolo v naravi. Do zdaj je ta deklica govorila, da ona ne bo šla, ker bo mama žalostna. To je bila za vse dobra izkušnja. Ta dva sta si vzela čas zase. Tudi to smo planirali kaj naj onadva počneta, ko ne bo hčere. To je bilo treba vse po korakih. Nje ne bo, kaj bo zdaj doma.

C15: Izrazita čustva, ki jih ob bolezni (odvisnost od alkohola) izražajo je sram in negotovost. Z jezo imajo malo več težav – z izražanjem. Samoobtoževanje. V tem vidim svojo vlogo, da je s tem treba tudi nekaj početi.

C16: Tiste, ki ostanejo čez priporočeno dobo v skupini (imam dve večji) jih pustim. Skoraj polovica članov je že čez pet let. Vsak se naj odloči kdaj odide in da se na ta odhod pripravlja.

- C17: Vredno mi je videti kje so ti ljudje bili in kam so prišli. Naučila sem se to, da so sposobni marsikaj.
- C18: Večina jih je kar nekaj let, ko so trezni, da so zadovoljni. Ponos ni tako izrazit. Časih pravi kdo, da je ponosen, da je premagal to pa to. Vedno je nekje zadaj malo stigme, ki si jo sami naložijo in tudi družba.
- C19: Samo nekaj posameznikov bi lahko izpostavila, ki nimajo s tem težav. Pove, da je abstinent in pove tudi zakaj in ne pusti se sprovcirati. Malo je takšnih.
- C20: Zdravstvena zavarovalnica plačuje storitve – plačuje individualne obravnave (časovni okvir je 120 minut), plačuje krajše obravnave (časovni okvir je 20 minut).
- C21: V individualno obravnavo spada delo s pacientom. Ta beseda mi ni najbolj pri srcu. Lahko napišem tudi klient.
- C22: Lani sem imela nadzor zavarovalniški. Hočejo videti vse storitve, ki jih plačujejo za dobo treh mesecev. Pokazati moraš kje imaš vse to zabeleženo.
- C23: Jaz vodim dokumentacijo za vsakega posameznika posebej. Tam kronološko odlagam. Če individualno delam, o eni obravnavi napišem pol strani.
- C24: O skupini zapišem deset vrstic zapisnika kaj se je dogajalo v skupini. In za vsakega posameznika zapišem datum, ko je bil na skupini in mogoče en stavek. Včasih tudi več, če so pomembne stvari. To odlagam vsakemu posamezniku v spis.
- C25: Vse delam na računalnik in potem natisnem, ker zelo grdo pišem. Naredila sem si tako, da imam za skupino za vsakega posameznika dokument. Ko je polno, natisnem in do vrha zbrišem. Pa se vidi ime in priimek, šifra storitve. Zopet pišem po datumih.
- C26: Če rabijo za delodajalca potrdilo, da sodelujejo v skupini, jim napišem potrdilo. Drugače pa mi pišemo mnenja, če nas zaprosijo za to – CSD, sodišča (ukrepi, ki so povezani s kaznivimi dejanji storjenimi pod vplivom alkohola).
- C27: Jaz raje vidim, da rečem klient kot pacient. Vse sem že uporabila – klient ali pa pacient.
- C28: Vsi zdravstveni domovi nimajo socialnega delavca, ker so jih tudi odpuščali. To se odloči direktor. Zavarovalnica plača storitve. Mislim, da je to stvar pogajanja. Tudi kolegici v Mariboru in Ptujju delata z alkoholiki v zdravstvenem domu. Me smo kar v stikih. To je stvar direktorja.
- C29: Ko se je to začelo, sem šla do naše direktorice in izrazila svoje skrbi. Ona je meni rekla, da naj se nič ne bojim, da nekaj bom delala. Naša direktorica je tudi splošna zdravnica in je rekla, da so potrebe.
- C30: Oni se soočajo s problemi, ki jih imajo ljudje in so socialne narave. Oni so tudi pod pritiskom zavarovalnice, ki jim odmeri čas za pacienta in to je baje sedem minut. Pa se tega ne poslužujejo.
- C31: Jaz vidim, da bi lahko splošni zdravniki več koristili socialno službo, ker imamo možnost. Pa redki to koristijo.

C32: Problem je, da mi nimamo standardov in normativov. To se zdaj naj bi delalo nekaj na tem. V sekcijo sem vključena. S kolegico sva pisali opis storitev. Jaz sem ji poslala tudi opis storitev, ki sem jih recimo lansko leto naredila. Rekla je, da nekako se kažejo možnosti, da bi se to uredila. Ker po tem bi baje tudi za nas v zdravstvu, lažje bilo.

C33: Mi lahko spišemo koliko individualnih obravnav je bilo mesečno narejenih. To se da pogledati, ker mi to beležimo v zdravstveni sistem. Jaz rabim kartico od ljudi. To so težave. Več bi lahko sodelovali.

C34: Izobraževanja imam tista, ki si jih sama najdem. Izobraževanj si želim. Denar je vedno problem. Jaz sem bila na zadnje na plačljivem seminarju o internetni zasvojenosti. Vidim, da so te stvari zelo povezane. Odkrivam pri zdravljenih alkoholikih, da nekaj opustijo pa recimo gredo v neko drugo. Zdaj so računalniki, igre na srečo. Če delamo s tem, se moramo vsega učiti.

C35: Plačal mi je zdravstveni doma, jaz pa sem napisala prispevek za interni časopis. Nekako imamo dogovor, da kdor gre na izobraževanje tudi nekaj napiše. Kar se meni zdi dobro.

C36: Nazadnje sem bila pa na Poljanskem nasipu. To ni bilo plačljivo. Je tudi nekaj let dobro skrbel za izobraževanja bolj s področja odvisnosti, ampak so bila kar letno dvakrat, trikrat. Zdaj pa že dolgo, dolgo ni bilo. Mislim, da smo ugotavljali, da štiri leta nazaj.

C37: Zdaj smo se srečali po desetih letih in na novo predstavljali posnetek stanja kje je kdo in kaj kdo dela. Meni je bilo fino, da je bila tudi Zdenka Čebašek. Ona je začela v zdravstvenem domu in je tudi začela z alkoholiki. Ko je slišala, da je pri nas to že 43-letna tradicija zdaj je bila zelo vesela. Meni je bilo to fino slišati.

C38: Socialni delavci moramo veliko vedeti o področju, ki ga pokrivamo. Socialno delo nam pomaga, da imamo to eno širino. Da izhajamo iz tega, da nikoli ne rečemo tu se pa čisto nič ne da. To ne verjamem, da se čisto nič ne da. Da se mogoče malo ali pa toliko, da je nekdo s tem zadovoljen, čeprav mi sami nismo in vidimo kaj bi lahko še bilo.

C39: Ne glede na diagnozo je pred mano človek, ki zmore več. Ta človek ni samo diagnoza. Nihče se ne drogira ali pije, da bo postal odvisen in imel probleme. Nihče tega noče, ko začne. Jaz ne poznam takega človeka.

C40: Kar sem se jaz naučila v teh letih je to, da je pri nekaterih uspeh to, da je to obdobje, ko je trezen daljše kot je bilo prej. Da ni samo je trezen ali pa ni trezen.

C41: Mene je to področje zanimalo. Iz tega področja sem tudi diplomirala. Jaz sem imela strica, ki je bil alkoholik in tega enostavno nisem mogla razumeti kako lahko človek pije, če ni žejen. To nima veze z žejo. Takrat tega nisem razumela.

C42: Imela sem Ramovša in mislim, da na niti enem predavanju nisem manjkala. Odločila sem se, da bom pri njem diplomirala, ker me je to zanimalo. Če je zahteven, pač naj bo zahteven. Meni to ni bilo ovira.

C43: Socialnih delavcev v zdravstvu sploh ni dovolj, sploh zdaj na tej primarni ravni. To kar delam, mislim, da sem sama dovolj.

C44: Če bi se zdravniki posluževali tega, da recimo bi usmerjali tudi te ljudi k nam (urejanje domov, socialne stvari) takrat bi za enega bilo preveč.

C45: Jeseni se bom vključevala tudi v center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Ta center že deluje, ampak deluje samo zdravnik z medicinskimi sestrami. Psihosocialnega dela ni. Tako, da to bomo sedaj v jeseni postavljali.

C46: Zakonodaji res slabo sledim. Jaz imam strokovni izpit iz socialnega varstva, ker sem bila zaposlena na CSD. Takrat sem res poznala vse te stvari. Zdaj pa, ko so se stvari zamenjale pa moram reči, da mogoče tiste res čisto osnove vem, da jim svetujem kaj lahko uveljavi, kje naj to uveljavi, h komu naj se obrne na CSD. Ampak podrobnosti pa res ne vem.

C47: Pri nas ne delamo vsi z enim človekom. Potem bi ti timski sestanki bili res na mestu, da bi se več pogovarjali.

C48: Jaz pri nas pogrešam supervizijo. Sicer delam supervizijo občasno pri transakcijski analizi, ko grem. V Mariboru v zdravstvenem domu smo imeli nekaj za to področje odvisnosti od alkohola. Ampak jaz bi raje videla, da bi to imeli pri nas v dispanzerju.

C49: Zelo bi si želela, da bi se socialni delavci zaposlovali v zdravstvenih domovih. Da si tudi sami svoj status, mesto uredimo v zdravstvenih ustanovah.

## **SOCIALNI DELAVEC Č IN SOCIALNA DELAVKA D**

### **ZAPOSLEN 2 LETI IN ZAPOSLENA 28 LET**

#### **PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA VOJNIK**

Č1: Mislim, da smo dosti slišani v timih, da smo dosti avtonomni. Meni osebno je všeč, ko me zdravniki upoštevajo.

Č2: Naročnik socialnih storitev pri nas je zdravnik. Ali pa tudi kakšna sestra včasih pokliče in reče, da pridejo kaki svojci na obiski in če se lahko pogovorim z njimi. Če jih je recimo ene 20 na oddelku, jih pet recimo vedno rabi socialno obravnavo.

Č3: Ne grem od vsakega do vsakega in vprašam, če kaj rabi, ampak oni poiščejo ali opozorijo zdravnika ali sestro in me potem poiščejo ali pa jaz pridem na oddelk. Zdajle me je zdravnica klicala, da bi razmišljali o domski namestitvi in sem se zdajle pogovarjal z ženo.

Č4: Potem sodelujemo s CSD-ji, sodišči, policijo – po potrebi. Stanovanjske skupnosti veliko pokličemo.

Č5: Kadar jaz kaj zvem, potem zdravniku povem. Včasih kar pomembne informacije. Zadnjič za enega gospoda, ko je rekel, da ga vse boli, sem v zavetišče klical in so mi rekli, da je bil cel vikend zunaj, čeprav ne

bi smel biti. Celo noč je vandral, kadil, pil. To je pomemben podatek. Jaz zdravnici povem, ker je to pomembno. Mi ga tu zdravimo, potem gre za vikend ven in krši dogovor. Saj ni kaznovan.

Č6: V redu upoštevajo socialno služno. Sodelujemo v timskih sestankih, na vizite hodimo. Tam nas tudi upoštevajo, tam nas tudi pacienti vidijo in če kaj rabijo, nas vprašajo.

Č7: Nekateri uporabniki nas imajo za nesposobne, ker ne znamo več denarja zrihtat. To je prva stvar, ko me srečajo na hodniku naj jim denar zrihtam. Kakšni imajo nerealna pričakovanja. Oni slišijo, da nekdo dobi denarno pomoč za drva. In potem bi kar vsi imeli denarno pomoč za drva.

Č8: Naj zrihtam denar za cigarete, ker večinoma vsi kadijo. Tisti, ki imajo denarno pomoč 280 evrov in za 200 evrov zakadijo jim ne ostane kaj dosti. Ampak to mi ne moremo rešiti tega problema. Ko pa rečeš, da naj zmanjšajo cigarete – to pa nočejo slišati.

Č9: Večinoma so takšni, da bi samo imeli, naredili pa ne bi nič. Jaz se na te reakcije včasih malo pohecam, nikoli nisem nesramen. Včasih povem, da to ne gre ali da naj dajo vlogo, ker ne vem od vsakega dohodka. Včasih ima kateri zelo nizko pokojnino in izredno pomoč za drva. Jaz jim dam vlogo, da se izpolni in pošlje. Zdaj pa, če bo na centru čez tisti sistem šlo ali ne pa ne morem vplivati. Mi mu pomagamo.

Č10: Na odprtih oddelkih, ko so bolj samostojni jih jaz spodbujam, da čim več sami naredijo, da gredo na CSD. Tudi zdravnik jim vedno odobri izhod, če bi on moral iti zdajle nekaj rihlati. Nič jih preveč v pasivo ne rinem, da bi mi preveč za njih naredili, ker to ni fino. Če ne zmorejo, nimajo svojcev jim pomagam. Tisti, ki pa zna si mora pa sam.

Č11: Pri starejših, ko so demence zelo s svojci delam. Če mu omeniš dom upokojencev, še bolj agresiven postane lahko. Tam se recimo s svojci dela.

Č12: Nekateri mladi nimajo finih stikov s svojci. Tam je veliko dela s samimi pacienti.

Č13: Na sprejemnih oddelkih, če še mi vidimo, da človek ni pripravljen za nekatere stvari ga s temi papirji sploh ne sekiramo, zato ker včasih pride tako ubogi. Najhujše je, če je sprejet nekje 25. v mesecu in takrat noče podaljšati vloge.

Č14: Zadnjič je bil en gospod, ko sem mu rekel, da naj odda vlogo za zvišanje denarne pomoči in je ni hotel, zato ker je bil v takšnem stanju. Takšne pustimo. Ko pa pridejo na odprte oddelke so bolj umirjeni in razumejo stvari. Večina mladih je zelo nekritičnih do kajenja trave.

Č15: Velikokrat opazamo, da se prve psihoze ravno zaradi tega pojavijo. Z njimi se o tem pogovarjamo. Eni se ne premaknejo.

Č16: Imajo skupine na oddelkih, individualno, čisto odvisno. Eni na skupini ne morejo nič povedat, lahko samo individualno.

Č17: Nekateri od 14. leta kadijo, pri 18-ih je pa psihoza. To so kar starši po moje krivi. Mislim, da smo imeli enkrat enega, ki je imel 17, skoraj 18 let. Drugače pa so polnoletni. Naš sprejemni oddelek ima razpon od 18letnika so 90-letnika.

Č18: So pa depresivni, manični, agresivni, forenzičnega. Ni da ni. Eni pridejo, ker imajo stisko, ko službo izgubijo, eni imajo smrt v družini in pridejo žalovati.

Č19: Mi imamo štiri odprte oddelke, kjer so že bolj urejeni, pa dva zaprta oddelka (ženski in moški). Veliko je alkoholikov, ko pridejo pijani sem in se streznijo.

Č20: Naši pacienti si kadar so manični, so v zraku delajo blazno škodo. Oni takrat zapravljajo na veliko, jemljejo kredite, podpisujejo razne pogodbe. Vse je v njihovo škodo. Opazili smo koliko so zunaj drugi nesramni do naših pacientov. Lani so nasrli nekoga, da je še na Telekom in dva telefona vzel za 1500 evrov. Telefon je pa za 150 evrov prodal taksistu. On mora zdaj dve leti plačevati naročnino, nima pa ne telefona, ne nič. Ali pa gre na banko in ne zapre tega računa, gre 2000 evrov v minus, gre drug račun odpreti, ampak ker tega ni zaprl, mu ni treba minusa pokriti. In potem imajo eni s 500 evrov penzije, 6000 evrov minusa.

Č21: Sreča je to, da včasih prej svojci opazijo in ga probajo prepričati, da naj pride sem.

Č22: Mi njemu pomagamo, ker on si lahko enormno škodo naredi. Zdaj so eno gospo na hecali, da je šla podpisati za moneto plačevanje. Ona dobiva položnice, ona druga pa zapravlja. To je tako, da jaz vzamem telefon, položnice pa na vas prihajajo. Gospa bo tisto morala poravnati. Eno trgovino tam ne zanima kdo je kaj. Svet je zelo pokvarjen. Naši so nekateri zelo naivni in si veliko škode delajo in potem moramo mi to reševati.

Č23: En v maniji je šel na BMW za 60000 evrov avto naročiti. Trgovine nič ne zanima kdo si samo, da imaš ti kritje. Zdaj lahko dobiš avto, če nimaš nič dohodka skoraj.

Č24: Gredo na T2 in vzamejo trojček, ga ne plačujejo več. Gredo potem na Telekom, imajo tam pol leta račun, dobivajo opomine, izklopijo. Gre potem na Telemach. Potem ima ena ženska pet položnic za pet različnih operaterjev. To je začaran krog.

Č25: Potem pa nimajo denarja za zdravstveno zavarovanje. Jaz jim razlagam, da je lažje plačati manj, kot pa vse naenkrat. Dohodka imajo zelo malo, sploh ti, ko so na denarni socialni pomoči, če bi malo navade spremenili bi tudi šlo, tako pa si ti ljudje več kavic pa cigaret privoščijo kot pa sam, ki v službo hodim.

Č26: V bolnici smo zaposleni štirje socialni delavci. Ena gospa je samo za oddelek z odvisnostmi. Mi ostali trije smo pa za ta psihiatrični del in imamo oddelke razdeljene. Vsak dan se zjutraj dobimo na sestanku, da se zmenimo kaj bomo kaj naredili, če je kakšna aktualna problematika, malo gremo čez primere in se kaj posvetujemo.

Č27: Potem imamo enkrat na mesec tudi timske sestanke tako, da se vsi štirje dobimo. Drugače pa se še sproti dogovarjamo kdo komu pomaga. Kar dobro sodelujemo. Nikoli ne mine dan, da se ne bi med seboj videli.

Č28: Največkrat je na pobudo pacienta, da sodelujemo, včasih zdravnik naroči ali pa tudi sami vidimo. Včasih vidim, da je kakšen pacient, ki ne želi sam veliko govoriti pa sam malo poizvedujem, kakšen ima dohodek in mi potem pove.

Č29: Dokumentacijo vnesemo v poseben program. Vodimo evidenco in potem recimo v ta program za vse kar se za tega pacienta dela zapišemo pod socialno obravnavo. Vse zabeležimo, tako da, če grem recimo jaz na dopust je vse zapisano, tako da se da tudi za nazaj videti kaj je bilo narejeno.

Č30: Jaz, ko pridem na oddelek me recimo pet žensk nekaj vpraša in si moram potem recimo vse takole zapisovati, ker drugače bi pozabil. Ko pridem v pisarno, začnem klicati okoli. Skupaj naredimo kar želijo – dvigniti denar.

Č31: To je kar pestro delo. Vse zabeležimo. Če gremo na bankomat, potrdilo skopiram in spravim. Da ne bo kdo rekel, da sem kaj vzel. Dokazilo je treba imeti. To je za našo lastno varnost, da nas ne bo kdo tožil.

Č32: Mi smo zato tukaj, da urejamo zdravstveno zavarovanje, če kdo nima, kličemo za ZZZS, če kdo kake kartice nima. Potem se s temi domovi dogovarjamo. Pošiljamo vloge v stanovanjske skupine, bivalne enote. Smo kar povezovalni člen z zunanjimi institucijami.

Č33: Zdravstveni izvidi so stvar nege in zdravnikov. Mi samo za svojo dokumentacijo poskrbimo, če kaj potrebujemo. Mi ne rabimo pisati poročil. Mi bolj zahtevamo od drugih kakšna socialna mnenja ali pa delovna poročila.

Č34: Zdaj, ko je bil ta begunski val smo se kar bali, da bi kakšnega begunca dobili zaradi jezila. Tukaj je bil enkrat en Romun pa je sreča zdravnik znal špansko pa se je malo sporazumel. Pa imeli smo enkrat enega Nemca. Drugače pa načeloma ni veliko tega no. Pridejo tule iz bivše juge, ampak to tako srbohrvaško znamo. Tudi Albancev je malo več – njihov jezik ne vem, če kdo tule razume.

D1: V kolikor pa bi bilo treba imajo pa itak pravico do tolmača.

Č35: Včasih zraven pri sprejemu pripeljejo koga, ki razume.

Č36: Jaz jih kličem po priimku. Prej vedno pogledam malo dokumentacijo, da vem za kaj se gre. Ne grem kar do enega in ga vprašam kako se piše. Vedno jih vikam.

D2: Mi socialni delavci jim rečemo med sabo pacienti. Smo znotraj zdravstvenega sistema, da je enoten termin, ker so v multidisciplinarnem timu različne stroke.

D3: Naše težave so predvsem kadrovske. Potrebe pacientov so večje kot so naše zmožnosti.

Č37: Čedalje večje potrebe so, čedalje zahtevnejši primeri. Svojci včasih pričakujejo preveč od nas. Ko si pacienti v manji naredijo veliko škodo, predvsem finančno, pričakujejo, da bomo mi tole uredili, da bomo zbrisali dolgove, da bomo poklicali. Pa nimamo tu čarobne paličke, da bomo poklicali. Dostikrat je to breme.

D4: Breme se preloži na nas – saj bo socialna to uredila. V okviru naših kompetenc so naše zmožnosti zelo omejene.

Č38: V manji se na denarnem področju najbolj vidi škoda. To se za par tisoč evrov lahko zapufa. Dohodek je nizek pri nam. Tudi drugi ljudje, zunanji izkoristijo naše paciente, ko so v slabi koži.

Č39: Oni se v maniji počutijo fino, ampak naredijo si pa vedno škodo. To so prometni prekrški, kršitev javnega reda in miru. Ni da ni. Sposobni so si vzeti naročnino za pet telefonov na enkrat. Na Telekomu jih nič ne briga, njim je važno, da imajo uporabnika. Največkrat se pač finančna škoda vidi bolj kot pa na samih odnosih.

D5: Naši pacienti so velikokrat zlorabljeni.

Č40: Sposobni so enega tam nasrati, da imajo podjetje.

D6: Naša pacientka si je s. p. odprla na CSD-ju.

Č41: Oni so zelo iznajdljivi. Ne moreš verjeti, da pridejo na banko brez bančne kartice, osebne in denar dvignejo. Toliko so po eni strani iznajdljivi, po drugi si pa veliko škode delajo.

Č42: Pacienti pa tudi od nas preveč zahtevajo. Na hodniku mi rečejo, da naj mu zrihtam denar za čike, za drva. Jaz jim lepo povem, da lahko samo vlogo damo.

D7: Maniji sledi depresija. Evtimno stanje se doseže s pomočjo zdravil. Če so si hudo škodo prej naredili, je logično, da potem zlezejo dol, ko se soočajo s tem kaj se je zgodilo – družina je razpadla, žena je šla, otroci ga nočejo več kontaktirati, finančne posledice. Saj ne moreš biti evtimen pri tem.

Č43: V končni fazi pride do samomorov. Ko pridejo v normalno stanje, začnejo delati bilanco in so v stiski.

D8: Ko so sprejeti, se dostikrat vprašamo kako se bo soočal s tem, ko bo enkrat pri zemljen in se bo sposoben soočiti se s posledicami.

D9: Izobraževanj si zelo želimo.

D10: Najprej si želimo možnosti supervizije. Te možnosti nimamo. Mi tule sami s sabo predebatiramo koliko je možno, ampak ene strokovne pomoči, podpore pa ni. Primer od primera je drugačen, različen in nikoli ni konca zgodbe. Nikoli ni pri tem problemu je pa rešitev ta pa ta. Saj vemo, da je to socialno delo.

D11: V ustanovi smo v letnem planu navedli, da si želimo izobraževanj, vendar so to samo naše želje. Na kratek rok ne bo realizirano. Včasih so nam izobraževanja ponujena, dosti pa je samoiniciativnosti odvisno. Bolj se srečujemo s tem, da je nekih izobraževanj, ki bi jih mi rabili bolj malo. Je na zbornici kar je, ampak tisto je eno izobraževanje na leto. Nam plača hiša.

Č44: Če pa greš kar ne nekaj, je pa škoda časa in denarja. Verjetno bi vsak mesec lahko kam šel, če bi bil angažiran, ampak mi imamo specifiko. Jaz ne bi šel poslušati o otrocih s posebnimi potrebami, ker ne delam z njimi. Bi šel rajše na Zakon o duševnem zdravju, ker vem, da mi bo bolj prav prišlo.

D12: Pozna se, da smo gostujoča stroka v zdravstvu. Spadamo pod zdravstvo, hkrati pa smo socialni delavci in se v nekem praznem prostoru sučemo in je veliko od nas odvisno. Nikogaršnji se počutimo.

Č45: Smo povezovalni člen z drugimi institucijami – sodišča, CSD, policija. Vsi nas kontaktirajo. Nikoli ne kličejo medicinske sestre.

D13: Mi smo zdravstveni sodelavci, nismo zdravstveni delavci. Na socialni zbornici pa tudi malo ven štrlimo. Ne moremo se čisto uokviriti.

Č46: Nekateri mislijo, da smo osem ur v pisarni. Jaz sem eno uro pa še takrat pišem dokumentacijo. Drugače sem pa veliko po oddelkih, na raznih skupinah. Veliko imamo terenskega dela.

Č47: Konkretno jutri bom šel za spremstvo v dom. Potem imam en razgovor za eno, ki pride iz druge bolnice. Nismo uradniki. Veliko delamo osebno, individualno. Nismo uradniki, kot nas posplošujejo.

Č48: Ti se moraš s človekom usesti in se pomeniti. Jaz sem se prejle razjokal, ko mi je ženska povedala v kaki stiski je zaradi demence. Verjamem, da je v stiski samo kaj češ. Ne moreš biti robot za vloge. Naši pa sploh rabijo veliko podpore – in svojci in pacienti.

D14: Veliko sem razmišljala kako metode, koncepte socialnega dela, ki smo se jih učili na faksu prenesti na delo s pacienti. Tam smo se pogovarjali, da skupaj z uporabnikom, opolnomočenje, slediti njegovim željam, potrebam. Potem pa imaš psihotičnega pacienta. Njegove želje so iti na luno jutri. Kako, kje smo zdaj?

D15: Jaz tukaj čutim preveliko breme, ker dostikrat moram potem na sebe vzeti ogromno odgovornosti. So pa situacije, ko je treba odločitev sprejeti.

D16: Zada je pa neka huda stiska otrok recimo. Pa je treba javiti na CSD, da je recimo mamica hospitalizirana, doma ima tri otroke in reče, da je za njene otroke poskrbljeno, da ne rabimo nič nobenega obveščati. Halo, jaz sem pa dolžna nekaj narediti. Zelo smo na tankem ledi. Tisti koncepti so izven realnosti.

Č49: V takem primeru mama reče, da je poskrbljeno. Ampak moramo vseeno poklicati in preveriti.

D17: Saj so neke meje, ko gre za mladoletne otroke. Ampak še vseeno si v precepu kaj pa zdaj je tisto, ko delaš skupaj z uporabnikom kaj pa je tisto, ko moraš mejo prestopiti in kljub temu, da je rekel ne, to narediti. V skoraj 100%, ko se jim zdravstveno stanje izboljša rečejo hvala in so hvaležni. Ampak kljub vsemu, to ni tisto.

Č50: Drugače je v teoriji kot v praksi.

D18: Ali pa podpreti uporabnika v njegovih željah ali pri doseganju njegovih ciljev, če je želja plod njegove blodnje.

Č51: Mi tukajle dostikrat uporabljamo zelo preprosti jezik. Nič kaj socialno delovnega. Struktura pacienta je zelo preprosta in tudi ne bi razumeli zdaj vseh nekih terminov.

D19: Jaz bi temu rekla, da poskušamo govoriti njihov jezik, ker z vsakim čisto drugače govoriti. Zdajle je bila pri meni profesorica na Akademiji za glasbo, sem govorila z njo drugače kot pa bom z enimi preprostimi z vrh Pohorja. Z njimi govorim preprost jezik medsebojne komunikacije.

Č52: Meni je važno, da oni razumejo kaj mi hočemo povedati bolj kot vsak strokovni jezik. To se lahko mi med seboj pogovarjamo.

D20: Velikokrat se znajdemo v situaciji, ko pride pravnica iz CSD in je treba prevesti postopek za postavitve skrbnika za poseben primer. Ona v pravniškem jeziku uporabniku razloži postopek. Jaz sedim zraven, ker sem tukaj strokovna oseba. Potem pa gledaš pacienta in vidiš, da čisto nič ne razume zakaj se gre. Potem prevajajo ta jezik v jezik tega ubogega uporabnika, ki ni razumel kaj mu pravnica dopoveduje. Potem mu probam zelo zelo preprosto razložiti kaj je pravica mislila.

Č53: Povedati mu je treba kako to v praksi deluje, potem pa razumejo. Isto koordinator nadzorovane obravnave je takšen pojem, da ga ne razumejo. Potem jim poveš kako v praksi izgleda. Ti pojmi so včasih neposrečeni. Naši so pa sploh občutljivi.

D21: Strokovne terminologije mi skoraj ne uporabljamo.

Č54: Mogoče je slaba stran tega, da pol kar ven padeš in si že preveč domač, ko prideš med svoje kolege.

D22: Ko je bil Zakon o duševnem zdravju sprejet, je bilo rečeno boljše slabši kot noben zakon. Prinesel je nekaj dobrih stvari. Izmed teh je najboljša koordinator obravnave v skupnosti. To se je pokazalo kot zelo uporabno.

D23: Koordinator obravnave je koordinator, ki dela na CSD. V praksi pomeni, da mi ob odpustu pacienta seznanimo s to možno obliko pomoči, obvestimo center, koordinatorica prvič obišče pacienta, ko je še v bolnišnici in potem mu pomaga pri življenju izven bolnišnice. Koordinira neke oblike pomoči, ki so v skupnosti.

D24: Problem pri naših pacientih ali uporabnikih je ali, da ne vedo, da so možne oblike pomoči zunaj ali pa so jim že čisto nedostopne zaradi same oddaljenosti od centrov. Njihova vloga je zelo pomembna in to nam je zakon dobrega prinesel.

D25: Po drugi strani pa so osebe s težavami v duševnem zdravju osebe, ki imajo neko bolezen. To pomeni, da so ravno tako iz tega bolniki oziroma pacienti kot so pacienti s somatskimi telesnimi boleznimi. Vsi skupaj imajo Zakon o pacientovih pravicah.

D26: Potem pa izumimo Zakon o duševnem zdravju, ki bi na eni strani pomagal k destigmatizaciji psihiatrije in duševnih motenj, po drugi strani pa oni rabijo poseben zakon. To nam sporoča, da so posebni. Zdaj imamo posebni zakon – smo duševni bolniki.

D27: Tisti v splošni bolnici nimajo posebnega zakona. S tem smo jih dodatno označili, radi pa bi jih odznačili. To je ena stvar.

D28: Druga stvar, da je bil zakon tako nedodelan ni prav. So neki postopki notri opisani, ki so smešni – kirurško zdravljenje duševnih bolezni ni dovoljeno. Tega se sploh v Sloveniji ni delalo. Posebni varovalni ukrepi so eno področje v zakonu, ki bi naj branili paciente pred zlobno psihiatrijo.

D29: Nam so pa zelo otežili postopke sprejema na oddelek pod posebnim nadzorom. Dve možnosti sta – eno je sprejem v nujnih primerih, eno je sprejem po sklepu sodišča. Ta sprejem po sklepu sodišča je bil mišljen, da je možno proti volji hospitalizirati tudi tiste bolnike, ki živijo zunaj pa si pač žal ne dovolijo pomagati.

D30: Zakon je predvidel postopek, ki traja najmanj dva meseca. Zdaj si pa predstavljajmo nekoga, ki je fino poslabšan, recimo psihotičen, dela si hudo škodo. Imajo seveda dati možnost predlog na sodišče za proti voljno zdravljenje center, svojci in cel kup nekih oseb, ki so tam naštete. Kaj se bo s to osebo čez dva meseca zgodilo? Če bo še dva meseca zunaj živel, znotraj sicer nekega postopka – vabljen bo na sodišče, v bolnico, k izvedencu, on je pa bolan. To je čisto mimo.

D31: Druga stvar. Sicer je potem sprejem v nujnih primerih možen, če se ugotovi, da je nujno potrebno in je tam tudi postopek predpisan. Potem pa, ko zdravnik želi takega bolnika želi proti njegovi volji sprejeti, ker je akutno poslabšan ali gre za poslabšanje kronične bolezni.

D32: Zdravnik, psihiater je pol zdravnika, ker nima nobenih pooblastil. O sprejemu mora obvestiti sodišče, zakonitega zastopnika, odvetnika itd. Na eni strani se gredo varstvo osebnih podatkov, na drugi strani pa obveščamo kup nekih ljudi, da je nekdo sprejet v psihiatrično bolnico. Ne vem, če je treba, da je ta zadeva tako komplicirana.

D33: Zdravnik osebo sprejme, se z njo deset minut pogovarja in presodi ali je psihotična. Da ga zapreti na oddelek – sprejeti. Potem pa eno uro piše papirje in obvešča vse mogoče. Zakon je nujno potreben sprememb.

D34: V vseh bolnicah je ena od socialnih delavk koordinator nadzorovane obravnave. To je pa tako dvojna vloga. Tam te sodišče določi. Imamo izpit za koordinatorja. Socialni delavci smo pomagajoči poklic, ljudje, ki bi pomagali. Tam ti pa zakon nalaga kaj smeš in kaj ne smeš, kaj smeš od pacienta zahtevati. V moji naravi ravno ni zahtevati, ampak, ko se najdeš v tej vlogi pa moraš. Povsod v vseh petih psihiatričnih so koordinatorji diplomirane sestre in socialne delavke.

D35: Imamo kadrovski problem. Mi se zelo zavzemamo za to, da bi več delali na osveščanju o njihovih pravicah, o možnostih. Čisto odvisno, ne morem reči za vse oddelke. Se trudimo, poskušamo.

D36: V dogovarjanju z direktorico je podporna skupina za svojce, ki smo jo nekaj časa imeli pa je potem nismo imeli. Potreba je po tem no.

D37: Kljub temu, da jim rečemo pacienti lahko za vse nas štiri rečem, da so to ljudje, ki pač imajo take ali drugačne težave. Zdaj ali je to bolezen ali je to stiska, ki prihaja iz domačega okolja ali pa je stiska bila tisti ključen razloga, da so pristali v bolnišnici.

D38: Zdaj moramo vedeti, da so eno duševne bolezni, drugo so pa te stiske pogojene s situacijo, ki pač spremlja skozi življenje. Za nas so najprej ljudje. Šele potem ljudje z duševno boleznijo. In na tak način delamo z njimi. Seveda moramo upoštevati bolezen.

D39: Je pa zadnje leta velik pozitiven premik bil za našo bolnišnico k bolj celostnemu pogledu. Smo bolnica, smo zdravstvena ustanova, zdravimo bolezni, predvsem medikamentozno in to je to. Od tega striktno medicinskega pogleda psihiatrije prehajamo k nekemu psihosocialnemu modelu.

D40: Seveda to ne pomeni, da se bomo šli kar brez zdravil in tako naprej, ker, ko gre za bolezen, ko gre za biokemične procese porušene v možganih ne moremo s psihoterapijo zdraviti. Potrebno je z zdravili, ampak ob tem pa seveda psihosocialna podpora.

D41: Tako, da tu je naša bolnica šla in lahko rečem, da kar veliko na račun socialne službe. Seveda so se generacije zdravnikov in socialnih delavcev menjale in smo v resnici prišli od tistih, ko je zdravnik odpustil človeka po ozdravitvi do tega, da, ko se načrtuje odpust vedno pogledamo kam gre človek živeti, koga ima doma, ima neko podporno mrežo, kdo bo skrbel za njega, kam se lahko vključuje itd. To pa je velik razlika.

D42: In tudi smo upoštevani. Pri zdravnikih ni več tega ločevanja mi smo zdravniki vi pa ste tam eni socialci, ampak se čutimo enakopravne sodelavce s psihiatri. Smo upoštevani. Pri njih zdravnikih bolj, pri drugi manj.

D43: Je velik premik, seveda je še praznega prostora. Mi bi radi še nadgrajevali. Mi pač smo zdajle ena zagnana ekipa, ki nam je mar, da se stvari spremenijo. Malo nas ta birokracija in papirologija omejujeta, ampak se da.

D44: V timu, ko se pogovarjamo kako bi, kaj bi, so naši predlogi, naše ideje upoštevani, spoštovani. Smo cenjeni in tudi zdravniki vidijo kako pravzaprav smo potrebni. Ker včasih, je bilo vseeno, če ni bilo socialne delavke. Danes pa en dan, da socialnega delavca ne bi bilo v hiši bi bil rdeči alarm, ker so začutili to našo vlogo pri obravnavi.

D45: Tudi tolmačenje zakonodaje Zakona o duševnem zdravju. Zdravniki so se na nas socialne delavce obračali, ker tu pa imamo prednosti. Zdravniki kljub temu, da naredijo medicinsko fakulteto niso brali zakonov ali tolmačili. Tukaj pa smo mi majčkeno v ospredju. Malo so nas pa le naučili kako se lotiti brati zakona. Se čutimo pomembne sodelavce.

D46: Mi hodimo na obiske na dom, da vidimo kako živi. Včasih vidim, da nimajo tekoče vode. Pomembno je, da vem od kod prihaja, kaj je njegov svet.

D47: Par naših uporabnikov je šlo na Flakerjev shod v Ljubljano. Najeli so jim stanovanje in skrbeli za njih. Rečeno je bilo, da je bil fant končno svoboden, ker je šel iz zavoda, končno je imel možnosti iti v kino, se sprehajati po ulici itd. Bil je svoboden.

D48: Ko sem se pogovarjala s tem fantom, mi je povedal kako strah ga je bilo, ko se je sprehajal po ljubljanski ulici. Šel je v kino, ampak on nima rad tega, njega je bilo strah. Kako pozabljamo kaj je njihov svet. On je prihajal iz popolnoma drugega okolja. On tega ni bil vajen. To ni bil njegov svet.

D49: Imel je nek primanjkljaj v duševnem razvoju, zaradi tega bi lahko v Ljubljani živel, ampak to ni bilo njegovo okolje. Ni bilo njemu blizu. Nam se fino zdi, da je lahko šel v kino. On je bil pa v stiski zaradi tega. Pomembno je, da vidimo od kod prihajajo, kaj je njihov svet, način razmišljanja. Ne moremo jih siliti kar mi mislimo, da je boljše. Tu je naša vloga.

D50: Zdravniku povem kako živi, ko pridem s terena. To kar mi vidimo in ocenjujemo kot potrebe pacienta, uporabnika in kar on vidi kot svoje potrebe se lahko včasih zelo razhaja.

D51: Po drugi strani pa je treba upoštevati ali je to realno ali je to psihotično. Včasih pridem domov in vidim kaj je razlika med realnim in psihotičnim. Imeli smo pacientko, ki je razlagala neverjetno zgodbo. Potem smo ugotovili, da je vse res kar nam je razlagala. To je ugotovil socialni delavec na terenu.

## **SOCIALNI DELAVEC E**

ZAPOSLEN 6 LET

UNIVERZITETNI REHABILITACIJSKI INŠTITUT REPUBLIKE SLOVENIJE – SOČA

E1: Jaz sem socialni delavec na oddelku za nezgodne poškodbe možganov in različne živčno-mišične bolezni. Pri nas v Soči je sedem oddelkov in vsak oddelek ima po enega socialnega delavca. Zdaj se začenjajo nekateri oddelki tudi enega in pol, ampak večinoma po en pokrivamo določeno patologijo. Moje je pa te nezgodne poškodbe možganov in živčno-mišične bolezni. To so Parkinsonova, MMS, distrofije, cerebralne paralize ...

E2: Moja vloga v timu je, da delam protočnost oddelka. Jaz moram poskrbeti, da se ima pacient kam vrniti, ko bo odšel od nas.

E3: Kot socialni delavce tukaj delam šest let. Pred tem sem pa delal 24 let kot medicinski tehnik v Soči.

E4: Opazil sem, da, ko ljudje pridejo k nam, da so v zelo velikih stiskah. Veliko jih ne ve kaj je sploh Soča. Včasih me vprašajo ali bo bolnik pri nas operiran. Razložim jim kaj je URI Soča. To je rehabilitacijska, da se pri nas večinoma izvajajo vaje, trening, da so naši zdravniki fizioterapevti. Tako, da dobijo predstavo kaj se bo pri nas delalo in da dobijo sliko. Potem začnejo povpraševati.

E5: Pri nas so svojci zelo pomembni. Brez svojcev mi ne moremo skoraj izvajati rehabilitacije, ker se bolnik slej ali prej od nas vrne.

E6: Pri nas je samo določeno obdobje – en mesec, dva, tri, maksimum štiri in potem nekam mora oditi. Ali se vrne nazaj v domače okolje ali iščemo kakšno namestitev institucionalno – domovi, VDC-ji, itd.

E7: Populacija je vsa. Zadnje čase je več poškodb glave. Mlajših oseb je manj. Recimo deset let nazaj je bilo zelo veliko vikendov, ko so mladi popivali in je bilo kar precej teh nezgodnih poškodb možganov (udarci z glavo, strelne rane, padci na glavo – te mehanske poškodbe možganov).

E8: Zadnje čase je pa veliko starejših bolnikov v opitem stanju, alkoholizem – padci v domačem okolju po stopnicah. Tu pa tam imamo še vedno mlajše v prometnih nesrečah, motorji, kolesarji, padci iz konja ...

E9: Veliko je teh poškodb pri kroničnih alkoholikih ali pa so prikriti ali je pa pitje normalna zadeva v domačem okolju in družbi. Ko se pogovarjam s svojci, pacientom mi zdravnik pove, da je tudi že okvara jeter. Tako, da vidim, da je alkohol precej problem. Izgubili so že službo, nimajo dohodkov, socialne stiske in težave.

E10: Mi smo nekako rehabilitacija. Mi bolnika sem sprejememo in ga poskušamo vrniti nazaj, da bi bilo tako kot je bilo pred poškodbo. Zdaj včasih smo uspešni manj, bolj.

E11: Nimamo pa mi, zdaj jaz sem se to tudi z zdravnikom pogovarjal, če bi vsaj napisali, da se takšnega bolnika, ki je že leta v opitem stanju napoti na zdravljenje alkoholizma na Poljanski naspi, ampak to naši zdravniki ne radi napišejo.

E12: Tako, da mi bolnika nekako poskušamo rehabilitirati in, ko ga vrnemo v domače okolje večinoma začnejo ponovno s pitjem v domačem okolju. Vsak se mora sam odločiti, da se bo šel zdraviti. Mora sam uvideti v čem so težave.

E13: Jaz se pogovarjam s pacientom, velikokrat tudi s svojci in poskušam nekako dopovedati v čem je problem in da če ne bodo spregovorili skupaj s svojci ne bo dobro. Velikokrat je pa to tabu tema in mi začne žena govoriti, da so to že leta težave, finančne težave. Ne vidijo kaj bi lahko sploh naredili in so zelo tolerantni do tega pitja.

E14: Tako, da jaz poskušam vsaj z moje strani jih napotiti, obvezno, če se še da napotiti, da tudi oni naredijo en korak, da morajo biti vztrajni, da naredijo temu enkrat konec.

E15: Nimamo pa nobene institucije na kamor bi se lahko naši bolniki ali pa svojci napotili zaradi alkoholizma, da bi jih nekdo spremljal. Oni lahko nazaj začnejo ponovno s pitjem.

E16: Imeli smo študentke socialne delavke iz Malte, ki so bile pri nas. Povedale so, da je pri njih tudi veliko alkoholizma in poškodb zaradi tega, ampak oni imajo kot en inštitut ali organizacijo, ki samo spremlja take bolnike. Po rehabilitaciji so se dolžni obrniti na to ustanovo.

E17: Čez leto, dve bomo lahko spet tega bolnika dobili. Preurediti bi se morala organizacija celega sistema in zdravstva in vse politike naše. To ni enostavno in jaz ne vidim, da bi se tukaj karkoli v kratkem kaj spremenilo.

E18: Rehabilitacija je zelo draga. Na mesec približno 8000 do 9000 za enega bolnika. In če je on tukaj pri nam dva meseca, je to skoraj 20000 evrov. Teh 20000 evrov smo skoraj vrgli stran, če nekdo začne čez mesec, dva ponovno piti. Čez leto, dve ga bomo ponovno sprejeli in bomo spet vlagali v njega.

E19: So klubi anonimnih alkoholikov, ampak to se spet vključi tisti, ki hoče. Jaz se pogovorim s svojci. Jim povem, da je to velik problem. In naj enkrat enostavno naredijo konec in si svoje življenje uredijo. Kar veliko se s tem ukvarjam, poskušam.

E20: Tudi zdravniku rečem, da naj napiše, da je obvezno zdravljenje. Svojci mi rečejo, da se je zdravil eno leto in pol nazaj pa je prenehal na sredi zdravljenja. Jaz to takoj vem, da so to težave, ki se bodo ponovile.

E21: S svojci zelo hitro kontakt vzpostavim. Sestre naredijo kontakt, če jaz nimam možnosti ob sprejemu se takoj pogovoriti se s svojci. Predstavim jim kaj bomo mi skupaj delali. Vzamem telefonske številke, prosim za en pogovor pri meni.

E22: Ko zdravnik naredi sprejem, obvezno dokumentacijo jaz preberem, pregledam in že iz tega vidim kako huda je ta poškodba bila, tudi socialno ali je zaposlen, samski, družina. Jaz si že naredim ta prednostni seznam s kom bom čim prej kontaktiral, da se stvari ne zakomplicirajo.

E23: Povabim in potem začnemo. Najprej predstavim Sočo kako bo potekala rehabilitacija. Veliko sprašujejo koliko časa, ali bo tak kot je bil. To so obvezna vprašanja. Povem, da tega jaz in zdravnik ne moreva napovedati. Čas pokaže svoje.

E24: Ob samem začetku pogovora so izčrpani, ker je bilo zdravljenje že nekje drugje, posegi, nezavest. K nam pridejo, ko so nekako stabilni, ko že lahko delajo določene vaje, ker drugače ni smiselno, da so pri nas.

Naši fizioterapevti drugače ne morejo delati z njimi.

E25: Morajo biti pripravljeni, da lahko sedijo na vozičku vsaj uro, dve, tri, ker drugače nima smisla, da so tu. Imamo tudi respiratorno terapijo za dihanje. Poudarek je, da gredo oni v telovadnico na fizioterapijo. Tam delajo določene vaje. Vsak imam svojega fizioterapevta.

E26: Imamo psihologinjo, logopedinjo, socialnega delavca. Mi smo en tim. Vsak ima točno določene naloge.

E27: V timu me morajo upoštevati. S predstojnikom zelo dobro sodelujem in mi pove, da sem zvezda oddelka. Dokler jaz ne uredim določene zadeve, je potrebno počakati. Uredim, da se lahko vrne v domače okolje, ima vzpostavljeno mrežo pomoči, informacije, mu dajem smernice. Dokler ne najdem namestitve mora biti bolnik pri nas.

E28: Ko so mi terapevti povedali, da je proti koncu, moram začeti takoj, ker mi lahko reče kaj sem delal mesec, dva, da nimam namestitve. Iščem, kličem, pogovarjam se s svojci, usklajujem.

E29: Poškodbe glave velikokrat večino delam s svojci, ker so komplicirane in so velike težave na kognitivnem področju. Svojci imajo večino skrbništvo urejeno. To tudi urejamo tekom rehabilitacije, če niso že prej uredili.

E30: Pacientu skušam vsaj toliko kolikor on razume predstaviti stvari, da ne delamo mimo njega. Zdaj ali me razume ali me ne razume. Velikokrat me ne, zato so svojci tisti, ki z mano sodelujejo.

E31: Podpisati moramo določene pogodbe, dogovore. Potem skrbeti za izvide in redne preglede.

Rehabilitacija po poškodbi glave včasih traja leto, dve, tri, včasih celo življenje.

E32: Ko pridejo k nam, so že določene stvari dali čez, so že utrujeni, izčrpani. Velikokrat se zlomijo, se zjokajo. Poskušam jih nekako slišati, razumeti, ker jaz sem tisti, ki naj bi si vzel največ časa, da jim prisluhne.

E33: Tudi psiholog sigurno, ampak psiholog ima svoje bolj ozko področje. Jaz pa moram poznati njegovo družino, delovno mesto in kam se bo dal, kaj bo počel, kdo mu bo pomagal. Veliko se pogovarjam s svojci in jim povem, da me lahko kadarkoli pokličejo.

E34: Socialni delavec v timu je koordinator med vsemi člani tima, svojci, bolnikom in širšim okoljem domačim, kamor se bo vrnil. Naši zdravniki to v Soči vedo, da je socialni delavec zelo pomemben. Skoraj ne bi mogli brez nas.

E35: Zdravniki ne poznajo zakonodaje, ne poznajo pomoči na domu, si ne predstavljajo kaj je to, kako se to uredi, kam je treba oddati vlogo. Oni se nič ne vtikajo v moje delo. Delo je informativno in svetovalno in podporno.

E36: Pri meni so bolniki dalj časa. Ni to samo teden, dva kot v UKC.

E37: Vsak teden imamo tim. Takrat vsi člani tima poročajo iz svojega področja in nekako iščemo skupno najboljšo rešitev za bolnika. Tako, da slišimo vsakega člana tima. Te informacije so zelo dobrodošle, da se lažje organiziramo in uredimo najboljše za pacienta.

E38: Eni zdravniki imajo malo večji čut za socialno problematiko, eni malo manj, ampak vseeno morajo slišati, razumeti.

E39: Mi nismo nikoli bolnika poslali na cesto ven. Ne more zdravnik reči, da je pri nam odpust 15. in zdaj on mora iti. Če jaz rečem, da nima kam iti, da stvari niso urejene, bo bolnik počakal pri nam dokler se ne najde rešitev. Imamo čakalni seznam. Rehabilitacija je končana, ampak ni urejena namestitev in je lahko pri nas mesec, tudi dva, dokler ne najdemo ene rešitve. Obračajo se name.

E40: Namestitev je odvisna od let. Poskušamo jih namestiti v dva VDC-ja v Sloveniji, ki so se usposobili za osebe po nezgodni poškodbi glave. Da imajo podobno nadaljevanje, terapije, kot je v Soči. Ni isto kot v Soči, je pa podobno. To sta VDC Stara Gora in VDC Dornava. Če se ne morejo vrniti v domače okolje, da tam nadaljujejo terapijo.

E41: Je pa to tam plačljivo. Tudi 1500, 1700 za en mesec. Za to morajo svojci sami poskrbeti. Jaz se z njimi pogovarjam kako bodo to finančno zmogli, kdo jim bo plačal, če nimajo denarja. Občina, na CSD-ju urejajo te zadeve. Če nimajo premoženja, kako se bo knjižilo. Vse te informacije jaz z njimi predelam.

E42: Velikokrat se odločijo starši, če je otrok tam do 25 let, da vzamejo status družinskega pomočnika. Tako, da jim o tem moram vse razložiti – kako se ureja, kaj to pomeni, kaj so njihove obveznosti. Potem oni nekako skrbijo za tega svojega otroka. Pustijo službo, vzamejo status družinskega pomočnika, imajo določene dohodke in so 24 ur v službi.

E43: Delamo s CSD-ji, ambulate, ZPIZ, zavod za pomoč na domu, šole.

E44: Ko imamo kakšnega študenta, je naša naloga, da se takemu študentu uredi status dijaka, študenta s posebnimi potrebami. Vzpostavimo povezave tudi s šolo. Gremo na pogovore z logopedinjo, psihologinjo. Tudi ena on njiju je v republiški komisiji. Tako da poznajo naše bolnike, da dobijo status, ki je zelo pomemben pri študiju, šolanju.

E45: Oseba tudi čez eno leto lahko, da ima določene težave. To naš zdravnik tudi utemelji in tako se prilagodijo izpiti, predavanja, lahko dobi mentorja. Zelo je pomembno sodelovanje s šolo. Starši sprašujejo kam se obrniti, koga moramo dobiti.

E46: Zdravnika prosim, da napiše mnenje, da ne izgubi statusa, ker je to pomembno za zavarovanje. Lahko se zgodi, da so bili brez statusa in jo po tem po eni takšni poškodbi težko pričakovati zaposlitev.

E47: Potem se tudi dogovarjamo s CSD-jem, da se uveljavljajo določene pravice iz Zakona o varstvu telesno in duševno prizadetih. Uredijo si invalidnino. Na ZPIZ jih napotim. Komisija da status, da je oseba nezaposljiva in da rabi denarno socialno pomoč in dodatek za invalidnino. Ima 400 evrov dohodkov mesečno. Za nekoga je to zelo veliko. Nekako moramo rešiti status.

E48: Veliko se ukvarjamo s tem kdaj ga vrniti na delovno mesto. Ni dobro prehitovati, zato se o tem z njimi veliko pogovarjam kaj pomeni poškodba glave in naj se ne precenijo. Eni želijo iti čimprej v službo, eni čim kasneje. Zelo so različni.

E49: Razložim jim, da si morajo vzeti čas, da pridejo k sebi, da ne prehitujejo. Ko enkrat greš v delovno razmerje delodajalec pričakuje od tebe. Ne zanimajo ga tvoje težave.

E50: Vsakega bolnika pogleda Center za poklicno rehabilitacijo in mu svetujejo. Oni prevzamejo to obveznost kdaj bo šel bolnik na delovno mesto in kaj bo lahko delal. Povežejo se z delodajalci, jih kontaktirajo.

E51: Včasih je pogodba za določen čas pa se izteče. Potem gledamo, če bi bilo možno, da se podaljša in bi imel bolniško še naprej. Včasih nas slišijo, včasih ne in rečejo, da ni možno. Zelo pomembno je kdaj se bolnika vrne.

E52: Pozornost je drugačna, motijo jih, težko se skoncentrirajo, ne morejo iti v trgovine, ker jih ta gneča izčrpa v pol ure. Mlajši so si želeli, da bi doma šli v kino, po trgovinah. Samo pol ure so zdržali in so rekli, da so mislili, da bodo znoreli. Po enem letu bolniške se je težko skoncentrirati, brati osem ur. V bolniški so tudi dve, tri leta. To je eno pomembno področje.

E53: Mi tudi sodelujemo s CPR. Grem na sestanek, kjer zdravnici, socialni delavki, psihologinji predstavim njegovo anamnezo, kjer živi, kaj je po poklicu, pričakovanj bolnika, podpora svojcev. Na CPR so svojci zelo zaželeni, ker pacienta oni najbolj poznajo.

E54: Zelo pomembno je kakšen je bil pacient pred poškodbo, kaj vse ga je motilo, ker se vse to pri poškodbi potencira. Če so rabili mir, ga bodo potem še bolj. Ne gre na glasno delovno mesto.

E55: Z zdravnikom se moram pozanimati ali je bila to poškodba na delovnem mestu, ker je to potem drugačna bolniška.

E56: Zanima jih kako urediti papirje, o odškodnini, sprašujejo, če si vzamejo kakšnega odvetnika – ali je to smiselno.

E57: Tisti, ki imajo boleznijo že od otroštva imajo že urejene zadeve, ko pridejo k nam z urejenim statusom – Zakon o varstvu duševno prizadetih. Jaz nimam kaj urejati. Tukaj so starši zelo vpeti v to problematiko iz otroštva in so povezali te razvojne ambulante. Razen, če je kakšna pomoč na domu, da jim uredim. Pa kakšna vprašanja so zmeraj.

E58: Pri poškodbah se s svojci pogovarjam, jih poskušam razumeti, da je to za njih nova situacija. To ni vsakdanja situacija in morajo izbrati moči. Morajo si vzeti čas za sebe, drugače bodo pregoreli in ne bodo imeli njihovi svojci podpore. Naj gredo do zdravnika, da vzamejo, če je potrebno. Velikokrat zgorijo.

E59: Pri MMS-ju in Parkinsonovi bolezni imam veliko opravka s samimi pacienti. K nam pridejo večkrat in vsakič v slabšem stanju, vsakič so bolj nezadovoljni, vsakič so večje stiske. Naši bolniki se večkrat ne zavedajo svojih stisk. Ti kronični bolniki živčno-mišičnih bolezni s to boleznijo živijo leta in leta, ki jih počasi stiska in pritiska in jih čisto razvrednoti. To so velike stiske.

E60: Opazil sem, da so velikokrat, tudi, če so imeli dobro razumevajočo družino, pride do razpada te družine, ker se ti bolniki zarasi te svoje bolezni spremenijo in so zelo naporni.

E61: Imeti moram zelo veliko potrpljenja, razumevanja, počasi z njimi, jih razumeti. Enkrat so čisto dobre volje, sprejmejo vso pomoč. Čez en teden, dva, ko veliko stvari uredim pa se premislijo in mesec, dva mojega dela gre v nič.

E62: Težko se sprijaznijo z boleznijo. Skozi upajo. Gredo v alternative. Tudi tam se razočarajo, so čisto na tleh in potem spet pridejo malo k sebi. To so ti zagoni pri teh živčno-mišičnih boleznih. To so MMS-i.

E63: Parkinsonovi pa so večinoma starejši. Zadnje čase imamo tudi mlajše – hitro napredujoče. Parkinsonovi bolniki imajo zelo dobro podporo družine, razumevajoče in potrpežljive svojce. Ti bolniki so umirjeni in zelo vodljivi. Razlika je delati s svojci in bolniki Parkinsonove bolezni kot s svojci multiple skleroze.

E64: Na Soči je sedem oddelkov in devet socialnih delavcev. Imamo program kronične bolečine. Zdaj dobimo tudi od zavarovalnice plačan ta program, ki ima tudi socialno delavko.

E65: Za izobraževanja imamo možnost. Naša hiša ima zelo veliko izobraževanj, ki se jih lahko udeležimo. Psihologi, zdravniki jih imajo. Vsak ponedeljek so ta strokovna izobraževanja. Včasih je tudi kakšna naša tema.

E66: Odvisno koliko je kdo aktiven, vključen v to socialno zbornico. To spremljamo po internetu in se lahko prijaviš.

E67: Naš vodja, delodajalec je zelo razumevajoč do teh izobraževanj. Obrneš se nadrejenemu, izraziš željo, se prijaviš. Večinoma odobrijo in plačajo kotizacije. Na kongrese socialnega dela nas tudi pošljejo. Odvisno je kako si ti pripravljen, kako si časovno, tvoja želja po izobraževanju. Veliko moram spremljati tudi zakonodajo.

E68: Socialna denarna pomoč je bolj tako revščina. Država je vse manj socialna. Ljudje so v vse večjih stiskah. Služb, nadomestil, varstvenih dodatkov je vse manj. Svojce zanima kaj bodo mogli vračati, kaj se jim bo knjižilo na premoženje. Se matrajo in ne vzamejo denarne socialne pomoči za svojce ali sebe, ker se bo to knjižilo na premoženje.

E69: Zelo veliko se bojijo, sploh ljudje iz podeželja, da bodo izgubili to svojo zemljo. Ne želijo iti v dom, ker nimajo dovolj sredstev za plačilo. Občina v vsakem primeru bo plačala, ampak se to knjiži na premoženje.

E70: Še vedno bi rabil prakso kako voditi en pogovor, kako se znajdeš v stiskah. Ne uporabljam veliko strokovnega jezika, če vidim, da me ne razumejo. Se prilagodim in probam poenostaviti zadeve.

E71: Delamo pa tudi skupinsko, individualno. Imamo tudi skupino za svojce. Takrat vsak iz svojega področja razloži vlogo socialnega delavca, psihologa v Soči. Dogovarjamo kam bolnika namestiti, vključiti, da si zapolni čas.

E72: Svojci znajo biti tudi agresivni. Sem imel primer, ki sem ga tudi prijavil. Nasilje na delovnem mestu – psihično in verbalno. Se moraš prilagoditi. Naj bi mi imeli največ enih tehnik, da se znaš prilagoditi in oceniti človeka kaj sploh lahko poveš.

E73: Vsak ima pravico, da sliši kar želi. Ne moreš vsiljevati svojega mnenja. Poskušaš slišati in se skupaj z njim prilagajati. Pokažeš mu kaj bi bilo najboljše. Poskušaš, da skupaj prideva rešitve. Poskušaš ga voditi z vsemi informacijami.

E74: Razumem, da so tudi svojci pod stresom, stiskam in to ne vzamemo za slabo. Mi je tudi hudo zaradi bolnika. Pridejo tudi svojci pijani in moraš ubrati taktiko. Pokličejo me iz oddelka in me prosijo, da naj se poskušam zmeniti z njim.

E75: Velikokrat so konflikti med pacienti in negovalnim osebjem pa me pokličejo, da se pogovorim s sestrami. Prosim jih, da ne zamerijo. Z bolnikom se pogovorim, da to ni bilo lepo in da tega ne bomo dovoljevali.

E76: Velikokrat pridejo pacienti, da bi mi določene stvari zaupali. Presodijo, da sem tisti, ki jih bom poslušal. Zaupajo mi slabo izkušnjo s sestro, sostanovalcem v sobi, s terapevti. Poskušamo rešiti situacijo. Če mi dovolijo, se pogovorim z osebo s katero imajo težave.

E77: Sem mediator med njimi. Če zvem kaj pomembnega, kar ne more ostati med nami se pogovorim tudi s predstojnikom. Tudi on se pogovori lahko z zaposlenim, če je treba.

E78: Naporno je to delo. Zelo sem izčrpan, ko grem iz službe. Tudi, ko sem doma analiziram, če sem vse naredila, kaj bi se še dalo narediti, koga bi še lahko poklical. To so težke usode. Se te stvari dotaknejo.

E79: Želimo si supervizijo. Smo z nadrejeno, ki je vodja psiho-socialne dali pobudo. To smo psihologi, logopedi, socialni delavci. To se ne premakne. Mi mlajši ti pogrešamo. Starejši ne pogrešajo, veliko pa jamrajo.

E80: Med nami je ta intervizija, da si kaj tako povemo pa delimo izkušnje. Če nas je kdo nadrl, se pokličemo in si potarnamo.

## **SOCIALNI DELAVEC F**

ZAPOSLEN 11 LET

SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA

F1: Vsi socialni delavci po bolnišnicah smo večinoma drugače sistemizirani. Ni poenoteno. Vsak malo drugače spada.

- F2: Jaz spadam sem kot strokovni sodelavec na področju zdravstvene nege. To pomeni za celotno bolnišnico. Vsi niso tako. Sem tudi član multidisciplinarnega tima za akutno bolnišnično obravnavo, član strokovnega sveta zdravstvene nege in član multidisciplinarnega tima paliativne oskrbe. To skoraj nobeden ni v Sloveniji.
- F3: Moja naloga je za zagotoviti, da tam kjer je potreba po vključevanju, da oddelek opazi, da bi se mogel socialni delavec vključiti, da se pacienta odpusti v varno okolje.
- F4: Pokličejo me zdravnik, sestre, sami, obvestijo me iz terena, CSD, druge organizacije. Včasih grem tudi kaj po oddelku in mogoče vidim težje zdravstveno stanje in rečem, da se naj pozanimajo.
- F5: Socialno delo v bolnici je neposredno povezano z zdravstvenim stanjem. Socialni problem so recimo zlorabe, nasilje, ko pristane v bolnišnici. Vse ostalo niso socialni problemi. So socialne okoliščine, ki so nastale zaradi poslabšanega zdravstvenega stanja.
- F6: O boleznih praviloma se jaz sploh ne bi smel pogovarjati. Sploh pa ne o diagnozah, čeprav to je skoraj nemogoče. Po kapi ali zlomu kolka vem približno koliko časa traja rehabilitacija, kaj vse so možnosti. Predvidevaš kaj vse bo primerno za nekoga.
- F7: Potem se te stvari s svojci in pacienti sproti dogovarjam. Tudi, če se zdravstveno stanje izboljša se lahko pripravi na najslabše. Približno isto se pogovarjam s pacienti in s svojci.
- F8: Vse stvari gredo z roko v roki, z zdravniki, sestrami, svojci in pacientom. Brez zdravnika ne moremo planirati odpusta.
- F9: V timu nismo ravno enakovredni. Vedno se bo zdravnik imel za nekaj več. Lahko povem, da me poslušajo.
- F10: Sem eden izmed redkih, ki pišem anamneze notri v uradno dokumentacijo. To sem si izbral. Če napišem notri, da se zdravnik ni strinjal s tem in s tem, potem se zadeva hitro okoli obrne.
- F11: Bolnica je dolžna zagotoviti varen odpust. Za zdravnika je lahko zaključeno zdravstveno stanje. Jaz pa ugotovim, da nima kam iti. Zdravniku ni nujno, da mene posluša, ampak s tega lahko tožbo dobi.
- F12: Kako gledajo na človeka je odvisno od vsakega zdravnika. To je tudi od karakterja človeka odvisno. Eni zdravniki so bolj odprti, dovtetni, drugi pa ne.
- F13: Imamo tudi paliativo. To so umirajoči. Na začetku tudi jaz nisem vedel kaj naj se pogovarjam z njimi. Šel sem na celoletno izobraževanje v Hospic. Pomagam tiste stvari, ki se dajo. Zdravnik je dolžen diagnoze povedati. Jaz jih pa vprašam kaj je njihova bolezen, kaj se pričakuje, kako se bo zadeva urejala. Tisti, ki so umirajoči gredo skozi faze.
- F14: Jaz funkcionalno stvari urejam. Ko urejam, imam več razgovorov z nekom. Za poglobljene pogovore bi bolnišnica morala imeti zaposlenega kliničnega psihologa. Klinični centri to imajo, regionalne bolnišnice pa ne.
- F15: Ne moraš ločiti kaj je stik s človekom in kaj je urejanje. Ker to, da navežeš stik in spoznaš človeka, posledično pripelje, da znaš bolj urediti neke zadeve. Na koncu je pogovorov malo več kot dokumentacije.

F16: Ni važno kateri problem je. Vedno se ureja celostno. Zdaj se en gospod seli v dom in se sekira, ker nima primernih oblačil. Na Rdeči križ mu bom šel nekaj iskati.

F17: Urejam osebne izkaznice, prijave za Zavod za zaposlovanje. Če bi napisal dopis in poslal na CSD, bi dolgo trajalo. Raje naredim sam, ker je prej. Če ne bi, bi bilo to neodgovorno, v škodo bolnici.

F18: Sem bil tudi že doma pri nekemu. Če svojci ne morejo priti, sem šel k njim pa smo se zmenili.

F19: Če delaš v bolnici, moraš znati povezovati socialno delo in zdravstvo. Vsako zdravstveno stanje ima določene posledice. Preveriti je treba ali lahko doma funkcionira, kako si bo doma stvari zrihtal. Niso to samo pravne zadeve, papirji, ampak so tudi praktične stvari – kako si stvari doma olajšati.

F20: Včeraj sem razlagal enemu kako naj si stvari uredi. Včasih moraš dobiti idejo. Kar se nekemu zdi samoumevno, nekdo drug ne ve. Ker je dobil mojo potrditev, je bil siguren v svoj predlog.

F21: Jaz ogromno prakse vpletam tudi v teorijo. Narod nikoli ne pride k tebi, da bi poslušal kar je nekje na papirju napisano. Predejo k meni kaj naj naredijo. Vzamem vse okoliščine kako živijo in mu povem kaj bi jaz na njegovem mestu naredil. Kaj je najbolj smiselno in pametno iz organizacijskega vidika, praktičnega, finančnega.

F22: Svojci večinoma so pripravljeni sodelovati. Imaš ti neko zlato sredino. Imaš ene, ki jih sploh ne zanima in imaš druge, ki bi se kregali, ker bi ne vem kaj imeli. Imaš tudi take, ki ti hodijo groziti. Klicali ti bodo odvetnika, varuha človekovih pravic.

F23: Jaz moram zagotoviti, da zaščitim bolnišnico in samega sebe. Ampak preko pravic enega pacienta pa ti ne moreš. In, če on hoče iti domov in sem tudi jaz mnenja, da mogoče to ni niti najbolj pametno gre zadeva na zapisnik CSD in, če se zdravnik s tem ne strinja je edina možnost, ki jo ima, da ga ima do smrti na oddelku. To je potem njegova stvar. Jaz zadevo potem zaključim. On lahko tudi zdravljenje odkloni. Človekove pravice segajo tako daleč, da lahko na podlagi zdravstvenega stanja tudi umreš.

F24: Nazadnje smo se ukvarjali zdravnik, celoten oddelek, CSD z žensko, ki si ni znala dajati inzulina in je hotela iti na vsak način domov. Sem vedel, da bo dva, tri dni nazaj. Doma je padla v komo. Ko sem videl na centru nečakinjo in ji rekel, da ima izročilno pogodbo, je bila vesela. Rekel se ji, naj jo pusti. Ne bo zdaj službe pustila, da ji bo inzulin dajala. Moraš ti to znati sam. Ženska je zahtevala, da gre domov po vsej sili. Vsi smo znali, da to ne bo šlo. Ampak je šla domov, za dva dni nazaj v komi. Sploh ni vedela za kaj se je šlo.

F25: Potem sva jo z drugo zdravnico pregovorila, da se je odločila, da mora iti v dom, ker si ne zna dajati inzulina. Vse je zapisano. Vse smo naredili, ampak proti njeni volji ne moreš nič. Ampak takšni primeri so redki.

F26: Najhujši so pa ti, ki so povratniki, ki so alkoholiki. Ti pa vsem po vrsti gredo na živce. Vedno so nazaj, ne nehajo piti, vedno je katastrofa, vedno je problem. Takšnih bi se vsi po vrsti radi rešili.

F27: Sodelujemo s CSD, domovi za stare, zavarovalnice, občine, VDC-ji, nevladne organizacije vse po vrsti, Rdeči križ, Karitas, bolnišnice – tudi psihiatrične bolnišnice, občina, zavod za zaposlovanje.

F28: En čas smo imeli supervizijo. Imela jo je Čačinovič. Zdaj je ratala prestara. Vsaka organizacija se znajde te stvari po svoje. S to razliko, da sem jaz tu pač sam. Gabi je pač tudi bolj teoretik. Več let delovnih izkušenj, ko imaš lažje se znajdeš.

F29: Samo organizacijski problem je. Bolnica je ena ogromna firma. Tam kjer stvari niso v celoti od tebe odvisne, tam se začne komplicirati.

F30: Največji problem je, ker zdravstveno stanje niha, zdravniki se menjavajo, glavne sestre se menjavajo, kader kroži zavaljo kadrovskih normativov. Vmes se kakšne informacije izgubijo. Niti ne gredo v računalnik pogledati pa te že kličejo.

F31: Pisarna mora biti izključno za sebe, kjer imajo svojci možnost zasebnosti in da informacije ne krožijo. Včasih se na oddelku skregamo, kdo kriči in bi celi oddelk vedel za kaj se gre. Tudi zunanji obiski so. Ni primerno, da se hodi po oddelku kjer se drugače stvari počnejo. V tem primeru je potem pisarna ločena.

F32: Socialna zbornica kar nekaj izobraževanj organizira. Vmes kaj najdem. Tudi moja služba ima en določen fond. Če me kaj zanima gre, če me ne, ne grem. Na primer na Kongres socialnega dela ne bom šel niti približno. To me niti ne zanima.

F33: Lahko se tudi sam izobražujem, če me kaj zanima. Kaj preberem spotoma. Poglabljenih znanj o demenci ne rabim, saj vraga vem kaj se počne. Včasih v teoriji samo še kakšne neumnosti potem kvasijo.

F34: Dejansko sem sam dovolj. Problem imam samo, ko grem na dopust. Zdaj hvala Bogu imam pripravnico. Drugače pa sem se mogel konkretno pripraviti na dopust, oddelke obvestiti. Bila je papirološka vojna. Vse stvari kako se bodo odvijale kronološko zapisati. Če ni šlo, je človek počakal v bolnici, da sem jaz prišel nazaj.

F35: Nima smisla, da vključimo koga iz CSD namesto mene, ker ne pozna bolnice, sistema. Če bi prišla, kaj dosti se tako ne bi spremenilo za tiste 14 dni, ko mene ni.

F36: Zdaj sem bil na bolniški nenapovedano in so me že domov klicali. Jaz sem prepričan, da sem poklic zadel sto na uro.

F37: Ta sekcija obstaja že deset let, ampak tako je nobeden ne posluša. Jaz jih poznam in vem kaj in kako delajo. Za svojo rit moraš poskrbeti, jaz sem. Jaz sem imel tudi probleme v pisarni.

F38: Na državnem nivoju bi morali poenotiti, da bi bili vsi kvalificirani, ampak to je odvisno tudi od samega interesa bolnišnice.

F39: Ko sem jaz prišel v bolnišnico sem imel cele kupe problemov. Jaz sem bil non stop pri direktorju, ker so me non stop tožarili. Tista, ki je bil pred mano je bil medicinska sestra in je bil cela mamika. Potem sem pa prišel jaz in se rekel, da bo to tako in tako, če ne pa delajte kar hočete. Zdaj z leti so pa ugotovili, da sem ok.

F40: Z leti sem si izkušnje nabral in točno vem kaj početi. Če danes ne, se mi čez noč posvita kaj bi bilo mogoče najbolj pametno narediti. Čeprav tudi ni vse od mene odvisno. Že dobiš idejo. Zdaj imam na oddelkih dosti manj težav.

F41: V bolnišnicah je sociala še vedno tako, da moramo jo imeti še bolj pa, če je ne bi bilo.

F42: Sociala v zdravstvo prišla takrat notri, ko je Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za socialo šlo narazen. Potem se je sklenil dogovor, da se ljudi ne bo odpuščalo v neurejeno socialno okolje. Prej tega ni bilo. Tri, štiri generacijske družine so živele skupaj pa je bilo. Zdaj je pa vedno več starejših, problemov, nimamo enih rešitev za probleme na terenu.

F43: Dostikrat me iz centra pokličejo, ko je pri nas eden izmed njihovih uporabnikov, ko ga niso imeli kam dati. Sem v središču dogajanja. Je lušno delo. Ne smeš se sekirati.

## **SOCIALNA DELAVKA G**

ZAPOSLENA 25 LET

UNIVERZITETNA PSIHIATRIČNA KLINIKA LJUBLJANA

G1: Tekom mojega dela na psihiatriji se je moja funkcija, moj delovni dan kar spreminja. Od tega, da sem bila na začetku na celodnevnikih oddelkih, kar pomeni, da si prisoten na oddelku in na vizitah. Imaš paciente, ki tam bivajo 24 ur na dan in potem rešuješ situacijo glede na to kako ti jo predstavi zdravnik, svojci, kako osebje opazuje posameznika na oddelku in kar sam ugotoviš iz pogovora.

G2: Smo timski delavci in sodelujejo s timom. Nima vsak socialni delavec svojega oddelka in ne moreš biti sto procentno samo na enem oddelku. Socialne delavke po večini pokrivamo dva, tri oddelke in potem imaš razdeljene dneve kdaj si na katerem oddelku, zato tudi ne moreš obdelati vseh pacientov pa tudi ni potrebe.

G3: Vsak pacient pač nima potrebe po socialnem delavcu. Mi se vključujemo tam kjer zaznamo socialno problematiko, neko stisko posameznika, ko ugotovimo, da nima urejenega statusa, so povratniki in se vračajo nazaj na psihiatrijo zaradi neurejene domače situacije ali drugih socialnih težav. Na to poskušamo vplivati, stabilizirati stanje ali pa rešiti stisko.

G4: Velikokrat je tako, da poskušamo delati s svojci kadar so oni pripravljeni sodelovati.

G5: Včasih pa se posameznika tudi namešča v razne stanovanjske skupine, da se jih umakne iz domačega okolja, ki pa za njih ni sprejemljivo – gre za zlorabe, alkohol. Zaradi takih situacij lahko pride do motenj v vedenju, funkcioniranju vsakodnevnem, ki se pokaže na način, da pride do motenj, duševne bolezni in potem oseba pristane v bolnišnici.

G6: Če se vedno znova vrača v tako domače okolje, potem vedno znova pristane v bolnišnici. Takrat poskušamo take ljudi izvzeti iz takega okolja. Ampak to je vedno z njihovim privoljenjem.

G7: Stanovanjske skupine kot so Šent, Altra, Paradoks – mi zelo veliko sodelujemo z njimi. To poteka na tak način, da posamezniku sploh najprej predstavimo kaj je možno.

G8: Prav tako govorimo s svojci. Nikoli ne delamo mimo njih.

G9: Če se vsi strinjajo se napiše vloga, življenjepis, zdravniško mnenje. Mi kontaktiramo s temi nevladnimi in potem se opravi ogled. Če je posameznik za to, če je stanovanjska skupina za to, ker mi posameznika nameščamo nekam kjer je že ena skupina. Ocenjujejo, če je človek primeren za njihovo stanovanjsko, da jim ne zruši klime, ki jo že imajo tam. Če imajo bolj starejšo populacijo, potem ne bodo dali mladega človeka nekam na periferijo, ampak v mesto kjer je že več mlajših ljudi, da se bodo med sabo spodbujali. Tako da se gleda, kam se koga namesti. Želje se upošteva kadar se seveda da.

G10: Jaz jim rečem bolnik. Ker je to bolnica, ne vem zakaj ne bi smel biti bolnik.

G11: Psihologinja, zdravnik imata bolj pogovore o bolezni. Tudi socialni delavec, ker se po navadi zgodi, da se nam zaupajo, ker v nam vidijo nekoga, ki jim bo pomagal.

G12: Zdravnik je tisti, ki bo dajal terapijo tudi, če je oni nočejo. Pač morajo neka zdravila jemati. Na vrata socialnega delavca pa sami potrkajo, ko rabijo pomoč. Mi smo njihovi zagovorniki, ves čas.

G13: Tako, da delamo v njihovo korist vedno. Nikoli ne delamo proti njim ali pa mimo njih. Mimo njih bi lahko rekli, da delamo kadar gre za predlog za odvzem opravilne sposobnosti, ampak to se zdravnik odloči kdaj bo dal ta predlog in to se potem sodišče odloči.

G14: Ampak mi smo pa tisti, ki zbiramo podatke, informacije iz domačega okolja, delovnega okolja. Da se pride do bolj realnega stanja in ugotovi, če je ta predlog sploh na mestu. Je pa v zadnjem času malo odvzema opravičnih sposobnosti.

G15: Imamo tudi skupnostno psihiatrično obravnavo, ki je organizirana po angleškem modelu. Program je že vnaprej določen. Socialna delavka gre k uporabnikom na dom. Obravnava ni časovno omejena. Traja najmanj tako dolgo, dokler posameznik eno leto ni bil doma, potem se ga odpusti če tako želi. Nekateri se obravnave navadijo in ne želijo prekiniti. Na začetku potekajo srečanja enkrat na teden, kasneje pa po dogovoru, najmanj je lahko samo enkrat na mesec. Imamo tudi pogovore s svojci. Vedno smo dostopni. V obravnavi imamo približno 60 ljudi. Program poteka že 11 let.

G16: Moja naloga je, da ljudem pomagam urediti zavarovanje, stalni dohodek, jim pomagam, da se prijavijo na invalidsko komisijo, bivališče ...

G17: Populacija bolnikov je od 18 do 64 let. Največ ljudi pa je starih med 30 in 40 let.

G18: V timu sem zelo slišana in upoštevana. Svoje del socialne obravnave zapišem tudi v bolnikovo anamnezo.

G19: Opažam, da bolniki svojemu delodajalcu zelo težko povedo, da so v psihiatrični obravnavi. To bi najraje zamolčali, saj ob tem občutijo stigmo.

G20: Veliko delam tudi z delodajalci. So zelo sprejemljivi in pripravljeni sodelovati. Z njimi se dogovarjam tudi zaradi delne invalidske upokojitve.

G21: Sem tudi koordinatorka nadzorovane obravnave. Ko grem na teren, si vse sproti beležim, tudi telefonske klice.

G22: Imamo tudi program za svojce. Predavanja potekajo uro in pol.

G23: Zakonodaja se spreminja, zato moram sproti slediti novostim. Socialna zbornica nudi kar nekaj izobraževanj. Izbiram tista, ki so kratkotrajna in v Ljubljani, ker so cenejša. Zanima me predvsem zakonodaja s področja dela, upokojevanja, izobraževanja, poklicne rehabilitacije...

G24: V bolnišnico sprejememo vse napovedane?? Napovedani so sprejemi na dnevni oddelek in v skupnostno psihiatrično obravnavo. K nam pride tudi ogromno tujcev in turistov. Na primer, ko so v manji pripotujejo k nam. Lahko so brez zavarovanja ...

G25: Namen stanovanjskih skupin je, da si opomorejo, da lahko začnejo samostojno živeti in se zaposlijo. V Sloveniji morajo potem, ko pridejo do zaslužka vse vračati državi. To pomeni, da nimajo motivacije za delo. Anglija ima drugače urejeno. Ljudem ni potrebno vračati denarja, zato so motivirani, da čim prej gredo iz stanovanjske skupine in si najdejo zaposlitev.

G26: Supervizije nimamo.

G27: Imamo pa intervizijo med sodelavkami. Pri tej službi mi je težko to, ker moram vedno poslušati samo težave. Nič ni pozitivnega. Pomembno je, da si sam optimističen in trden, da vse to prenašam.

G28: S svojim delom sem zadovoljna. Največ mi pomeni to, ko se mi ljudje zahvalijo in so me res veseli. Včasih je potrebna samo malenkost. Zadnjič sem enemu gospodu pomagala pospraviti predal s cunjami. Bil je presrečen. Včasih, ko pridem na dom sem samo poleg, da si uredijo zdravila, saj velikokrat kaj zamešajo.

G29: Zelo veliko sem na terenu. Včasih skoraj cel dan. Pomembno je, da si fleksibilen, saj vsega ne moreš načrtovati vnaprej. Pride recimo do poslabšanja pa moraš zjutraj spremeniti načrte in opraviti izredni obisk.

G30: Ni nas dovolj zaposlenih. Če nas bi bilo več, bi lahko imeli bolj celovite obravnave in bili bolj natančni. Sedaj pa, ker imamo veliko dela, gre kdo, ki bi potreboval našo pomoč kar mimo.

G31: Ko hodimo na domove, delamo v paru, saj ni varno, da si sam. Nekateri ljudje so lahko zelo nevarni. Nikoli ne veš kaj jih prešine in kaj te čaka za zaprtimi vrati.

G32: Delamo na tem, da nekateri že prepoznajo opozorilne znake, ko se jim bo stanje poslabšalo in pridejo sami v bolnišnico.

## **SOCIALNA DELAVKA H**

ZAPOSLENA 14 LET

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE

H1: Dan poteka zelo nepredvidljivo. Po navadi si narediš na začetku dneva en načrt, skiciraš ene nujne stvari. Jaz imam recimo en takšen list in si hitro napišem kaj moram narediti. Pač si pišem katere stvari so za tisti dan nujne.

H2: Sploh hodim po bolnici z zvezkom in si skozi pišem naloge, pogovore. Določene podatke rabiš sproti napisati drugače pozabiš. Da v delovni list vpišeš.

H3: Seznam nalog je bolj za prioritete, da najnujnejše stvari res naredim pravočasno. Če je npr. nekdo sprejet brez zdravstvenega zavarovanja je to zelo hitro treba urediti, ker, če ne bo samoplačnik ali neplačnik in bodo hudi zapleti – za njega, ker ga bo finančno to veliko prišlo ali pa za nas, ker nima denarja – če je brezposeln, upokojen in ne bomo nikoli dobili tistega denarja za njegovo hospitalizacijo. Za bolnico in za njega je pomembno, da ima zdravstveno zavarovanje urejeno.

H4: Če ob sprejemu ugotovijo, da ga kdo nima meni takoj po mailu pošljejo sporočilo, kdo je bil sprejet na oddelek in katerega zavarovanja nima – osnovnega ali dodatnega. Jaz že ugotavljam ali ga potrebuje ali ga ne potrebuje, za kakšno diagnozo bo šlo ali pa gre (po posvetu z zdravnikom) in kaj to pomeni za njega ali bo plačnik ali bo samoplačnik ali bo lahko oproščen plačila.

H5: Potem pa raziskuješ problematiko. Po navadi, ko se problem odpre potem narediš prvi delovni načrt, kako ga boš reševal.

H6: Vedno je vse v dogovoru z zdravnikom. Zdravnika obvestiš, oddelčno sestro obvestiš, če kdo nima zavarovanja. Zdravnica ti tudi potem da nazaj povratno informacijo kako je z diagnozo. Ali je nujno, urgentno zdravljenje ali ni in potem tudi veš ali je nujno urediti zavarovanje.

H7: Potem se mimogrede posvetujem z zdravnikom ali je ta oseba pogovornljiva, kako je z njegovo fazo bolezni, ali je zelo akutno, ali je psihoza, demenca, kaj sploh je. Kako se bo dalo z njim pogovoriti, da boš prišel do realnega vpogleda v njegov problem.

H8: Če se s kom ne moram pogovoriti, mi zdravnica tudi pove. Opiše mi zdravstveno sliko. Po navadi pogledati grem na oddelek človeka, da vidi ali se kaj da ali se nič ne da.

H9: Ob sprejemu zabeležimo kontaktne podatke svojcev/skrbnika, ki so prišli s pacientom. Imamo nek podatek o nekomu s kom se da komunicirati, kontaktirati v zvezi z njegovo osebo.

H10: To bližnjo osebo imamo pač zmeraj zapisano in to osebo navadno socialni delavec vključi v reševanje socialne problematike. Vprašam ga, če lahko pomaga, se posvetuješ kaj se je zapletlo da npr. nima zavarovanja.

H11: Včasih se že svojci sami lotijo urejanja zavarovanja ... Potem ali nam sami pridejo povedati ali pa povedo, da so že začeli urejati in nas prosijo za nadaljnjo pomoč. »Sreča« za nas, bodo rekli, da nič ni treba, da bodo sami vse uredili – v tem primeru socialni delavec naknadno le preveri, če je zavarovanje urejeno (pri ZZZS oz. zavarovalnici oz. programa, ki čita zdravstveno kartico).

H12: Največkrat pa potrebujejo pomoč in so veseli, da se je kdo ponudil, da kdo obvlada postopke in da ve kako se te stvari uredijo in prosijo, da pomagamo. Potem pa se dogovorimo kdo bo kaj naredil.

H13: Mi s pacienti ali svojci ne govorimo o pacientovi bolezni, ampak z njim govorimo o njegovem življenju.

H14: Nekdo mora naročiti socialno obravnavo, da mi sploh z njim govorimo. Ali je to pacient, ki nas je obvestil, da se želi z nami pogovoriti, da nas rabi, da ima en problem ali so svojci poklicali in iščejo variante za pomoč, enega, ki se bo z njim posvetovali glede prihodnosti življenja tega pacienta ali pa je oddelčni tim – zdravnica. Včasih pa socialno obravnavo naroči katera od zunanjih služb (CSD, delodajalec...).

H15: Mi imamo na vsakemu oddelku vsaj enkrat na teden timski sestanek. Na nekaterih oddelkih občasno tudi večkrat. To je priložnost za izmenjavo informacij o obravnavah v posameznih službah in o nadaljnjem načrtovanju in razdeljevanju nalog.

H16: To pomeni, da se določen dan, čas dobimo zdravnica, oddelčna sestra, tehnik oddelčni, delavna terapevtka in socialni delavec. Gremo skozi vse paciente. Zdravnik je vodja tega tima. En oddelek ima 20 pacientov.

H17: Zdravnica pove zaradi česa je sploh hospitaliziran, kaj je njegov zdravstveni problem oz. če je zaznal/a tudi socialno problematiko (ali je nanjo zdravnico kdo opozoril). Odvisno koliko časa je že pri nas. Mogoče ga že poznamo in smo akutno zadevo osvetli iz zdravstvenega vidika.

H18: Za socialnega delavca (za oceno problematike in načrtovanje reševanja) je zelo pomembno vedeti kako je s prognozo. Zdravnica lahko reče, da si ne predstavlja kako bo ta gospa sama živela in da je zvedela, da sama živi. Kako bo to naprej šlo?

H19: Ta gospa bi rabila eno pomoč. Ali naroči raziskati kako svojci razmišljajo o tem kakšne pomoči bi želeli, koliko svojci že kaj poznajo, koliko je svojce treba informirati, včasih pač naroči celo socialno anamnezo – raziskati kako ta gospa živi. Mi dobimo eno zdravstveno sliko in socialno sliko kako zelo hudo je.

H20: Lahko pa je socialni delavec informiran od zdravnice, da se noben svojec ne obrne na nas in ne vemo ali je pacientka doma sama ali ni sama ali ima kaj otrok, koga ima. In tako socialni delavec dobi nalogo raziskati okoliščine, posledično pa oceniti, koliko se bo potrebno vključiti v reševanje problematike.

H21: Jaz raziščem okoliščine njenega življenja ali je bil kakšen problem. Pogovorim se s pacientom, dobim kontaktne podatke kakšnih svojcev, ki jim zaupa.

H22: Če se na nas nobeden ne obrne, potem pač mi iščemo podatke, kličemo, preverjamo za kakšno problematiko gre, kako se rešuje, ali se že kaj rešuje. Opozorimo, da bo potrebno reševanje, če še ne pozna center kakšne problematike. Naredimo skupen načrt kaj bo kdo naredil.

H23: Če je ocena, da človek potrebuje 24 ur na dan pomoč nekoga, da ni varno, da bi živel sam, da npr. ponoči lahko ven zaide. Po navadi so že takšne izkušnje že imeli svojci s tem človekom. Poznajo problematiko, saj se ni tu začelo. Začela se je pri njih. Oni jo nam odprejo, opišejo.

H24: Vsa ta problematika (oz. opis svojcev kako pacient funkcionira – opisujejo tudi simptome) pomaga zdravniku, da sploh diagnozo postavi. To je poleg drugih pregledov, testov, preiskav tudi pomembno, da pravo terapijo tudi uvede, da zdravstveno stanje postaja čim bolj stabilno.

H25: Po drugi strani pa je najprej na vrsti zdravljenje, socialni delavec ne bo reševal problematike, ki je nerealna – ki jo pacient opisuje, a so njene vsebine še bolezenske – npr. da je nekdo psihotičen, – problemi, ki jih opisuje, lahko niso realni, ampak del zgodbe iz njegove psihoze. Tam se seveda ne bo socialni delavec vključil in reševal enih okoliščin, ampak je prvo najprej treba počakati kako s bo ta človek odzval na terapijo.

H26: Socialni delavec se bo potem s pacientom ali zanj ukvarjal z realno njegovo problematiko. Socialni delavec iz PBB predvsem s tisto problematiko, ki najbolj vpliva na slabšanje pacientove bolezni in bi rešitev lahko morda skrajšala hospitalizacijo oz. prispevala k njegovi zdravstveni stabilnosti.

H27: Če je psihoza, bo zdravnik dal antipsihotik. Najprej bo raziskal situacijo, da bo ugotovil, če gre res za bolezen in potem bo bolezen zdravil.

H28: Mi bomo pa počakali, da bomo videli ali se je res bolezen toliko umaknila, da bo človek lahko funkcioniral in se vrnil, če kaže na dobro – mi se itak vsak teden na oddelku spet usedemo in spet o isti osebi pogovarjamo.

H29: Če zdravnica reče, da krasno napreduje, da se je bolezen umaknila. Potem pa lahko že eno prognozo da in oceni koliko časa bo še zdravljenje rabil. Do socialne obravnave bo (ali ne bo) prišlo – odvisno od realne potrebe potem, ko se bolezen »umakne«.

H30: Doba zdravljenja v PBB je zelo različna, od približno dveh tednov do več mesecev – in je dokaj nepredvidljiva – lahko npr. pacient zdravljenje zaključi tudi samovoljno prej, kot bi mu priporočala stroka. Lahko se hospitalizacije pri kom vrstijo (kronična bolezen). Po navadi, ko je bolezen že tako napredovala ali je že tako globoka, takrat sprejmejo zdravljenje in sodelujejo s tem koliko ocenjuje zdravnik koliko časa bo še rabil.

H31: Mi kakšen teden pred odpustom zvemo, da ga bo počasi odpustil. Pri eni osebi je lahko ta odpust npr. po treh mesecih, pri eni pa po dveh tednih.

H32: Socialnih delavcev nas je malo, ampak smo pa nepogrešljivi. Imamo čisto svojo specifično vlogo.

Nobeden drug v bolnici ne pokriva področja socialnega dela. Nobeden drug v bolnici nima toliko veščin, znanja kako socialno anamnezo pobrati in nihče drug ni večč postopkov in možnosti reševanja socialne problematike.

H33: Velikokrat pomagamo zdravniku, da lažje diagnozo postavi, ker ni vedno vse kar pacient počne bolezen. Včasih je tudi vedenje, situacija in je treba vse to raziskati in v timu razlikovati, kaj pritiče bolezni, ki se jo lahko zdravi, kaj pa vedenju, ki ga pacient lahko spreminja.

H34: Zato raziskujemo, kakšno je sicer njegovo vedenje, v kakšni situaciji on sploh živi, zakaj je tako depresiven. Ali je depresiven, zato ker je službo izgubil, je čisto brez denarja, preživnino bi moral plačati, nekdo ga toži pa nima za plačati. Ali je to reakcija na hudo stisko. Tudi kako je sicer funkcioniral – ali je panik, hitro vzame za hudo in nerešljivo ali je malo bolj flegmatik in ga bo malo kasneje zaskrbelo.

H35: Mi dobimo vpogled v njegov stil življenja, v življenjsko zgodbo. Tako je lažje vedeti kaj je bolezen in kaj je vedenje, ker bolezen se da zdraviti, vedenja pa ne. Za spremembo vedenja so pa drugi prijemi potrebni – psihoterapija, pedagoški prijemi ...

H36: Mi ga potem soočimo z ugotovitvami. Kaj bo izbral, je pa odvisno je od tega kaj človek želi spremeniti. Če on želi, potem se marsikaj da. Če on ne želi, ga ne moremo spremeniti. Tudi pri zdravljenju je ključnega

pomena pacient, koliko on želi sodelovati, kakšen cilj želi doseči oziroma koliko je tudi on odprt za realen cilj.

H37: Včasih imajo nerealne cilje. Bi prišel depresiven, jutri bi bil pa vesel pa dober pa pri močeh pa se ni mogel več usesti, hraniti ... To ni realen cilj.

H38: Če počasi vstopi v zdravljenje, sodeluje, zaupa zdravniku, potem tudi doživi ene uspehe. Vsak kamenček uspeha mu gotovo pomaga, da njegovo zaupanje raste.

H39: Vsi skupaj delamo pot zdravljenja. Pomagamo z zbiranjem heteroanamnestičnih podatkov, socialno anamnezo, da sploh osvetlimo problematiko. Zdravnica ne ve kaj je problem.

H40: Socialni delavec je tisti, ko bo raziskal. Vprašal bo pacienta kaj je njegov problem. Dobil bo čisto drugo sliko kot zdravnik. Zdravniku bo pacient povedal kako se počuti, kaj ga boli, skrbi, kaj je z njegovimi čustvi. Socialnemu delavcu pa včasih pove druge stvari. Skupaj imamo potem počasi boljši vpogled v zgodbo.

H41: Včeraj mi je rekla ena pacientka, da ona ne more s tisoč evri preživeti, da je zato depresivna. Marsikdo mora preživeti z 250, 300 evri, ona pa s tisoč ne zna. Treba je raziskati kaj vse se njej zdi problem.

H42: Treba je raziskati zakaj je njej tisoč evrov premalo, ali ima dolgove. Ugotoviš, da ima dolgove, da je v limitu 1700 evrov, se ne more iz njega spraviti, vse je do konca vedno porabila, da bi šla rada na dopust, da si ne more nič privoščiti, še za hrano nima dosti, prej porabi dohodek preden novo plačo dobi. In potem je problem. Če »živi« v bolnici, s tem špara. Je hospitalizirana, je tukaj na hrani, bivanju. Za njenega mladoletnega sina trenutno skrbi bivši mož, on ga prehranjuje, oskrbuje.

H43: S pacientom se vse te vidike raziščeš. Ali so še kakšne druge koristi od zdravljenja, ali je res depresivna, ali je kakšen drug problem še, ali bi ji kaj pomenilo, če bi kaj več denarja imela, da bi ji kdo pomagal, da se iz tega limita spravi, da bi ji eden pomagal načrt narediti kako bo namensko varčevala. Potem pa vidiš kaj ima pomoč, kaj bi, kaj ne bi. Potem se pa dela načrt katera socialna področja se bodo sploh pokrila.

H44: Povedala mi je, da se s partnerji ne zna ujeti, osamljena je, v službi se ji zdi, da je šikanirana, da dve sodelavki delata na enakem delavnem mestu in verjetno več zaslužita kot ona, ker one dve hodita na potovanja. Nima realnega dokaza, da več zaslužita, ni videla plačilne liste. Ona samo meni in verjame v svoje prepričanje. Malo zamaješ njeno prepričanje in ni rečeš, da dokaza nima, da tako ona le misli. Poveš možnosti kako bi lahko preverila. Če bi sodelavko vprašala, koliko na mesec dobi. Sram jo je vprašati, da ji ne bo povedala. Kaj pa če bi šla do inšpektorja za delo in rekla, da se ji zdi, da nimajo vsi iste plače za enako delovno mesto, da jo okoli prinašajo. Inšpektor za delo ima določena pooblastila in lahko zaprosi za eno preverbo. Vedela bo kako je v resnici.

H45: Mi socialni delavci v bolnici si rečemo, da smo CSD v malem. Pokrivamo vsa področja – nasilje v družini, razveze, skrbi za otroke, odvzemov otrok, denarnih stisk, zaposlitvene težave, problemi na delovnem mestu, problemi upokojencev, problemi odnosov v družini.

H46: Mi ogromno naredimo s tem, ko dajemo informacije kakšne pomoči obstajajo in zorganiziramo pomoči. Mi konkretno naredimo. Ko se pacient odloči, mi to pomoč naročimo. Po odpustu lahko že te pomoči ima.

H47: Če je nekdo pozabil urediti denarno socialno pomoč, bo od nas uredil. Mu bomo natisnili vlogo, zbrali dokumentacijo, poslali na CSD in bo dobil denarno socialno pomoč. Določene stvari lahko pomagamo.

Določene pa lahko samo informacije dajemo in bo potem CSD. Javnih pooblastil nimamo. To ima samo center.

H48: Mi jih nazivamo pacient ali bolnik. Ni stranka, uporabnik.

H49: Mi smo pomožna služba, smo zdravstveni sodelavci. Glavna naloga bolnice je zdraviti. Vsak je v bolnico prišel zaradi ene bolezni in želi izboljšati to svojo zdravstveno problematiko. Ostalo pa kolikor lahko služi temu. Koliko se lahko depresija umakne, če bo en rešil en problem. Nihče ne more živeti brez stanovanja. Je v takšni stiski, da je prav depresiven. Gre lahko prav za bolezen.

H50: Zdravnik mu bo pomagal, da bo obvladal čustva, da bo lahko preživel in imel toliko energije, da bo lahko naprej reševal probleme. Včasih je problem tako hud, da ga ne more reševati in se zdravstveno podere. Da se sestavi, mu lahko mi že zraven pomagamo. Damo vlogo za razpis za socialno stanovanje, lahko speljemo postopek da gre v stanovanjsko skupnost, se pogovarjamo in dogovorimo, gremo z njim na razgovor, damo informacije, ga tja peljemo, zrihtamo plačilo in namestitev.

H51: Veseli so, da imajo to možnost, da v bolnici ni samo zdravnik, ampak da tudi rešijo kakšen svoj problem. So stvari, ki jih ne moreš odložiti po zdravljenju. Med tem, ko je tukaj mora položnice plačati. Če doma nobenega nima, rabi enega, ki mu bo pomagal do položnic priditi, ga pospremil. Približno ena tretjina pacientov nas potrebuje.

H52: Večino smo tukaj. Hodimo na teren opraviti kakšne stvari za pacienta ali pa s pacientom. Lahko mene pooblasti pa grem jaz dvigniti na bankomat. Če zdravnica dovoli, grem pa skupaj z njim do pošte, bankomata, banke urediti. Ali domov kaj iskati.

H53: Če se nekdo odloča, da gre v stanovanjsko skupnost je to postopek. Mi ga peljemo na razgovor, ogled. Mi njemu pomagamo, da doživi več moči, bolj varnega se počuti. Ni bil sam tam, še jaz sem bila. Po pogovoru z mano lahko še kakšno besedo reče, če je prav zastopil, kako je bilo meni všeč. Lažje premelje eno odločitev, če govori z nekom, ki je bil poleg. Ima enega za posvet.

H54: Tudi premestitve v dom delamo. Velikokrat je lažje iti v DSO iz psihiatrične kot pa od doma. Ko nekdo doživi to grozo, da je toliko zbolel, da je moral v psihiatrično bolnico. Pomagati jim moramo sprejeti in živeti z boleznijo.

H55: Velikokrat je za pacienta že korak na bolje, ko jim rečemo, da ne bodo rabili biti več v bolnici, ampak da oskrbo pa še potrebujejo. Sprejmejo, da gredo v dom za toliko časa, da bodo še boljše. Potem ga tudi pospremimo. Institucionalna oskrba je taka, da bi ljudje radi, da je ne bi nikoli potrebovali. Včasih res nekdo nima boljše izbire. Nima drugega.

H56: Bolnica sprejema paciente z Gorenjske, ampak pacienti pa koristijo socialne pomoči po celi Sloveniji. Na gorenjskem so čakalnem dobe za sprejem v DSO daljše kot na štajerskem in v Prekmurju.

H57: Imamo izkušnje in dobro prakso, se dobro poznamo z veliko socialnimi delavci po domovih. Vemo kje se prej prostor dobi. Razlike med domovi poznamo. Svojci in pacienti nam bolj zaupajo. Vedo, da mu nekdo ponuja eno pomoč, ki jo pozna. Poznamo prednosti enega doma, pred drugimi.

H58: Ko se pogovarjaš s svojci vidiš kaj je njim pomembno. Lokacije iščemo glede na njihove želje, vrednote. Tekom zdravljenja dobimo tudi mi izkušnjo kakšen je kakšen svojec. Ali so skrbni ali pa jim je vseeno. Tiste, ki so skrbni samo podpremo in damo kakšno informacijo.

H59: Rada tukaj delam. Nimam težav s sodelavci. Se dobro razumemo in mi to tudi veliko pomeni.

H60: Res nam bolnica nudi tisto kar potrebujemo. Karkoli naročimo, skoraj vse dobimo. Imamo materialne pogoje – npr. računalnik, svojo pisarno kjer se lahko pogovarjamo s pacientom. Smo čisto blizu vsem oddelkom, tako da smo dostopni za paciente ali svojce tako da smo hitro na oddelku, če nas potrebujejo.

Naša lokacija je super. Jaz delam na ženskih oddelkih, ki so čisto blizu.

H61: Jaz delam na ženskih oddelkih, sodelavec na moških oddelkih. Imamo še tretjo socialno delavko, ki pokriva posebna področja socialnega dela. To so novi programi skupnostne psihiatrije. Je koordinatorka nadzorovane obravnave. To ja kar je uvedel Zakon o duševnem zdravju. Ona nove programe pokriva, ona je bolj terenska. Je redko tukaj, je na terenu. Ima v nadzorovani ali skupnostni obravnavi določene paciente. Teh ni veliko, ampak je časovno velik zalogaj, zaradi terena.

H62: S sodelavcem pa pokrivava moški in ženski oddelek. Na leto posamezen socialni delavec v PBB obravnava približno 400 pacientov. Okrog 800 pacientov na leto je obravnavi.

H63: Ene obravnave so kratke, manj obsežne, druge daljše in kompleksnejše. Potem si delovno dokumentacijo pišem. Veliko duševnih bolezni je kroničnih, zato se včasih kakšen pacient večkrat letno zvrsti v naši obravnavi.

H64: To pomeni, da ob novi hospitalizaciji pacienta že poznamo, včasih obravnavo nadaljujemo, kjer se je zadnjič zaključila, včasih moramo načrt spremeniti zaradi pretekle neučinkovitosti ali zaradi nove problematike. Paciente, ki se »vračajo« poznam.

H65: Fino je, če je isti socialni delavec. Vidiš ali se je ista problematika pokazala kot hujša. Npr. prejšnjo hospitalizacijo so ostarelo pacientko svojci po odpustu vzeli domov v svojo oskrbo. So mislili, da bo šlo pa se je izkazalo, da je hujša demenca. Nadaljuje se reševanje istega področja na nov način, ali pa – če se je pojavila še druga problematika, socialna obravnava poteka drugače.

H66: To je prednost delat v bolnici kot na CSD. Tukaj lahko jutri, naslednjič dokončam današnje delo, če mi je zmanjkalo časa. Tukaj »bivamo« skupaj. Oni so tukaj toliko dni in ti lažje njegovo zgodbo bolj spoznaš. Lažje imaš idejo kako bi temu človeku pomagal, mu daš informacije. Na kakšno stvari si pozabil in si se čet tri dni spomnil. Lahko se je prostor v domu sprostil in več komu mora povedati. Lažje je tako pomagati, kot

da človek pride k tebi, ko ima problem in je deset minut ali eno uro pri tebi potem ga pa spet ne boš nikoli več videl.

H67: Mi ljudje sami težko vemo kaj je naš problem. Pacient pride s problemom, ki je samo vrh ledene gore. V resnici je problem nekje drugje. On bo prišel in rekel, da ne spi. Zdaj zakaj ne spi? Potem se počasi odpira. Po navadi rabi tudi pacient en čas, da sploh odkrije kaj je njegov problem pa kateri problemi so rešljivi, kaj se bo dalo izboljšati.

H68: S katerimi se bo pa mogel navaditi živeti. So seveda tudi problemi, ki niso rešljivi. Če si brezposeln moraš živeti s tistih 250 evrov na mesec. Treba je najti kako. Raziščemo ostale denarne pomoči, ki so možne. Hkrati pa pomagamo človeku, da se nauči čim manj od takšnih denarnih uslug živeti.

H69: Naša fakulteta je fina, veliko nauči. Ampak seveda izkušnje pa rabiš. Kilometrino izkušenj je dragocena. Socialno delo je tako široko področje, da karkoli znaš vse ti bo v življenju prav prišlo, bil je med ljudmi, pozna ljudi, nekaj se je učil o ljudeh. Nikoli ne veš na kakšno problematiko boš naletel in katero izkušnjo boš uporabil in ti bo takrat prav prišla.

H70: Jaz sem srednjo šolo delala ekonomsko. To si nisem želela delati. Vpisala sem se na socialno delo in uživala v študiju. Skozi sem mislila, da so zgubljena tista štiri leta srednje šole. Zakaj nisem šla kam drugam?

H71: Najbolj dragocena stvar, ki sem se jo naučila v ekonomski šoli je tipkati. Znam desetrstno hitro tipkati. To je veččina, ki mi zelo veliko koristi, veliko časa prihranim zaradi tega. Nikoli ne veš katera vsa znanja ti bodo prav prišla. Nobeno ni odveč.

H72: Socialna zbornica organizira odlična izobraževanja. Mi imamo določena sredstva vsako leto za izobraževanja namenjena. Socialna služba smo svoja služba. Bolnica nam da na leto določena sredstva za izobraževanje. Mi ta sredstva lahko po svoje uporabimo. Sami izbiramo.

H73: Socialni delavci meni, ker sem vodja socialne službe povedo kaj bi se radi izobraževali. Jaz svojemu nadrejenemu povem katero izobraževanje, utemeljim zakaj mislim, da bi mi prav prišlo to znanje, kaj bi s tem pridobila.

H74: Če je znotraj sredstev, ki so na voljo in če je smiselno utemeljeno, kaj bom z izobraževanjem pridobila (oz. kaj bo pridobila bolnišnica), bom dobila odobreno izobraževanje. Npr. če bo nekaj iz področja zakonodaje socialne, duševnega zdravja, pa bom dobila.

H75: Smeli bi se celo udeležiti več izobraževanj, kot se dejansko jih, vendar želimo izbrati znotraj ponudbe odgovorno tudi kar se tiče časa naše prisotnosti na delovnem mestu.

H76: Obseg dela pri nas je velik. Mi bi imeli dela še za ene dva socialna delavca, vendar zaradi gospodarskih problemov države obstaja problem zaposlovanja v javnih zavodov ...

H77: Na vseh področjih moramo biti varčni. Smo varčni in gledamo, da gremo na tista izobraževanja, ki se nam zdi, da bi bila res dobra.

H78: Kakšnemu se pa kdaj tudi odpovemo, ker to pomeni celodnevno odsotnosti. Dela je pa veliko. Moraš z eno odgovornostjo iti na izobraževanje. Ne moreš kadar koli pa drugemu pustiti eno delo.

H79: Če bi bila pa še ene dva socialna delavca, bi pa lahko še boljše delali v bolnici, ker bi lahko še več naredili.

H80: Še vedno je socialno delo eno tako delo, da ti prioritete izbiraš. Zjutraj si naredim plan. Čez dan se mi to vse podere in okoli obrne, ker nekdo drug pride, ki ni bil naročen. Skoraj skozi je tako. Ali pa se kaj drugega zaplete, kar se prej še ni in je potem to bolj ključno reševati, ker nekaj vseeno še en dan lahko počaka. Načrt kaj boš delal se ti sproti spreminja.

H81: Velikokrat ne moreš vsega narediti. Pacientu poskušaš rešiti problem do ene stopnje. Potem gre pa domov in ga sam ali ob dodanih organiziranih socialnih pomočeh rešuje naprej.

H82: Če bi bil pa še kakšen socialni delavec več, bi lahko pa še več teh socialnih problemov vzporedno reševali. To tudi vpliva na dolžino zdravljenja. Včasih se tudi skrajša – to je smisel. Če se prej uredi stanovanjski problem, da ga lahko odpustimo.

H83: Dejstvo je, da več ko se s človekom ukvarjaš, več mu lahko pomagaš. Noben problem se ne rešuje od daleč. Vse pomeni ukvarjati se z nekom.

H84: V instituciji delati s človekom je lažje kot na terenu. Na terenu se ukvarjaš kolikor si pri njemu. Tukaj v bolnici sem pa jaz osem ur na dan. S tem človekom se lahko na dan trikrat srečam pa še četrtrič bo k meni prišla. Na stopnicah se bova srečali in bova lahko še več naredili. Ne bom izgubljala časa na poti. To sigurno pomaga. Več, ko je ukvarjanja s problemom, prej se ta problem reši. Če bi bilo več socialnih delavcev, bi se še več ukvarjali.

H85: Napačno se mi zdi obratno razmišljanje, da socialnih delavcev, psihiatrije, bolnic ni potrebno.

H86: Meni se zdi lažjem delati in boljše lahko delam svoje delo, če sem vpeta v multidisciplinarni tim. Zdravnik odgovarja za tega človeka, za njegov odpust, sprejem. Jaz pa lahko se res ukvarjam zgolj z njegovo socialno problematiko.

H87: Zdravnika imam za delavni posvet pri roki kadarkoli. Če bi mogla k temu človeku na dom hoditi, in bi tam videla, da gre za eno akutno težavo zdravstveno, zdravnika ni pri roki, da bi tisti moment pomagal. Posvetovati se ne morem z nobenim kako bo s prognozo. Ali bo trajalo preden bom dobila eno zdravniško mnenje. Bolj smo učinkoviti, če delamo v timu pa če vemo kje so meje našega dela.

H88: Če se zdravnik ne vtika v socialno, in ne rešuje on sociale problematike. Ker če to začne, več zaplete kot reši, zato ker ne pozna področja. Obratno pa mi ne poznamo drugih področij.

H89: Psihiatri so usmerjeni v celostno zdravljenje delajo s človekom, rabijo zgodbo izvedeti. Več, ko mu mi pomagamo zgodbe o človeku izvedeti lažje on tudi svojo vlogo najde. In je tudi bolj zadovoljen v svoji vlogi. Ve, da se z depresijo kot strokovnjak zna ukvarjati, kar pa ni depresija mu bom pa jaz pomagala.

H90: Če vse pripišemo eni bolezni, bo psihiater na koncu zelo nezadovoljen, ker do še vedno človek depresiven, kljub ne vem kakšnim antidepresivom. Seveda bo depresiven, če npr. nima kje živeti, nima denarja in če ni nihče nič naredil s tem realnim problemom.

H91: Mislim, da je socialno delavni pogled včasih krivičen do psihiatrije. Mi, ki delamo v psihiatriji tako doživljamo. Premalo se upošteva stroko. Zdravniki zelo obvladajo svoje delo. Vedo koliko, kdaj lahko pomagajo in do kam bodo s tisto pomočjo prišli. Ne delajo čudežev.

H92: Socialne službe izven bolnišnice bi bilo dobro, da bi resno vzele informacijo kakšna je prognoza, kako se bo ta demenca uredila. Ni psihiater kriv, da se bolezen ne da pozdraviti. Pač bolezen je višja sila.

H93: Ampak sem pa »jaz kriva« – socialni delavec, če se slabo pozanimam koliko bo ta človek samostojen ali ga vzamem stran in ščitim pred psihiatrom, da ga ne bo slučajno v dom poslal. Psihiater bo želel tudi čim manjšo pomoč vključiti, kakor jo najbolj nujno.

H94: Jaz mislim, da službe znotraj bolnišnice in službe izven bolnišnice zelo rabimo drug drugega. Mi tukaj smo majhna služba, ampak vidimo, da smo za psihiatre tudi mi nepogrešljiva služba. In oni za nas.

H95: Jaz, ko sem prišla nisem o psihiatričnih težavah imela kaj veliko pojma. Nisem znala presoditi ali je ta psihotičen ali je to res, kar je v zgodbi navajal. Ne veš ali je bolezen ali je stiska ali je res.

H96: Moraš se posvetovati z zdravnikom, zakaj je ta človek pri nas, kaj se je zgodilo, kaj drugi rečejo, iz kje je prišel. Največkrat je tako, da je en delček zgodbe res. Potem pa še bolezen naplete.

H97: Včasih kar nekaj tolažit nekoga ali pa na hitro reševati dokler je še bolezen, ni učinka. Treba je počakati, da se prvo zdravstveno uredi, da on lahko že razumsko gleda na svoje življenje, ne več skozi psihotično doživljanje. Potem naprej rešuješ še kar je problem.

H98: Pride pacientka in reče npr., da se bo ločila. Jaz ne bom šla v akcijo za razvezo. Jaz ji rečem, da lahko, da se bo ločila, ampak tako pomembne odločitve ne bo delala zdaj, ko je v bolnici, ko ji še bolezen nagaja. Ko si v bolnici, nisi najbolj močan, si šibak in tako pomembno odločitev je smiselno delati, ko jo dobro premisliš.

H99: Dajte si čas. Če bo tekom hospitalizacije pa še o tem razmišljala, tudi ko bo zdravstveno že urejena, in se bo odločila, da se bo ločila ji bom pa pomagala z informiranjem kako je s postopkom ...

H100: Tekom zdravljenja bova videle ali je bila samo psihotična ali je res. Jaz moram še več vedeti, da bom videla v katero smer podpreti. Vedeti moram kaj se v resnici dogaja in kaj bolezen dela.

H101: Z zakonodajo v psihiatrični bolnici socialni delavec nima veliko dela. Po moje je veliko postopkov z zakonodajo vezanih na CSD. Oni imajo uradna pooblastila, izdajajo odločbe, odvzemajo roditeljske pravice ... Za njih je ta problem s področja zakonodaje lahko večji. Za nas pa zakonodaja nima tako velike teže.

Spoštovati moramo zakonodajo, ampak nas pri delu ne ovira. Nam je v pomoč.

H102: Najbolj bi potrebovala to, da bi imela še kakšnega sodelavca, da bi me malo razbremenil. Delo bi morali razdeliti, ker ga je preveč.

H103: V bolnici bi bilo dobro kakšno supervizijo imeti. Mi imamo to izven bolnice, če si sami kaj najdemo.

Jaz sem si našla in bolnica mi to plača. Gre pod strošek izobraževanja. Nas podpirajo.

H104: Med sabo si pomagamo že s tem, ko smo v timu.

H105: Izobraževala sem se iz realitetne terapije in sem tudi psihoterapevtka. Ponujajo tudi supervizijo to naše društvo. Bolnica tudi to podpira. Znotraj psihiatrije so znanja iz psihoterapije zelo uporabna.

H106: Dobro bi bilo, da bi bil vsak socialni delavec tudi psihoterapevt. Skozi sistem psihoterapije se nekako bolj znajdeš v pogovoru, komunikaciji. Meni to zelo pomaga, da bolj vem kje v pogovoru s kakšnim pacientom sem.

H107: Sploh kadar delam s pacienti, ki nimajo dobre prognoze. Skozi bo ena bolezen, stiske nad njim.

Včasih imam občutek, da je v začaranem krogu, je povratnik, hodi nazaj v bolnico in nikamor ven ne more iz tega. V resnici gre vzporedno z zdravljenjem tudi njegovo življenje. Kaj je s kvaliteto tega življenja, kaj se tam dogaja.

H108: Znanja iz psihoterapije strokovnemu delavcu pomagajo, da bolj ve, do kam je tvoja odgovornost znotraj pacientove življenjske zgodbe, kje je njegova odgovornost, kje mu dajati informacije, kje ga podpreti, kako mu osvetliti temno sobico znotraj življenja iz katere ne vidi izhoda. Lažje prepoznaš svojo vlogo in meje.

H109: Službe in zasebnega življenja ne poskušam ločiti. To je eno in isto. Vse to je moje življenje, ampak me ne bremenijo. Odkar bolj poznam psihoterapijo me to manj bremenijo. To je življenje v različnih odtenkih.

Veselim se te širine, pestrosti, zanimivosti življenja.

H110: Boli me vsaka zgodba z žalostnim izidom, ko nekdo izbere nekaj kar njemu ni dobro. To je njegova izbira. Ampak mene pa žalosti. Zaradi tega tudi jokam kdaj.

H111: Meni je bolnica dovolila iti na izobraževanje psihoterapije in so mi plačali. To je najdragocenejše izobraževanje, ki sem ga dobila. Izobraževanja s področja socialnega dela rabiš, da ostajaš na tekočem s stroko. Ampak npr. psihoterapija, to so pa dodatna znanja, ki te delajo močnejšega.

## **SOCIALNA DELAVKA I**

**ZAPOSLENA 6 LET**

**UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER MARIBOR – ODDELEK ZA PSIHIATRIJO**

I1: Začela sem kot pripravnica. Pet let sem delala na zaprtih oddelkih. Prvo leto pripravništva sem krožila po psihiatriji, da sem videla celo psihiatrijo. Potem sem večino časa delala na zaprtih moških in zaprtih ženskih enotah. Zdaj delam z odvisniki, kot terapevtka v skupini – skupinska terapija.

I2: Delo socialnega dela je svetovanje. Ampak to so pa zdaj čisto drugačni pristopi glede na enote.

I3: Na varovanih enotah, ki so res specifika, ko ljudje res pridejo po težkih psihotičnih stanjih – po poskusih samomora, po družinskih tragedijah. Tam je res specifika. Tam je socialni delavec zelo pomemben. Mora biti akcija. Hitro ugriranje.

I4: Tudi, ko gre za mladoletne osebe, če gre za kakšno nasilje. Dostikrat sem delala z ženskami, ki so imele shizofrenijo, psihozo in so imele male otroke pa jih je potem treba zaščititi. Ne sicer odvzeti, ampak v tistem stanju, ko so mame bile rešiti, ker so pustile otroke zaprte. V tistih primerih smo takoj mi.

I5: Prva stvari je, ko me psihiater kliče, ko se ugotovi kaj je dejansko, da se ugotovi socialne anamneza.

I6: Vloga socialnega delavca je akcija, hitro ukrepanje, fleksibilnost. Pričakujejo, da takoj rešiš stvar – zdravstveni tim, pacient.

I7: Jaz bom uporabljala besedo pacient, ker sem se je tekom zdravstva najbolj navadila. Ali pa zdravljenec. Uporabnik se zelo malo v zdravstvu uporablja. Zdravljenec uporabljamo tukaj kjer sem zdaj na oddelku za odvisnosti, kjer pa je terminologija zdravljenec in ne pacient, ker se zdravi odvisnosti.

I8: Psihiatrija je tako ogromna in različne enote imamo, da je na čisto vsaki enoti kjer se ljudje zdravijo socialno delavski pristop drugačen. Pri zaprtih oddelkih je akcija, nobenega nakladanja, filozofiranja. Takoj pokličeš varno hišo, policijo, stanovanjske skupine. Nujno moraš ukrepati. Tako delo je super za tistega, ki hoče aktivno pristopiti k rešitvi brez individualnih načrtovanj, svetovanj.

I9: Zelo dostikrat so stvari nerešljive takoj. Situacija, ki privede do hospitalizacije na psihiatriji je po navadi tako kompleksna, dolgotrajna. Duševna bolezen v povezavi s socialno problematiko je tako prepletena, da ne veš kaj je bilo prej. Ali je bil prej socialna stiska in je potem nastopila duševna bolezen ali je bil najprej duševna bolezen, ki je povzročila socialno stisko.

I10: Včasih je tako kompleksno, da po parih mesecih zdravljenja ne moreš rešiti stvari. Začneš reševati kjer je najbolj akutno. Ko v največji paniki predejo k nam začneš tiste stvari reševati. Dolgotrajnih pristopov, metod, svetovanja ne uporabljamo. V zdravstvu sploh ne, ker je socialnih delavcev premalo.

I11: Na zaprtih oddelkih dobim podatke, kaj je treba najprej rešiti. Če ima shizofrenijo, hudo psihozo se ta oseba mesece zdravi.

I12: Ko je malo izven tiste hude krize, ga premestimo na odprto enoto. To je podaljšano zdravljenje. Tam se šele začne delati s človekom na razreševanju, svetovanju, dolgotrajnem načrtovanju. Tam navadno tudi vklopimo koordinatorje skupnostne obravnave. Tu se začne individualno načrtovanje.

I13: Na zaprtih oddelkih je pomembno, da mu pomagaš v največji stiski. On takrat ne rabi tvojega filozofiranja nakladanja, svetovanja. Najhujše stvari so, ko moram reševati deložacije. Nekdo pride po poskusu samomora, dolžen je 10000 evrov, iz stanovanja ga bodo vrgli, otroka nima kam dati, nima hrane. V tem primerih ne boš šla v svetovanje. Prva stvar, ki jo boš naredila je, da boš dvignila telefon in boš probala stvar rešiti – da boš predstavila deložacijo, da jim boš zrihtala kej za jesti, obleči, nadomestno stanovanje, če so jih že ven vrgli. Čisto konkretne stvari.

I14: Ko pa je oseba boljša in se zdravljenje nadaljuje potem lahko delaš svetovalno socialno delo.

I15: Mi socialni delavci v zdravstvu, sploh na psihiatriji, imamo povezovalno funkcijo. Stvari ne bom reševala brez pristojnega CSD, brez drugih institucij, koordinatorja skupnostne obravnave. Ker se to vse v zdravstvu dogaja, vedno vključim splošnega zdravnika, psihiatra.

I16: Mi smo kot povezovalci. Jaz sem organizator, ki organizira multidisciplinarni tim – CSD, policija, varna hiša, koordinator, psihiater, osebni zdravnik. Potem se skupaj začne reševati.

I17: Kako v timu sodelujemo je odvisno od oddelka, psihiatra, pristopa. V zdravstvu še vedno hierarhija vlada. Če psihiater problematiko prepozna kot hudo in težavno, te bo vključil kot zelo pomembnega. Včasih pa socialnega delavca vključijo tudi kot samo podporni steber.

I18: V zdravstvu je glavno še vedno zdravljenje. Dosti zdravstvenih delavcev gleda na socialo kot stransko. Odvisno od tima, pristopa zdravnika. Če jo prepozna kot hudo problematiko, ključno se vključi. Dostikrat rečejo, da naj pokličem CSD in da naj rešijo stvar.

I19: Eni imajo celostni pristop. Drugi pa pravijo, da on je zdravnik, zdravi z zdravili, socialna delavka pa je za to, da pokliče CSD in rešijo situacijo. Tako se veliko težje reši, ker imaš zdravstveni pol in socialni pol, ki nikoli ne gresta skupaj. Razen, če jih združimo in skupaj sodelujemo.

I20: Pred šestimi leti sem začela s pripravništvom. Začela sem iz totalne nule, tako da sem res spoznala zdravstveni sistem, psihiatrijo kako funkcionirata. Mogoče 10 let nazaj ni bilo tako. Pozna se, da je zelo večja potreba po socialnih obravnavah. Tudi več me vključujejo. Kakšni starejši psihiatri ne dajo toliko pomena na to. Pri mlajših generacijah pa se daje večji poudarek na socialno delo.

I21: Time imamo odvisno od potrebe, oddelka. Mariborska psihiatrija ima sedem oddelkov. Na vsakem oddelku se druge problematike obravnavajo.

I22: Tukaj nas je pet socialnih delavcev. Ko sem prišla pred šestimi leti na psihiatrijo, sva bili samo dve. Bilo je slabo stanje glede socialne problematike, socialnega reševanja. Bila je velik potreba. Bili sva samo dve. Oddelkov pa je bilo sedem.

I23: Zdaj, ko nas je pet super sodelujemo in smo mlajši tim socialne službe. Vse smo direkt iz fakultete prišle. Dobro sodelujemo. Imamo intervizije.

I24: Za supervizije smo tudi prosile. Plačevanje izobraževanja, supervizij je večni problem, ampak imamo podporo. Bolnica plača, če ustrezno argumentiraš in pritisneš na vse možne inštanice. Kot socialna služba nimamo supervizije. To smo zaprosile.

I25: Oddelki imamo svoje supervizije. Naš oddelek za odvisnosti ima posebej supervizijo. Hkrati pa imamo lahko posebej supervizijo samo socialna služba. Na tam oddelku smo psiholog, socialni delavec, delavni terapevt, diplomirana medicinska sestra in psihiater. Plačano imamo skupno supervizijo.

I26: Hkrati pa imamo lahko supervizijo tudi po profesiji. Za to smo zaprosili in smo dobili odobreno, ampak začnemo šele z jesenjo.

I27: Izobraževanj plačujejo vedno manj. Treba se je zelo boriti. V zdravstvenem sistemu imajo prednost za izobraževanja zdravniki, psihologi, potem šele pridemo drugi kadri na vrsto. Večna borba je pri plačilu. Izobraževanj je veliko, plačilo je problem.

I28: Letos nisem bila še na nobenem. Glede na izobrazbo moraš imeti določeno število izobraževanj. Če v tem letu ne, pa v naslednjem toliko več. Letos nisem bila še nikjer. Imelo smo veliko težav z izobraževanji, ker nam ne plačajo in se je treba boriti. Sami kadri med sabo se tudi borijo za izobraževanja.

I29: Nobeden ne preverja, če imam dovolj izobraževanj. Če sem jaz toliko samoiniciativna, da se pritožim, me bodo poslali. Potem pa se slabo zapišem pri vodstvu.

I30: Letos sem bila na dveh brezplačnih predavanjih o psihiatriji, kar že tako obvladam. Nisem pa bila na predavanjih, da bi jaz duhovno in socialno rastla.

I31: Sama si financiram psihoterapijo, študij. To mi služba nič ne omogoča. Moje vodstvo je bolj naklonjeno izobraževanju zdravnikov, psihologov, ki so višji kader. Za nas, ki smo na sredni pa ostane manj denarja.

I32: Zapisovanje je dobro urejeno. Imam zdravstveni računalniški program MEDIS v katerega beležim moje delo. Popolnoma vse kar jaz naredim – od telefonskih razgovorov, do razgovorov s pacienti, svojci, družino si beležim.

I33: To pomeni klasični zdravniški način, da snemam na kaseto. Moje delo zabeležim po šifri, datumu, kdo je bil vključen. Potem tisto dam naši administratorki, da to v računalniški sistem vpiše.

I34: To je vidno vsem, ki delajo – zdravnikom, psihologom, socialnim delavcem. Vsak od teh ljudi, ki dela s to osebo, ki sem jo jaz obravnavala vidi kaj sem jaz z njo delala. To je urejeno.

I35: Ko pride do hudih stisk, smo res pomemben člen. Paziti moram, da je vse zabeleženo, da ni potem kaj narobe, če se karkoli zgodi. Pride kdaj do kakšnih samomorov. More biti vse vodeno.

I36: Z ljudmi, ki se tukaj zdravijo, pacienti govorimo o vsem. Kadar izrazijo željo, da želijo z mano govoriti ali pa zdravnik reče, da bi potreboval mojo pomoč.

I37: Ko pridem v stik z njimi, iz njih vse bruha od družine, razveze, otrok, denarja, stanovanja, zdravila, stranskih učinkov. Dostikrat smo socialni delavci koš za smeti, tisti člen, ko mu lahko vse povedo.

I38: Pri zdravniku se osredotočijo samo na zdravila. Če že začnejo zdravniku govoriti o svojih družinskih, socialnih težavah, jih oni poslušajo, obravnavajo, potem pa jih rajši meni napotijo kot, da se sami spuščajo v vse to.

I39: Tisti psihiatri, ki so izobraženi v smeri psihoterapije dosti bolj socialno pa celostno delajo. Ko mene vključijo je že dosti narejenega, v smislu pogovora. Tisti, ki pa ne govorimo o čisto vsem – od patronaže do osebnega zdravnika. Takšne stvari, ki si nikoli ne bi mislil, da bo socialni delavec počel.

I40: Socialno delo je vrednoteno dokaj nizko. Mogoče je to moj osebni občutek. Težava s katero se dosti socialnih delavec srečuje. Imam občutek, ne manjvrednosti, ampak da je naše delo samoumevno in nizko vrednoteno. Čeprav vsi vemo, da je zelo pomembno kam bo človek šel po zdravljenju.

I41: Ko imajo zdravniki hude primere shizofrenij, psihoz in se na začetku samo fokusirajo na zdravljenje z zdravili, na koncu vedno pridemo do socialne problematike. Dostikrat se to zgodi ravno tik pred odpustom.

I42: V veliki večini, ko so hude duševne bolezni se osredotočajo na zdravljenje z zdravili. Ko je oseba stabilna in bi lahko šla domov, se ugotovi, da ima hude socialne težave. Ne dajo jim takega pomena.

I43: Ko mene tik pred zdajci vključijo, je moje delo samo še gašenje požara. Na hitro nekaj skupaj skrpam. Če mi rata, vključim koordinatorja.

I44: Ni toliko cenjeno. Socialno delo v zdravstvu je nekaj manjvrednega, ampak nujno potrebnega.

I45: Ko sem prišla sem delati, nisem imela pojma kaj je socialno delo v zdravstvu. Najhujše pa je, da FSD delo v zdravstvu minimalizira. FSD nam dela še večjo škodo kot zdravstvo, ker nas sploh ne izpostavlja. Že zaradi tega je socialno delo v zdravstvu nizko vrednoteno, ker nikjer ni izpostavljeno. S tem, da nas ne priznajo nas dol tolčejo.

I46: Nihče v zdravstvu, psihiatriji ne ve kaj je delo socialnega delavca. Jaz sem bila zgrožena, ko so rekli, da je delo socialnega delavca, da hodi v trgovino z ljudmi. Je tudi to delo socialnega delavca.

I47: Potem se vprašaš, zakaj sem hodil na fakulteto, imam vsa mogoča znanja, metode, veščine, če pa tisto kar delam je, da me pošiljajo po čike, hrano. To dejstvo te poniža, razvrednoti in se začneš spraševati zakaj sem sploh študiral in kaj je moje delo.

I48: Jaz bi na FSD naredila predmet Socialno delo v zdravstvu. Zdravstvo je zelo veliko, notri je od nasilja do vsega. FSD dela zelo veliko škodo.

I49: Socialni delavci v zdravstvu niso pomembni, potrebni, ker bi morali vsi pacienti zunaj biti. Ni res. Mi tukaj notri smo tisti, ki malo bolj prepoznamo stvari. Medicinska sestra ima znanja, socialne veščine, ampak mi smo se za to učili. FSD nam ne daje vrednote in bi raje videli, da bi bili socialni delavci samo zunaj in delali socialno delo v skupnosti, na terenu.

I50: Imamo eno socialno delavko, ki dela samo na terenu. Je koordinator skupnostne obravnave. Tudi me hodimo na teren, ampak je bila tako velika potreba, da se je samo ena v to notri fokusirala. Štiri smo tukaj, ena na terenu.

I51: Smo edina psihiatrija v Sloveniji, ki ima dva forenzična oddelka. Imamo forenzično psihiatrijo. Iz celotne Slovenije vozijo ljudi sem. Forenzična psihiatrija so ljudje, ki so kakorkoli sodno obravnavani, priporniki, zaporniki po sodnem odloku, ki so naredili kakšno kaznivo dejanje in imajo duševno bolezen. To se gre za hude zgodbe. To je zaporna kazen, ampak, ker ima dokazano duševno bolezen, je ne more preživljati v zaporu, ampak se zdravi na forenzični psihiatriji.

I52: Mislim, da je forenzika odprta dve, tri leta. Pred tem ni bilo uradnega naziva. Psihiatrije so imele po svojih zaprtih oddelkih te ljudi skupaj z drugimi. Nekaj jih je bilo verjetno tudi po zaporih.

I53: Po zakonu je prišlo, da se bo to ustanovilo. Psihatrije so med seboj kandidirale katera si želi imeti forenzično psihiatrijo kot enoto. Šlo je tudi za finančna sredstva, ki so prišla iz pravosodnega ministrstva. To je potem spet druga socialna obravnava.

I54: Že na psihiatriji je težko govoriti o socialnem delu, ker je že na psihiatriji vsak oddelek poseben. Na oddelku za demenco je čisto drugačno kot na oddelku za odvisnosti. Z ljudmi delam, celostno, poglobljeno. Z odvisniki delamo od malega do zapitosti, zaradi tega za kar so prišli.

I55: Na oddelku za demenco se ogromno dela s svojci. Veliko je seznanjanja s starostjo, namestitev v dom je ogromno. To je tisti rutinski del. To je klasična verzija, ki se dela na oddelku s starostniki. Imaš razgovore s svojci, da se sprijaznijo z demenco.

I56: Veliko je oddelkov in zelo so različni pristopi. Ko sem delala na zaprtih oddelkih sem bil v akciji in ves čas aktivna. Zdaj, ko sem na oddelku za odvisnosti se dosti več pogovarjamo. Oni so pri nas pet mesecev in se večinoma pogovarjamo.

I57: Na zaprtem oddelku, ko je nekdo hotel urediti socialno pomoč, sem mu jaz pomagala, ker ni bil v stanju. Tukaj z zdravljenici od alkohola in tablet pa jaz teh stvari ne delam. Jih samo usmerjam, ker znajo sami narediti. Ne delam namesto njih.

I58: Mi na psihiatriji večinoma delamo po zakonu o duševnem zdravju. Hvala Bogu, da ga imamo. Meni je dobro, da ne rabimo vsega delati po zakonu. Ne rabim se kot na CSD opirati na zakone, se jih držati kot pijanec plot, izdajati odločbe, ker to ni moje delo.

I59: Če imam željo, iniciativo se lahko dosti bolj pogovarjam z ljudmi. Kar se zakonodaje tiče, sem vesela, da nimam toliko opravka z njo, razen z Zakonom o duševnem zdravju. Ko pride do zakonov, se moram na CSD obračati.

I60: Je pa res, da ljudem se bodo vedno zdeli nepravični. Sploh odločbe izredne in redne denarne socialne pomoči, otroški dodatki. Dostikrat ljudje v nas vidijo, da nič ne damo, smo najslabši. To je klasika.

I61: Ljudje, ki so jezni na socialo, bodo vedno na tebe to znesli. Nobeden ti ne bo rekel hvala, ker si mi pomagal urediti socialno pomoč. Vedno bodo prišli tisti, ki je ne morejo dobiti. Velikokrat v nas vidijo samo vir finančne pomoči.

I62: Zdaj imam gospo na odprtem oddelku, ki obvlada vse. Jaz bi se lahko od nje učila. Obstaja določen procent ljudi, ki znajo poskrbeti za sebe in znajo zakone na nek način izkoristiti. Eni obvladajo zakone dosti bolj kot jaz.

I63: Dostikrat pridejo do mene, da naj pokličem CSD, ker mu nočejo dati izredne, ker ni dal dokazil, ko jo je zadnjič dobil. Naj pokličem, ker imam veze.

I64: Zdaj že prepoznam tip ljudi, ki pride samo po denar. Saj ne pravim, da ga ne rabijo. Večino ga krvavo rabijo. Dostikrat jim pomagam. Ko poznam nekoga, ki manipulira, izsiljuje sistem pa se ne pustim. Zdaj sem se začela zanašati na občutek, ki je zelo pomemben.

I65: Zakonov ne poznam v nullo, pravno-formalnih stvari. Dostikrat se za odvetniške stvari na mene obračajo. Osnove vem, če ne gremo pa itak na internet pogledati pa jih naslovim na brezplačne pravne pomoči.

I66: Ne zdi se mi tako pomemben del kot to, da imam občutek za človeka. Po tolikih letih psihiatrije začutim človeka kateri je res v stiski, kateri se pretvarja, ker se dostikrat pretvarjajo. Želijo izkoristiti svojo duševno bolezen, da bi se invalidsko upokojili preko tega. Ljudje poskusijo. Vedno poskušajo iz neke stiske.

I67: Zdaj se malo bolj zanašam na moj občutek. Ne pravim, da imam vedno prav. Ko se pogovarjam, začutim človeka. To ti nobena fakulteta ne more dati. Ali si za to ali pa nisi.

I68: Prvo, drugo leto tukaj me je vsak nadrl. Ljudje te čutijo. Začutijo kje so tvoje šibke točke. Tudi zdravnik te začuti koliko si ti pripravljen pomagati.

I69: Ljudje so mi iskreno povedali, da želijo doseči upokojitev na takšen način. To lahko dosežeš. Če boš vztrajal, in boš v enem leti desetkrat hospitaliziran, ker boš grozil s samomorom, da slišiš glasove, da si v stiski. Če boš ti to konstantno ponavljal, bil agresiven, bil hospitaliziran v enem letu desetkrat, boš dosegel vsaj delno upokojitev. Hočeš nekaj doseči, ampak sam sebi s tem škoduješ.

I70: Velika večina se jih fokusira samo na to. Pozabijo na vse okoli, da je življenje lepo, da imajo družino, otroke. Samo na tisto so fokusirani.

I71: Največji šok je, ko dobijo izračun invalidske upokojitve, so pa spet razočarani. To je profil ljudi, ki nikoli niso zadovoljni v življenju, ki ves čas iščejo neke lahke izhode.

I72: Tudi to je del psihiatrije – osebnostna motnja. To ni duševna bolezen. Osebnostna motnja je zelo popularna stvar zdaj. To je malo bolj ameriška verzija. Dosti ljudi ima osebnostno motnjo, ki se je razvila skozi življenje, ker je pač imela tako vzgojo, živel v nekem okolju, karakterni je tako oblikovan. To je duševna bolezen, ki je ne moreš zdraviti. Tega je v današnji družbi zelo veliko. Zaradi materializma, permisivne vzgoje se zelo kaže.

I73: Recimo punca, stara 20 let, pride na psihiatrijo, ker si ji je življenje podrlo, ker jo je fant zapustil, ker ji starši več ne dajo denarja, ker s svojim čustvenim izsiljevanjem ni več dosegla tega. Začela je groziti s samomorom, da bo nekomu nekaj naredila. Ne moreš zdraviti njene razvajenosti.

I74: To navadno govorimo o vzgojni zanemarjenosti. 20 let so ji vse dali vse materialno, čustvenega pa ne. To je idealno za razvoj osebnostne motnje. Tega je veliko. Vsi imamo določeno stopnjo motenosti, odvisno kako se tekom življenja razvije.

I75: Ena od naših socialnih delavk se je odločila, da bo redno sodelovala v sekciji tako, da večino časa ona hodi in nas obvešča o vsem kar se dogaja.

I76: Mi smo malo posebni, ker nismo psihiatrija za sebe, ampak spadamo pod UKC Maribor. Prikrajšani smo za marsikaj. Tudi za neko normalno sistematizacijo, boljše pogoje dela.

I77: Pred šestimi leti, ko sem prišla sva bili dve. Zdaj nas je pet in se že pozna napredek. Ves čas je borba, da dokazuješ, da si potreben, da pišeš statistiko, koliko imaš dela, primerov – letno vodenje podatkov. Mi smo

prišli na to, da nas je pet, ker smo toliko pritiskali. Na podlagi forenzične psihiatrije smo vztrajali, da dobimo še enega delavca zraven.

I78: V socialnem delu je treba postaviti normative in standarde.

I79: Pri nas bi morala biti ena za en oddelek kot sta zdravnik in psiholog. Mi se pa še vedno delimo. Medicinska sestra je na svojem oddelku. Nje ne bodo nikoli premestili drugam, razen, če bo izpostavila željo. Jaz pa moram nadomeščati povsod. Potreba je veliko in da se končno socialno delo v zdravstvu prizna kot nujno potrebno.

I80: FSD mi moral tu ogromno pomagati poleg. FSD je naredila določeno škodo, ker ni govorila o socialnem delu v zdravstvu. Ne glede na to kakšne predsodke imajo do psihiatrije in zdravljenja s farmacijo. Če bi se izpostavilo, bi bilo tudi delovnih mest več. Oni težijo k temu, da bi se socialno delo delalo zunaj. V bolnici smo nujno potrebni. Ko nekdo pride, takoj prepoznam kaj je nujno potrebno.

I81: Jaz mislim, da so zdravila nujno potrebna. Za stabilizacijo kakšne hude shizofrenije, psihoze nimaš kaj. Zdravila ljudi stabilizirajo, ti jim pa hkrati pomagaš skozi socialne, delavne veščine. Da mu pomagaš vzpostaviti socialno mrežo, stik z družino.

I82: Deset let nezdravljene shizofrenije ima hude posledice. Ljudje so fizično, higiensko zanemarjeni, izgubijo stik z družino. Totalen propad. Potrebna je celostna obravnava – zdravila skupaj z ostalim timom, da mu pomagaš življenje na novo vzpostaviti.