

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

Lara Tuma

**ZDRAVSTVENO-PEDAGOŠKI MODEL CELOSTNE OBRAVNAVE V
VZGOJNEM ZAVODU PLANINA**

(Študija primera mladostnika v Vzgojnem zavodu Planina)

Magistrsko delo

Ljubljana, 2018

PODATKI O MAGISTRSKI NALOGI

Ime in priimek: Lara Tuma

Naslov: Zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave v Vzgojnem zavodu Planina
(Študija primera mladostnika v Vzgojnem zavodu Planina)

Kraj: Ljubljana **Leto:** 2018

Število strani: 79 **Število slik:** 0 **Število tabel:** 3

Število grafov: 0 **Število prilog:** 6

Mentorica: doc. dr. Bojana Mesec

Ključne besede: otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, vzgojni zavodi, zdravstveno-pedagoški model, celostna obravnava, Vzgojni zavod Planina, študija primera

Povzetek: Prvi del magistrske naloge pričnem s poglavjem o otrocih s čustvenimi in vedenjskimi motnjami. Zanima me, kako so te motnje opredeljene, kateri so kriteriji za njihovo opredelitev ter varovalni dejavniki in dejavniki tveganja. V poglavju o vzgojnih zavodih raziščem vzgojne zavode v Sloveniji in opišem, kako poteka namestitvev. Podrobneje predstavim zgodovino Vzgojnega zavoda Planina in raziščem njegovo današnje delovanje. Zanima me, kakšne značilnosti ima zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave ter kakšne metode dela pri tem modelu uporabljajo strokovni delavci. Poglavje o Vzgojnem zavodu Planina zaključim z njihovo vizijo o Strokovnem centru Planina. Empirični del se zaključi s primerom mladostnika, kjer opišem njegovo življenjsko zgodbo ter podrobneje predstavim posttravmatsko stresno, osebnostno in disociativno motnjo.

V empiričnem delu predstavim rezultate študije primera. Za namene raziskave sem intervju opravila s petimi strokovnimi delavci v Vzgojnem zavodu Planina. Vsi ocenjujejo, da je zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave nujen in smiseln, saj nudi individualno podporo in pomoč mladostnikom ne samo na področju izobraževanja temveč tudi stalno psihološko, psihiatrično in socialno pomoč, individualno obravnavo, vsakodnevno vodenje in usmerjanje.

Name and surname: Lara Tuma

Master's degree title: Health-educational model of integrated treatment at the Educational Institute Planina (Study of an adolescent in the Educational Institute Planina)

Place: Ljubljana **Year:** 2018

Number of pages: 79 **Number of pictures:** 0 **Number of tables:** 3

Number of graphs: 0 **Number of attachments:** 6

Mentor: doc. dr. Bojana Mesec

Key words: children with emotional and behavioral disorders, educational institutions, health-educational model, integrated treatment, Educational Institute Planina, case study

Summary: I begin the first part of my master's thesis with a chapter about children with emotional and behavioral disorders. I wonder how these disorders are defined, what are the criteria for definition, the risk factors and safety factors. In the chapter about educational institutions I study the educational institutions in Slovenia and describe the process of accommodation. I will present in detail the history of the Educational Institute Planina and explore its current activities. I am interested in the characteristics of the health-educational model of integrated treatment and what methods of work are used by professional workers in this model. I conclude the chapter about the Educational Institute Planina with their vision of the Professional Center. The empirical part ends with the case of a teenager, describing his life story, and in more detail the post-traumatic stress disorder, personality disorder and dissociative disorder.

In the empirical part I present the results of a case study. For the purposes of my research I interviewed five experts at the Educational Institute Planina. Everyone estimates that the health-educational model of integrated treatment is necessary and very meaningful as it offers individual support and help to young people not only in the field of education but also constant psychological, psychiatric and social assistance, individual treatment and day-to-day guidance.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

Lara Tuma

**ZDRAVSTVENO-PEDAGOŠKI MODEL CELOSTNE OBRAVNAVE V
VZGOJNEM ZAVODU PLANINA**

(Študija primera mladostnika v Vzgojnem zavodu Planina)

Magistrsko delo

Študijski program: Socialno delo z družino

Mentor: doc. dr. Bojana Mesec

Ljubljana, 2018

PREDGOVOR

Do ideje za temo magistrskega dela sem prišla s pričetkom dela vzgojiteljice v Vzgojnem zavodu Planina (v nadaljevanju VZ Planina). Tega sem prvič obiskala leta 2013 v okviru Fakultete za socialno delo kot študentka dodiplomskega študija v okviru predmeta Institucionalne prakse. Leto prej so začeli uvajati zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave, ki so nam ga na ogledu tudi predstavili. Takrat sem resnično začutila to, k čimer stremijo v VZ Planina in sicer, da otrokom in mladostnikom nudijo podporo in pomoč na vseh področjih v življenju, kjer je pomoč potrebna.

Vzgojni zavod Planina (v nadaljevanju VZ Planina) je razvil inovativni pristop celostne obravnave z namenom, ker v Sloveniji nimamo primerne ustanove za otroke in mladostnike, ki imajo poleg čustvenih in vedenjskih motenj, tudi težave v duševnem zdravju, hkrati pa so agresivni do sebe ali drugih. Na pedopsihiatriji jih zaradi agresivnega vedenja ne morajo obvladovati, kar je tudi ključni razlog, zakaj jih ne sprejmejo v obravnavo. Poleg klasične zavodske oskrbe, ki nudi pedagoško in socialno obravnavo, ti otroci in mladostniki potrebujejo pomoč tudi zaradi duševnih bolezni in težjih oblik agresivnega vedenja. Takšno pomoč zagotavlja ekipa strokovnjakov različnih profilov, kot so pedagoški vodja, specialist klinične psihologije, socialni delavec, socialni pedagog, specialni in rehabilitacijski pedagog, vzgojitelj ter zdravstveni tehnik.

Namen študije primera je raziskati zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave pri mladostniku z duševnimi težavami. Prikazati sem želela, kakšen je namen in smisel celostne obravnave otrok in mladostnikov v Vzgojnem zavodu Planina.

Teoretični del sem pričela s poglavjem o otrocih s čustvenimi in vedenjskimi motnjami. Podrobneje so me zanimali kriteriji za opredelitev otrok z motnjami teh vrst, najpogostejše motnje ter dejavniki za njihov nastanek. Raziskala sem tudi vzgojne zavode v Sloveniji, kakšen je njihov namen in kako poteka namestitvev v vzgojni zavod. Podrobneje sem analizirala tudi sam VZ Planina. Najprej sem opisala njegovo zgodovino, v nadaljevanju pa je predstavljeno njegovo delovanje danes. Osredotočila sem se predvsem na zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave otrok in mladostnikov. Teoretični del se zaključi s predstavitev mladostnika Roka, ki je vključen v intenzivno obravnavo v VZ Planina.

Teoretičnemu delu sledi empirični del, v katerem so prikazane ključne ugotovitve študije primera. Zanimale so me metode in tehnike dela, kakšni so bili zastavljeni cilji pri delu z

mladostnikom, kako bi ocenili uspešnost in smiselnost zdravstveno-pedagoškega modela pri mladostniku.

Cilj magistrskega dela je predstavitev zdravstveno-pedagoškega modela celostne obravnave. Zanimal me je njegov vpliv pri mladostniku Roku, ter smiselnost intenzivne obravnave.

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici, doc. dr. Bojani Mesec, ker me je podprla pri moji ideji. Hvala za strokovno usmerjanje, spodbudo in pomoč pri uresničitvi in nastajanju mojega magistrskega dela.

Obenem se zahvaljujem strokovnim delavcem v Vzgojnem zavodu Planina, ki so mi pomagali uresničiti mojo idejo ter me usmerjali, ko sem potrebovala pomoč.

Nazadnje pa hvala vsem bližnjim, ki so verjeli vame in me spodbujali na tej poti.

Aron, ta magistrska naloga je zate. Da boš vedno vedel, da lahko s trdno voljo in željo dosežeš vse.

KAZALO

1.	TEORETIČNI UVOD.....	1
1.1.	Otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami.....	1
1.2.	Vzgojni zavodi	7
1.2.1.	Splošno o vzgojnih zavodih v Sloveniji.....	7
1.2.2.	Namestitev v vzgojni zavod.....	8
1.3.	Vzgojni zavod Planina.....	10
1.3.1.	Zgodovinsko ozadje Vzgojnega zavoda Planina	10
1.3.2.	Vzgojni zavod Planina danes	10
1.3.3.	Pedagoško zdravstveni model celostne obravnave	13
1.3.4.	Model in njegove značilnosti	14
1.3.5.	Metode dela.....	16
1.3.6.	Zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave in socialno delo	20
1.3.7.	Strokovni center Planina	21
1.4.	Primer mladostnika Roka	22
1.4.1.	Posttravmatska stresna motnja	23
1.4.2.	Osebnostna motnja.....	24
1.4.3.	Disociativna (konverzivna) motnja.....	25
2.	PROBLEM.....	26
2.1.	Opredelitev problema	26
2.2.	Raziskovalna vprašanja	27
2.3.	Hipoteze.....	27
3.	METODOLOGIJA.....	28
3.1.	Vrsta raziskave	28
3.2.	Merski instrument in vir podatkov	28
3.3.	Populacija in vzorčenje	28
3.4.	Zbiranje podatkov.....	29
3.5.	Obdelava in analiza podatkov	29
4.	REZULTATI IN RAZPRAVA.....	33
5.	SKLEPI	44
7.	PREDLOGI.....	46
8.	VIRI	47
9.	PRILOGE.....	50
9.1.	Kodiranje P.....	50
9.2.	Kodiranje U	52

9.3.	Kodiranje V.....	54
9.4.	Kodiranje Z.....	59
9.5.	Kodiranje S.....	61
9.6.	Kategorije.....	63

SEZNAM TABEL

Tabela 1:	Delež motenj v Vzgojnem zavodu Planina.....	12
Tabela 2:	Podatki intervjuvancev	29
Tabela 3:	Primer kodiranja	30

1. TEORETIČNI UVOD

1.1. Otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami

Klasifikacija otrok s posebnimi potrebami postavlja ključna vprašanja tako z vidika poimenovanja kot tudi z vidika pojmovanja. S prenovo vzgoje in izobraževanja je bil v Sloveniji uveden pojem otrok s posebnimi potrebami, ki pa se je tako kot drugod v svetu odmaknil od pojmovanja hibe oziroma motnje in se usmeril na potrebe posameznika (Opara et al. 2010)

V skladu s kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev lahko otroke s posebnimi potrebami razdelimo v naslednje skupine:

- otroci z motnjami v duševnem razvoju,
- slepi in slabovidni otroci,
- gluhi in naglušni otroci,
- otroci z govorno-jezikovnimi motnjami,
- gibalno ovirani otroci,
- dolgotrajno bolni otroci,
- otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja,
- otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami,
- otroci z avtističnimi motnjami (Vovk – Ornik 2015: 4).

Pravilnik o organizaciji in načinu dela komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami ter o kriterijih za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami (2003) otroke s čustvenimi in vedenjskimi motnjami opisuje kot: »Otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami so otroci z disocialnim vedenjem, ki je intenzivno, ponavljajoče se in trajnejše ter se kaže z neuspešno socialno integracijo. Otrokovo disocialno vedenje je lahko zunanje ali notranje pogojeno in se kaže s simptomi kot so npr. agresivno vedenje, uživanje alkohola ali mamil, uničevanje tuje lastnine, pobegi od doma, čustvene motnje. Otrok je lahko prepoznan kot otrok s čustvenimi in vedenjskimi motnjami le v primerih, ko dosedanje delo šolske svetovalne službe in drugih strokovnih delavcev z otroki, socialno skupino in družino ni vodilo do zmanjšanja opisanih težav. Kljub temu, da se nekatera omenjena stanja in vzorci vedenja kažejo že zgodaj v otroštvu, se diagnoza osebnostne motnje ne postavlja vse dokler ni zaključen otrokov osebni razvoj.«

Opređeljevanje in diagnosticiranje čustvenih in vedenjskih težav je kompleksna naloga, saj je potrebno odgovoriti na številna vprašanja posameznih strok kot so sociologija, pedagogika, psihologija, medicina, pravo. Poleg tega pa se vprašanja kot so kaj je normalno, kaj je ogrožajoče, kaj je družbeno sprejemljivo, kakšno naj bo razmerje med pravicami in dolžnostmi v močni povezavi z vrednotami človeške družbe. Zato lahko trdimo, da je čustvene in vedenjske težave mogoče opredeliti le znotraj socialno-kulturnega konteksta (Vzgojni program 2004:7)

Kriteriji, ki morajo biti zadoščeni, da lahko ocenimo, da gre pri otroku ali mladostniku za motnjo so:

- čustvena in vedenjska slika se pojavlja skoz daljše časovno obdobje,
- vedenjski ali čustveni problem je resen,
- ogroža posameznikov razvoj,
- z običajnimi in razpoložljivimi spremembami okolja ali ravnanja ga nismo uspeli ublažiti (Kobolt 2011:163).

Čustvene in vedenjske motnje, ki so značilne za otroštvo in adolescenco so po mednarodni klasifikaciji bolezni (ICD-10) razporejene v naslednje kategorije (ICD-10:288):

- **Hiperkinetične motnje:** Za te vrste motenja je značilna nemirnost, motnje pozornosti in koncentracije. Otrok s to motnjo je živahen in ekstravertiran ter sprošča svoje nezadovoljstvo navzven, zato se simptomatiki hiperkinetične motnje rade pridružijo tudi motnje vedenja.
- **Motnje vedenja:** O vedenjski motnji govorimo, kadar kaže otrok neustrezno vedenje kot nek prevladujoč vedenjski slog. Vedenjske motnje v razvojnem obdobju se kažejo z različnimi oblikami neustreznega vedenja in v različnih kombinacijah. Najpogostejše so kraja, laž, uničevanje predmetov, izrazita neobogljivost in upornost, zastraševanje, žaljenje, zasmehovanje, pretepanje drugih, izostajanje od pouka, beg od doma. Redkeje se vedenjske motnje kažejo kot vandalizem, telesni napad, požiganje. Vedenjske motnje se delijo na:
 - Vedenjske motnje, omejene na družinski okvir – agresivno ali disocialno vedenje otrok in mladostnikov je docela ali skoraj v celoti omejeno na dom in na interakcije s člani družine ali ožjega gospodinjstva.
 - Nesocializirana motnja vedenja – otroci in mladostniki ne znajo navezovati odnosov z vrstniki in ljudmi na splošno. Pogosto so prepirljivi in nasilni, zato so lahko izolirani in nepriljubljeni.

- Socializirana motnja vedenja – otroci in mladostniki so sposobni vzpostaviti ustrezne medosebne odnose, le v določenih okoliščinah se vedejo agresivno in uničevalno.
- Opozicionalno ključovalno vedenje – otroci in mladostniki so zelo razburljivi in hitro vzkipijo. Pogosto se prepirajo z odraslimi, odklanjajo pravila in omejitve. Krivdo in napake pripisujejo izključno drugim, težko se vživijo v čustva drugih. Nizko samospoštovanje skušajo prikriti z junačenjem in negativnim uveljavljanjem.
- **Mešanje motnje vedenja in čustvovanja:** pogosto so nacepljene na globoko psihodinamsko problematiko. Poleg izrazite agresivnosti in antisocialnosti so prisotna tudi depresivna čustva, tesnoba in druge čustvene motnje.
- **Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu:** Kot čustveno motnjo se oceni otrokovo čustveno stanje, ki mu povzroča neugodje in trpljenje, ob tem pa moteče vpliva na njegove druge dejavnosti in ovira njegov celoten razvoj. Preplašen in tesnoba otrok se izogiba vsem neznanim okoliščinam in je s tem prikrajšan za nove spodbude in razvoj nujnih izkušenj. Njegovo nezaupanje pa se še pogloblja, ker se ne nauči potrebnih spretnosti. V adolescenci lahko pride do zlorabe psihoaktivnih snovi, promiskuitetnega vedenja ali iskanja pretiranega tveganja in vznemirjenja kot poskus obvladovanja tesnobnih občutkov. Čustvene motnje se delijo na:
 - ločitvena tesnoba v otroštvu – otrok se pretirano boji in zavrača vsako ločitev od najbližjih, ki mu zagotavljajo varnost, zato je prikrajšan na področju socializacije,
 - fobična tesnoba v otroštvu – otrok kaže paničen strah pred določenim predmetom, živaljo, situacijo,
 - socialna tesnoba v otroštvu – otrok je ves čas zaskrbljen, nezaupljiv, vidi le možnost slabih izidov in neugodnih posledic,
 - rivaliteta sorojencev kot motnja.
- **Motnje socialnega funkcioniranja, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci**
 - Elektivni mutizem – Otrok povsem ustrezno govorno komunicira z domačimi, odklanja pa besedno komunikacijo z vsemi drugimi.
 - Reaktivna motnja pri navezovanju odnosov v otroštvu – Otrok kaže plašnost, pretirano negotovost v stiku z drugimi.

- Razvrtost pri navezovanju odnosov v otroštvu – Za njih je značilno nezadržno socialno vedenje. So vtikljivi in brez zavor ter se neselektivno navezujejo na kogarkoli (Tomori 2013).

Kobolt (2011:160) pravi, da lahko izstopajoče čustvovanje ali vedenje pripišemo individualnemu odzivu posameznika:

- na preplet bioloških dejavnikov (dednost),
- dejavnikov posameznikovega razvoja ali značilnosti biografskih potekov (preselitev, ločitev, zlorab in drugih travmatskih potekov), danih možnosti za razvoj lastnih strategij spoprijemanja z življenjskimi izzivi, razvoja socialnih veščin ter s tem tudi dimenzij socialne čustvene inteligence,
- kombinacija varovalnih ter ogrožajočih dejavnikov, ki vplivajo na to, da so posameznikove potrebe nezadovoljene, da občuti strah, izgubo in razvije slabo odpornost proti stresu,
- interaktivne dejavnike socialnega okolja, v katerem družinsko in šolsko okolje pomenita osnovna in ključna vira bodisi podpore ter s tem preprečevanja nastajanja in vzdrževanja bodisi dodatno sprožata čustvene stiske in s tem prispevata k oblikovanju čustvenih in vedenjskih odzivov.

Na nastanek čustvenih in vedenjskih motenj vplivajo številni dejavniki kot so dejavniki v družini, dejavniki v otroku, dejavniki širšega okolja in dejavniki šole.

- **Dejavniki v družini:** slabi, čustveno prazni odnosi med otroki in starši, odsotnost nadzora nad otrokom, nezainteresiranost in neprizadevanje staršev za otrokovo vzgojo, delikventnost ali druga deviantna stanja pri starših.
- **Dejavniki v otroku:** slabša sposobnost samoobvladovanja, manjša sposobnost premagovanja neuspehov in konfliktov, večja občutljivost za neugodna doživetja, večja dovzetnost za slabe vplive, pri učenju vedenjskih norm za svojo starost ima otrok lahko težave zaradi nezrelosti, med nemirnimi otroki, otroki z motnjami pozornosti in otroki z učnimi težavami je več otrok s čustvenimi in vedenjskimi motnjami kot med otroki, ki teh težav nimajo.
- **Dejavniki širšega okolja:** v nekaterih okoljih je pogostost čustvenih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih večja, pri povečanih družbenih pritiskih in v kriznih situacijah se lahko pogostost čustvenih in vedenjskih motenj poveča.

- **Dejavniki šole:** skupine otrok, kakovost šole kot socialne organizacije, učinkovitost tehnik učiteljevega delovanja v razredu) (Popović 2010:13-14).

Pri celostni obravnavi otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami pa ne smemo zanemariti raznih funkcionalnih motenj (psihičnih in psihosomatskih), ki same po sebi niso vzrok za oddajo v zavod, vendar pa otroka ali mladostnika lahko pomembno ovirajo v njegovem osebnostnem razvoju. Otrok ali mladostnik potrebuje dodatno strokovno obravnavo, bodisi psihosocialno, psihoterapevtsko ali psihiatrično pomoč, včasih pa tudi medikamentozno terapijo (Priloga k vzgojnem zavodu: 20).

Duševne motnje, ki se pojavljajo v otroštvu, so večinoma drugačne od tistih, ki se pojavljajo v kasnejših obdobjih, stopnja obravnav pa je relativno nizka. Najpogostejši vzroki obravnav so čustveno in vedenjske motnje ter razvojne težave. Pri mladostnikih se število obravnav povečuje na vseh ravneh. Pri dekletih so pogoste obravnave zaradi motenj hranjenja, pri fantih pa se že pojavljajo obravnave zaradi shizofrenije. Predvsem pri fantih so pogoste tudi obravnave zaradi uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi. Med najpogostejšimi vzroki za obravnave pri obeh spolih so tudi depresija, anksioznost ter reakcija na stres in prilagoditvene motnje. Prav tako pa med najpogostejše vzroke za bolnišnične obravnave pri obeh spolih spadajo namerne samopoškodbe (Tomšič idr. 2009).

Kobolt (2010) je v svoji raziskavi v slovenskem okolju o izstopajočem vedenju v osnovni šoli pokazala, da dejavniki kot so nizka samopodoba, slabo doživljanje samega sebe, skromne socialne izkušnje, socialni status in družinsko okolje pomenijo večje tveganje za nastanek psihosocialnih, somatskih in psihosomatskih težav ter dolgotrajnih bolezni.

Psihiatrija je poleg dejavnikov tveganja, ki povečujejo možnost, da se bo pod vplivom neugodnih zunanjih vplivov in notranjih determinant pri otroku razvila duševna motnja, pozorna tudi na varovalne dejavnike, značilne za posameznega otroka. Najpomembnejši varovalni dejavniki so stabilna, predvidljiva in prilagodljiva telesna konstitucija, dobra samopodoba, ustrezna komunikativnost, čustvena stabilnost, dejaven stik z okoljem, dojemljivost za učenje, zanesljiva in dosegljiva opora ožje družinske in širše socialne mreže. Ti vplivi zmanjšujejo možnost razvoja duševnih motenj in otroka ali mladostnika ščitijo pred učinkom škodljivih zunanjih dejavnikov in večajo njegovo odpornost pri obvladovanju akutnih in kroničnih stresnih obremenitev (Tomori 2013).

V zadnjem času so strokovni delavci v centrih za socialno delo, šolah ter vzgojnih zavodih opazili porast otrok, ki imajo težave na področju čustvenih in vedenjskih motenj (Negode idr. 2011).

Golob (2010:49) navaja, da ima 10 do 15 % uporabnikov zdravstvenih, socialnih in učno-izobraževalnih storitev za ljudi z motnjami v duševnem razvoju hude vedenjske motnje, od tega pa kar 64 % »zahtevnejše« težave. Med najpogostejše težave uvršča agresijo (7 %), destruktivno vedenje (4-5 %) in avtoagresivno vedenje (4 %).

1.2. Vzgojni zavodi

1.2.1. Splošno o vzgojnih zavodih v Sloveniji

V slovenski zakonodaji so vzgojni zavodi opredeljeni kot zavodi za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami za otroke s čustvenimi in vedenjskimi motnjami. Vzgojne ustanove ustanavlja država in so namenjeni otrokom in mladostnikom z vedenjskimi in čustvenimi motnjami, ki nimajo ustreznega družinskega varstva, oskrbe in vzgoje (Šoln Verbinc idr 2016).

V Sloveniji imamo 3 mladinske domove, 7 zavodov za vzgojo in izobraževanje ter 1 prevzgojni zavod. Med seboj se razlikujejo:

- po starosti varovancev (nekateri sprejemajo le šoloobvezne otroke, drugi mladostnike po zaključeni šolski obveznosti, tretji oboje),
- po spolu (nekateri sprejemajo samo fante, nekateri oba spola),
- po organiziranosti izobraževanja (otroci in mladostniki obiskujejo šole v bližini ustanove, nekateri zavodi imajo urejeno interno izobraževanje),
- glede na organiziranost življenja (vzgojne skupine, stanovanjske skupine, ...) (Vzgojni zavodi 2016:3).

Skalarjeva (1995:5) opredelitev vzgojnih zavodov pravi: »Vzgojni zavodi, stanovanjske skupine, mladinski in prevzgojni domovi (v nadaljevanju: vzgojne ustanove) so vzgojno izobraževalne ustanove, katere ustanavlja država za varstvo in vzgojo otrok in mladostnikov, ki so začasno ali trajno brez družinskega varstva in zato vzgojno zanemarjeni ali ogroženi v razvoju. Njihova naloga je vzgojna, korektivna in preventivna. Mladim ljudem dajejo te ustanove oskrbo in varstvo, skrbijo za zadovoljevanje njihovih potreb, skrbijo za njihovo socializacijo in vzgojo. S šolskimi programi in programi poklicnega izobraževanja in usposabljanja pripravljajo mlade za samostojno življenje, njihova vzgojna prizadevanja pa so usmerjena k emancipaciji, njihovi osebnostni in socialni integraciji«.

Namen bivanja v vzgojnem zavodu je nuditi pogoje za zdrav in varen osebnostni razvoj ter nadomeščanje razvojnih primanjkljajev in vrzeli v kognitivnem, čustvenem in socialnem razvoju.

Usposabljanje otrok in mladostnikov za vključitev oziroma uspešno vrnitev v okolje ter uspešen zaključek izobraževanja predstavlja cilj bivanja otrok in mladostnikov v vzgojnem zavodu (Priloga k vzgojnemu programu 2004).

1.2.2. Namestitve v vzgojni zavod

V skladu z Zakonom o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami se otroci in mladostniki s čustvenimi in vedenjskimi težavami lahko usmerijo v vzgojno-izobraževalne programe s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo. Kadar pa je pri otroku s čustvenimi in vedenjskimi težavami zaradi motenj ogrožen njegov razvoj ali pa ogroža okolico, se otroka ali mladostnika odda v zavod za vzgojo in izobraževanje otrok s posebnimi potrebami (Vzgojni program 2004: 8).

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih v 121. členu pravi, da Center za socialno delo (CSD) sme otroka, ki zaradi svoje osebnostne ali vedenjske motnje ogroža svoj osebni razvoj, sam ali v dogovoru s starši oddati v zavod. Ta ukrep lahko traja največ 3 leta, vendar ga lahko na podlagi mnenja zavoda podaljšajo tudi preko tega roka. CSD odloči o ustavitvi ukrepa, ko prenehajo razlogi, zaradi katerega je bil ukrep izrečen. Mladostnik, ki dopolni osemnajst let, sme v zavodu ostati samo s privolitvijo.

Začetek postopka za vključitev v vzgojni zavod opredeljuje Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami, ki v 13. členu pravi, da če kljub prilagojenemu izvajanju in dodatni strokovni pomoči vključitev v program vzgoje in izobraževanja ni bila uspešna, je vzgojno-izobraževalni zavod, v katerega je otrok vključen, dolžan vložiti zahtevo za preverjanje ustreznosti usmeritve pri Zavodu Republike Slovenije za šolstvo ter hkrati obvestiti pristojni CSD. Ta na podlagi dokumentacije oceni, ali bo začel postopek namestitve otroka s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v vzgojni zavod. Po 14. členu Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami mora CSD pred izdajo odločbe o oddaji otroka v vzgojni zavod na podlagi zakona, pridobiti strokovno mnenje komisije za usmerjanje. Komisija mora pripraviti mnenje v 60 dneh od prejema potrebne dokumentacije, CSD pa v roku 15 dneh od izdaje odločbe o tem obvestiti Zavod Republike Slovenije za šolstvo. Zavod RS za šolstvo mora na podlagi izdane odločbe izdati odločbo o usmeritvi otroka s čustvenimi in vedenjskimi motnjami v ustrezen vzgojni oziroma vzgojno-izobraževalni program ali ustrezno spremeniti že izdano odločbo.

Po 15. členu Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami so vzgojni zavodi na podlagi izvršljive odločbe centra za socialno delo dolžni otroka s posebnimi potrebami nastaniti in vključiti v vzgojni in vzgojno-izobraževalni program.

Oddajo v vzgojni zavod pa lahko izreče tudi sodišče kot vzgojni ukrep mladoletniku. 79. člen Kazenskega zakonika pravi, da mladostniku, ki potrebuje vzgojo in prevzgojo pod nadzorom strokovnih delavcev, sodišče izreče oddajo v vzgojni zavod, kjer mladostnik ostane najmanj 6 mesecev in največ 3 leta. Ob izreku ukrepa sodišče ne določi, koliko časa traja ukrep, temveč o tem odloči kasneje. Vzgojni ukrep se lahko izvaja tudi v stanovanjskih skupinah ali z dnevnimi bivanjem v vzgojnem zavodu.

Namestitev v vzgojni zavod se torej realizira na podlagi odločbe pristojnega centra za socialno delo ali pa kot vzgojni ukrep sodišča. V Sloveniji imamo 4 vzgojne zavode, kjer sprejemajo otroke in mladostnike tako na podlagi odločb Centra za socialno delo kot tudi na podlagi sklepov sodišče. Ti zavodi so Vzgojno-izobraževalni zavod Višnja Gora, Zavod za vzgojo in izobraževanje Logatec, Vzgojni zavod Slivnica ter Vzgojno-izobraževalni zavod Planina (Priloga k vzgojnem programu).

1.3. Vzgojni zavod Planina

1.3.1. Zgodovinsko ozadje Vzgojnega zavoda Planina

Vzgojni zavod Planina je eden izmed 10 vzgojnih zavodov, ki delujejo v Sloveniji pod okriljem ministrstva za šolstvo in šport. Leta 1951 je takratni minister Sveta vlade Ljudske Republike Slovenije za posveto in kulturo z Odločbo o ustanovitvi Deškega vzgajališča v Planini pri Rakeku ustanovil vzgojni zavod. Po treh letih delovanja so začeli vključevati tudi deklice. Leta 1956 je Zavod začel sprejemati umsko manj razvite otroke (po današnji terminologiji otroke z lažjimi motnjami v duševnem razvoju). Zavod se je v šolskem letu 1968/1969 dokončno preusmeril na vzgojo in izobraževanje otrok z lažjo motnjo v duševnem razvoju, pri katerih so bile prisotne tudi vedenjske in čustvene težave. Leta 1970 je v Zavodu začela delovati logopedinja in je tako otrokom s specifičnimi težavami nudila dodatno pomoč, ves čas pa je svoje znanje nudila tudi medicinska sestra. Od leta 1979 naprej so se trudili za začetek izvajanja programov izobraževanja in usposabljanja otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. V Zavodu sta delovala dva oddelka za poklicno usposabljanje v lesarski in kovinarski stroki. Leta 1990 je republiška verifikacijska komisija ponovno potrdila dva skrajšana programa in sicer obdelovalec lesa in obdelovalec kovin. Leta 1991 se je zaključil projekt novogradnje in še istega leta se je 60 otrok preselilo v 5 novih stanovanjskih hiš. Tega leta se je odprla tudi stanovanjska skupina v Postojni. Istega leta je skupina strokovnjakov skupaj s strokovnimi delavci vzgojnega zavoda izdelala koncept dela vzgojnega zavoda in opredelila strukturne elemente tretmanske naravnosti Zavoda (Zalokar 2013:95-96).

1.3.2. Vzgojni zavod Planina danes

29.12.2011 je Vlada Republike Slovenije sprejela sklep o ustanovitvi javnega vzgojno-izobraževalnega zavoda VZ Planina. Zavod opravlja javno službo na področju osnovnošolskih dejavnosti, srednješolsko in strokovno izobraževanje, dejavnosti knjižnic, druge zdravstvene dejavnosti in drugo socialno varstvo z nastanitvijo. V 6. členu Sklepa o ustanovitvi piše, da Zavod izvaja institucionalno varstvo po javnem veljavnem vzgojnem programu za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami. Otrokom in mladostnikom nudijo bivanje, organizirano prehrano in varstvo, hkrati pa tudi vzgojo in pripravo za življenje ter na ta način nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine (Vzgojni zavod Planina 2015).

Otroke in mladostnike se v VZ Planina namesti po pravnomočni odločbi centra za socialno delo ali po pravnomočnem sklepu sodišča o izreku vzgojnega ukrepa oddaje v vzgojni zavod. Postopek sprejema se začne s prošnjo Centra za socialno delo za informacije o možnosti sprejema. Strokovna skupina Zavoda (ravnateljica, svetovalne delavke, medicinska sestra, učitelj, vzgojitelj) vlogo pregleda, hkrati pa se z dovoljenjem staršev zaprosi za dodatna poročila strokovnih služb, ki so otroka ali mladostnika obravnavale v preteklosti. Zaželeno je tudi predhodna diagnostična zdravstvena obravnava, zlasti pri otrocih in mladostnikih s psihiatrično motnjo. Za lažjo namestitev otroka ali mladostnika je omogočen tudi predhodni ogled Zavoda (Vzgojni zavod Planina 2015). V Vzgojnem zavodu Planina sprejemajo otroke in mladostnike z motnjami vedenja in čustvovanja, z lažjo motnjo v duševnem razvoju v kombinaciji z motnjo vedenja in čustvovanja, z boleznijo odvisnosti in duševnimi motnjami z različnimi simptomi.

V šolskem letu 2016-2017 je bilo v obravnavo v Vzgojnem zavodu Planina vključenih 44 otrok in mladostnikov, od tega 17 ženskega in 27 moškega spola. Njihove težave oziroma motnje se uvrščajo v naslednje diagnoze (Letni delovni načrt 2017):

	MOTNJE	FREKVENCA
1.	Čustvene in vedenjske motnje	100 %
2.	Težje oblike vedenjske motnje	68,2 %
3.	Lažja motnja v duš. razvoju	61,4 %
4.	Abnormna družinska situacija	56,8 %
5.	ADHD	50,0 %
6.	Socialno vedenjska motnja	43,2 %
7.	Samopoškodbeno vedenje	40,9 %
8.	Posttravmatska stresna motnja	29,6 %
9.	Težja oblika heteroagresivnega vedenja	25,0 %
10.	Prilagoditvena motnja	22,7 %
11.	Specialne motnje branja in pisanja	20,5 %

12.	Depresivna motnja	18,2 %
13.	Akutna in prehodna psihotična motnja	1,6 %
14.	Razvijajoča osebnostna motnja	13,6 %
15.	Večkratni poizkusi samomorilnosti	11,4 %
16.	Motnje hranjenja	9,1 %
17.	Spolna zloraba	9,1 %
18.	Anksiozna motnja	9,1 %
19.	Enureza	9,1 %
20.	Paranoidna shizofrenija	6,8 %
21.	Avtizem	6,8 %
22.	Motnja spolne identitete	2,3 %
23.	Enkopreza	2,3 %
24.	Disociativna motnja	2,3 %
25.	Pozitivni na pas	0,0 %
	Medikamentozna terapija	65,9 %

Tabela 1: Delež motenj v Vzgojnem zavodu Planina

VZ Planina sprejema otroke in mladostnike od 1. razreda osnovne šole dalje. V okviru Zavoda deluje interna osnovna šola s prilagojenim programom z nižjim izobrazbenim standardom ter nižje poklicno izobraževanje za pomočnika v tehnoloških procesih, obdelovalec lesa ter pomočnik v biotehnikih in oskrbi. VZ Planina je dislocirana enota Srednje šole Postojna, Srednje gozdarske in lesarske šole Postojna ter Biotehniškega izobraževalnega centra Ljubljana (Vzgojni zavod Planina 2015).

Otroci in mladostniki živijo v petih stanovanjskih hišah neposredno ob upravni stavbi. Ena izmed hiš je namenjena intenzivni obravnavi varovancev s težkimi oblikami agresije. Dan se

prične ob 6.30 z vstajanjem, osebno higieno, zajtrkom in odhodom v šolo. Čas po kosilu do učnih ur je namenjen dejavnostim, pogovorom in delovnim zaposlitvam. Učne ure potekajo v vzgojnih skupinah s pomočjo vzgojiteljev. Večerni del dneva je namenjen interesnim zaposlitvam in pripravi na nočni počitek.

VZ Planina ima tri dislocirane enote in sicer Stanovanjsko skupino Vrhnika, Stanovanjsko skupino Vzpon ter Stanovanjski skupino Obala. Letos je v okviru zavoda začela delovati tudi terapijska kmetija.

1.3.3. Pedagoško zdravstveni model celostne obravnave

V VZ Planina so strokovni delavci že leta 1991 skušali odgovoriti na vprašanje, kam z otroki, ki imajo diagnozo predpsihotično stanje (Musec 1991:101). Raziskava Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo leta 2011 z naslovom Otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja, je pokazala, da potrebujejo otroci in mladostniki v okviru Zavoda bolj poglobljeno obliko pomoči. Težave pri obravnavah se velikokrat pojavljajo pri otrocih in mladostnikih, ki so nasilni do sebe in drugih ter imajo poleg tega tudi duševno bolezen, hkrati pa tudi pri mladostnikih, ki uživajo prepovedane droge. Raziskava kaže, da imajo CSD velike težave pri oddaji omenjenih otrok v vzgojne zavode, ker le ti zavračajo vloge zaradi neprimernosti zavoda za tako hudo problematiko otrok, problematiko nasilja, konfliktov, delikvence, uživanja nedovoljenih drog in zasvojenosti. Mlakar (2015) navaja, da je bilo v letu 2015 zavrženih okoli 300 vlog otrok in mladostnikov za sprejem v vzgojni zavod. Otroci in mladostniki, ki kažejo hudo agresivnost, impulzivnost, depresivnost, samopoškodbeno vedenje, so največkrat napoteni v psihiatrično oskrbo na zaprte oddelke psihiatrične ustanove za odrasle. Na pedopsihiatriji jih zaradi njihovega vedenja in agresivnih izbruhov ne morajo obvladovati in jih posledično ne sprejemajo v obravnavo.

Ker v Sloveniji ni ustrezne ustanove za otroke in mladostnike z večjimi težavami na področju duševnega zdravja, je VZ Planina želel razviti model obravnave za otroke in mladostnike, ki poleg pedagoške in socialne obravnave potrebujejo tudi pomoč zaradi duševnih bolezni in težjih oblik agresivnega vedenja.

Leta 2012 so VZ Planina zaradi vključenih otrok, ki imajo težave v duševnem zdravju in težje oblike agresivnega vedenja, dodelili sredstva za 1 psihiatra in 1 medicinsko sestro. Tako od 1. septembra 2012 v VZ Planina deluje oddelek intenzivne obravnave. Vlada Republike Slovenije

je 27.6.2012 sprejela Aneks št. 1 k splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 in s tem VZ Planina dodelila sredstva za povečanje števila delavcev za 1 diplomirano medicinsko sestro in 6 zdravstvenih tehnikov. V oddelku intenzivne obravnave sočasno delujejo strokovni delavci različnih strok, kar pripomore k zagotavljanju potrebne diagnostike, ki temelji na multidisciplinarnem pristopu (Sedej Rozman, Deutsch 2017).

VZ Planina je leta 2013 na 8. Slovenskem forumu inovacij dobil posebno priznanje za najboljšo storitveno inovacijo za inovacijo Pedagoško zdravstveni model intenzivne obravnave otrok in mladostnikov v VZ Planina.

1.3.4. Model in njegove značilnosti

Uvedba celostnega pedagoško-zdravstvenega modela temelji na celoviti obravnavi otrok, ki zaradi svojih težav potrebujejo individualni pristop, oskrbo, ustrezno vodenje, spremljanje ter zagotavljanje ustreznih oblik pomoči. Pri zagotovitvi učinkovite, ustrezne, pravočasne in varne obravnave je ključna diagnostika, ki jo postavi ekipa strokovnjakov različnih profilov, ki deluje v okviru oddelka intenzivne obravnave. Pedopsihiater, pedagoški vodja, specialist klinične psihologije, socialni delavec, socialni pedagog, specialni in rehabilitacijski pedagog ter vzgojitelj so zadolženi za svoj del obravnave otroka ali mladostnika. Način dela v oddelku intenzivne obravnave vključuje nenehno psihološko, psihiatrično in socialno pomoč, individualno obravnavo, vsakodnevno vodenje in usmerjanje (Sedej Rozman, Deutsch 2017).

Temeljni cilji pedagoško-zdravstvenega modela so:

- takojšna vključitev in zagotovitev pomoči otrokom in mladostnikom s psihiatričnimi motnjami in agresivnim vedenjem,
- strokovno in etično ustrežnejši pristop pri obravnavanju otrok s psihiatričnimi motnjami in agresivnim vedenjem v obdobju rasti in osebnostnega razvoja,
- zagotovitev diagnostike in nudenja takojšne medicinske ter psihiatrične pomoči, vključno z individualno pedagoško pomočjo,
- izboljšanje kakovosti življenja otrok in mladostnikov s psihiatričnimi motnjami in agresivnim vedenjem s poudarkom na njihovem vključevanju v družbo,
- učinkovita podpora procesa inkluziije (v družini in okolju),
- sodelovanje različnih strok za boljše doseganje ciljev,

- zagotovitev multidisciplinarne strokovne obravnave s psihiatričnimi motnjami in agresivnim vedenjem z namenom uspešnega zaključka izobraževanja,
- nudenje strokovne pomoči vsem udeležencem, ki sodelujejo v procesu izobraževanja in rehabilitacije otrok in mladostnikov s psihiatričnimi motnjami in agresivnim vedenjem,
- preprečevanje zdravljenja otrok in mladostnikov s psihiatričnimi motnjami in agresivnim vedenjem na zaprtih oddelkih psihiatričnih klinik za odrasle,
- osveščanje in deljenje temeljnih znanj o težavah, s katerimi se srečujejo otroci in mladostniki s psihiatričnimi motnjami in agresivnim vedenjem, saj so pogosto nerazumljivi in odrinjeni,
- razvijanje in uvajanje novih pristopov pri delu z otroki in mladostniki s psihiatričnimi motnjami in agresivnim vedenjem (Sedej Rozman, Deutsch 2017).

S programom, prilagojenim za vsakega otroka in mladostnika, ki je vključen v Zavod, poskušajo opolnomočiti otroke, zapolniti vrzeli v njihovih manjkajočih socialnih izkušnjah, nadoknaditi zaostanke v splošni podučenosti in z različnimi preverjanji znanj ugotoviti, katera so tista znanja in veščine, ki jih otrok potrebuje, da bo uspešno zaključil izobraževanje in se vključil v družbo (Sedej Rozman, Deutsch 2017).

Pomembno vlogo pri delovanju pedagoško-zdravstvenega modela celostne obravnave ima usposobljeno zdravstveno osebje. Zdravstveno osebje je usposobljeno za predčasno prepoznavanje heteroagresije in avtoagresije, ki se brez predhodnih tehnik deeskalacije lahko stopnjuje v agresijo večjih razsežnosti in posledično utegne ogroziti mladostnika samega, njegovo okolico, ostale mladostnike in tudi inventar. S pravilno predčasno prepoznavo je moč ustaviti preboje agresije in drugih izbruhov ter jih obvarovati pred neželenimi dogodki. Na ta način jim tako preprečijo hospitalizacijo proti volji. Med tehnike razbremenitve so zdravstveni tehniki vnesli tudi izobraževalne skupine za zdravstveno vzgojno delo. Zdravstvena služba poleg dejavnosti deeskalacijskih tehnik v Zavodu skrbi tudi za redno izvajanje predpisane medikamentozne terapije, njeno pravilno rabo in ocenjevanje njenih učinkov. Prav tako je usposobljena tudi za obvladovanje njenih stranskih učinkov delovanja. Neprekinjenost delovanja zdravstvene službe v VZ Planina je pomemben element, ki poleg izčrpane dokumentacije poudarja pomembnost zdravstvene dejavnosti v Zavodu. Z neprekinjenim delovanjem zajamejo vsa obdobja v dnevu. Izbruhi mladostnikov so že vnaprej predvideni, saj se njihovo število, čas in trajanje redno beleži v zdravstveno dokumentacijo. Na podlagi te se pripravi načrt, s pomočjo katerega se omenjenim situacijam poskuša izogniti. Med dejavnostmi, ki jih opravlja zdravstvena služba v Zavodu, so tudi zahtevnejša spremstva na različne

diagnostično-terapevtske preglede in postopke, kjer tehniki opravijo pravilno predajo mladostnika, ostalemu pristojnemu zdravstvenemu osebju pa razložijo težave mladostnika. Mladostniki so tako ves čas v strokovnih rokah izurjenega osebja. Zdravstveno osebje skrbi tudi za pravilno prehrano, saj sodelujejo pri projektih pisanja jedilnikov, ki vsebujejo živila po prehranski piramidi in tako uravnavajo primerno telesno težo, ki je prav tako pomembna za zdravje, dobro počutje in samopodobo, dolgoročno pa zmanjšujejo potrebo po zdravstvenih storitvah (Vzgojni zavod Planina 2015).

Koristi uvedbe celostnega pedagoško-zdravstvenega modela so kratkoročne in dolgoročne. Kratkoročne koristi so, da tovrstna obravnava otrok in mladostnikom pripomore k občutnemu zmanjšanju števila hospitalizacij na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva. To pomeni, da otroci in mladostniki iz VZ Planina potrebujejo bolnišnično obravnavo zgolj zaradi dodatne diagnostike, ureditve terapije in opazovanja. Hospitalizacije zaradi opuščanja in odklanjanja terapije, regresivnega vedenja in avto- ter heteroagresivnega vedenja niso več potrebne. Dolgoročne koristi pa so vidne v tem, da se imajo otroci in mladostniki zaradi sprotnega, strokovnega in ustreznega ukrepanja priložnost možnost naučiti skrbeti za svoje zdravje, obvladovati svoja čustva in vedenje ter premišljeno ravnati v prihodnosti (Vzgojni zavod Planina 2015).

1.3.5. Metode dela

Čačinovič Vogrinčič (2002) opredeljuje odnos med strokovnjakom in uporabnikom kot delovni odnos. Pomembni koncepti delovnega odnosa so perspektiva moči, etika udeležnosti, znanje za ravnanje in koncept so-prisotnosti. Strokovnjak mora z otrokom in mladostnikom vzpostaviti odnos, ki temelji na stabilnosti in zaupanju.

Metode in oblike dela, ki jih v Zavodu uporabljajo kot pomoč pri reševanju različnih težav:

- metoda prepričevanja: razlaga, primeri, kritika, samokritika, etični pogovor, ustvarjanje idealov, primerjava,
- metoda navajanja: zahteve, razlage, vadba, kontrola, samokontrola,
- metoda tekmovanja,
- metoda preprečevanja: nadzor, opozorilo, opomin, sprememba pozornost z menjavo motiva, omejevanje, prepoved,

- metoda usmerjene korekcije (jasna sporočila, kaj je prav in kaj narobe): terapevtski ukrepi usmerjeni v uvid in spremembo skrajno negativnega, razdiralnega vedenja.

Poleg zgoraj naštetih metod pa se poslužujejo tudi študije diagnostičnih in anamnestičnih dokumentacij, načrtnega opazovanja, snemanja in dela z informacijsko-komunikacijsko tehnologijo, proučevanja v igri, proučevanja likovnih izdelkov, proučevanja pisnih izdelkov, uporabe sociograma, metodičnih pogovorov, skupinskih diskusij, igralnih terapij, igranja družabnih iger, uporabe literarnih del, slikanja ob glasbi, spontanah iger, športnih iger, tekmovanj, igre vlog, ubeseditve čustev, umetniškega izražanja, neposrednega socialnega učenja, družbeno koristnega dela, svetovanja, nagrajevanja, omejevanja, samoopazovanja, diskusijskih metod in drugih. Pomembno je, da se pri različnih pristopih upošteva otrokovo osebnost, psihiatrično motnjo, stopnjo agresivnega vedenja, izobraževanje, domače okolje ter dogodke iz preteklosti (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017).

Zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave nudi otroku ali mladostniku podporo na več ravneh. Varovanci VZ Planina so deležni socialne, psihološke in psihiatrične pomoči, pomembno vlogo v procesu pa ima tudi individualno vzgojno-izobraževalno delo, ki ga izvajajo učitelji in socialni pedagogi. Učitelji imajo poleg formalno pridobljene izobrazbe tudi dodatna znanja s področja psihiatrije, nevrologije in razvojne psihologije. Izrednega pomena je sama osebnost učitelja, predvsem pa socialna in čustvena stabilnost (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017).

Cilji in metode, ki pomembno vplivajo na uspešnost pedagoško-zdravstvenega modela celostne obravnave na področju izobraževanja so:

- Učenec je točno seznanjen s potekom pouka. Ure so strukturirane z odmori (uporabljene so metode in tehnike za delo z otroki z avtizmom). Poseben poudarek je na odnosnem nivoju, s katerim krepijo pripadnost skupini, zaupanje in občutek varnosti.
- Hitro prepoznavanje situacij, ko je otrok oziroma mladostnik v stiski in je nemiren, strokovnemu delavcu prav vzpostavljen odnos med njima. Tako lažje ustrezno ukrepajo na primer s pogovorom ali napotitvi k drugemu strokovnemu delavcu.
- Ves učiteljski zbor deluje timsko, so povezani, si svetujejo, skupaj ukrepajo in so enotni pri realizaciji ciljev.
- Dobra in podporna klima med učitelji ter kvalitetni profesionalni in človeški odnos z ostalimi strokovnimi delavci ključno vplivajo na vzgojno-izobraževalno delo, kar se

kaže v hitrejši predelavi travmatskih izkušenj zaposlenih, manjšimi posledicami, večji pripadnosti kolektivu.

- Prisotnost zdravstvenega tehnika, ki nudi zdravstveno pomoč v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja učenca.
- Postavljena so jasna pravila in zahteve za njihovo dosledno upoštevanje z vnaprej določenimi individualnimi posebnostmi učenca, ki so že opredeljene v individualiziranem programu.
- Učenje učnih vsebin je osredotočeno na specifična znanja, ki bodo za učencev nadaljnji razvoj nujno potrebna. Pri ocenjevanju se išče znanje ter upošteva močna področja pri vsakem posamezniku.
- Modelno učenje s strani strokovnih delavcev, ki predstavlja odgovorno zavedanje vpliva v življenju učencev.
- Izražanje pozitivne naravnosti.
- Učitelji pozitivno razmišljajo in opazijo vsak najmanjši napredek pri učencu.
- Sprotno reševanje problemov in napak učencev. Vsako pozitivno vedenje se takoj opazi in ustrezno nagradi.
- Ustvarjanje pozitivnega delovnega okolja z urejenimi prostori.
- Normaliziranje učne obremenjenosti.
- Spodbuda in krepitev pozitivnih ravnanj in vedenja.
- Iskanje močnih področij, ki mladostnikom omogoča uspešnost.
- Izogibanje konfliktnim situacijam.
- Navajanje učencev na ustrezno komunikacijo.
- Spodbujanje učencev k zavedanju svojih napak in pomoč pri premostitvi.
- Razvijanje rutine z namenom, da ne pride do eskalacije nemira v agresivni preboj.
- Trud za poznavanje in razumevanje življenjske situacije posameznika (aktivno sodelovanje v multidisciplinarnem timu, branje zapisnikov, osebnih map, stiki s starši).
- Prizadevanje za zavedanje in uporabo medosebne komunikacije »I-Thou« (Buber) ter za integracijo psihologije dveh oseb.
- Vedejo se strokovno in pozornost usmerjajo v potrebe mladostnikov, ne pa v svoja čustva, ki jih vzbudijo njihova dejanja (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017).

Naslednji opis prikazuje, kako učitelji uspešno uporabljajo zastavljene metode in cilje: »Neredko med učnim procesom prihaja do konfliktnih situacij med samimi učenci ali do

poskusa samopoškodb. Odklonilen odnos do osvajanja same učne snovi s strani dijakov je pogost pojav, zaradi česar so s strani učitelja potrebne različne motivacijske tehnike. Učitelj v času pouka uporablja veliko didaktičnih pripomočkov za lažje razumevanje učne snovi. Skoraj vsi učenci so močno čustveno prikrajšani, zato neredko potrebujejo dodatno pozornost učitelja v obliki razbremenilnega pogovora, dodatnih usmeritev idr., sicer bi lahko njihova stiska pripeljala do agresije.« (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017).

Dejstvo je, da je problematika otrok in mladostnikov v Zavodu preveč kompleksna, da bi se kot napredek otroka upošteval samo učni uspeh. Velik poudarek je tudi na osvajanju socialnih veščin pomembnih za življenje. Vzgojni cilji, h katerim stremijo so:

- Naučiti otroka oziroma mladostnika ustrezne komunikacije v smislu ustreznega izražanja čustev, želja in frustracij.
- Naučiti jih osebne odgovornosti in avtonomije.
- Razvijati znanja in spretnosti, ki jih bodo učenci potrebovali v življenju in ne zgolj v obdobju formalnega izobraževanja.
- Razvijati učenčeve socialne veščine in skrbeti za ustrezno komunikacijo.
- Sistematično izvajati preventivne dejavnosti za preprečevanje zasvojenosti in nasilništva.
- Vzgajati za odgovorno, strpno sožitje ter spoštovati soljudi.
- Izboljšati kakovost življenja otrok s čustvenimi in vedenjskimi motnjami.
- Zmanjšati agresivno vedenje (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017).

K uspešni celostni obravnavi otroka oziroma mladostnika pripomore sodelovanje s starši. V VZ Planina potek projekt »Delo s starši«, katerega temelji so spoštovanje in upoštevanje staršev kot primarnih skrbnikov. V kolikor otrok staršev nima, se v delo vključijo rejniki oziroma skrbniki. Namen projekta je ustvariti pogoje za uspešnejšo vrnitev otroka oziroma mladostnika v domače okolje. Cilj je, da starši spoznavajo delo zavoda, vzpostavijo sodelovalen odnos z vzgojiteljem, doživijo pozitivne izkušnje v odnosu mladostnik-starš-vzgojitelj, spoznavajo metode dela z otroki in izmenjujejo izkušnje med starši in vzgojitelji. Projekt potek v treh stopnjah. Prva stopnja so pogostejši stiki s starši, druga obiski na domu (vzgojitelj, učitelj, svetovalna služba), tretja pa delo z družinami za konec tedna ali del počitnic. S starši sodelujejo tudi pri načrtovanju individualiziranega programa, soodločanju pri načrtovanju vzgojnega,

šolskega, zdravstvenega, psihološkega in socialnega dela z otrokom, načrtovanju vikend izhodov, počitnic v družini, načrtovanju sodelovanja med starši, otrokom in zavodom (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017).

1.3.6. Zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave in socialno delo

V okviru svetovalne službe v VZ Planina deluje tudi socialna delavka. Milošević Arnold in Postrak (2003: 9) enostavno in splošno opredeljujeta socialno delo kot soustvarjanje novih možnosti in novih okoliščin za bolj kvalitetno življenje uporabnika. Delo socialne delavke v vzgojnem zavodu je kompleksno in raznoliko. Pomembno vlogo ima pri sprejemu otrok in mladostnikov v zavod. Pred samim sprejemom opravi predstavitveni razgovor z otrokom ali mladostnikom ter starši oziroma skrbniki. Skrbi za pripravo in realizacijo sprejema v zavod ter sodeluje pri izvajanju individualiziranega programa in socialne obravnave čez celo šolsko leto. Veliko pozornosti nameni delu z družino pri čemer sledi družinski situaciji, izvaja obiske na domu, organizira in sodeluje na sestankih strokovne skupine, staršev in centra za socialno delo, vodi skupine za samopomoč, ki so namenjene staršem ter pripravlja otroke in mladostnike na aktivno preživljanje počitnic. V veliko podporo in pomoč je tudi pri odpustu mladostnika iz zavoda, ko skupaj s starši načrtujejo prihod v domače okolje. Ker imamo v VZ Planina populacijo mladostnikov, ki jim je bil izrečen ukrep sodišča oddaje v vzgojni zavod, socialna delavka izdeluje redna poročila za sodišče, mladostnike pripravlja za obravnavo na sodišču ter jih tja tudi spremlja, realizira sklepe sodišča in podaja strokovno mnenje ter vodi terapevtske skupine za storilce kaznivih dejanj. Poleg tega pa z vsemi otroci in mladostniki sodeluje pri individualni socialni obravnavi in z mladostniki dela na treningu socialnih in komunikacijskih veščin. Posebej je potrebno poudariti tudi sodelovanje z ostalimi strokovnimi delavci tako v zavodu kot tudi izven. Na zavodski ravni vsakodnevno sodeluje z ravnateljico, svetovalnimi delavkami, učitelji, vzgojitelji, zdravstveni tehniki ter psihoterapevtom. Izven zavoda pa se srečuje s strokovnimi delavci na centrih za socialno delo, policijo, sodišči, šolami, ki jih otroci in mladostniki obiskujejo (Letni delovni načrt svetovalne delavke za šolsko leto 2017/2018). Delo socialne delavke je usmerjeno v varstvo in pomoč posameznikom in skupinam. Njeno delo stremi k spreminjanju posameznika in njegovih življenjskih razmer, spodbuja njegov razvoj in izboljšuje možnosti za socialno integracijo posameznika v njegovo okolje (Milošević Arnold, Postrak 2003: 9).

1.3.7. Strokovni center Planina

Na podlagi zakonskih določil, evropskih trendov ter strokovnih smernic v VZ Planina so predvidevali, da bo v prihodnosti v VZ Planina obravnavana populacija otrok in mladostnikov z najtežjimi oblikami težav oziroma motenj. VZ Zavod se je zato prilagajal aktualnim potrebam ter strokovnim smernicam in direktivam postopoma preoblikoval v Strokovni center, kjer so poleg fleksibilnosti, sprememb v načinu razmišljanja, ključni tudi odnos do oseb s posebnimi potrebami, kultura okolja ter etika vseh zaposlenih, ki stremijo k izražanju veljavnih in družbeno priznanih vrednot ter celostnega delovanja za doseganje optimalnega razvoja otroka v njegovo korist (Letni delovni načrt Vzgojnega zavoda Planina za šolsko leto 2017/2018 2017). V okviru strokovnega centra je še vedno načrtovana celostna obravnava, v kateri je integrirana osnovna socialno-pedagoška komponenta z vzgojno, izobraževalno, socialno in zdravstveno komponento s posebnim poudarkom na področju duševnega zdravja. Celoten koncept strokovnega centra temelji na ukrepih, ki uporabnike usmerjajo k deinstitutionalizaciji. Strokovni center omogoča fleksibilnejši sistem obravnave, učinkovitejše sodelovanje pristojnih resorjev ter zagotavlja pomoč družinam. Koncept Strokovnega centra Planina bo temeljil na stopenjskem modelu prehajanja otrok in mladostnikov od sprejema do prehoda v domače okolje. Model prehajanja vključuje vsa področja vzgojnega delovanja, od mobilne službe na domu pred sprejemom, enote intenzivne obravnave, vzgojnih skupin, specializirane oblike dela terapevtske kmetije do stanovanjske skupine ter mladinskega stanovanja. Otroci in mladostniki, vključeni v strokovni center, bodo prehajali med različnimi stopnjami samostojnosti. Glavni kriterij prehajanja med stopnjami bo posameznikovo osvajanje kompetenc za samostojno življenje, o prehajanju se bo posvetoval in odločal ožji strokovni tim, pri čemer bo imela pomembno vlogo otrokova oziroma mladostnikovo sodelovanje pri preoblikovanju novih ciljev (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017).

1.4. Primer mladostnika Roka

Mladostnika, za potrebe magistrskega dela ga bom imenovala Rok, sem spoznala svoj prvi delovni dan v 5. vzgojni skupini, skupini intenzivne obravnave. Star je 17 let, prihaja iz Murske Sobote in obiskuje srednjo šolo izven Zavoda. V VZ Planina biva že dve leti. Pred prihodom v skupino sem prebrala njegovo osebno mapo, kjer so združeni vsi njegovi podatki, pravo tako pa življenjska zgodba, ki ga je pripeljala do vzgojnega zavoda.

Rok je bil v otroštvu odvzet svoji mami zaradi zanemarjenja in pozneje bil posvojen s strani družine, ki je že imela enega otroka. V obdobju osnovne šole je bil dlje časa zlorabljen s strani družinskega člana, kar je povzročilo hude posledice in travme. Ko je začel obiskovati srednjo šolo, se je njegovo življenje obrnilo na bolje. Našel je nove prijatelje, v šoli mu je šlo dobro, bil je priljubljen. V njem je vrela želja po tem, da bi spoznal svojo biološko mamo. Do srečanja je prišlo, Rok pa je razočaran ugotovil, da njegova mama ni takšna, kakršno si je celo življenje predstavljal. Po tem so se začele pojavljati težave z destruktivnim obnašanjem in samopoškodbenim vedenjem. Večkrat je bil hospitaliziran, tako na psihiatričnem oddelku v Ljubljani kot tudi v Idriji. Starši mu niso več znali pomagati, zato je Rok prišel v VZ Planina. Njegovo prvo leto bivanja v Planina je zaznamovalo samopoškodbeno vedenje, večkratne hospitalizacije, težave v izražanju svojih občutkov in želja. V drugem letu bivanja so strokovni delavci namenili veliko pozornosti temu, da so Roka okrepili pri tem, da govori o svojih težavah, da pove, ko ima kakšen problem. Delali so na večji samostojnosti in prevzemanju odgovornosti.

Roku je izredno pomembna izobrazba, zato veliko časa nameni učenju. Izredno je nadarjen za šport, zato ima v VZ Planina veliko interesnih dejavnosti. Strokovni delavci s starši dobro sodelujejo. Starši so zelo prizadevni v tem, da bi Rok postal samostojen in njihova največja želja je, da bi bil sposoben skrbeti sam zase – hoditi v službo in samostojno živeti.

Tekom vrste hospitalizacij in obiskov pri pedopsihiatru so bile Roku postavljene številne diagnoze. Za boljše razumevanje kompleksne situacije pri Roku bom opisala tri najpomembnejše in sicer posttravmatsko stresno motnjo, osebnostno motnjo in disociativno motnjo. Na tem mestu bi rada poudarila, da so nekateri podatki spremenjeni zaradi varovanja osebnih podatkov.

1.4.1. Posttravmatska stresna motnja

Posttravmatska stresna motnja se lahko razvije pri ljudeh, ki so doživeli hudo stresne dogodke, na primer roparski napad, posilstvo, zlorabo, vojno travmo, prometno nesrečo, teroristični napad, ... Veliko vlogo pri razvoju posttravmatske stresne motnje imajo predisponirajoči dejavniki kot so osebnostne poteze kompulzivne ali astenične oblike, ali pa že prej znano nevrotično vedenje. Motnja lahko nastopi pri vsaki starosti, njeni znaki pa se po navadi pokažejo v prvih treh mesecih po travmi, lahko pa zakasni tudi več let. Diagnostični kriteriji za postavljanje diagnoze posttravmatske stresne motnje:

- Oseba je bila izpostavljena travmatičnemu dogodku.
- Travmatski dogodek neprestano podoživlja v obliki podob, misli, zaznav (»flashbacks«).
- Ponavljajoče moraste sanje o stresnem dogodku.
- Huda duševna stiska ob vsem, kar osebo spominja na stresni dogodek.
- Izogibanje dražljajem, ki so povezani s stresnim dogodkom in otopelost oziroma slabše odzivanje na dogajanje v okolici, ki se lahko kaže z najmanj tremi od naslednjih znakov:
 - Na vsak način se oseba trudi, da bi se izognila mislim, občutkom ali pogovorom povezanim s stresnim dogodkom.
 - Izogiba se krajem in ljudem, ki osebo spominjajo na stresni dogodek.
 - Nezmožnosti, da bi se spomnil kakšnega pomembnega vidika stresnega dogodka.
 - Znatno zmanjšano zanimanje za pomembne dejavnosti ali sodelovanje pri njih.
 - Občutek odtujenosti ali odmaknjenosti od drugih.
 - Omejeno čustvovanje.
 - Občutek, da zanj ni prihodnosti.
- Simptomi povečane razburljivosti se lahko kažejo v obliki težav s spanjem, razdražljivosti, izbruhov jeze ali težav s koncentracijo.
- Motnja mora trajati najmanj en mesec.
- Motnja povzroča klinično pomembno duševno stisko in slabo vpliva na človekova socialno, poklicno ali intimno življenje (Ziherl 2013).

1.4.2. Osebnostna motnja

Osebnostna motnja je duševna motnja, za katero so značilni vzorci različnih razpoloženj, samopodobe in vedenja. Ti simptomi se pogosto kažejo v impulzivnih reakcijah in težavah v odnosih. Ljudje z osebnostno motnjo lahko doživijo močne epizode jeze, depresije in tesnobe, ki lahko trajajo od nekaj ur do nekaj dni. Razlogi za razvoj osebnostne motnje še niso jasni, vendar raziskave kažejo, da lahko genetika, struktura in delovanje možganov ter okoljski, kulturni in socialni dejavniki povečajo tveganje za nastanek osebnostne motnje.

Ljudje z osebnostno motnjo lahko doživljajo spremembe v razpoloženju in izražajo negotovosti o lastni percepciji in svoji poziciji v svetu, zaradi česar se njihovi interesi hitro spreminjajo. Ljudje z osebnostno motnjo vidijo stvari v ekstremih, vse dobro ali vse slabo. Prav tako menjajo mnenje o ljudeh, en dan so prijatelji, drug dan največji sovražniki, kar lahko vodi v nestabilne odnose. Nekateri drugi znaki so:

- Trud, da se izognejo biti zapuščeni tako v realnih kot tudi izmišljenih situacijah.
- Vzorec intenzivnih in nestabilnih zvez z družino, prijatelji in ljubljenimi, kjer prihaja do pogostega nihanja med ljubeznijo in bližino ter sovraštvom in jezo.
- Izkrivljena in nestabilna samopodoba.
- Impulzivna in pogosto nevarna vedenja kot so nezaščiteni spolni odnosi, zloraba substanc, nepremišljena vožnja.
- Samopoškodbeno vedenje.
- Ponavljajoče se misli o samomoru.
- Kronični občutek praznosti.
- Problemi z obvladovanjem jeze.
- Težave z zaupanjem, ki jih lahko spremlja tudi iracionalen strah o namenih drugih ljudi.

Ni nujno, da bo vsaka oseba z osebnostno motnjo doživela vse zgoraj naštetе simptome. Nekatere osebe jih imajo več, nekatere manj. Simptome lahko sprožijo na videz običajni dogodki, koliko časa bodo trajali pa je odvisno od posameznika (National Institut of Mental Health) (naš prevod).

1.4.3. Disociativna (konverzivna) motnja

Izraz disociativna motnja poudarja, da gre za izgubo povezave med spomini, zavedanjem, senzorijem in nadzorom na vsemi temi procesi. Konverzivna motnja pa poudarja, da gre za obrat psihičnih konfliktov v telesne oziroma nevrološke motnje.

V sklop disociativnih motenj spadajo stanja, pri katerih uporabnik resnično trpi in je zaskrbljen za svoje zdravje. Telesni simptomi so tako resni, da povzročajo pomembno čustveno nelagodje. Psihični dejavniki imajo pomembno vlogo pri nastanku in vzdrževanju motnje. Teh dejavnikov se uporabnik ne zaveda in jih ob soočenju zanika. Pogosto pri disociativni motnji najdemo tesno povezavo s stresom ali neugodno življenjsko situacijo. Uporabnik ima od bolezni poleg trpljenja tudi koristi, ki potekajo na nezavednem nivoju. Primarna korist je zmanjševanje notranjih napetosti in konfliktov, sekundarna pa je pridobitev vloge »bolnika«.

Motnje so direktno povezane s stresom, čustvenimi konflikti in potrebami. V svoji osnovi je motnja akutna in prehodna, kadar pa stres predstavlja nerešljivo in stalno prisotno konfliktno situacijo, postane motnja pogosto kronična.

Motnje običajno ustrezajo uporabnikovi predstavi o bolezni in so z medicinskega stališča nelogične. Pogost je tudi pojav identifikacije, ko uporabnik nezavedno dobi simptome, ki jih je imela njemu pomembna oseba. Pri delu z osebami z disociativno motnjo je pomembno, da ne poslabšujemo stanja s pripombami, da gre za izmišljene težave. Uporabnik večinoma potrebuje razumevanje in podporo, pri dlje časa trajajočih motnjah pa je potrebna napotitev na psihoterapijo (Brinšek 1996).

Primer mladostnika Roka je zelo kompleksen primer, tako zaradi življenjske zgodbe kot tudi psihiatrične diagnostike. Rok je v zadnjem letu izredno napredoval. Samopoškodbeno vedenje je v večini izzvenelo, prav tako pa se v stresnih situacijah ne umakne več vase, ampak zna ubesediti svoje občutke, želje in potrebe. Menim, da ima veliko vlogo pri tem celostni zdravstveno-pedagoški pristop obravnave, ki Roku nudi veliko individualne pomoči na področjih vzgoje, šolstva, zdravja in svetovanja.

2. PROBLEM

2.1. Opredelitev problema

Idejo in navdih za pisanje magistrske naloge sem dobila zaradi svojega dela z otroci in mladostniki v VZ Planina. Ta je leta 2012 začel z uvedbo celostnega zdravstveno-pedagoškega modela obravnava. Razlog, zakaj so se lotili tega projekta je ta, da v Sloveniji ni ustrezne ustanove za otroke in mladostnike z večjimi težavami na področju duševnega zdravja. Želeli so razviti model obravnave za otroke in mladostnike, ki poleg pedagoške in socialne obravnave potrebujejo tudi pomoč zaradi duševnih bolezni in težjih oblik agresivnega vedenja.

VZ Planina sem v okviru Fakultete za socialno delo pri predmetu Institucionalne prakse prvič obiskala leta 2013 po tem, ko se že uvedli model celostne obravnave otrok in mladostnikov. Spomnim se, da sem takrat zares začutila to, k čimer v VZ Planina stremijo – da nudijo podporo in pomoč otrokom in mladostnikom na vseh področjih, kjer je pomoč potrebna.

Letos sem začela delati kot vzgojiteljica v VZ Planina, s čimer se mi je uresničila velika želja in sicer delo z otroki in mladostniki. Populacija otrok in mladostnikov v Zavodu velja za najzahtevnejšo in težavno, zato moram priznati, da mi je delo predstavljalo velik izziv. Prvi delovni dan sem izvedela, da bom delo opravljala v 5. vzgojni skupini, to je skupina intenzivne obravnave, kjer so stalno prisotni tudi zdravstveni tehniki. Pred prihodom v skupino sem začela prebirati osebne mape otrok in mladostnikov, v katerih so zbrane vse pomembne informacije, ki strokovnim delavcem pomagajo pri delu z otroki in mladostniki. Med samim prebiranjem osebnih map so se mi porajali različni občutki – od jeze, razočaranja in žalosti zaradi življenjskih izkušenj, ki so jih ti otroci in mladostniki preživeli. Hkrati pa sem sprevidela, da so to še vedno mladi ljudje, s katerimi sem si želela sodelovati, samo njihove zgodbe so drugačne.

Še posebej se me je dotaknila zgodba mladostnika Roka. Rok ima za sabo izredno težko življenjsko zgodbo, hkrati pa zahtevno psihiatrično diagnostiko, zaradi česar so se odločili, da bi bila zanj najustreznejša namestitev v VZ Planina. Ob nastopu dela v Zavodu sem bila seznanjena z zdravstveno-pedagoškim modelom celostne obravnave, vendar sem želela to tematiko bolj raziskati. Zanimalo me je, kaj je bil razlog za uvedbo tega modela, katere so ključne značilnosti, kakšne so naloge posameznega oddelka modela, načini dela, hkrati pa sem to želela videti na konkretnem primeru.

Temeljni namen mojega magistrskega dela je tako bil raziskati zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave pri mladostniku Roku. Ugotoviti sem želela, kakšen je pomen in smiselnost celostne obravnave.

2.2. Raziskovalna vprašanja

- Kako ste navezali prvi stik?
- Kako poteka sodelovanje (kako pogosto sodelujete, na kakšen način)?
- Kakšne metode dela in tehnike uporabljate?
- Kakšen cilj ste si postavili skupaj z uporabnikom?
- Kako vidite smiselnost zdravstveno pedagoškega modela pri uporabniku?
- Kako bi ocenili uspešnost dela pri uporabniku?
- Kaj bi še lahko naredili/potrebovali za boljšo uspešnost?
- Kako poteka sodelovanje z ostalimi strokami (svetovalne delavke, zdravstveni tehniki, šola, vzgojitelji)?

2.3. Hipoteze

Formulirala sem dve hipotezi, ki sem ju testirala pri svoji raziskavi:

- Zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave je pri mladostnikih, ki se srečujejo z več izzivi, nujen in zelo smiseln.
- Ključnega pomena pri zdravstveno-pedagoškem modelu celostne obravnave je individualen pristop.

3. METODOLOGIJA

3.1. Vrsta raziskave

»Raziskava je kvalitativna, saj je osnovno izkustveno gradivo, ki je zbrano v raziskovalnem procesu, besedni opis in je to tudi obdelano in analizirano na besedni način brez uporabe merskih postopkov, ki vsebujejo števila«. (Mesec 2007: 11)

Raziskava je kvalitativna študija primera. Študijo primera uvrščamo med eksplorativne študije, namen katerih je odkriti probleme, jih formulirati in postaviti preverljive hipoteze. Podatkov, pridobljenih v tej raziskavi, ne moremo posploševati, ker vzorec zaradi le enega primera ni reprezentativen (Mesec 2009).

3.2. Merski instrument in vir podatkov

Merski instrument, ki je bil uporabljen v raziskavi, je samostojno sestavljen vprašalnik. Uporabila sem polstrukturiran intervju. Vprašanja sem imela vnaprej pripravljena, za boljše razumevanje pa sem intervjuvancem po potrebi dodala tudi podvprašanja. Intervju sem izvedla s petimi strokovnimi delavci, ki so zaposleni v VZ Planina in neposredno sodelujejo z mladostnikom Rokom.

3.3. Populacija in vzorčenje

Populacija so vsi otroci in mladostniki v VZ Planina, vzorec pa je mladostnik Rok.

Populacija 1: otroci in mladostniki v VZ Planina.

Vzorec 1: mladostnik Rok.

Za namene raziskave sem intervjuje opravila s petimi zaposlenimi, ki neposredno delajo z mladostnikom. V tem primeru so populacija vsi zaposleni v Zavodu, vzorec pa 5 intervjuvancev (učitelj, vzgojitelj, zdravstveni tehnik, socialna delavka, psihoterapevt).

Populacija 2: vsi zaposleni v VZ Planina.

Vzorec 2: učitelj, vzgojitelj, zdravstveni tehnik, socialna delavka, psihoterapevt.

Funkcija	Delo z Rokom	Oznaka
Svetovalna delavka	2 leti	S
Učiteljica	Pol leta	U
Vzgojitelj	1 leto	V
Zdravstveni tehnik	Pol leta	Z
Psihoterapevt	1 leto	P

Tabela 2: Podatki intervjuvancev

Oba vzorca sta neslučajnostna. Primer mladostnika Roka sem si izbrala, ker me je najbolj pritegnil, osebe, s katerimi sem opravila intervju pa delajo neposredno z njim.

3.4. Zbiranje podatkov

Podatke za analizo sem pridobila z individualnimi intervjuji. Zbiranje podatkov je potekalo od junija do avgusta 2018. Opravila sem 5 intervjujev in sicer s psihoterapevtom, socialno delavko, vzgojiteljem, zdravstvenim tehnikom in učiteljico. Intervju je v povprečju trajal 30 minut. Osebe, ki so sodelovale pri raziskavi, sem seznaniła z informacijami o svoji raziskavi ter zagotovitvi anonimnosti podatkov. Vsakega izmed njih sem vprašala za dovoljenje, če lahko intervju snemam, s čimer so se vsi strinjali.

3.5. Obdelava in analiza podatkov

Pogovore sem snemala in jih kasneje prepisala, tako kot so potekali. Odgovori intervjuvancev so bili izhodišče za raziskavo. Podatke sem analizirala kvalitativno po postopkih predvidenih za kvalitativno raziskavo. Zaradi varovanja osebnih podatkov sem namesto imen navedla funkcijo, ki jo oseba opravlja (psihoterapevt, socialna delavka, učiteljica, vzgojitelj, zdravstveni tehnik). Intervjuje sem označila s črkami P, S, U, V, Z.

Iz gradiva, ki sem ga pridobila z intervjuji, sem izpisala pomembne izjave za mojo raziskavo. Izjavam sem poiskala ustrezen pojem, pojme pa sem razvrstila v kategorije, ki se nanašajo na moja raziskovalna vprašanja. Postopek je razviden v spodnjem primeru.

Številka izjave	Izjava	Pojem	Kategorija
S1	»Ko je prišel v zavod je bil zelo sramežljiv in zaprt vase.«	- sramežljiv - zaprt vase	Opis mladostnika
S2	»Sploh ni želel neke navezave ali povezave.«	- noče povezave	Stik
S3	»Niti ni hotel hoditi na pogovore.«	- ne želi pogovorov	Stik
S4	»Tako, da sva delala postopoma s tem, da sem jaz šla v skupino.«	- postopoma - prihod socialne delavke v skupino	Sodelovanje
S5	»Na začetku v skupini je bil zelo tih in zaprt vase.«	- tih - zaprt vase	Opis mladostnika
S6	»Sčasoma v obdobju enega leta se toliko odprl.«	- 1 leto	Sodelovanje
S7	»Da je začel hoditi na pogovore.«	- prihajati na pogovore	Sodelovanje
S8	»Po programu vsak teden enkrat do dvakrat, odvisno tudi od njegove prisotnosti.«	- 1x do 2x na teden	Sodelovanje

Tabela 3: Primer kodiranja

Temu je sledilo osno kodiranje. Pod vse kategorije, ki sem jih dobila pri odprtem kodiranju, sem zapisala pojme. V oklepaju sem za boljšo preglednost dodala še številko izjave. Prilagam del osnega kodiranja, celota je vidna v prilogi.

Sodelovanje:

- Učiteljica v vzgojnem programu (U3)
- 6 šolskih ur (U4)
- Učenje (U4)
- Postopoma (S4)
- Prihod socialne delavke v skupino (S4)
- 1 leto (S6)
- Prihajati na pogovore (S7)
- 1x do 2x na teden (S8)
- Vsakodnevno v skupini (Z3)
- V času pouka v šoli (Z3)
- Zdravstvene dejavnosti (Z4)
- Zdravstvena varnost (Z4)
- Pomočniki v vzgojnem programu (Z4)
- Zaupno (P3)
- Delo na sebi (P4)
- Sam se odloči, ali bi hodil (P4)
- 2x na teden (P5)
- Čustveno naporno (P5)

Po osnem kodiranju, ki mi je dalo pregledne rezultate moje raziskave, sem za lažjo analizo rezultatov, kategorije izpeljala iz raziskovalnih vprašanj.

Kategorije:

1. Stik: O tej temi sem govorila z vsemi intervjuvanci. Zanimalo me je, kako so navezali prvi stik z Rokom.
2. Opis mladostnika: Tega vprašanja nisem posebej zastavljala, vendar so se pri odgovorih na druga vprašanja pojavljali tudi opisi Roka.
3. Sodelovanje: Predvsem me je zanimalo, na kakšnem področju sodelujejo intervjuvanci z mladostnikom, kako pogosto se srečujejo ter na kakšen način.
4. Način dela: Zanimalo me je, kakšne metode in tehnike uporabljajo strokovni delavci pri delu z mladostnikom.
5. Cilj: Zanimalo me je, kakšne cilje so si strokovni delavci zastavili skupaj z Rokom glede na področje, na katerem sodelujejo.
6. Uspešnost dela: Ta tema se smiselno navezuje na prejšnjo. Tukaj sem želela preveriti, kako strokovni delavci ocenjujejo napredek mladostnika pri doseganju ciljev.
7. Zdravstveno-pedagoški model: Pri tej temi sem raziskovala, kako strokovni delavci ocenjujejo smiselnost zdravstveno-pedagoškega modela pri mladostniku.
8. Želje/potrebe zaposlenih: Zanimalo me je, kaj bi strokovni delavci potrebovali, da bi bili pri svojem delu lahko še uspešnejši.
9. Sodelovanje z ostalimi strokami: Ker je pri modelu celostne obravnave ključno to, da mladostnik dobi strokovno pomoč na vseh področjih, kjer je to potrebno, me je zanimalo, kako poteka sodelovanje med različnimi profili strokovnjakov.

4. REZULTATI IN RAZPRAVA

V tem poglavju bom predstavila rezultate, za vsako kategorijo pa sledi še razprava. Pojme sem označila krepko, izjave pa ležečo. Pred predstavitvijo rezultatov z razpravo bom najprej na kratko predstavila Rokovo zgodbo.

Z Rokovo zgodbo sem se prvič seznaniła, ko sem začela prebirat osebne mape mladostnikov, ki so nameščeni v vzgojno skupino, kjer sem nastopila s svojim delom kot vzgojiteljica. Njegovo otroštvo je zaznamovalo zanemarjanje biološke mame, posvojitve in zloraba s strani družinskega člana. Vse to je povzročilo hude posledice in travme, kar se je začelo izražati z destruktivnim samopoškodbenim vedenjem ter večkratnimi hospitalizacijami. Tekom vrste hospitalizacij so bile pri Roku postavljene številne diagnoze, najbolj izstopajoče med njimi so posttravmatska stresna motnja, osebnostna motnja in disociativna motnja. V VZ Planina biva že dve leti in tekom tega časa je sodeloval z različnimi strokovnjaki.

Za namen moje raziskave sem intervju opravila s petimi strokovnimi delavci in sicer vzgojiteljem, zdravstvenim tehnikom, učiteljico, socialno delavko in psihoterapevtom. Osebe, s katerimi sem opravila intervju, sem izbrala zaradi aktivnega sodelovanja z Rokom. Opravila sem pet intervjujev, katere sem natančno analizirala in tako pridobila rezultate. Zanimivo mi je bilo videti, kako vsaka stroka stremlji k drugačnemu cilju, ki pa so vsi v dobrobit Roka.

STIK

Čačinovič Vogrinčič (2002) opredeli odnos med strokovnjakom in uporabnikom kot delovni odnos. Strokovnjak mora z otrokom in mladostnikom vzpostaviti odnos, ki temelji na stabilnosti in zaupanju. Zelo pomemben pri delovnem odnosu je prvi stik, ki ga vzpostaviš z uporabnikom.

Glede prvega stika z Rokom imajo strokovni delavci različne izkušnje. Socialna delavka je povedala, da Rok **ni želel pogovorov** (*Niti ni hotel hoditi na pogovore... S3*), medtem ko učiteljica, vzgojitelj in psihoterapevt povedo, da so prvi stik navezali ravno s **pogovorom** (*Sodelavka me je predstavila Roku in sproščeno sva poklepetala... U1, Potem sem povabil Roka na pogovor... P2, Stik z njim sem začel s preprostimi pogovori... V3*). Zdravstveni tehnik pa pove, da je prvi stik navezal **z jutranjim bujenjem** v vzgojni skupini (*...z jutranjim bujenjem mojega prvega dne v Zavodu...Z2*).

Razlog za to je po mojem mnenju ta, da je socialna delavka Roka spoznala takoj, ko je prišel v VZ Planina. Na začetku je bil Rok zaprt vase in zadržan. Tekom enega šolskega leta pa je toliko napredoval, da je lahko z vzgojiteljem in učiteljico lažje vzpostavil stik s pogovorom.

OPIS MLADOSTNIKA

Strokovne delavce nisem spraševala po opisu Roka, vendar so se le-ti pojavljali tekom odgovorov na ostala vprašanja. Roka opisujejo kot **samostojnega** (...*mladostnik relativno samostojen, kar pomeni, da odhaja sam domov in tudi sam prihaja v Zavod...Z15*). Ob prihodu v VZ Planina je bil **sramežljiv** in **zaprt vase** (...*ko je prišel v zavod je bil zelo sramežljiv in zaprt vase... S1*), sedaj pa je **komunikativen** (...*oba komunikativna... U2*). Zdravstven tehnik opisuje Roka tudi iz perspektive svoje stroke in sicer, da potrebuje **veliko psihiatrične terapije** (...*gre za mladostnika z veliko psihiatrične terapije... Z9*), ter da ima **slabe higienske navade**, **slabe prehranjevalne navade** in posledično **prekomerno težo** (...*prisotne so slabe prehranjevalne navade, prekomerna telesna teža, oporečne higienske navade... Z10*).

Rok ima za seboj težko življenjsko zgodbo, ki je pri njem povzročila hude travme in posledice. VZ Planina mu je omogočil takojšnjo vključitev in zagotovitev pomoči. Glede na to, da ima Rok tudi težave v duševnem zdravju in prejema veliko psihiatrične terapije, menim, da lahko Zavod veliko pripomore h kvalitetnejšemu življenju.

SODELOVANJE

Pri vprašanju glede sodelovanja so strokovni delavci odgovarjali, kakšna je njihova vloga v odnosu z Rokom in kolikokrat tedensko poteka njihovo sodelovanje. Njihova vloga se razlikuje glede na stroko, v kateri posamezni delavci delujejo – **učiteljica v vzgojnem programu** (*Sem njegova učiteljica v vzgojnem programu... U3*), kjer so ure namenjene **učenju** (*Prvih 5 ur je namenjenih učenju za izpite, ki jih opravlja na matični šoli... U4*). Zdravstveni tehnik deluje v okviru **zdravstvene dejavnosti** (*Sodelujemo tako v okviru zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega varstva kot tudi pomočniki v vzgojnem programu...Z4*). Socialna delavka je najprej **sama prihajala v skupino** (*Tako, da sva delala postopoma, s tem da sem jaz šla v skupino...S4*), kasneje pa je Rok sam začel hoditi na **pogovore** (...*da je začel hoditi na pogovore... S7*). Pri psihoterapiji se **sklene terapevtski dogovor**, kjer se določi pogostost obiskov in način dela (...*Po tem se dobiš z uporabnikom in skleneš terapevtski dogovor. Tukaj*

določiš, kolikokrat na teden, koliko časa traja ura, kaj sem izvedel iz anamneze... P7). Kako pogosto se strokovni delavci srečujejo z Rokom, je ravno tako odvisno od stroke. Vzgojitelj in zdravstven tehnik se z Rokom srečujeta **vsakodnevno v vzgojni skupini** (*Z mladostnikom sodelujem med tednom v vzgojni skupini... V6, ...pri vsakdanjem delu v skupini...Z3*). Psihoterapijo in socialno delavko Rok obiskuje **enkrat do dvakrat tedensko** (*Plan je bil, da se srečujeva 2x na teden, vendar sem opazil, da je to preveč čustveno naporno, zato se po navadi srečava 1x na teden... P5, Po programu vsak teden enkrat do dvakrat, odvisno tudi od njegove prisotnosti... S8*). Z učiteljico v vzgojnem programu sodeluje, kadar je prisoten v Zavodu **6 šolskih ur** (*...da z izjemo dni, ko se odpravi na matično šolo, z njim preživim 6 šolskih ur... U4*).

Zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave nudi otroku ali mladostniku podporo na več ravneh. Varovanci VZ Planina so deležni socialne, psihološke, psihiatrične pomoči, pomembno vlogo v procesu pa ima individualno vzgojno-izobraževalno delo, ki ga izvajajo učitelji in socialni pedagogi (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017). Prostor za prilagoditve potrebam posameznika je ena izmed lastnosti zdravstveno-pedagoškega modela celostne obravnave, ki dela ta model poseben. To se dobro vidi na primeru, ko je socialna delavka začela prihajati v skupino na pogovor z Rokom, ko ta ni želel priti k njej v pisarno. Tudi pri psihoterapiji se je ta fleksibilnost sistema izkazala za dobrodošlo. Na začetku je Rok prihajal dvakrat tedensko, vendar je bilo to zanj čustveno prenaporno, zato sta se s psihoterapevtom začela srečevati enkrat tedensko. Sodelovanje z vzgojiteljem in zdravstvenim tehnikom je potekalo vsakodnevno v skupini, kjer Rok biva.

NAČIN DELA

Zdravstveni tehnik ima predpisane **metode dela na obrazcu za zdravstvene tehnike** (*Metode našega dela so jasno opredeljene na obrazcu za zdravstvene tehnike. Z5*). Zdravstveni tehnik skrbi za **zdravstveno varstvo, pravilno izvajanje terapije, higieno, zdravstvene prevoze, hkrati pa stremi k prepoznavanju in preprečevanju nasilnega vedenja ter pravilnemu omejevanju ob izbruhih nasilja** (*...zdravstveno varstvo mladostnika, skrb za pravilno jemanje terapije, higieno, prepoznavanje in preprečevanje nasilnega vedenja, pravilno omejevanje ob izbruhih nasilja, delo v timu in skrb za tim, zdravstveni prevozi...Z6*). Učiteljica vzpodbuja **samostojno učenje** (*Rok se rad uči samostojno in ne želi, da v njegov način učenja kaj dosti posegam. U7*) s tem, da Roku **pripravi vprašanja in razlaga snov** (*Pripravljam mu vprašanja,*

s katerimi preverja svoje znanje, in mu razlagam snov, kadar je to potrebno. U8). V **podaljšanem bivanju** (6. šolska ura je namenjena podaljšanemu bivanju... U5) pa Rok rad **karta** in se igra druge **družabne igre** (*Skupaj izberemo eno od prostočasnih dejavnosti. Rad karta ali igra druge družabne igre.* U6). Pri psihoterapiji po dogovoru o sodelovanju sledi **diagnostična faza**, pri kateri lahko narediš **anamnezo**, **oceno** in postaviš neke **cilje** (*Na začetku imamo 5 ur diagnostične faze, v kateri spoznavamo, kakšna osebnostna struktura je oseba. To je delno strukturiran vprašalnik in po analizi le tega narediš neko anamnezo, neke cilje in oceno.* P6). Psihoterapevt je uporabljal različne tehnike dela kot so **navezovanje**, **zrcaljenje**, **konfrontacije**, **povzemanje** in **interpretacije** (*Veliko je navezovanja, kar je izredno težko, ker so imeli že veliko obravnav pri drugih specialistih. Uporabljam zrcaljenje, konfrontacije, povzemanje, interpretacije.* P10). Iskal je tudi **nove pristope** (*Glede na kompleksnost Rokovega primera sem moral kar veliko študirati in iskati nove pristope...* P8) za pomoč Roku, veliko je bilo **prilagajanja** in dajanja **nalog** (*Veliko je prilagajanja, bolj je edukativno. Dal se mu tudi kakšne naloge, da je potrebno opazovati samega sebe, kar sploh ni analitična psihoterapija.* P9). Socialna delavka in vzgojitelj sta Roku nudila **svetovanje** in **pogovor** (*Sodelovanje poteka v obliki pogovora in svetovanja.* S9, *Prav tako sem mu nudil tudi nasvete in mu svetoval, kako reagirati v kakšni situaciji, kaj narediti v primeru, ko občuti željo po samopoškodbenem vedenju.* V11). Z vzgojiteljem sta se **veliko pogovarjala** o Rokovih **željah**, **študiju** in **težavah** (*Veliko sva se pogovarjala o njegovih željah glede prihodnosti, o izbiri zanj primerne študija in o njegovih težavah, zaradi katerih je bil nameščen v vzgojni zavod.* V9). Socialna delavka in Rok sta delala **individualno** (*Gre za svetovalne pogovore, individualno...* S11) na **socialnih** in **komunikacijskih veščinah** ter na **odnosu do staršev** in **biološke mame** (*Delava na treningu socialnih veščin, komunikacijskih veščin, na odnosu do njene biološke mame, na odnosu do mame in očeta.* S10). Socialna delavka in vzgojitelj pa sta posebno vlogo namenila tudi tehnikam **sproščanja** (*... delam z njim pa tudi v skupini, v programu sproščanja in kar dobro sodeluje.* S11, *Ko sem opazil, da je bil Rok v stiski, sem mu pogosto ponudil tudi sproščanje s športom, saj sem vedel, da je to njegov ventil za sproščanje.* V12)

Pomembno je, da se pri različnih pristopih upošteva otrokovo osebnost, psihiatrično motnjo, stopnjo agresivnega vedenja, izobraževanje, domače okolje ter dogodke iz preteklosti (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017). Ravno iz tega razloga so način dela prilagodili tako, da bi zadovoljili Rokove potrebe. Rok obiskuje šolo izven VZ Planina, v Zavodu pa sodeluje z učiteljico v vzgojnem programu. Učiteljica je navedla, da pri Roku vzpodbuja samostojno učenje s tem, da mu pripravi vprašanja o določeni temi. Menim, da je to

primer dobre prakse prilagojenega dela v VZ Planina. Tudi delo zdravstvenih tehnikov je individualno prilagojeno Rokovim potrebam v okviru zdravstvene oskrbe. Poleg tega, da skrbijo zdravstveni tehniki za pravilno jemanje terapije in prehranjevanje, imajo pomembno vlogo tudi pri predčasnem prepoznavanju heteroagresije in avtoagresije, ki se brez predhodnih tehnik deeskalacije lahko stopnjuje v agresijo večjih razsežnosti (Vzgojni zavod Planina 2015). Psihoterapevt je povedal, da je pri Roku odstopal od običajnih smernic dela pri psihoterapiji ter iskal nove pristope in načine dela. To se mi zdi ključnega pomena za delo z otroki in mladostniki v VZ Planina. Vsak otrok in mladostnik ima namreč specifične potrebe, ki jih lahko uresničimo samo, če k delu z njimi pristopamo individualno. Na ta način je z Rokom sodelovala tudi socialna delavka in z njim delala na socialnih in komunikacijskih veščinah. Vzgojitelj predstavlja osebo, ki največ časa preživi z mladostnikom. Pri Roku je vzgojitelj odkril njegov vir moči – sproščanje s športom, ter ga pri tem spodbujal.

CILJ

Pri tej temi me je zanimalo, katere cilje so si strokovni delavci zastavili skupaj z Rokom ter kako se ti cilji razlikujejo glede na posamezno stroko, kjer ti delavci delujejo.

Zdravstveni tehnik pravi, da so stremeli k temu, da bi pri Roku **izboljšali prehranjevalne in higienske navade, zmanjšali telesno težo** ter preprečili **samopoškodbeno vedenje** (*Izboljšati prehranjevalne navade in higienske navade, zmanjšati telesno težo in najbolj ključno preprečitev samopoškodbenega vedenja*. Z8). **Zmanjšanju samopoškodbenega vedenja** se je posvetil tudi vzgojitelj (*Prav tako sem z Rokom delal tudi na zmanjšanju njegovega samopoškodbenega vedenja...* V15) s tem, da se je o tem z njim **veliko pogovarjal** in mu ob prihodu v Zavod **pregledal oblačila in osebno higieno** (*...da sem se o tem z njim veliko pogovarjal, ob prihodih v zavod sem mu temeljito pregledal oblačila in osebno higieno, ki jo je prinesel od doma...* V15). Učiteljica in Rok sta si zadala cilje, ki se navezujejo na šolo. In sicer **uspešno opraviti izpite** za 3. letnik (*Cilj je bil opraviti preostale izpite za 3. letnik poklicne šole, kar mu je uspelo*. U9). V prihodnjem šolskem letu pa bosta delala na **izboljšanju koncentracije** in se trudila **bolje izkoristiti čas za učenje** (*V prihodnjem šolskem letu se bom vseeno trudila pri Roku doseči, da bi dopoldanski čas bolje izkoristil za učenje in da bi izboljšal svojo koncentracijo*. U13). Socialna delavka, psihoterapevt in vzgojitelj so veliko delali na odnosih in čustvih. Socialna delavka je povedala, da sta si z Rokom **skupaj postavila cilj** (*Skupaj sva si postavila cilj...*S13), da bi Rok znal **prepoznati svoja čustva, izraziti stisko** ter

da bi delala na **odnosu do njegove biološke mame** (... *razdelati odnos do biološke mame, da bo sposoben, ko bo v stiski, svojo stisko tudi izrazit in da bo prepoznal svoja čustvena stanja, tako pozitivna kot negativna*. S14). Pri psihoterapiji ne govorimo o cilju, temveč o **smeri**, h kateri stremimo (*V terapevtskem dogovoru postaviš niti ne cilj, temveč neko smer...* P11). V Rokovem primeru je ta smer **neodvisnost in ločenost od oseb**, ki so zanj **problematične** (*Stmimo k temu, da bo Rok postal neodvisen in ločen od oseb, ki so problematične*. P12). V vzgojni skupini so delali na **odnosu do strokovnih delavcev** (*Z Rokom sem delal predvsem na njegovem odnosu do strokovnega osebja*. V13), neprimernem čustvovanju, ki se je pri Roku kazalo v **burnih reakcijah, pretirani jokavosti in agresivnih izpadih** (...*namreč ob omejitvah je pogosto za svoja leta reagiral precej otročje in burno, kar je lahko vodilo v pretirano jokavost in agresivne izpade do pohištva in tudi do samega sebe*. V14) ter **potrpežljivosti** (*Prav tako pa sva precej delala tudi na njegovi potrpežljivosti...* V16).

Z individualiziranim programom za vsakega otroka in mladostnika, ki je vključen v Zavod, poskušajo opolnomočiti otroke, zapolniti vrzeli v njihovih manjkajočih socialnih izkušnjah, nadoknaditi zaostanke v splošni podučeniosti in z različnimi preverjanji znanj ugotoviti, katera so tista znanja in veščine, ki jih otrok potrebuje za uspešen zaključek izobraževanja in se vključiti v družbo (Sedej Rozman, Deutsch 2017). Nekateri cilji posamezne stroke v okviru zdravstveno-pedagoškega modela celostne obravnave so si bili podobni, nekateri cilji drugačni, vendar so vsi stremeli k izboljšanju Rokovega funkcioniranja in počutja. Cilj, ki so si ga postavili v okviru zdravstvene službe, je bil izboljšanje prehranjevalnih in higienskih navad ter zmanjšanje telesne teže. Medicinsko osebje skrbi za pravilno prehrano in tako pri mladostnikih uravnavajo primerno telesno težo (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017).

Med najpogostejše vzroke za bolnišnične obravnave pri obeh spolih spadajo namerne samopoškodbe (Tomšič idr. 2009), zato so se tako vzgojitelji kot zdravstveni tehniki trudili, da bi preprečili oziroma zmanjšali samopoškodbeno vedenje. Preventivno so opravljali pregled oblačil in osebnih stvari, ko se je Rok vrnil od doma ter temi o samopoškodbah namenili precej pozornosti.

Vzgojni cilji, h katerim v VZ Planina stremijo, so tudi razvijanje socialnih veščin in skrb za ustrezno komunikacijo ter zmanjšanje agresivnega vedenja (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017). Temu področju so se posvetili psihoterapevt, vzgojitelj in socialna delavka. Želeli so doseči, da bi Rok znal prepoznati svoja čustva in se

naučil izražanja stiske. Poskušali so zaustaviti burne reakcije in agresivne odzive ter Roka spodbujali k neodvisnosti.

USPEŠNOST DELA

Pri uspešnosti dela sem preverjala, kako so se uresničili cilji, ki so si jih posamezni strokovni delavci skupaj z Rokom zastavili.

Rok je **dosegel** zastavljene **cilje** (*Zastavljene cilje je dosegel, tako da sem zadovoljna.* U12) in pokazal **velik napredek** (*... je zelo velik napredek...*S17). **Sodelovanje** je **dobro** potekalo (*...da sva v tem letu, kar dobro sodelovala in napredovala...* P17) in bilo **zelo uspešno** (*Pri Roku smo bili tekom šolskega leta zelo uspešni...*V24). Njegov napredek se vidi predvsem na **področju komunikacije** in **socialnega funkcioniranja** (*... na področju komunikacije kot tudi socialnega funkcioniranja ...* S18, *Prav tako se je izboljšala tudi njegova komunikacija ...*V26) in **samopoškodbenemu vedenju** (*...smo opazili čedalje manj samopoškodbenega vedenja...*V25, *Samopoškodbeno vedenje se v zadnje pol leta, odkar delam v VZ Planina, ni pojavilo.* Z12). Rok je začel **vzpostavljati odnos** in **se pri tem sproščati** (*Začel je vzpostavljati odnos in se sproščati pri tem...* P15), naučil se je **izraziti stiske, želje** in **nestrinjanje** (*... da določene stiske že zna izraziti, kot tudi želje in se ne boji več svojih staršev, tko da zna povedati, to kar on želi in izraziti nestrinjanje, kar je zanj velik napredek.* S19). **Manj** je tudi **agresivnosti** (*Manj je agresivnosti ...* P16) ter **odzivi** niso več tako **burni** in **intenzivni** (*Ti odzivi so postajali čedalje manj burni in intenzivni.* V26). Določena **področja** bi potrebovala še **precej dela** (*... na ostalih področjih pa je potrebno še kar nekaj dela...* Z13), vendar bi to **težko izboljšali** (*V njegovem primeru bi težko karkoli izboljšali...*Z14), ker Rok odhaja za konce tednov **domov**, kjer imajo **drugačne prehranjevalne in higienske navade** (*Mladostnik je doma deležen povsem drugačnega načina obravnave in navad kot v Zavodu. V mislih imam predvsem prehranjevalne navade in higieno.* Z17).

Dejstvo je, da je problematika otrok in mladostnikov v Zavodu prezahtevna, da bi se kot napredek otroka upošteval samo učni uspeh. Velik poudarek je tudi na vpeljavi socialnih veščin pomembnih za življenje (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017). Vsi vprašani so ocenili, da je Rok dosegel zastavljene cilje in pokazal velik napredek. Poleg tega, da je uspešno opravil izpite, se je pokazal napredek na področju komunikacije in socialnega funkcioniranja, naučil se je navezovati stike in izražati želje ter se naučil obvladovanja svojih odzivov. Zdravstveni tehnik je izpostavil težavo, katero opazam tudi sama

v VZ Planina tudi pri ostalih otrocih in mladostnikih. Rok za vikende odhaja domov, kjer imajo drugačne prehranjevalne in higienske navade kot jih imamo v Zavodu, zato zdravstveni tehnik pravi, da bi ta področja pri Roku težko izboljšali brez sodelovanja staršev.

ZDRAVSTVENO-PEDAGOŠKI MODEL

Vsi strokovni delavci ocenjujejo, da je zdravstveno pedagoški model **nujen** in **močno smiseln** (*Vključenost Roka v omenjeni model je še kako smiselna ... U10, Meni se zdi zelo smiselno, saj mu je pomoč dostopna neprestano... P13, Menim, da je prisotnost zdravstveno-pedagoškega modela pri Roku zelo smiselno... V17, ... poleg pedagoškega modela obravnave nujno potreben tudi dobro planiran zdravstveni pristop... Z11, Pri Roku je v bistvu ta model nujen ... S15*). Ocenjujejo, da bi drugje **težko dobil tako oskrbo** (*Kje drugje bi težko dobil tako oskrbo ... P14*), ker so v VZ Planina neprestano na voljo **učitelji, vzgojitelji, svetovalne delavke, psihoterapevt** in **zdravstveno usposobljeno osebje** (*Na voljo smo mu učitelji, vzgojitelji, svetovalne delavke, psihoterapevt, kot tudi zdravstveno usposobljeno osebje. U11*). Poudarjena je tudi vloga **zdravstvenih tehnikov**, ki so v **veliko pomoč** (*To je zgolj eden od primerov, zakaj so zdravstveni tehniki več kot dobrodošli ... V23*). Vzgojitelj opisuje primer, ko je Roka našel v **mlaki krvi** (*Ko sem prišel preverit v sobo k Roku, sem ga našel na tleh v mlaki krvi. V20*), ker si je **prerezal arterijo** in skoraj **izkrvavel** (*... če bi ga našli par minut prepozno, da bi izkrvavel in na licu mesta umrl, saj si je prerezal arterijo... V22*). Izkrvavitev so na prvem mestu preprečili **zdravstveni tehniki**, ki so Roka **oskrbeli** (*V tistem trenutku sem takoj poklical zdravstvene tehnike, ki so ga na samem mestu oskrbeli, da ni izkrvavel V21*).

Uvedba celostnega pedagoško-zdravstvenega modela temelji na celoviti obravnavi otrok, ki zaradi svojih težav potrebujejo individualni pristop, oskrbo, ustrezno vodenje, spremljanje ter zagotavljanje ustreznih oblik pomoči (Sedej Rozman, D., Deutsch, T. 2017). Vsi vprašani strokovni delavci ocenjujejo, da je zdravstveno-pedagoški model obravnave pri Roku nujen in močno smiseln ravno zaradi oskrbe, ki jo je v VZ Planina deležen. Tukaj je na razpolago usposobljeno osebje kot so svetovalne delavke, psihoterapevt, zdravstveni tehniki, socialni pedagog, vzgojitelji in učitelji. Velik poudarek je na vlogi zdravstvenih tehnikov, ki so v vzgojni skupini na razpolago 24 ur. Izpostavljen je bil primer, ko je vzgojitelj Roka našel v mlaki krvi in ravno to hitro posredovanje zdravstvenih tehnikov je preprečilo izkrvavitev. To je samo eden izmed primerov, ko je prisotnost zdravstvenih tehnikov zares dobrodošla.

ŽELJE/POTREBE ZAPOSLENIH

Pri tem vprašanju me je predvsem zanimalo, kaj bi strokovni delavci potrebovali, da bi bili lahko še bolj uspešni pri svojem delu.

Učiteljica si želi, da bi lahko pri Roku **dosegla večjo storilnost z različnimi novimi tehnikami** kot so na primer **dokumentarne oddaje in izdelave plakatov** (... *njegovo večjo storilnost pri šolskem delu doseči s preizkušanjem drugačnih tehnik učenja, npr. z ogledom dokumentarnih oddaj ali izdelavo plakatov.* U14). Pojavljajo se potrebe po **dodatnih izobraževanjih** (... *marsikateri vzgojitelj potreboval dodatno izobraževanje o težavah, s katerimi se srečujemo pri svojem delu ...* V27) ter zaposlitvi **kliničnega psihologa in psihiatra** zaradi specifičnosti dela, ki ju opravljata (...*da bi imeli zaposlenega tudi kliničnega psihologa, ker lahko določene zadeve on predeluje, ki jih mi ne moremo in psihiatra...*S20). Nekateri pa pravijo, da **nimajo drugih potreb** (...*tako da bi težko rekel, da bi potreboval še kaj drugega...* P18).

Vzgojni zavod Planina je leta 2012 začel z zdravstveno-pedagoškim modelom celostne obravnave mladostnikov. V šestih letih odkar so s tem modelom začeli, so model nadgrajevali, dopolnjevali in ga spreminjali, da bi pri svojem delu postali še bolj uspešni. Zavod stremi k razvoju in uvedbi novih pristopov pri delu z otroki in mladostniki s psihiatričnimi motnjami in agresivnim vedenjem (Sedej Rozman, D., Deutsch, T. 2017). Med strokovnimi delavci se pojavlja želja po dodatnih izobraževanjih o težavah, s katerimi se srečujejo pri svojem delu. Prav tako pa bi zaradi specifičnosti dela, potrebovali tudi kliničnega psihologa in psihiatra, ki bi pripomogla k multidisciplinarni strokovni obravnavi.

SODELOVANJE Z OSTALIMI STROKAMI

Glede na to, da gre pri zdravstveno-pedagoškem modelu za celostno obravnavo, kjer se vloge strokovnih delavcev dopolnjujejo in prepletajo, me je zanimalo, kako strokovni delavci doživljajo sodelovanje z ostalimi strokami.

Na splošno strokovni delavci ocenjujejo, da je sodelovanje z ostalimi strokami **zelo dobro** (*Zelo dobro.* S21) in poteka na **visoki ravni** (*Sodelovanje z ostalimi strokami poteka na visoki ravni.* V29). Nekateri pravijo, da je pri sodelovanju še **prostor za izboljšave** (*Čeprav je sodelovanje med strokami dobro, pa je še kar nekaj prostora v smislu izboljšanja le tega...* Z18), medtem ko pri psihoterapiji **sodelovanje** sploh ni **potrebno** (*Pri razvojno analitični psihoterapiji ni potrebno sodelovanje z ostalimi strokami...* P19). **V veliko pomoč so zdravstveni tehniki in**

psihoterapevt (*Sodelovanje z zdravstvenimi tehniki in psihoterapevtom je odlično, saj vedno priskočijo na pomoč, ko je to potrebno. U18, Pri našem delu so nam zdravstveni tehniki v veliko pomoč, saj ob kritičnih situacijah vedno priskočijo na pomoč. V32*). **Odlično** je tudi **sodelovanje s svetovalnimi delavkami** (*S svetovalnimi delavkami v zavodu odlično sodelujem ...U15*), nekateri pa si od njih želijo **več pohval in razumevanja** (*Namreč z njihove strani pogosto pogrešam več razumevanja in pohval ... V33*). Sodelovanje poteka **na timskih sestankih vsako jutro** (*Usklajujemo se na timskih sestankih strokovne skupine in pa vsako jutro ... S21, Prav tako se sproti obveščamo tudi z ostalim strokovnim osebjem, informacije pa si medsebojno predajamo tudi na jutranjih sestankih ... V31*) ter na **sestankih ob koncu pouka** (*... sestankih ter na sestankih po koncu pouka ... V31*). Informacije si vzgojitelji izmenjujejo tudi prek **telefona in e-maila** (*Z vzgojitelji smo vsakodnevno na vezi preko telefonskih pogovorov in službenega e-maila. V30*). Učiteljica mora sodelovati tudi z matično šolo Roka, kjer **zadovoljivo komunicira s svetovalno službo** (*Ta komunikacija je zadovoljiva, lahko bi bila boljša... U16*) ter **občasno s profesorji** (*Bolj ali manj uspešno občasno komuniciram tudi s profesorji... U17*).

Dobra in podpora klima med učitelji ter kvalitetni profesionalni in človeški odnos z ostalimi strokovnimi delavci ključno vplivajo na vzgojno-izobraževalno delo (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017). Tega se zavedajo tudi vsi vprašani, ki so s sodelovanjem z ostalimi strokami v večini zadovoljni. Sodelovanje poteka na timskih sestankih vsako jutro, na katerih so prisotni vzgojitelji, ravnateljica, socialna delavka, socialna pedagoginja, psihologinja, vodja zdravstvene službe in vzgojitelji, ter na sestankih ob koncu pouka, kjer so poleg vzgojiteljev in socialne pedagoginje prisotni tudi vzgojitelji. Ti sestanki služijo za predajo informacij glede otrok in mladostnikov. Ves učiteljski zbor ter tudi strokovni delavci delujejo timsko, so povezani, si svetujejo, skupaj ukrepajo in so enotni pri realizaciji ciljev delo (Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina 2017). Dobro poteka sodelovanje s svetovalnimi delavkami, v veliko pomoč pa so zdravstveni tehniki in psihoterapevt. Poudariti je treba tudi, da je Rok specifičen primer tudi zaradi tega, ker obiskuje šolo izven Zavoda, zato strokovni delavci VZ Planina komunicirajo tudi s strokovnimi delavci na njegovi matični šoli, kar poteka na zadovoljivi ravni.

Pred začetkom izvedbe raziskave sem oblikovala dve hipotezi in sicer:

- Zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave je pri mladostnikih, ki se srečujejo z več izzivi, nujen in zelo smiseln.

- Ključnega pomena pri zdravstveno-pedagoškem modelu celostne obravnave je individualen pristop.

Obe hipotezi lahko po opravljeni raziskavi potrdim. Vsi strokovni delavci, s katerimi sem opravila intervju, so povedali, da ocenjujejo zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave kot nujnega in zelo smiselnega, ker mladostnik v tem modelu obravnave prejme podporo in pomoč na področju izobraževanja, sodeluje z zdravstvenimi tehnikami, psihologinjo, socialno delavko, socialno pedagogiko, psihoterapevtom in vzgojitelji. Individualni pristop pri celostni obravnavi otrok in mladostnikov dela ta model uspešen. Vsak otrok in mladostnik ima različne potrebe, želje ter cilje zato moramo naše delo prilagajati tem potrebam in ciljem. Metode in tehnike dela, ki jih uporabljamo pri enem mladostniku, ne bodo delovale pri drugem, zato je pomembno, da delo prilagodimo posameznemu mladostniku in s tem povečamo uspešnost našega dela.

5. SKLEPI

Rezultati, ki sem jih pridobila z raziskavo, so me pripeljali do naslednjih sklepov:

- Rok ob prihodu v VZ Planina ni želel hoditi na pogovore k socialni delavki, vendar je postopoma v roku enega leta toliko napredoval, da je začel prostovoljno prihajati na pogovor enkrat do dvakrat na teden.
- Vsi sodelujoči razen socialne delavke so povedali, da niso imeli težav pri navezovanju stika in sodelovanjem z Rokom. To pripisujem dejstvu, da ostali strokovni delavci aktivno sodelujejo z Rokom šele zadnje šolsko leto, medtem ko socialna delavka sodeluje z njim od samega sprejema v VZ Planina.
- Roka strokovni delavci opisujejo kot samostojnega in komunikativnega mladostnika, ki potrebuje veliko psihiatrične terapije ter ima slabše prehranjevalne in higienske navade.
- Pri sodelovanju strokovnih delavcev in Roka je v ospredju prilagodljivost, ki jo omogoča zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave. Socialna delavka je prihajala v skupino na pogovor, ko Rok ni želel prihajati k njej. Psihoterapevt je ocenil, da je za Roka čustveno prenaporno, da bi psihoterapijo obiskoval dvakrat tedensko, zato sta se začela srečevati enkrat tedensko. Sodelovanje z vzgojiteljem in zdravstvenim tehnikom poteka vsakodnevno, z učiteljico pa se srečuje ob dnevih, ko ni v matični šoli in sicer po šest šolskih ur na dan.
- Pri načinu dela je poudarjen individualni pristop, kjer se strokovni delavci prilagodijo potrebam otrok in mladostnikov. Učiteljica je ugotovila, da se Rok rad samostojno uči in je to spodbujala s tem, da mu je pripravljala vprašanja. Tudi delo zdravstvenih tehnikov je individualno prilagojeno Rokovim potrebam na področju zdravih prehranjevalnih in higienskih navad ter preprečevanju samopoškodbenega vedenja.
- Psihoterapevt je povedal, da je pri delu z Rokom iskal nove pristope ter se veliko prilagajal.
- Velik poudarek pri delu z Rokom je bil na socialnih in komunikacijskih veščinah ter tehnikah sproščanja.
- Cilji so se razlikovali glede na področje dela, kjer strokovni delavci delujejo. Cilj zdravstvene službe je bil izboljšanje prehranjevalnih in higienskih navad ter preprečevanje samopoškodbenega vedenja. Cilj učiteljice je bil, da Rok uspešno zaključi tretji letnik. Socialna delavka, vzgojitelj in psihoterapevt so želeli doseči, da bi

Rok znal prepoznati svoja čustva, se naučil izraziti svoje stiske, poskušali so zaustaviti burne reakcije in agresivne odzive ter Roka spodbujali k neodvisnosti.

- Vsi strokovni delavci ocenjujejo, da je Rok dosegel zastavljene cilje in pokazal velik napredek na področju komunikacije, socialnega funkcioniranja ter obvladovanja samopoškodbenega vedenja.
- Zdravstveni tehnik izpostavlja problem odhodov domov, kjer ima Rok drugačne prehranjevalne in higienske navade kot v VZ Planina, zaradi česar ima težave pri osvajanju teh navad.
- Vsi strokovni delavci ocenjujejo, da je zdravstven-pedagoški model celostne obravnave pri Roku smiselni in zelo nujen, ker so mu neprestano na razpolago svetovalne delavke, psihoterapevt, zdravstveni tehniki, socialni pedagog, vzgojitelji in učitelji. Ocenjujejo, da bi Rok težko kje dobil tako celostno oskrbo kot jo ima v VZ Planina.
- Pri strokovnih delavcih se pojavlja potreba po dodatnih izobraževanjih o težavah, s katerimi se srečujejo pri svojem delu. Prav tako pa bi zaradi specifičnosti dela potrebovali tudi kliničnega psihologa in psihiatra.
- Sodelovanje z ostalimi strokami poteka na visoki ravni. Dnevno se strokovni delavci srečujejo na timskih sestankih, kjer si izmenjujejo informacije. V veliko pomoč so zdravstveni tehniki, svetovalne delavke in psihoterapevt. Sodelovanje pa poteka tudi z Rokovo matično šolo.

7. PREDLOGI

- Na podlagi raziskave ugotavljam, kako pomemben je zdravstveno-pedagoški model celostne obravnave. Predlagam, da se izvajanje tega modela nadaljuje, saj se je izkazal za učinkovitega in uspešnega.
- Kot predlog navajam osveščanje o zdravstveno-pedagoškem modelu celostne obravnave ter uvedbo tega modela tudi v ostalih vzgojnih zavodih v Sloveniji.
- Predlagam, da se večji poudarek nameni delu s starši, kjer jih delavci seznani s cilji dela ter jih spodbujajo, da se teh držijo tudi, ko je otrok ali mladostnik doma. Na tak način bi bili pri svojem delu še uspešnejši.
- V okviru študija Fakultete za socialno delo bi lahko uvedli predmet, kjer bi se učili o pomembnosti ter metodah in tehnikah sodelovanja z ostalimi strokami, s katerimi se srečujemo pri svojem delu.
- Predlagam dodatno redno izobraževanje socialnih delavk, ki delajo z otroci in mladostniki, saj bi ta način vnašale svežino in nove pristope v svoje delo.

8. VIRI

- Brinšek, B., (1996). *Disociativne, somatoformne in ostale nevrotske motnje*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 48-59
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2002). *Koncept delovnega odnosa v socialnem delu*. Socialno delo, 41(02), 91-96
- Golob, A. (2010). *Hude vedenjske motnje pri ljudeh z zmernimi, težjimi in težkimi motnjami v duševnem razvoju*. V: Bužan, V., Golob, A., Byrne, Š., Hegeduš, B. (ur): *Težave v vedenju kot izziv: naša pot*. Ig: CUDV Draga.
- *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* (b.d.). Pridobljeno 10.7. z <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- *Kazenski zakonik (KZ-UPB1)* (2004). Ur. L. RS 95/2004 Pridobljeno 10.7.2018 z <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/51064>
- Kobolt, A. (2010). *Izstopajoče vedenje in pedagoški odzivi*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta
- Kobolt, A. (2011). *Razumevanje in odzivanje na čustvene in vedenjske težave*. Socialna pedagogika, 15(02), 153-175.
- *Letni delovni načrt Vzgojnega zavoda Planina za šolsko leto 2017/2018* (2017). Planina
- Mesec, B. (2007). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2: študijsko gradivo* (2.izdaja). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mesec, B. (2009). *Načrtovanje raziskave: študijsko gradivo za interno uporabo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mlakar, P. (2015). *Mladostniki pred zaprtimi vrati vzgojnih zavodov*. Časopis dnevnik.
- Musec, J. (1991). *Socialnopedagoški pojavi v družinah in simptomatika varovancev Vzgojnega zavoda Planina*. V: Ule, M. idr. (1991). *Drugačni otroci in mladostniki – drugačne metode*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Nagode M., Kovač, N., Kobal Tomc, B., Javornik Novak, L., Derlan Istinič, M., Bužan, V., Švab, V., Zalokar, L., Centrih, M., Klanjšček, M., Pavlič, S. (2011). *Otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja – analiza stanja*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

- National Institute of Mental Health. (b.d.). *Borderline Personality Disorder*. Pridobljeno 20.7.2018 z <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder/index.shtml>
- Opara, B., Barle, A., Globačnik, B., Kobal Grum, D., Košir, S., Macedoni Lukšič, M., Zorc Maver, D., Bregar Golobič, K., Molan, N., Vovk Ornik, N., Klavžar, K., Veršnik Perše, T. (2010). *Analiza vzgoje in izobraževanje otrok s posebnimi potrebami*. Ljubljana: JRZ Pedagoški inštitut.
- *Pravilnik o organizaciji in načinu dela komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami ter o kriterijih za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami* (2003). Ur. L .RS 54/2003 Pridobljeno 7.7.2018 z <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina?urlid=200354&stevilka=2703>
- *Poročilo notranje projektne skupine Vzgojnega zavoda Planina* (2017). Planina
- Popović, T.(2010). *Čustvene in vedenjske motnje*. V V. Butan, A. Golob, Š. Byrne, B.Hegeduš (ur), *Težave v vedenju kot izziv: naša pot*. Ig: CUDV Draga.
- *Priloga k vzgojnem programu* (b.d.). Pridobljeno 8.7.2018 z http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/posebne_potrebe/programi/Priloga_vzgojni_program.pdf
- Sedej Rozman, D., Deutsch, T. (2017). *Vmesno poročilo o poskusu »Uvedba celostnega pedagoško-zdravstvenega modela obravnave otrok in mladostnikov s psihiatričnimi motnjami ali duševnimi boleznimi s pridruženim agresivnim vedenjem*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo
- *Sklep o ustanovitvi javnega vzgojno-izobraževalnega zavoda »Vzgojni zavod Planina«* (2011). Ljubljana
- Skalar, V. (1995). *Okvirni vzgojni program za delo v vzgojnih zavodih, stanovanjskih skupinah, mladinskih domovih in prevzgojnem domu*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Šoln Verbinc, P., Jakič Brezočnik, M., Švalj K. (2016). *Vzgojni zavodi*. Ljubljana: Ministrstvo za izobraževanje, znanosti in šport.
- Tomori, M. (2013). *Duševne motnje v razvojnem obdobju*. V Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., Zalar, B., Ziherl S. (ur), *Psihijatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Tomšič, S., Kovše, K., Roškar, S., Kofol Bric, S., Bajt, M., Zorko, M., Štokelj, R. (2009): *Duševno zdravje v Sloveniji v: Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M.,*

Roškar, S., ur. (2009): *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut RS za varovanje zdravja, str. 20–83.

- *Vzgojni program* (2004). Pridobljeno 5.7.2018 z http://eportal.mss.edus.si/msswww/programi2011/programi/media/pdf/programi/Vzgojni_program.pdf
- *Vzgojni zavod Planina* (2015). Pridobljeno 15.7.2018 z <http://www.vz-planina.si/index.php/vzgojni-zavod/predstavitev>
- Vovk – Ornik, N., (ur) (2015). *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo. Pridobljeno 8.7.2018 z <https://www.zrss.si/digitalnaknjiznica/kriteriji-puopp-2015/files/assets/basic-html/index.html#3>
- *Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP-1)* (2011). Ur. L. RS 58/2011 Pridobljeno 10.7.2018 z <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina?urlid=201158&stevilka=2714>
- *Zakon o zakonski zvezi in družinski razmerjih (ZZZDR-UPB1)* (2004) Pridobljeno 10.7.2018 z <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/49906>
- Zalokar, L. (2013). *Evalvacija institucionalnega obravnavanje mladinske odklonskosti – primer Vzgojnega zavoda Planina* (doktorska disertacija). Ljubljana: Pedagoška fakulteta
- Ziherl, S., (2015). *Stresne motnje in obvladovanje stresa*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 38-47

9. PRILOGE

9.1. Kodiranje P

Vsebino intervjujev lahko bralec dobi pri avtorici.

Številka izjave	Izjava	Pojem	Kategorija
P1	Najprej smo dobili soglasje staršev za sodelovanje	-soglasje staršev	Stik
P2	Potem sem povabil Roka na pogovor, kjer sem mu razložil, kaj je psihoterapija, kaj to pomeni in ga vprašal, če bi želel sodelovati	-pogovor -želja po sodelovanju	Stik
P3	Vedno povem tudi, da je vse na psihoterapiji zaupno, razen če bi ogrožal sebe ali koga drugega	-zaupno	Sodelovanje
P4	Povemo, da je to delo na sebi, nakar se otrok odloči ali bi hodil.	-delo na sebi -prostovoljno	Sodelovanje
P5	Plan je bil, da se srečujeva 2x na teden, vendar sem opazil, da je to preveč čustveno naporno, zato se po navadi srečava 1x na teden	-2x na teden -čustveno naporno -1x na teden	Sodelovanje
P6	Na začetku imamo 5 ur diagnostične faze, v kateri spoznavamo, kakšna osebnostna struktura je oseba. To je delno strukturiran vprašalnik in po analizi le tega narediš neko anamnezo, neke cilje in oceno	-diagnostična faza -anamneza -cilji -ocena	Način dela

P7	Po tem se dobiš z uporabnikom in sklenita terapevtski dogovor. Tukaj določiš, kolikokrat na teden, koliko časa traja ura, kaj sem izvedel iz anamneze.	-terapevtski dogovor -pogostost obiska -anamneza	Sodelovanje
P8	Glede na kompleksnost Rokovega primera, sem moral kar veliko študirati in iskati nove pristope	-novi pristopi	Način dela
P9	Veliko je prilagajanja, bolj je edukativno. Dal se mu tudi kakšne naloge, da je potrebno opazovati samega sebe, kar sploh ni analitična psihoterapija	-prilagajanje -naloge	Način dela
P10	Veliko je navezovanja, kar je izredno težko, ker so imeli že veliko obravnav pri drugih specialistih. Uporabljam zrcaljenje, konfrontacije, povzemanje, interpretacije.	-navezovanje -zrcaljenje -konfrontacije -povzemanje -interpretacije	Način dela
P11	V terapevtskem dogovoru postaviš niti ne cilj, temveč neko smer	-smer	Cilji
P12	Stmimo k temu, da bo Rok postal neodvisen in ločen od oseb, ki so problematične	-neodvisen -ločen od problematičnih oseb	Cilji
P13	Meni se zdi zelo smiselno, saj mu je pomoč dostopna neprestano in to na	-zelo smiselno -pomoč dostopna neprestano -na vseh področjih	Zdravstveno-pedagoški model

	vseh področjih, ki jih potrebuje		
P14	Kje drugje bi težko dobil tako oskrbo	-drugje težko tako oskrbo	Zdravstveno-pedagoški model
P15	Začel je vzpostavljati odnos in se sproščati pri tem	-vzpostavljati odnos -sproščati se	Uspešnost dela
P16	Počasi pa se že kaže, da bi želel svoje življenje urediti v skladu s svojimi interesi. Manj je agresivnosti	-želel urediti življenje v skladu s svojimi interesi -manj agresivnosti	Uspešnost dela
P17	Psihoterapija je dolgotrajen proces, zato menim, da sva v tem letu, kar dobro sodelovala in napredovala	-dolgotrajen proces -dobro sodelovala	Uspešnost dela
P18	tako da bi težko rekel, da bi potreboval še kaj drugega	-ni drugih potreb	Želje/potrebe zaposlenih
P19	Pri razvojnno analitični psihoterapiji ni potrebno sodelovanje z ostalimi strokami	-sodelovanje ni potrebno	Sodelovanje z ostalimi strokami

9.2. Kodiranje U

Številka izjave	Izjava	Pojem	Kategorija
U1	Sodelavka me je predstavila Roku in sproščeno sva poklepetala	-predstavitev -klepet	Stik
U2	oba komunikativna.	-komunikativen	Opis mladostnika
U3	Sem njegova učiteljica v vzgojnem programu	-učiteljica v vzgojnem programu	Sodelovanje
U4	da z izjemo dni, ko se odpravi na matično šolo, z njim preživim 6 šolskih ur. Prvih 5 ur je namenjenih učenju za izpite, ki jih	-6 šolskih ur -učenje	Sodelovanje

	opravlja na matični šoli		
U5	6. šolska ura je namenjena podaljšanem bivanju	-podaljšano bivanje	Način dela
U6	Skupaj izberemo eno od prostočasnih dejavnosti. Rad karta ali igra druge družabne igre.	-karte -družabne igre	Način dela
U7	Rok se rad uči samostojno in ne želi, da v njegov način učenja kaj dosti posegam	-samostojno učenje	Način dela
U8	Pripravljam mu vprašanja, s katerimi preverja svoje znanje, in mu razlagam snov, kadar je to potrebno	-priprava vprašanj -razlaga snovi	Način dela
U9	Cilj je bil opraviti preostale izpite za 3. letnik poklicne šole, kar mu je uspelo.	-opraviti izpite -uspešno	Cilj
U10	Vključenost Roka v omenjeni model je še kako smiselna, saj je v zavodu obravnavan celostno	-močno smiselna -celostna obravnava	Zdravstveno-pedagoški model
U11	Na voljo smo mu učitelji, vzgojitelji, svetovalne delavke, psihoterapevt, kot tudi zdravstveno usposobljeno osebje.	-učitelji -vzgojitelji -svetovalne delavke -psihoterapevt -zdravstveno osebje	Zdravstveno-pedagoški model
U12	Zastavljene cilje je dosegel, tako da sem zadovoljna	-dosegel cilje	Uspešnost dela
U13	V prihodnjem šolskem letu se bom vseeno trudila pri Roku doseči, da bi dopoldanski čas bolje izkoristil za učenje in da bi izboljšal svojo koncentracijo.	-izboljšanje koncentracije -bolje izkoristil čas za učenje	Cilj

U14	njegovo večjo storilnost pri šolskem delu doseči s preizkušanjem drugačnih tehnik učenja, npr. z ogledom dokumentarnih oddaj ali izdelavo plakatov.	-doseči večja storilnost -različne tehnike -dokumentarne oddaje -izdelava plakatov	Želje/potrebe zaposlenih
U15	S svetovalnimi delavkami v zavodu odlično sodelujem	-odlično sodelovanje s svetovalnimi delavkami	Sodelovanje z ostalimi strokami
U16	Vzpostavljena je tudi komunikacija s svetovalno službo na matični šoli, večinoma preko elektronske pošte. Ta komunikacija je zadovoljiva, lahko bi bila boljša	-zadovoljiva komunikacija s svetovalno službo na matični šoli	Sodelovanje z ostalimi strokami
U17	Bolj ali manj uspešno občasno komuniciram tudi s profesorji	-občasno komuniciranje s profesorji	Sodelovanje z ostalimi strokami
U18	Sodelovanje z zdravstvenimi tehnikami in psihoterapevtom je odlično, saj vedno priskočijo na pomoč, ko je to potrebno	-odlično sodelovanje z zdravstvenimi tehnikami in psihoterapevtom	Sodelovanje z ostalimi strokami
U19	Tudi z matičnim vzgojiteljem redno komuniciram.	-komunikacija z matičnim vzgojiteljem	Sodelovanje z ostalimi strokami

9.3. Kodiranje V

Številka izjave	Izjava	Pojem	Kategorija
V1	Z mladostnikom sem prvi stik navezal v času, ko sem začel delati v vzgojni skupini	-prvi stik v vzgojni skupini	Stik
V2	Stik z njim sem začel s preprostimi	-preprosti pogovori o življenju	Stik

	pogovori o njegovi starosti, o tem, koliko časa je že nameščen v vzgojnem zavodu in na splošno o njegovem življenju		
V3	Ker sva ob kadilca, sem pogosto skupaj z njim odšel na cigaret, kjer sva se preko pogovorov še bolj povezala.	-povezala prek pogovorov	Stik
V4	zato sem mu prisluhnil in mu poskušal svetovati, kaj narediti v primeru, da občuti željo po samopoškodovanju	-prisluhniti -svetovati	Sodelovanje
V5	Mladostnik je v meni videla osebo, kateri lahko zaupa, zato mi je v času, ko sem delal z njim v vzgojni skupini, zaupal veliko stvari, katere sem zaupala naprej tudi psihologinji in svetovalni delavki, prav tako tudi ostalim vzgojiteljem, da smo mu s skupnimi močmi lahko pomagali	-zaupal stvari -zaupala naprej svetovalni delavki	Sodelovanje
V6	Z mladostnikom sodelujem med tednom v vzgojni skupini	-med tednom v vzgojni skupini	Sodelovanje
V7	Najino sodelovanje je potekalo na visoki ravni, zaradi katerih smo mu lahko nudili kvalitetno pomoč	-sodelovanje na visoki ravni	Sodelovanje
V8	Rok me je tudi izbral za mentorja pri programu, katerega se je udeležil v	-mentorica pri programu	Sodelovanje

	okviru vzgojnega zavoda		
V9	Veliko sva se pogovarjala o njegovih željah glede prihodnosti, o izbiri zanj primernega študija in o njegovih težavah, zaradi katerih je bil nameščen v vzgojni zavod.	-pogovor o željah -pogovor o študiju -pogovor o težavah	Način dela
V10	Z Rokom sem se največkrat zgolj pogovarjal in mu nudil povratne informacije glede njegovega razmišljanja	-pogovori -povratne informacije glede njegovega razmišljanja	Način dela
V11	Prav tako sem mu nudil tudi nasvete in mu svetoval, kako reagirati v kakšni situaciji, kaj narediti v primeru, da občuti željo po samopoškodbenem vedenju	-nasveti in svetovanje ob samopoškodbenem vedenju	Način dela
V12	Ko sem opazil, da je bil Rok v stiski, sem mu pogosto ponudil tudi sproščanje s športom, saj sem vedel, da je to njegov ventil za sproščanje.	-sproščanje s športom	Način dela
V13	Z Rokom sem delal predvsem na njegovem odnosu do strokovnega osebja	-odnos do strokovnih delavcev	Cilji
V14	namreč ob omejitvah je pogosto za svoja leta reagiral precej otročje in burno, kar je lahko vodilo v pretirano jokavost in agresivne izpade do pohištva in tudi do samega sebe.	-burna reakcija -pretirana jokavost -agresivni izpadi	Cilji

V15	Prav tako sem z Rokom delal tudi na zmanjšanju njegovega samopoškodbenega vedenja s tem, da sem se o tem z njim veliko pogovarjal, ob prihodih v zavod sem mu temeljito pregledal oblačila in osebno higieno, ki jo je prinesel od doma	-zmanjšanje samopoškodbenega vedenja -pregled oblačil in osebne higiene -pogovor o samopoškodbenem vedenju	Cilji
V16	Prav tako pa sva precej delala tudi na njegovi potrpežljivosti, saj so bili v skupini nameščeni otroci in mladostniki s katerimi se ni najbolje razumel, kar ga je pogosto razburilo.	-potrpežljivost	Cilji
V17	Menim, da je prisotnost zdravstveno pedagoškega modela pri Roku zelo smiselno, namreč ima težave s samopoškodbenim vedenjem	-zelo smiselno	Zdravstveno-pedagoški model
V18	in v primeru samopoškodb je prisotnost zdravstvenega osebja več kot dobrodošla.	-prisotnost zdravstvenih tehnikov več kot dobrodošla	Zdravstveno-pedagoški model
V19	namreč pri njem je potreben stalni nadzor	-stalni nadzor	Zdravstveno-pedagoški model
V20	Ko sem prišel preverit v sobo k Roku, sem ga našel na tleh v mlaki krvi.	-v mlaki krvi	Zdravstveno-pedagoški model
V21	V tistem trenutku sem takoj poklical zdravstvene tehnike, ki so ga na samem	-oskrba zdravstvenih tehnikov	Zdravstveno-pedagoški model

	mestu oskrbeli, da ni izkrvavel.		
V22	da če bi ga našli par minut prepozno, da bi izkrvavel in na licu mesta umrl, saj si je prerezal arterijo	-prerezal arterijo -izkrvavel	Zdravstveno-pedagoški model
V23	To je zgolj eden od primerov, zakaj so zdravstveni tehniki več kot dobrodošli	-zdravstveni tehniki v veliko pomoč	Zdravstveno-pedagoški model
V24	Pri Roku smo bili tekom šolskega leta zelo uspešni	-zelo uspešni	Uspešnost dela
V25	smo opazali čedalje manj samopoškodbenega vedenja	-manj samopoškodbenega vedenja	Uspešnost dela
V26	Prav tako se je izboljšala tudi njegova komunikacija in njegovi odzivi v situacijah, ko ni takoj dobil zelenega. Ti odzivi so postajali čedalje manj burni in intenzivni.	-izboljšala komunikacija -manj burni odzivi -manj intenzivni odzivi	Uspešnost dela
V27	marsikateri vzgojitelj potreboval dodatno izobraževanje o težavah, s katerimi se srečujemo pri svojem delu	-dodatno izobraževanje	Želje/potrebe zaposlenih
V28	Mogoče bi za boljšo uspešnost morali uvesti obvezno izobraževanje vsak teden	-obvezna izobraževanja vsak teden	Želje/potrebe zaposlenih
V29	Sodelovanje z ostalimi strokami poteka na visoki ravni.	-visoka raven	Sodelovanje z ostalimi strokami
V30	Z vzgojitelji smo vsakodnevno na vezi preko telefonskih pogovorov in službenega e-maila. Informacije si medsebojno	-vsakodnevno prek telefona in e-maila -tedenski sestanki -mesečni sestanki	Sodelovanje z ostalimi strokami

	predajamo tudi na tedenskih in mesečnih sestankih		
V31	Prav tako se sproti obveščamo tudi z ostalim strokovnim osebjem, informacije pa si medsebojno predajamo tudi na jutranjih sestankih ter na sestankih po koncu pouka	-predajanje informacij na jutranjih sestankih -predajanje informacij na sestankih ob koncu pouka	Sodelovanje z ostalimi strokami
V32	Pri našem delu so nam zdravstveni tehniki v veliko pomoč, saj ob kritičnih situacijah vedno priskočijo na pomoč	-zdravstveni tehniki v veliko pomoč	Sodelovanje z ostalimi strokami
V33	Namreč z njihove strani pogosto pogrešam več razumevanja in pohval	-potrebno več pohval in razumevanja	Sodelovanje z ostalimi strokami

9.4. Kodiranje Z

Številka izjave	Izjava	Pojem	Kategorija
Z1	sem vzpostavil s prihodom v vzgojni zavod	-s prihodom v zavod	Stik
Z2	z jutranjim bujenjem mojega prvega dne v zavodu	-z jutranjim bujenjem	Stik
Z3	pri vsakdanjem delu v skupini, kot tudi na šoli v času pouka	-vsakodnevno v skupini -v času pouka v šoli	Sodelovanje
Z4	Sodelujemo tako v okviru zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega varstva kot tudi pomočniki v vzgojnem programu	-zdravstvene dejavnosti -zdravstvena varnost -pomočniki v vzgojnem programu	Sodelovanje
Z5	Metode našega dela so jasno opredeljene na obrazcu za zdravstvene tehnike	-metode dela na obrazcu za zdravstvene tehnike	Način dela

Z6	zdravstveno varstvo mladostnika, skrb za pravilno jemanje terapije, higieno, prepoznavanje in preprečevanje nasilnega vedenja, pravilno omejevanje ob izbruhih nasilja, delo v timu in skrb za tim, zdravstveni prevozi	-zdravstveno varstvo -pravilno jemanje terapije -higiena -prepoznavanje in preprečevanje nasilnega vedenja -pravilno omejevanje ob izbruhih nasilja -zdravstveni prevozi	Način dela
Z7	Cilje smo postavili glede na potrebe Roka	-glede na Rokove potrebe	Cilji
Z8	Izboljšati prehranjevalne navade in higienske navade, zmanjšati telesno težo in najbolj ključno preprečitev samopoškodbenega vedenje.	-izboljšati prehranjevalne navade -izboljšati higienske navade -zmanjšati telesno težo -preprečiti samopoškodbeno vedenje	Cilji
Z9	gre za mladostnika z veliko psihiatrične terapije	-veliko psihiatrične terapije	Opis mladostnika
Z10	prisotne so slabe prehranjevalne navade, prekomerna telesna teža, oporečne higienske navade	-slabe prehranjevalne navade -prekomerna teža -slabe higienske navade	Opis mladostnika
Z11	poleg pedagoškega modela obravnave nujno potreben tudi dobro planiran zdravstveni pristop.	-nujen pedagoški model -nujen zdravstveni model	Zdravstveno-pedagoški model
Z12	Samopoškodbeno vedenje se v zadnje pol leta, odkar delam v VZ Planina, ni pojavilo	-ni več samopoškodbenega vedenja	Uspešnost dela
Z13	na ostalih področjih pa je potrebno še kar nekaj dela	-precej dela na ostalih področjih	Uspešnost dela
Z14	V njegovem primeru bi težko karkoli izboljšali	-težko izboljšali	Uspešnost dela

Z15	mladostnik relativno samostojen, kar pomeni, da odhaja sam domov in tudi sam prihaja v zavod	-samostojen -sam prihaja in odhaja v zavod	Opis mladostnika
Z16	sam prihaja v zavod in ravno tukaj prihaja do razhajanja v zdravstveno-pedagoški obravnavi	-razhajanja v zdravstveno-pedagoški obravnavi	Uspešnost dela
Z17	Mladostnik je doma deležen povsem drugačnega načina obravnave in navad kot v zavodu. V mislih imam predvsem prehranjevalne navade in higieno.	-doma drugačene prehranjevalne in higienske navade	Uspešnost dela
Z18	Čeprav je sodelovanje med strokami dobro, pa je še kar nekaj prostora v smislu izboljšanja le tega	-sodelovanje med strokami dobro -prostor za izboljšave	Sodelovanje z ostalimi strokami

9.5. Kodiranje S

Številka izjave	Izjava	Pojem	Kategorija
S1	ko je prišel v zavod je bil zelo sramežljiv in zaprt vase	-sramežljiv -zaprt vase	Opis mladostnika
S2	sploh ni želel neke navezave, ali povezave	-noče povezave	Stik
S3	Niti ni hotel hoditi na pogovore	-ne želi pogovorov	Stik
S4	Tako, da sva delala postopoma, s tem da sem jaz šla v skupino	-postopoma -prihod socialne delavke v skupino	Sodelovanje
S5	na začetku v skupini je bil zelo tih in zaprt vase	-tih -zaprt vase	Opis mladostnika
S6	sčasoma v obdobju enega leta se toliko odprl	-1 leto	Sodelovanje

S7	da je začel hoditi na pogovore	-prihajati na pogovore	Sodelovanje
S8	Po programu vsak teden enkrat do dvakrat, odvisno tudi od njegove prisotnosti	-1x do 2x na teden	Sodelovanje
S9	Sodelovanje poteka v obliki pogovora in svetovanja	-pogovor -svetovanje	Način dela
S10	Delava na treningu socialnih veščin, komunikacijskih veščin, na odnosu do njene biološke mame, na odnosu do mame in očeta.	-socialne veščine -komunikacijske veščine -odnos do biološke mame -odnos do staršev	Način dela
S11	Gre za svetovalne pogovore, individualno	-individualni svetovalni pogovori	Način dela
S12	delam z njim pa tudi v skupini, v programu sproščanja in kar dobro sodeluje.	-sproščanje v skupini	Način dela
S13	Skupaj sva si postavila cilj	-skupaj postavila cilj	cilji
S14	razdelati odnos do biološke mame, da bo sposoben, ko bo v stiski, svojo stisko tudi izraziti in da bo prepoznal svoja čustvena stanja, tako pozitivna kot negativna.	-odnos do biološke mame -izraziti stisko -prepoznati čustva	cilji
S15	Pri Roku je v bistvu ta model nujen	-nujen	Zdravstveno-pedagoški model
S16	gre pri njemu za težave v duševnem stanju, potrebuje v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja, ko pride do	-poslabšanja stanja -vodenje in nadzor pedagoškega kadra -vodenje in nadzor zdravstvenega kadra	Zdravstveno-pedagoški model

	regresa, vodenje in nadzor ne samo s strani pedagoškega kadra, ampak tudi zdravstvenega		
S17	je zelo velik napredek	-velik napredek	Uspešnost dela
S18	na področju komunikacije kot tudi socialnega funkcioniranja	-področje komunikacije -področje socialnega funkcioniranja	Uspešnost dela
S19	da določene stiske že zna izraziti, kot tudi želje in se ne boji več svojih staršev, tko da zna povedati, to kar on želi in izraziti nestrinjanje, kar je zanj velik napredek.	-izraziti stiske -izraziti želje -ne boji staršev -izraziti nestrinjanje	Uspešnost dela
S20	da bi imeli zaposlenega tudi kliničnega psihologa, ker lahko določene zadeve on predeluje, ki jih mi ne moremo in psihiatra	-klinični psiholog -psihiater	Želje/potrebe zaposlenih
S21	Zelo dobro. Usklajujemo se na timskih sestankih strokovne skupine in pa vsako jutro	-zelo dobro -timski sestanki -vsako jutro	Sodelovanje z ostalimi strokami

9.6. Kategorije

Stik:

- Predstavitev (U1)
- Klepet (U1)
- Noče povezave (S2)
- Ne želi pogovorov (S3)
- S prihodom v zavod (Z1)
- Z jutranjim bujenjem (Z2)
- Soglasje staršev (P1)
- Pogovor (P2)
- Želja po sodelovanju (P3)

- Prvi stik v vzgojni skupini (V1)
- Preprosti pogovori o življenju (V2)
- Povezala prek pogovorov (V3)

Opis mladostnika:

- Komunikativen (U2)
- Sramežljiv (S1)
- Zaprt vase (S1), (S5)
- Tih (S5)
- Veliko psihiatrične terapije (Z9)
- Slabe prehranjevalne navade (Z10)
- Prekomerna teža (Z10)
- Slabe higienske navade (Z10)
- Samostojen (Z15)
- Sam prihaja in odhaja v zavod (Z15)

Sodelovanje:

- Postopoma (S4)
- Prihod socialne delavke v skupino (S4)
- 1 leto (S6)
- Prihajati na pogovor (S7)
- 1x do 2x na teden (S8)
- Vsakodnevno v skupini (Z3)
- V času pouka v šoli (Z3)
- Zdravstvene dejavnosti (Z4)
- Zdravstvena varnost (Z4)
- Pomočniki v vzgojnem programu (Z4)
- Učiteljica v vzgojnem programu (U3)
- 6 šolskih ur (U4)
- Učenje (U4)
- Zaupno (P3)
- Delo na sebi (P4)
- Prostovoljno (P4)
- 2x na teden (P5)
- Čustveno naporno (P5)
- 1x na teden (P5)
- Terapevtski dogovor (P7)
- Pogostost obiska (P7)
- Anamneza (P7)
- Prisluhniti (V4)
- Svetovati (V4)
- Zaupal stvari (V5)
- Zaupala naprej svetovalni delavki (V5)
- Med tednom v vzgojni skupini (V6)

- Sodelovanje na visoki ravni (V7)
- Mentorica pri programu (V8)

Način dela:

- Podaljšano bivanje (U5)
- Karte (U6)
- Družabne igre (U6)
- Samostojno učenje (U7)
- Priprava vprašanj (U8)
- Razlaga snovi (U9)
- Pogovor (S9)
- Svetovanje (S9)
- Socialne veščine (S10)
- Komunikacijske veščine (S10)
- Odnos do biološke mame (S10)
- Odnos do staršev (S10)
- Individualni svetovalni pogovori (S11)
- Sproščanje v skupini (S12)
- Metode dela na obrazcu za zdravstvene tehnike (Z5)
- Zdravstveno varstvo (Z6)
- Pravilno jemanje terapije (Z6)
- Higiena (Z6)
- Prepoznavanje in preprečevanje nasilnega vedenja (Z6)
- Pravilno omejevanje on izbruhih nasilja (Z6)
- Zdravstveni prevozi (Z6)
- Diagnostična faza (P6)
- Anamneza (P6)
- Cilji (P6)
- Ocena (P6)
- Novi pristopi (P8)
- Prilagajanje (P9)
- Naloge (P9)
- Navezovanje (P10)
- Zrcaljenje (P10)
- Konfrontacije (P10)
- Povzemanje (P10)
- Interpretacije (P10)
- Pogovor o željah (V9)
- Pogovor o študiju (V9)
- Pogovor o težavah (V9)
- Pogovori (V10)
- Povratne informacije glede njegovega razmišljanja (V10)
- Nasveti in svetovanje ob samopoškodbenem vedenju (V11)
- Sproščanje s športom (V12)

Cilj:

- Opraviti izpite (U9)
- Uspešno (U9)
- Izboljšanje koncentracije (U13)
- Bolje izkoristiti čas za učenje (U13)
- Skupaj postavila cilj (S13)
- Odnos do biološke mame (S14)
- Izraziti stisko (S14)
- Prepoznati čustva (S14)
- Glede na Rokove potrebe (Z7)
- Izboljšati prehranjevalne navade (Z8)
- Izboljšati higienske navade (Z8)
- Zmanjšati telesno težo (Z8)
- Preprečiti samopoškodbeno vedenje (Z8)
- Smer (P11)
- Neodvisen (P12)
- Ločen od problematičnih oseb (P12)
- Odnos do strokovnih delavcev (V13)
- Burna reakcija (V14)
- Pretirana jokavost (V14)
- Agresivni izpadi (V14)
- Zmanjšanje samopoškodbenega vedenja (V15)
- Pregled oblačil in osebne higiene (V15)
- Pogovor o samopoškodbenem vedenju (V15)
- Potrpežljivost (V16)

Zdravstveno-pedagoški model:

- Močno smiselno (U10)
- Celostna obravnava (U10)
- Učitelji (U11)
- Vzgojitelji (U11)
- Svetovalne delavke (U11)
- Psihoterapevt (U11)
- Zdravstveno osebje (U11)
- Nujen (S15)
- Poslabšanja stanja (S16)
- Vodenje in nadzor pedagoškega kadra (S16)
- Vodenje in nadzor zdravstvenega kadra (S16)
- Nujen pedagoški model (Z11)
- Nujen zdravstveni model (Z11)
- Zelo smiselno (P13), (V17)
- Pomoč dostopna neprestano (P13)
- Na vseh področjih (P13)
- Drugje težko tako oskrbo (P14)
- Prisotnost zdravstvenih tehnikov več kot dobrodošla (V18)

- Stalni nadzor (19)
- V mlaki krvi (V20)
- Oskrba zdravstvenih tehnikov (V21)
- Prerezal arterijo (V22)
- Izkrvavel (V22)
- Zdravstveni tehniki v veliko pomoč (V23)

Uspešnost dela:

- Dosegel cilje (U12)
- Velik napredek (S17)
- Področje komunikacije (S18)
- Področje socialnega funkcioniranja (S18)
- Izrazit stiske (S19)
- Izrazit želje (S19)
- Ne boji staršev (S19)
- Izrazit nestrinjanje (S19)
- Ni več samopoškodbenega vedenja (Z12)
- Precej dela na ostalih področjih (Z13)
- Težko izboljšali (Z14)
- Razhajanja v zdravstveno-pedagoški obravnavi (Z16)
- Doma drugačene prehranjevalne in higienske navade (Z17)
- Vzpostavljati odnos (P15)
- Sproščati se (P15)
- Želel urediti življenje v skladu s svojimi interesi (P16)
- Manj agresivnosti (P16)
- Dolgotrajen proces (P17)
- Dobro sodelovala (P17)
- Zelo uspešni (V24)
- Manj samopoškodbenega vedenja (V25)
- Izboljšala komunikacija (V26)
- Manj burni odzivi (V26)
- Manj intenzivni odzivi (V26)

Želje/potrebe zaposlenih:

- Doseči večjo storilnost (U14)
- Različne tehnike (U14)
- Dokumentarne oddaje (U14)
- Izdelava plakatov (U14)
- Klinični psiholog (S20)
- Psihiater (S20)
- Ni drugih potreb (P18)
- Dodatno izobraževanje (V27)
- Obvezna izobraževanja vsak teden (V28)

Sodelovanje z ostalimi strokami:

- Odlično sodelovanje s svetovalnimi delavkami (U15)
- Zadovoljiva komunikacija s svetovalno službo na matični šoli (U16)
- Občasno komuniciranje s profesorji (U17)
- Odlično sodelovanje z zdravstvenimi tehnikami in psihoterapevtom (U18)
- Komunikacija z matičnim vzgojiteljem (U19)
- Zelo dobro (S21)
- Timske sestanke (S21)
- Vsako jutro (S21)
- Sodelovanje med strokami dobro (Z18)
- Prostor za izboljšave (Z18)
- Sodelovanje ni potrebno (P19)
- Visoka raven (V29)
- Vsakodnevno prek telefona in e-maila (V30)
- Tedenske sestanke (V30)
- Mesečne sestanke (V30)
- Predajanje informacij na jutranjih sestankih (V31)
- Predajanje informacij na sestankih ob koncu pouka (V31)
- Zdravstveni tehniki v veliko pomoč (V32)
- Potrebno več pohval in razumevanja (V33)