

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Andreja Grudnik Seljak

**Načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice kot
dejanski in simbolni odhod iz institucije**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2024

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Andreja Grudnik Seljak

**Načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice kot
dejanski in simbolni odhod iz institucije**

Doktorska disertacija

Študijski program: Humanistika in družboslovje,
področje Socialno delo

Mentorica: doc. dr. Vera Grebenc

Ljubljana, 2024

ZAHVALA

Iskrena hvala mentorici doc. dr. Veri Grebenc za vodenje, strokovno pomoč in spodbujanje skozi celotni proces nastajanja doktorske disertacije.

Hvala članicam komisije, izr. prof. dr. Mojci Urek, izr. prof. dr. Liljani Rihter ter prof. dr. Mojci Zvezdani Dernovšek za vse konstruktivne komentarje in predloge pri nastajanju tega dela.

Veliki hvala kolegicam socialnim delavkam in kolegoma socialnima delavcema, ki so bili pripravljeni z menoj deliti svoje delovne izkušnje in videnje področja socialnega dela v psihiatrični bolnišnici.

Veliko hvaležnost čutim in izrekam uporabnikom in uporabnicam, ki so bili na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici in so si vzeli čas, da z menoj delijo lepe in manj lepe izkušnje, ki jim jih prinaša vsakdan, tako v bolnišnici kot v okolju, kjer živijo.

Hvala vodstvu Psihiatrične bolnišnice Idrija, ki mi je dovolilo, da precejšen del raziskave izvedem v tej ustanovi in mi dovolilo dostop do podatkov, ki sem jih potrebovala.

Hvala in objem vsem mojim sodelavkam in sodelavcu iz socialne službe, ker ste verjeli, da mi bo uspelo in bili moji največji navijači.

Na koncu, hvala tudi moji družini za vso podporo, potrpežljivost in pomoč v času napornega študija.

Andreja

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana študentka Andreja Grudnik Seljak, vpisna številka _____, avtorica
pisnega zaključnega dela študija z naslovom: Načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice kot dejanski in
simbolni odhod iz institucije

IZJAVLJAM

1. *Obkrožite eno od variant a) ali b)*
 - a) da je pisno zaključno delo študija rezultat mojega samostojnega dela;
 - b) da je pisno zaključno delo študija rezultat lastnega dela več kandidatov in izpolnjuje pogoje, ki jih Statut UL določa za skupna zaključna dela študija ter je v zahtevanem deležu rezultat mojega samostojnega dela;
2. da je tiskana oblika pisnega zaključnega dela študija istovetna elektronski obliki pisnega zaključnega dela študija;
3. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v pisnem zaključnem delu študija in jih v pisnem zaključnem delu študija jasno označil;
4. da sem pri pripravi pisnega zaključnega dela študija ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobil soglasje etične komisije;
5. soglašam, da se elektronska oblika pisnega zaključnega dela študija uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom FSD;
6. da na UL neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve avtorskega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja pisnega zaključnega dela študija na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija UL;
7. [za zaključna dela na 3. stopnji študija, sestavljena iz člankov] da sem od založnikov, na katere sem predhodno izključno prenesla materialne avtorske pravice na člankih, pridobila potrebna soglasja za vključitev člankov v tiskano in elektronsko obliko disertacije. Soglasja UL omogočajo neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno hranjenje avtorskega dela v elektronski obliki in reproduciranje ter dajanje disertacije na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija UL
8. da dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v pisnem zaključnem delu študija in tej izjavi, skupaj z objavo pisnega zaključnega dela študija.

V: Ljubljana

Datum:

Podpis študentke:

Načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice kot dejanski in simbolni odhod iz institucije

Povzetek doktorske disertacije

Z načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice s perspektive socialnega dela se do zdaj ni ukvarjalo nobeno delo na področju socialnega dela in je iz tega razloga to pomemben prispevek k znanosti socialnega dela v Sloveniji.

Raziskava procesa odpusta po končanem zdravljenju v bolnišnici je pokazala dejansko vlogo socialnega dela v institucionalnem okolju psihiatrične bolnišnice, ovire za večjo vključenost uporabnikov v proces priprave na vrnitev v skupnost, oblikovani so bili predlogi organiziranja in izvajanja praks socialnega dela v psihiatričnih bolnišnicah, ki bi sledili emancipacijskim načelom. Pomemben prispevek k znanosti socialnega dela je empirično podprt vpogled v značilnosti strokovnega znanja, uporaba metod in postopkov dela, prikazane so prednosti in pomanjkljivosti v znanju socialnih delavk v praksi ter oblikovane smernice in priporočila za izboljšanje prakse socialnih delavk na področju načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice.

V prvem delu doktorske disertacije predstavim namen in cilje raziskave. Sledijo teoretične vsebine s področja zdravja, zdravstva in zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, poteka načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice, o vlogi uporabnikov in svojcev v samem procesu, pomenu timskega dela za učinkovito načrtovanje odpusta, vplivu stigme ter možnostih, ki so uporabnikom na voljo po končanem zdravljenju. V empiričnem delu predstavim raziskavo, v kateri sem uporabila mešano metodologijo. Sestavljena iz treh delov, in sicer iz analize dokumentacije socialne službe, podatkov, ki sem jih pridobila z intervjuji s socialnimi delavkami, zaposlenimi v vseh šestih psihiatričnih bolnišnicah, ter podatkov, pridobljenih z intervjuji z uporabniki, ki so končevali zdravljenje v psihiatrični bolnišnici. Na podlagi teoretičnih izhodišč in rezultatov raziskave podam definicijo »načrtovanja odpusta«, oblikujem dokument »načrt ob odpustu«, primerjam koordinirano obravnavo v skupnosti in načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice ter ponudim poskusni model optimalnega načrtovanja odpusta, kar je pomemben prispevek k teoretičnim vsebinam na področju socialnega dela v psihiatrični bolnišnici.

Ključne besede: socialno delo v zdravstvu, kvalitativno-kvantitativna raziskava, metode socialnega dela, timsko delo, uporabniška participacija.

Planning Discharge from Psychiatric Hospital as the Actual and Symbolic Departure from an Institution

Doctoral Dissertation Abstract

No publications in the field of social work have dealt with planning discharge from a psychiatric hospital, therefore, this is an important contribution and addition to the science of social work in Slovenia.

Research on the process of discharge after hospitalization revealed the actual role of social work in the institutional environment of a psychiatric hospital and obstacles to greater inclusion of users in the process of preparing for their return to the community. Based on these results, proposals were given for the organization and implementation of social work practices in psychiatric hospitals that follow emancipatory principles. The empirically supported insight into the characteristics of professional knowledge, the use of methods and procedures, the advantages and disadvantages of the social workers' knowledge in practice, and the provided guidelines and recommendations for improving the practice of social workers in planning discharge from a psychiatric hospital represent a significant contribution to the science of social work.

The first part of this doctoral dissertation includes purpose and objectives of the research. The following are theoretical contents in relation to health and health care in psychiatric hospital. We introduce the procedure of discharge from psychiatric hospital, the roles of the user, friends, family and other important people in user's life in the effective planning of discharge. and the importance of teamwork. In the next part the theoretical part touches on the stigma imposed on the users and on the options available to them after the hospital treatment. Empirical part presents mixed methodology, that consists of three parts: the analysis of documentation in social services, interviews with users completing treatment in a psychiatric hospital, and interviews with social workers employed at all six psychiatric hospitals. At the end of the dissertation we present the definition of »discharge planning« and add a »dischargement plan« We compare a coordinated treatment in a community and the planning of discharge from psychiatric hospital. We offer an experimental model of optimal planning of dischargement, which represents an important contribution to the theoretical contents in the field of social work at a psychiatric hospital.

Key words: social work in health care, qualitative-quantitative research, social work methods, team work, user participation

KAZALO VSEBINE

1. NAMEN IN CILJI DISERTACIJE	1
2. TEORETIČNI UVOD	3
2.1. Pogled na zdravje in zdravstvo.....	3
2.1.1. Neenakosti v zdravju	8
2.1.2. Duševno zdravje kot temelj dobrega zdravja.....	9
2.1.3. Dostopnosti služb duševnega zdravja	12
2.1.4. Načrtovanje odpusta kot preprečevanje rehospitalizacij	13
2.2. Življenje v bolnišnici.....	16
2.2.1. Psihiatrična bolnišnica skozi čas	17
2.2.2. Psihiatrična bolnišnica danes	19
2.2.3. Zgodovina in razvoj Psihiatrične bolnišnice Idrija	20
2.2.4. Sprejem v psihiatrično bolnišnico	21
2.2.5. Diagnoze kot orodje razvrščanja v medicini	26
2.2.6. Izguba izbire in avtonomije	30
2.2.7. Institucionalni prostor, čas in pravila.....	31
2.2.8. Zagovorništvo v psihiatriji.....	37
2.3. Socialno delo na področju zdravstvene dejavnosti.....	39
2.3.1. Začetki socialnega dela v zdravstvu	40
2.3.2. Socialno delo na področju zdravstvene dejavnosti v Sloveniji	44
2.3.3. Potrebna znanja in kompetence za socialno delo v zdravstveni dejavnosti.....	45
2.3.4. Status socialnih delavk v zdravstveni dejavnosti, profesionalno združevanje in specializacija.....	48
2.3.5. Etika in etične dileme na področju socialnega dela v zdravstvu	50
2.4. Vloga socialne delavke in postopek načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice.....	53
2.4.1. Vloga in aktivnosti socialne delavke pri načrtovanju odpusta	54
2.4.2. Storitve socialne službe pri načrtovanju odpusta iz bolnišnice	57
2.4.3. Metode socialnega dela v zdravstvu	60
2.4.3.1. Metoda osebnega načrtovanja in izvajanje storitev pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice	61
2.4.4. Potek načrtovanja odpusta	62
2.4.4.1. Uvodno srečanje (prva faza NO)	63
2.4.4.2. Redna srečanja (druga faza NO)	65
2.4.4.3. Srečanje ob končevanju zdravljenja (tretja faza NO)	71
2.4.5. Ocena tveganja pri načrtovanju odpusta in izdelava kriznega načrta.....	71
2.4.5.1. Ocena tveganja	71
2.4.5.2. Krizni načrt	73
2.4.6. Opismenjevanje in skupinsko delo v procesu načrtovanja odpusta.....	75
2.4.7. Vodenje dokumentacije o načrtovanju odpusta	77

2.5. Raziskovanje potreb z vidika načrtovanja odpusta	80
2.5.1. Upoštevanje potreb in želja uporabnikov pri načrtovanju odpusta	85
2.6. Vloga uporabnikov pri načrtovanju odpusta	90
2.7. Načrtovanje odpusta v perspektivi krepitve moči in okrevanja	98
2.7.1. Koncept krepitve moči uporabnika pri načrtovanju odpusta	98
2.7.2. Koncept okrevanja pri načrtovanju odpusta	100
2.8. Timsko delo pri načrtovanju odpusta	108
2.9. Vloga svojcev pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice	116
2.10. Stigma, povezana z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici	120
2.11. Vrnitev v skupnost.....	125
2.11.1. Proces dezinstitutionalizacije in koncept normalizacije	128
2.11.2. Sodelovanje s strokovnimi timi v skupnosti	133
2.11.2.1. Koordinirana obravnava v skupnosti	134
2.11.2.2. Psihiatrično zdravljenje v skupnosti	135
2.11.2.3. Nadzorovana obravnava.....	135
2.11.2.4. Centri za duševno zdravje odraslih	136
2.11.3. Nevladne organizacije	137
2.11.3.1. Stanovanjske skupine	137
2.11.3.2. Dnevni centri.....	138
2.11.3.3. Skupine za samopomoč.....	138
2.11.4. Oskrba na domu	139
2.11.5. Osebna asistenca	139
3. EMPIRIČNI DEL	141
3.1. Raziskovalni problem.....	141
3.1.1. Raziskovalna vprašanja in teze, izpeljane iz problematike preučevanja	141
3.2. Uporabljena metodologija	144
3.2.1. Opis in utemeljitev raziskovalne metodologije in raziskovalnih metod.....	144
3.2.2. Dokumentacije socialne službe.....	144
3.2.2.1. Populacija in vzorčenje	144
3.2.2.2. Zbiranje podatkov	145
3.2.2.3. Obdelava in analiza podatkov	146
3.2.3. Pogledi socialnih delavk, ki so zaposlene v psihiatričnih bolnišnicah, in uporabnikov, ki končujejo zdravljenje v psihiatrični bolnišnici.....	146
3.2.3.1. Populacija in vzorčenje	146
3.2.3.2. Teme.....	147
3.2.3.3. Zbiranje podatkov	147
3.2.3.4. Predstavitev faz analize podatkov.....	148
3.3. Rezultati raziskave	150
3.3.1. Potek načrtovanja odpusta glede na dokumentacijo	150
3.3.1.1. Pobuda za sprejem v psihiatrično bolnišnico	154
3.3.1.2. Načrtovanje odpusta.....	156

3.3.1.3. Pobuda za začetek procesa načrtovanja odpusta.....	157
3.3.1.4. Potek načrtovanja odpusta	159
3.3.1.5. Strokovni tim, vključen v načrtovanje odpusta.....	160
3.3.1.6. Sodelovanje uporabnikov pri načrtovanju odpusta	162
3.3.1.7. Ocena potreb in zastavljeni cilji v procesu načrtovanja odpusta	165
3.3.1.8. Faze načrtovanja odpusta	168
3.3.1.9. Metode dela pri načrtovanju odpusta	170
3.3.1.10.Sodelovanje s službami v skupnosti.....	171
3.3.1.11.Dokumentacija pri načrtovanju odpusta	172
3.3.1.12.Bivanje uporabnikov po končanem zdravljenju.....	173
3.3.1.13.Sodelovanje uporabnikov s službami v skupnosti po končanem zdravljenju.....	175
3.3.1.14.Sodelovanje s koordinatorji obravnave v skupnosti in psihiatričnim zdravljenjem v skupnosti	176
3.3.1.15.Izdelava dokumenta »Načrt odpusta s kriznim načrtom«.....	177
3.3.1.16.Sodelovanje svojcev in drugih uporabniku pomembnih oseb pri načrtovanju odpusta	178
3.3.1.17.Sklepi analize dokumentacije socialne službe	178
3.3.2. Izkušnje socialnih delavk z načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice....	181
3.3.2.1. Rezultati prve teze, vezani na izkušnje socialnih delavk z načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice	181
3.3.2.1.1. Potek načrtovanja odpusta v psihiatrični bolnišnici	181
3.3.2.1.2. Službe, vključene v načrtovanje odpusta	184
3.3.2.1.3. Vloga socialne delavke v procesu načrtovanja odpusta	186
3.3.2.1.4. Zaznavanje pokroviteljskih praks pri obravnavi uporabnikov	187
3.3.2.1.5. Predlagane spremembe za odpravo pokroviteljskih praks	190
3.3.2.1.6. Načini sodelovanja uporabnikov pri načrtovanju odpusta	192
3.3.2.1.7. Načini upoštevanja želja in potreb uporabnika	196
3.3.2.1.8. Pripravljenost socialnih delavk na avtonomijo uporabnikov	197
3.3.2.1.9. Opredelitev načrtovanja odpusta v perspektivi socialnega dela.....	198
3.3.2.1.10.Postopek načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice	200
3.3.2.2. Sklepne ugotovitve prve teze	204
3.3.2.3. Rezultati druge teze, vezane na usposobljenost socialnih delavk za načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice.....	207
3.3.2.3.1. Ustreznost študijsko pridobljenih znanj za izvajanje postopka načrtovanja odpusta	207
3.3.2.3.2. Prilagoditev znanja praksi načrtovanja odpusta	211
3.3.2.3.3. Soočanje socialnih delavk z etičnimi dilemami pri svojem delu	212
3.3.2.3.4. Stopnja avtonomije socialnih delavk pri delu v psihiatrični bolnišnici....	214
3.3.2.4. Sklepne ugotovitve druge teze	215
3.3.3. Izkušnje uporabnikov z načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice.....	217
3.3.3.1. Rezultati tretje teze, vezane na izkušnje uporabnikov z načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice	217
3.3.3.1.1. Uporabniška participacija in upoštevanje načel normalizacije pri načrtovanju odpusta.....	217

3.3.3.1.2. Deležniki načrtovanja odpusta	217
3.3.3.1.3. Sodelovanje med uporabnikom in socialno delavko	218
3.3.3.1.4. Počutje uporabnika ob prvem srečanju s socialno delavko	219
3.3.3.1.5. Uporabniška ocena potrebe po pomoči po končanem bolnišničnem zdravljenju	220
3.3.3.1.6. Upoštevanje želja in potreb uporabnika v pogovoru s socialno delavko	221
3.3.3.1.7. Zavzetost socialne delavke pri iskanju rešitev in načrtovanju odgovorov na želje in potrebe uporabnikov	221
3.3.3.1.8. Uporabniška ocena sodelovanja s socialno delavko in pomanjkljivosti	222
3.3.3.1.9. Upoštevanje perspektive uporabnikov kot etična zaveza ali kot osebna zavzetost socialne delavke	223
3.3.3.1.10. Omejitve in ovire za strokovno delo socialne delavke	224
3.3.3.1.11. Iskanje odgovorov na ugotovljene potrebe	225
3.3.3.1.12. Zaznavanje stigme zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici	226
3.3.3.2. Sklepne ugotovitve tretje teze	230
4. DISKUSIJA IN SKLEP	232
4.1. Prva teza	233
4.2. Druga teza	263
4.3. Tretja teza	275
4.4. Sklep	291
5. PRISPEVEK IN OMEJITVE RAZISKAVE	304
5.1. Prispevek k znanosti socialnega dela	304
5.2. Omejitve raziskave	305
6. PREDLOGI ZA NADALJNJE DELO, IZOBRAŽEVANJE IN RAZISKOVANJE	308
7. LITERATURA	318
8. IMENSKO IN STVARNO KAZALO	352
8.1. Imensko kazalo	352
8.2. Stvarno kazalo	361
9. PRILOGE	363
9.1. Kodirna tabela – socialne delavke 1. teza	363
9.2. Osno kodiranje – socialne delavke 1. teza	399
9.3. Odnosno kodiranje – socialne delavke 1. teza	404
9.4. Kodirna tabela – socialne delavke 2. teza	406
9.5. Osno kodiranje – socialne delavke 2. teza	426
9.6. Odnosno kodiranje – socialne delavke 2. teza	428
9.7. Kodirna tabela - uporabniki 3. teza	430
9.8. Osno kodiranje – uporabniki 3. teza	458
9.9. Odnosno kodiranje – uporabniki 3. teza	462
9.10. Analiza dokumentacije socialne službe	464

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Število neakutnih obravnav po posameznih oddelkih PBI.....	15
Tabela 2.2: Povprečno število dni od končane akutne obravnave do dejanskega odpusta (skupno in po posameznih oddelkih).....	15
Tabela 2.3: Število sprejemov v PB v letu 2019	22
Tabela 2.4: Seznam storitev z opisom	58
Tabela 2.5: Število obravnav v psihiatričnem zdravljenju v skupnosti in nadzorovani obravnavi v vseh šestih psihiatričnih bolnišnicah v letu 2019	136
Tabela 3.1: Število sprejemov v PBI v letih 2013–2022	145
Tabela 3.2: Podatki o številu in dolžini zdravljenja, rehospitalizacijah in začetku načrtovanja odpusta	156
Tabela 4.1: Primerjava med koordinirano obravnavo v skupnosti in načrtovanje odpusta iz PB.....	295

KAZALO SLIK

Slika 2.1: Tako so jo videli drugi in tako je razumela sebe pred postavljeno diagnozo duševne motnje	106
Slika 2.2: Tako so jo videli drugi po postavljeni diagnozi duševne motnje.....	106
Slika 2.3: Okrevanje: videla se je kot človeka, ne kot duševno motnjo	107
Slika 3.1: Relacije med pobudo za zdravljenje in pobudo za načrtovanje odpusta.....	159
Slika 4.1: Model optimalnega načrtovanja odpusta.....	299
Slika 4.2: Načrt ob odpustu	302

KAZALO GRAFOV

Graf 3.1: Struktura v dokumentaciji glede na spol	151
Graf 3.2: Struktura v dokumentaciji glede na starost	151
Graf 3.3: Struktura v dokumentaciji glede na stan	152
Graf 3.4: Struktura v dokumentaciji glede na status	152
Graf 3.5: Vključenost v zdravstveno zavarovanje	153
Graf 3.6: Pobudnik za vključitev v zdravljenje	155
Graf 3.7: Začetek načrtovanja odpusta	157
Graf 3.8: Pobudnik za načrtovanje odpusta	158
Graf 3.9: Število uporabnikov, vključenih v osnovno in specializirano NO	160
Graf 3.10: Strokovni delavci, vključeni v načrtovanje odpusta	161
Graf 3.11: Ključna oseba pri načrtovanju odpusta	162
Graf 3.12: Pasivna in aktivna vloga uporabnika pri načrtovanju odpusta	163
Graf 3.13: Ocena ugotovljenih potreb v procesu načrtovanja odpusta	166
Graf 3.14: Zastavljeni cilji v procesu načrtovanja odpusta	168
Graf 3.15: Izvajanje uvodne faze NO	169
Graf 3.16: Izvajanje redne faze NO	169
Graf 3.17: Izvajanje zadnje faze NO	170
Graf 3.18: Vključenost uporabnikov v skupinsko delo	171
Graf 3.19: Število zunanjih sodelujočih služb pri načrtovanju odpusta	171
Graf 3.20: Sodelovanje s službami izven psihiatrične bolnišnice	172
Graf 3.21: Število poslanih vlog	173
Graf 3.22: Kam je bila poslana dokumentacija med načrtovanjem odpusta	173
Graf 3.23: Bivanje uporabnikov po končanem zdravljenju	174
Graf 3.24: Vključitev po končanem zdravljenju	176
Graf 3.25: Število uporabnikov, ki so se vključili v psihiatrično zdravljenje v skupnosti	176
Graf 3.26: Število uporabnikov, ki so se vključili v koordinirano obravnavo v skupnosti	177
Graf 3.27: Priprava kriznega načrta	177
Graf 3.28: Sodelovanje svojcev in drugih uporabniku pomembnih oseb pri načrtovanju odpusta	178

SEZNAM KRATIC

AA	anonimni alkoholiki
AACI	International Accreditation Standard
CDZ	center za duševno zdravje
CDZOM	center za duševno zdravje otrok in mladostnikov
CSD	center za socialno delo
DSP	denarna socialna pomoč
DSP	dokumenti splošnega pomena
DU	dom upokojencev
DSO	dom starejših občanov
EU	Evropska unija
FF	Filozofska fakulteta
FSD	Fakulteta za socialno delo
IDSP	izredna denarna socialna pomoč
KOS	koordinator obravnave v skupnosti
KZA	Klub zdravljenih alkoholikov
KZZ	kartica zdravstvenega zavarovanja
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
MF	Medicinska fakulteta
MZ	Ministrstvo za zdravje
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NO	načrtovanje odpusta
NVO	nevladne organizacije
OZN	Organizacija združenih narodov
OZZ	osnovno zdravstveno zavarovanje
PB	psihiatrična bolnišnica
PZS	psihiatrično zdravljenje v skupnosti
RK	Rdeči križ
RS	Republika Slovenija
PZS	psihiatrično zdravljenje v skupnosti
PZZ	prostovoljno zdravstveno zavarovanje
RSK	Razširjeni strokovni kolegij
SOP	standardni operativni postopki
SS	stanovanjska skupnost
SVZ	socialnovarstveni zavod
SZS	Socialna zbornica Slovenije
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
UL	Univerza v Ljubljani
VDC	varstveno-delovni center
WHO	World Health Organization
ZPIZ	Zavod za pokojninsko in invalidsko izobraževanje
ZZ	Zavod za zaposlovanje, urad za delo

1. NAMEN IN CILJI DISERTACIJE

Namen in osrednja tema doktorske disertacije je raziskovanje načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice z vidika potreb uporabnikov in na ta načrt vezane prakse socialnega dela v psihiatričnih bolnišnicah. Razumevanje in upoštevanje potreb ter dobro načrtovanje odpusta vpliva na pozitiven izid zdravljenja in na uspešnejšo vrnitev v skupnost (Amado in Mc Bride, 2001). Zanimalo me je vprašanje poteka odpusta uporabnikov iz bolnišnice, in sicer načrtovanje odpusta med zdravljenjem, sodelovanje uporabnikov pri tem (upoštevanje univerzalnih in specifičnih potreb, upoštevanje na človeka usmerjenega pristopa) (Alghzawi, 2012, Doyal in Gough, 1991, Gough, 2000, Grebenc, 2005, Zaviršek, Zorn in Videmšek, 2002, The Health Foundation, 2014, Salleeby, 1997), koliko in kam se uporabniki vključujejo po končanem zdravljenju in vrnitvi v skupnost (Videmšek, 2013, Rafaelič in Flaker, 2021, Rafaelič in Flaker 2023, Ife, 2002, Mali in Grebenc, 2021).

Raziskovalni problem je bil vezan na vprašanja razumevanja sveta socialnega dela v instituciji in razumevanja sveta uporabnikov. Cilj raziskovanja je bil iskanje skupnih točk obeh svetov in kako ljudem, ki imajo izkušnjo zdravljenja, omogočiti vrnitev v skupnost. Odhod iz bolnišnice lahko razumem kot točko prepleta treh ravni: mikro (uporabnik, družina, skupnost), mezzo (institucije) in makro (politični, kulturni, ekonomski, socialni in moralni sistemi) in z analizo te konkretne situacije sem dobila dober vpogled v pomen bolnišničnega zdravljenja, vlogo socialnega dela in okoliščine, ki vplivajo na možnosti uporabniške participacije. Cilj doktorske disertacije je prispevek k dopolnjevanju teoretičnih izhodišč za socialno delo na področju duševnega zdravja, kar vključuje utemeljevanje razumevanja koncepta potreb v odnosu do načrtovanja odpusta in razvoj emancipacijske paradigme socialnega dela v psihiatrični bolnišnici. Cilj raziskave procesa odpusta po končanem zdravljenju v bolnišnici je pokazati dejansko vlogo socialnega dela v institucionalnem okolju psihiatrične bolnišnice, ovire za večjo vključenost uporabnikov v proces priprave na vrnitev v skupnost, ter na podlagi teh rezultatov oblikovati predloge optimalnega organiziranja in izvajanja načrtovanja odpusta v psihiatričnih bolnišnicah, ki bodo sledili emancipacijskim načelom. Cilj je empirično podprt vpogled v značilnosti strokovnega znanja, uporabo metod in postopkov dela, prikazane bodo prednosti in pomanjkljivosti v znanju socialnih delavk v praksi. Oblikovane bodo smernice in priporočila za izboljšanje prakse na področju načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice ter za nadaljnji razvoj področja socialnega dela v zdravstvu in ožje v psihiatriji, podani predlogi in smernice za izobraževanje in usposabljanje za delo na področju socialnega dela v zdravstvu in

ožje v psihiatriji ter predlogi za nadaljnji razvoj področja socialnega dela v zdravstvu in ožje v psihiatriji.

2. TEORETIČNI UVOD

2.1. Pogled na zdravje in zdravstvo

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot dinamično ravnovesje telesnega, duševnega, čustvenega, osebnega, duhovnega in socialnega blagostanja (WHO, 2020). To je obseg, v katerem posameznik ali skupina lahko uresniči svoje težnje in zadovoljuje svoje potrebe ter se hkrati zmore soočiti s svojo okolico. Zdravje je vir za vsakdanje življenje in ne predmet življenja. Gre za pozitivni koncept s poudarkom na družbenih in osebnih virih ter fizičnih zmogljivostih. Kakovost življenja je definirana kot posameznikov vrednostni sistem v kontekstu percepcije njegove pozicije v življenja, upoštevajoč okolje, kulturo, kjer živi, v odnosu s cilji in pričakovanji, ki jih ima. Gre za širok koncept, zapleten način vključevanja posameznikovega fizičnega zdravja, psihičnega stanja, stopnje neodvisnosti, odnosov, verovanja. Kakovost življenja odraža dožemanje posameznika, da so bile njegove potrebe zadovoljene in da je imel možnost za doseg zadovoljstva in zadovoljitve, ne glede na njegovo fizično stanje oziroma socialne in ekonomske razmere. Poimenujemo ga lahko holistični, celostni model zdravja, ki je na osebo usmerjen pristop in temelji na učinkovitem prepoznavanju aktualnih težav in potreb ter omogoča dolgoročno ustrezno oskrbo trenutnih potreb v kontekstu drugih potreb, ki jih ima uporabnik (Starfield, 2011). Socialni model zdravja je bil postavljen že leta 1978 s sprejetjem Deklaracije Alma-Ata (International Conference on Primary Health care, Alma-Ata, 1978).

Duševno zdravje je opredeljeno (World Health Organisation, 2021a) kot temelj za dobro in učinkovito delovanje posameznikov (prav tam). To je več kot odsotnost duševne motnje; to je sposobnost, razmišljanja, učenja in razumevanja čustev in reakcij drugih. Duševno zdravje je stanje notranjega ravnovesja in ravnovesja z okoljem, pri tem sodelujejo telesni, psihološki, družbeni, kulturni, duhovni in drugi medsebojno povezani dejavniki. Med duševnim in fizičnim zdravjem obstajajo neločljive povezave (prav tam). Ideje te definicije so skladne s humanitarnimi in egalitarnimi idejami socialnega dela.

V slovenskem jeziku imamo termin »bolezen«, ki je opredeljena kot »motnja v delovanju organizma« (Fran, 2022), in zelo široko opredeljuje določeno zdravstveno stanje. Avtorji Wikman, Marklund in Alexanderson (2005) pišejo o angleškem jeziku, ki vsebuje tri različne izraze za bolezen, in sicer »illness«, »disease« in »sickness«, s katerimi ljudje natančno lahko opišejo vidike svojega počutja (prav tam). »Illness« je opredeljeno kot slabo počutje, zdravje

osebe, ki to stanje identificira sama, temelji na samoporočanju o telesnih in duševnih pokazateljih. V nekaterih primerih to pomeni manjši ali začasni problem, v drugih primerih pa mnoge probleme v zdravju, ki omejujejo normalno funkcioniranje. Illness lahko opredelimo kot precej širok koncept (prav tam). »Disease« je razumljen kot stanje, ki ga diagnosticira zdravnik ali drugi specialist. Običajno je diagnostika izpeljana v skladu s standardiziranimi postopki, znani so vzroki za nastanek in načini zdravljenja in obravnave. Obstajajo omejitve v praksi; ena teh je, da veliko diagnoz temelji na subjektivnih informacijah uporabnika glede občutkov, bolečin, druga pa dejstvo, da veliko diagnoz temelji na simptomih in relacijah različnih sistemov (prav tam). »Sickness« je soroden različnim fenomenom, in sicer opredeljuje družbeno vlogo, ki jo ima oseba na različnih področjih življenja. Takšni so na primer podatki o odsotnosti z dela zaradi bolezni, ki so pogosto uporabljeni za merjenje socialnih posledic bolezni (prav tam).

Široka terminologija opozori, da je medicinski del obravnave samo ena komponenta obravnave, nujna in nepogrešljiva je celostna obravnava uporabnika, pri kateri sodeluje tudi socialna delavka, saj je zdravje ena najpomembnejših vrednot, ki ima tako instrumentalni kot ekspresivni pomen (Pahor, 1999). V prvem smislu pomeni sredstvo za funkcioniranje posameznikov v okviru družbenih struktur, v drugem je element kakovostnega življenja ljudi in zatorej cilj sam po sebi (prav tam). Ukvarjanje z zdravjem je predmet posebne institucionalizirane družbene dejavnosti, zdravstva.

Poznavanje različnih teoretskih pristopov je pomembno tudi za razumevanje današnjega zdravstvenega sistema, v katerem delujejo strokovnjaki in strokovnjakinje različnih poklicev, tudi socialne delavke. Nenazadnje je poznavanje različnih pristopov pomembno tudi za boljše razumevanje uporabnikov in njihove vloge kot ekspertov iz izkušenj v tem sistemu. Zdravje kot družbeni pojav je z vidika socioloških teorij obravnavano in pojasnjeno na različne načine. Značilnosti posameznih socioloških teorij je povzela Pahor (1999, str. 115–122). V okviru različnih socioloških pristopov, ki jih je primerjala med seboj po izhodiščni točki preučevanja (pri nekaterih je to aktivni, delujoči posameznik, pri drugih pa družbene strukture) in po pojmovanju svojega predmeta družbe, je izpostavila šest socioloških teorij, ki so pomembne za razumevanje zdravja: funkcionalizem, marksizem, simbolični interakcionizem, feminizem, teorija delovanja in strukturalizem. Za nekatere od teh teorij so družbeni pojavi objektivna dejstva, za druge so socialni konstrukti in rezultat subjektivnega delovanja (prav tam).

Pahor (prav tam) pojasnjuje pomen zdravja in zdravstva kot sistema z vidika funkcionalizma na podlagi teorije glavnega predstavnika funkcionalizma, ameriškega sociologa Talcotta Parsonsa, ki se je ukvarjal s procesi, ki ohranjajo družbeno stabilnost in red. Ta je

podrobno preučeval institucijo zdravstvenega varstva v moderni družbi. Avtorica izpostavi, da je Parsons bolezen pojmoval kot biološki proces, ki onemogoča posameznikom opravljanje njihovih običajnih družbenih vlog. Zato je interes učinkovito zdravljenje, da posamezniki lahko čim prej spet normalno opravljajo svoje vloge. Po Parsonsu je bolezen ne le biološka motnja, ampak tudi oblika družbene odklonskosti. Posameznika ne smemo imeti za krivega, vendar pod pogojem, da sprejme določena pravila obnašanja, vlogo bolnega, s pravicami in dolžnostmi (prav tam). Ob tem nas Pahor (prav tam) seznani tudi, da so kritiki Parsonsu očitali konservativizem in neupoštevanje deprivilegiranih skupin ter pristranskega ravnanja institucij, viktimizacije pacientov ter predpostavke, da so vsi pacienti obravnavani enako, kar ne drži (prav tam).

Druga teorija, ki jo kot pomembno z vidika zdravja in zdravstva prepozna Pahor (prav tam), je marksizem. Avtorica kot glavno značilnost teorij predstavnikov marksizma povzame v trditvi, da bolezni ne prepoznajo le kot biološki proces, ampak so prepričani o pomembni vlogi produkcije in ekonomskih odnosov, kar dokazujejo razlike v zdravstvenem stanju med družbenimi razredi, pojav industrijskih bolezni, produkcija bolezni za profit (tobačna industrija na primer). Kot pomemben vidik izpostavi zdravstveno varstvo, ki ne upošteva družbenega ozadja bolezni, ampak jih obravnava kot individualni pojav. Pri tem opozori, da marksistična teorija kritično oceni kapitalizem, ki je spremenil tudi medicino, saj je prešla od individualne obrti (posamezen zdravilec) v korporativni, industrijski tip zdravljenja (bolnišnica), vedno bolj je specializirana in hierarhična, narašča mezdno delo (primer farmacevtska industrija) (prav tam). Tudi zdravstveni problemi, ki jih imajo ljudje v kapitalizmu, so povezani z nezdravim in stresnim delovnim okoljem, v katerem večina dela. Zdravstveni problemi po marksističnem pojmovanju niso toliko izraz osebne šibkosti, ampak bolj družbenih neenakosti (prav tam).

Avtorica govori tudi o pomenu simboličnega interakcionizma. Kot ključnega predstavnika simboličnega interakcionizma navaja Ervinga Goffmana. Po njem se obravnava družbenih pojavov začne na mikro ravni, na ravni posameznika. V ospredju je zanimanje, kako se subjektivna izkušnja bolezni izoblikuje skozi interakcije in odnos moči v totalni ustanovi, kjer je vse določeno s pravili ter procesi stigmatizacije. Goffmana, predstavnika te smeri, je zanimal pogled »z dna družbe«. Preučeval je procese, v katerih posameznik razvije identiteto na podlagi interakcij z drugimi ljudmi. Način, kako vidimo sami sebe, je posledica naših interakcij z drugimi in odgovorov drugih na naša pričakovanja ali dejanja. Določene reakcije drugih potrjujejo našo »normalnost«, druge pa odstopanja od »normalnosti«. Razvoj identitete poteka tudi s sekundarno socializacijo v okviru profesionalnega izobraževanja. V svoji študiji azilov je Goffman preučeval vpliv totalne institucije na posameznika, ki poskuša izničiti

posameznikovo identiteto. Ljudje razvijejo strategije površinske prilagoditve, skrivaj pa ohranjajo svojo paralelno kulturo in identiteto (prav tam). Goffmanove študije (2019) so pomembno vplivale na področje duševnega zdravja, bile so v skladu z naprednimi gibanji iz 60. let, z odpravo azilov in uvedbo bolj fleksibilnih oblik skrbi za uporabnike (prav tam).

Četrty teoretski okvir, ki ga izpostavi Pahor (prav tam), je feminizem. Feminizem izhaja iz kritike podrejenosti žensk, znotraj feminizma pa obstajajo velike razlike. Obravnava vpliv spola na opredelitev bolezni in zdravljenja ter zdravljenje kot obliko moškega nadzora nad ženskami, njihovimi telesi in identiteto. Žensko zdravje je bilo v okviru medicine obravnavano predvsem v funkciji ženske vloge v družbi (prav tam).

Kot peto teoretsko smer Pahor (prav tam) navede teorijo delovanja. Pojasni jo s pomočjo predstavnika teorije Maxa Weberja, ki po teoriji delovanja pravi, da je človekovo delovanje izbira ter narava sodelovanja med posamezniki. Človekovo delovanje, ki je ciljno, je mogoče razumeti v okviru subjektivnega smisla, na osnovi namenov in pričakovanja posameznikov glede njihovih dejanj. Za področje zdravstva je pomembna njegova analiza avtoritete, v bolnišnici se križajo različne avtoritete in hierarhije – racionalna, tradicionalna, karizmatična. Interesi organizacije in menedžerjev so lahko v nasprotju z interesi zdravstvenih delavcev (prav tam).

Pahor (prav tam) se ozre tudi po teoriji strukturalizma. Glavni predstavnik teorije strukturacije je Anthony Giddens. Posameznika prepozna kot tistega, ki razvije stabilne vzorce interakcij, imenovane socialni sistemi, in so rezultat človeških dejanj in namenov. Ljudje lahko razvijejo zavedanje o posledicah svojih dejanj in s tem zavestno usmerjajo proces sprememb družbenih struktur, ki ga Giddens imenuje strukturacija (prav tam).

Ule (2012) razmišlja o vzrokih bolezni in piše o tem, da je medicina sama odkrila socialne vzroke bolezni, pa vendar so socialne spremenljivke za medicino še vedno sekundarne, kar je prav posledica prevlade biomedicinskega modela bolezni in zdravljenja v 20. stoletju. Ta je temeljil na naravoslovni znanstveni paradigmi, skladno s katero lahko dozdevno abstrahiramo objekt preučevanja od človeškega subjekta in njegovega doživljanja (prav tam). Sodobna medicina živi od popravljanja »napak« narave in biologije, pri čemer so spregledani »zunanji« dejavniki bolezni in različni »odkloni« (okoljski, socialni, politični), ki bolj kot biološki dejavniki povzročajo širjenje različnih bolezni (prav tam). Pomemben del bolezni so njene socialne manifestacije, ki prizadenejo socialne odnose, socialne vloge, socialne dejavnosti posameznika. Bolezen se razvije v določenem socialnem kontekstu in ta kontekst moramo upoštevati pri analizi vzrokov in posledic bolezni (prav tam). Simptomi so več kot znaki različnih sprememb v telesu, gre za spremembo socialnega statusa, samopodobe, kakovosti življenja in odnosov. Ni pomembno samo, kaj ljudje mislimo o zdravju in bolezni, pomembno

je tudi naše razmišljanje, povezano s predstavami o naših medsebojnih odnosih, dejavnostih in kulturi, v kateri živimo (prav tam). Bolezen je, poleg socialnih in psiholoških posledic, tudi socialno-kulturno uokvirjena, zato se z zdravjem in boleznijo poleg medicine ukvarjajo tudi druge stroke, predvsem socialne in družbene znanosti (prav tam). Zaviršek (1994) piše, da kultura določa, kaj je normalnost in nenormalnost, vpliva na klinično podobo določenih vedenj in stanj, na njihovo pojavnost ter na načine prepoznavanja bolezni, njenega etiketiranja in celotne obravnave. Kultura vpliva na pomene, ki jih prizadeti človek, njegovi najbližji in okolica dajejo pojavu že definiranega »zdravja« ali »bolezni«. Bolezen je odvisna od kulturnega in socialnega konteksta (prav tam). Kamin (2006) piše o zdravju kot rezultatu odnosa med telesnimi procesi in kulturnimi kategorijami in odnosa med izkušnjo in njenim pomenom. Ko je nekomu postavljena zgodnja diagnoza asimptomatične bolezni, je posameznik sicer biološko, fizično še ne doživlja, a kljub temu kulturno in družbeno ni več zdrav in je že kategoriziran za bolnika in je morda ob tem tudi že stigmatiziran. Glede na poznavanje družbenega konstrukta bolezni lahko vnaprej podoživi svojo bolezen, ki določa njegovo novo vlogo v družbi in predvidi ter vnaprej izkusi socialno-ekonomsko situacijo (prav tam).

Zaviršek (1994) piše, da lahko za najpomembnejšo ločnico, ki je zaznamovala uveljavitev novih konceptov na področju kulturnih modelov bolezni in zdravja v različnih družbah, določimo leto 1977, ko je eden najpomembnejših raziskovalcev tega področja Arthur Kleinman objavil članek, v katerem je ostro kritiziral tradicionalne raziskave transkulturne psihiatrije (prav tam). Avtorica nadaljuje, da so te študije v raznih delih sveta iskale simptome in bolezni, ki so del zahodnoevropskega miselnega sistema in kulturnega kroga. Kleinman je svojo kritiko prenašanja zahodnih modelov diagnosticiranja na druge kulture, ne da bi izhajali iz kulturnih vzorcev kulture, ki jo raziskujemo, poimenoval »kategorialna zmota« in vpeljal razliko med zanesljivostjo in veljavnostjo psihiatričnih diagnoz (prav tam). Veljavnost določene diagnoze se lahko vzpostavi šele z razumevanjem določenega kulturnega konteksta. Kultura oblikuje tako izkušnjo bolezni kot njeno medicinsko interpretacijo. »Kategorialna zmota« so za Kleinmana vse kategorije, ki se zdijo odvisne od kulturnih vrednot in ne upoštevajo lastne kulturne specifičnosti. Tradicionalna transkulturna psihiatrija je upoštevala bolezen kot univerzalno entiteto, ne da bi upoštevala tudi različne kulturne norme in lokalne vzorce kulturnih norm obnašanja. Tako so definirano bolezen začeli pojmovati kot stvar in ne kot razlagalni model, ki se razlikuje od kulture do kulture (prav tam).

Domajnko (2014) piše, da je zdravje posameznika in ljudi v neki družbeni skupnosti treba obravnavati le v soodvisnosti z nacionalno zakonodajo, proračunom in organizacijo javne zdravstvene oskrbe (makro raven), potem na mezzo ravni z ekspertnim znanjem in obravnavo

z zdravjem povezanih strok ter civilnimi združenji, ki se zavzemajo za pravice določenih skupin uporabnikov zdravstvenega varstva, na mikro ravni pa z neformalno zdravstveno vzgojo in oskrbo znotraj družin oziroma bližnjih odnosov. Nazadnje je zdravje odvisno tudi od individualnih lastnosti vsakega posameznika (prav tam).

2.1.1. Neenakosti v zdravju

Škraban, Pistotnik in Lipovec Čebren (2020) pišejo, da je o neenakosti v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva govora že od sredine 19. stoletja in čeprav je povezava med neenakostjo in ranljivostjo ter slabšimi zdravstvenimi izidi dokazana, raziskovalci še vedno ne razumejo dobro vseh mehanizmov, ki to povezavo oblikujejo. V nadaljevanju povzemajo avtorja Inglebyja (2019, po Škraban, Pistotnik in Lipovec Čebren, 2020), ki trdi, da je koncept enakosti v zdravju prenos socialne pravičnosti na področje zdravja ter avtorico Whitehead (1992, po Škraban, Pistotnik in Lipovec Čebren, 2020), ki je kot neenake definirala tiste razlike, ki vplivajo na zdravje, so nepotrebne (angl. unnecessary), ki se jim lahko izognemo (angl. avoidable), so nepravilne (angl. unjust) oziroma nepošteno (angl. unfair) (prav tam). Kriterij nepravilnosti v zdravju je stopnja možnosti izbire situacij, ki vplivajo na zdravje (na primer kajenje, pitje alkohola, bivanje in delo v slabih pogojih) (prav tam). Na tem mestu velja omeniti leto 1978, ko je bila sprejeta Deklaracija Alma-Ata (International Conference on Primary Health care, Alma-Ata, 1978), v kateri je bila postavljena zahteva po takojšnji zaščiti in promociji zdravja za vse ljudi ter zahteva po enaki dostopnosti do primarnega zdravstva vsem ljudem (prav tam).

Huber (2020) piše, da so pogoste ugotovitve, da naj bi določene skupine prebivalcev ne znale skrbeti za lastno zdravje, naj ne bi upoštevale pravil sistema zdravstvenega varstva in podobno, kar so problematične izjave, saj potihoma sugerirajo, da se ne da nič ukreniti, in to z vidika stereotipnega in totalnega portretiranja ter v navideznem družbenem vakuumu, brez družbenega konteksta (prav tam). Še nevarnejša potencialna implikacija je želja po popravljalnih pristopih, ki bi imeli kot cilj zmanjševanja neenakosti to, da različni strokovnjaki »spremenijo« lastnosti določene skupine (prav tam).

Ule povzema Marmota (2010, po Ule, 2012), ki je zapisal, da je reduciranje neenakosti v zdravju stvar pravičnosti ter da je družbeni gradient v zdravju dokazan. Nižje kot je oseba na lestvici družbenega statusa, slabše je njeno zdravje. To kaže, da družbene neenakosti vplivajo na neenakosti v zdravju (prav tam). Singer (1994) piše, da je treba razumeti širši družbeni kontekst. Kategorije, ustvarjene brez razumevanja širšega družbenega konteksta, zelo pogosto

zakrivajo družbeno in ekonomsko pogojenost zdravstvenih težav, saj statistične analize zbirajo podatke, kot so starost, spol, izobrazba, ne pa podatkov, kot so lastništvo stanovanja, razširjenost socialne mreže, dostop do zdravstvenega zavarovanja in podobno (prav tam). Konceptualna izolacija določene bolezni od širšega okolja ima za učinek epidemiološko konstrukcijo pojmov, kot je recimo »tvegano vedenje«, ki so postali glavni fokus javnozdravstvenih naporov. Na ta način izključuje številne dejavnike, kot so nezdravi delovni ali življenjski pogoji, družbena izolacija ali diskriminacija. S takšnim pristopom izgubimo zavedanje, da se določene bolezni širijo v specifičnih zgodovinskih in družbenopolitičnih kontekstih, kar ima lahko negativne posledice za javnozdravstvene ukrepe (prav tam). Z vidika razumevanja neenakosti v zdravju so za slovensko okolje pomembni izsledki raziskave projekta MoST, ki kažejo na ranljivost številnih zelo heterogenih skupin, ki se soočajo z mnogimi strukturnimi ovirami, vključno z ovirami v dostopu do zdravstvenih ustanov in drugih institucij (Škraban, Pistotnik in Lipovec Čebren, 2020). V tej raziskavi so bili kot skupine z ranljivostjo strukturne neenakosti omenjeni starejši prebivalci, priseljenci, osebe z različnimi oblikami oviranosti, socialno-ekonomsko deprivilegirani posamezniki in družine, otroci in mladostniki z različnimi ranljivostmi, brezposelni, zdravstveno nezavarovani, Romi, uporabniki nedovoljenih drog, brezdomne osebe, osebe zasvojene z alkoholom, žrtve nasilja v družini, zaporniki in bivši zaporniki, ženske z različnimi ranljivostmi, osebe z dolgotrajno boleznijo, osebe, ki živijo na geografsko oddaljenih območjih, žrtve ekonomskega nasilja, istospolno usmerjene osebe, spolne delavke in ljudje s težavami v duševnem zdravju. Pri teh so sogovorniki izpostavili tudi njihove svojce (prav tam).

2.1.2. Duševno zdravje kot temelj dobrega zdravja

Duševno zdravje je temelj zdravja nasploh in posledično tudi socialne in gospodarske stabilnosti ter kakovosti življenja evropskih državljanov. Izboljšanje duševnega zdravja je eden od strateških ciljev politik EU v posameznih državah članicah (Jeriček Klanšček, Zorko, Roškar, Bajt, Kamin, 2010). Teršek (2009) piše, da obstaja mnogo težav in stisk v duševnem zdravju, področja njihove prisotnosti so številna. To je razlog, da bi morala politika, zakonodaja in institucionalna praksa (pravna, terapijska in podobno) iti dlje in globlje od nacionalnih programov in področnega zakona in prav nobeno področje posameznikovega življenja ne bi smelo biti izključeno iz sistemske skrbi za duševno zdravje (prav tam). Družinsko okolje, izobraževalni procesi, delovnopravna zakonodaja, varstvo okolja in socialna država kot sistem so področja, ki so pogost in nadvse pomemben izvor ali spodbujevalec duševnih stisk, zato je

treba sistemsko urejati politični in zakonodajni pristop k tem vprašanjem (prav tam). Ne zadostuje samo delovanje na ravni posameznika, izboljšati je treba razmere in vsem ljudem zagotoviti enake pogoje ter možnost za (duševno) zdravo življenje kot tudi enak dostop do zdravstvenih, socialnih, izobraževalnih in drugih storitev (Jeriček Klanšček, Zorko, Roškar, Bajt in Kamin, 2010).

Leta 2008 smo v Sloveniji dobili Zakon o duševnem zdravju, ki je pomenil kompromis med zahtevo po zaščiti pravic uporabnikov služb duševnega zdravja in ohranjanjem strokovne moči, med naprednejšim skupnostnim modelom duševnega zdravja in tradicionalnim institucionalnim in med medicinskim in socialnim pogledom na duševno stisko. Prispeval je številne novosti, kot so zastopništvo, nadzorovano obravnavo v skupnosti in koordinatorje obravnave v skupnosti, po drugi strani je vseboval mnoge nedoslednosti. Z njim se izpolnjuje večletno prizadevanje za izboljšanje razmer na področju varovanja in uresničevanja pravic oseb z duševno motnjo. Tako Slovenija sledi državam članicam Evropske unije, ki so takšne ali podobne zakone že sprejele. Novela Zakona o duševnem zdravju je v zaključni fazi, predloge za izboljšavo so dale tudi socialne delavke, zaposlene v psihiatričnih bolnišnicah.

V Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018), ki je bila prejeta na podlagi 7. člena Zakona o duševnem zdravju, je zapisano, da področje duševnega zdravja postaja vse bolj aktualno tako v evropskem kot v svetovnem merilu, izboljšanje duševnega zdravja pa eden od strateških ciljev politik EU, ki mu je v zadnjih nekaj letih namenjeno veliko pozornosti in političnih aktivnosti v EU ter v posameznih državah članicah (prav tam). Duševno zdravje ni samo stvar zdravstvenega sektorja, ampak tudi številnih drugih sektorjev in politik, je nacionalni kapital in ga je kot takšnega treba izboljšati z združenimi naporci celotne skupnosti, vseh sektorjev, vključujoč uporabnike, njihova združenja in skupine svojcev. Duševno zdravje se oblikuje tudi v družinah, šolah in na delovnih mestih ter je rezultat tega, kako obravnavamo sebe in kako nas obravnavajo drugi. Načelo duševnega zdravja v vseh politikah poudarja vpliv javnih politik na determinante duševnega zdravja, teži k zmanjšanju neenakosti v duševnem zdravju, poudarja koristi promocije duševnega zdravja na različnih področjih in odgovornost oblikovalcev politik za vplive na duševno zdravje. Namen Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018, str. 17) je:

- krepiti in ohranjati dobro duševno zdravje vseh prebivalcev Slovenije, preprečevati duševne težave in motnje od najzgodnejšega obdobja do pozne starosti;
- zmanjšati stigmo in diskriminacijo oseb z duševnimi motnjami;
- vzpostaviti podporno okolje za dobro duševno zdravje;
- približati službe in storitve za duševno zdravje uporabnikom.

Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo (2020) je na predlog Ministrstva za zdravje preveril uspešnost sistema duševnega zdravja ter dosežke in ovire, ki ostajajo. Evalvacija je bila narejena s ciljem podpore nadaljnjemu izvajanju Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Opazen je napredek pri implementaciji različnih elementov omenjene Resolucije ter različnih priporočil WHO, ustanovljeni so bili mnogi centri duševnega zdravja, dodatni se ustanavljajo. Opaženo je, da službe duševnega zdravja in socialne službe ostajajo razdrobljene, zanašajo se predvsem na institucionalne načine zagotavljanja storitev. Povečati je treba zmogljivosti, vključno s tesnejšim medsektorskim načrtovanjem in koordinacijo, prizadevanji za preprečevanje, izboljššan dostop do storitev in razvoj kadra (prav tam).

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) vzpostavlja pogoje za izpolnjevanje obveznosti Republike Slovenije na področju varstva človekovih pravic in drugih obveznosti, ki izhajajo iz ratificiranih mednarodnih dokumentov ZN, Sveta Evrope in EU:

- Deklaracija in Akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi (Svetovna zdravstvena organizacija, 2005),
- Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva – Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo (Komisija Evropskih skupnosti, 2005),
- Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje (Evropska konferenca, 2008),
- Resolucija za duševno zdravje (Evropski parlament, 2009),
- Evropski akcijski načrt za duševno zdravje 2013–2020 (Svetovna zdravstvena organizacija, 2013),
- Konvencija o pravicah invalidov (Organizacija združenih narodov, 2008),
- Konvencija o pravicah otroka (Organizacija združenih narodov, 1989),
- Agenda za trajnostni razvoj do leta 2030 (Organizacija združenih narodov, 2015).

Skupno vsem navedenim dokumentom je, da poudarjajo pomen ohranjanja in krepitve dobrega duševnega zdravja ter preprečevanja duševnih bolezni. V ospredju obravnave je celostno, interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje, v središču storitev različnih služb so posameznik in njegove potrebe. Poudarja se premik s pretežno bolnišničnega zdravljenja na obravnavo duševnih motenj v lokalnem okolju – skupnostni pristop (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018)).

2.1.3. Dostopnosti služb duševnega zdravja

Za Slovenijo so značilne precejšnje socialno-ekonomske in demografske razlike znotraj posameznih geografskih področij (Šprah, Novak in Dernovšek, 2011). Neenakosti poskuša odpraviti Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018), predvsem z novonastalimi centri za duševno zdravje, ki težijo k razvoju sodelovalnega pristopa in vključujoče mreže služb, ki odgovarjajo na potrebe in pravice posameznikov in skupnosti in deluje na različnih ravneh storitev, sektorjev in pobudnikov. V Sloveniji je tako v nastajanju vedno več centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM) in centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO).¹ V Centru za duševno zdravje odraslih (CDZO) lahko strokovno podporo in pomoč dobijo odrasli, starejši od 18 let, z najrazličnejšimi težavami v duševnem zdravju. CDZO delujejo v zdravstvenih domovih na primarni zdravstveni ravni. Vsak center je odgovoren za področje več zdravstvenih domov in pokriva področje približno 64.000 odraslih (prav tam). CDZO omogočajo hitro in celostno odzivanje na stiske ljudi na svojem področju in s tem v največji možni meri preprečujejo, da bi se duševne stiske poglobile do take mere, da bi postale nujna in ogrožajoča stanja. Hitro odzivanje pomeni, da imajo ljudje s težavami v duševnem zdravju omogočeno zgodnje odkrivanje, zdravljenje ter preprečevanje poslabšanj težav v duševnem zdravju (prav tam).

V poročilu Regionalnega urada Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo (2020) je zapisano, da na dobro duševno zdravje vplivajo različni dejavniki, vključno z biološkimi, socialnimi in drugimi okoljskimi dejavniki, in širše okolje, v katerem je posameznik. Izpostavljenost različnim tveganjem in stresu lahko vodi v mnoge probleme na področju duševnega zdravja, še posebej ranljivih skupin. Analiza v Sloveniji kot tudi v drugih državah pokaže odnos med socialnimi in ekonomskimi dejavniki, priložnostjo, med zdravjem, tveganji in mnogimi boleznimi. Ti dejavniki vključujejo šolanje, prihodke, zaposlovanje, bivanjske razmere in mnoge druge. Od leta 2015 je bil zaznan opazen porast bolniških staležev zaradi težav v duševnem zdravju, mnogim je edini prihodek redna denarna socialna pomoč (prav tam).

¹ V septembru 2023 je v Sloveniji šestnajst centrov za duševno zdravje odraslih, in sicer CDZO Murska Sobota, CDZO Nova Gorica, CDZO Velenje, CDZO Ravne na Koroškem, CDZO Ptuj (skupnostni tim in ambulantni tim), CDZO Ormož, CDZO Trbovlje, CDZO Celje, CDZO Posavje, CDZO Tolmin, CDZO Maribor, CDZO Koper, CDZO Logatec, CDZO Domžale, CDZO Kočevje in CDZO Šentjur (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023).

2.1.4. Načrtovanje odpusta kot preprečevanje rehospitalizacij

Ponovni sprejem v psihiatrično bolnišnico je večplasten kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe; tako v bolnišnici kot v skupnosti. Cilj zdravljenja v psihiatrični bolnišnici je krepitev uporabnikovega zdravja in njegovega dobrega počutja. Dernovšek in Šprah (2017) pišeta, da ponovni, nenačrtovani sprejemi v psihiatrično bolnišnico lahko kažejo na pomanjkljivosti zdravstvenega sistema, kot so neučinkovito bolnišnično zdravljenje, neuspešen prehod na ambulantno obravnavo in omejeno nadaljnje spremljanje ter odsotnost podpore (prav tam). Avtorici nadaljujeta, da so tovrstni sprejemi veliko breme za uporabnika, prav tako pa tudi za zdravstveni sistem. Ponovni sprejem v bolnišnico v 30 dneh je postal mednarodni standard za kakovost zunajbolnišnične oskrbe (prav tam). Podatki za Slovenijo so spodbudni, saj v primerjavi z ostalimi državami, vključenimi v projekt CEPHOS-LINK (Comparative Effectiveness Research on Psychiatric Hospitalization by Record Linkage of Large Administrative Data Sets, 2014–2017), kažejo eno najnižjih stopenj rehospitalizacij (8,6 % v 30 dneh in 33,6 % v 365 dneh) (prav tam). Učinkovito načrtovanje odpusta je ključno pri preprečevanju rehospitalizacij (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2021a). Škraban (2020, str. 144) piše o pomembnosti medsebojnih povezav različnih točk na kontinuumu pomoči, na primer institucionalne oblike in oblike oskrbe v skupnosti (prav tam).

Psihiatrična rehospitalizacija je pogosto poimenovana tudi »fenomen vrtljivih vrat«, ko je uporabnik po končanem zdravljenju odpuščen nazaj v skupnost in v kratkem času ponovno rehospitaliziran iz istih razlogov. Rehospitalizacije se pogosto enačijo z nekakovostno obravnavo, pa vendarle gre pri tem za bolj zapletene razloge in jih je mogoče pripisati številnim elementom, kot so individualni, sistemski in strukturni dejavniki. Ta pojav je še vedno slabo raziskan, ne glede na njegove številne negativne posledice in stroške, ki s tem nastanejo. Poznavanje razlogov za rehospitalizacijo je potrebno za doseg uravnoveženega modela služb duševnega zdravja tako v bolnišnicah kot v skupnosti. Čeprav raziskave kažejo večje zadovoljstvo z vključenostjo in bivanjem v skupnosti in z na pacienta usmerjeno oskrbo, pa je pomembno vedeti, da je ponovna hospitalizacija v procesu okrevanja občasno potrebna (Adnanes, Cresswell-Smith, Melby, Westerlund, Šprah, Sfetcu, Strassmayr in Donisi, 2020). Hospitalizacija je v določenih primerih potrebna tudi zato, ker uporabniki v skupnosti nimajo možnosti drugih, alternativnih oblik preživljanja krize, kot jih poznamo iz tujine. Izraz »vrtljiva vrata« so uporabniki in uporabniško gibanje sicer kritizirali, saj naj bi problematiziral ponavljajoče se prihode posameznika, ne pa sistema okoli njih (Adnanes, Cresswell-Smith, Melby, Westerlund, Šprah, Sfetcu, Strassmayr in Donisi, 2020). Raziskava v okviru projekta

CEPHOS-LINK, v katero je bilo vključenih šest evropskih držav (Avstrija, Finska, Italija, Norveška, Romunija in Slovenija), je bila opravljena med 55 uporabniki, ki so bili vsaj eno leto v stiku s službami duševnega zdravja in so imeli več kot eno izkušnjo psihiatričnega zdravljenja (prav tam). Ugotovitve fokusne skupine so bile razvrščene v pet področij, ki so predstavljale strategije, povezane s preprečevanjem rehospitalizacij: načrt in priprava na odpust, samospremljanje spoprijemanja s situacijami, spremljanje zunajbolnišničnih služb in drugih služb v skupnosti, aktivna vključenost v skupnosti, neformalna podpora, vključujoč vrstniško podporo in podporo družine (poleg podpore služb duševnega zdravja) (prav tam). Načrtovanje odpusta je eden ključnih dejavnikov preprečevanja rehospitalizacij in uspešne vrnitve v domače okolje po končanem bolnišničnem zdravljenju in preprečevanju ponovne hospitalizacije uporabnikov, kar se pogosto obravnava kot negativni izid v smislu kakovosti obravnave in stroškov ter kot morebitna ovira v procesu okrevanja. Mnogim uporabnikom predstavlja vrnitev v skupnost po končanem zdravljenju velik izziv. Kljub zavedanju o pomembnosti načrtovanja in priprave na odpust že med zdravljenjem, se je to v praksi redko izvajalo in s tem povečalo tveganje za poslabšanje počutja in ponovne hospitalizacije (Adnanes, Cresswell-Smith, Melby, Westerlund, Šprah, Sfetcu, Strassmayr in Donisi, 2020). Prehod iz bolnišničnega zdravljenja v obravnavo v skupnosti je pogosto zelo občutljivo obdobje, ki ima lahko za posledico poslabšanje zdravstvenega stanja in dobrega počutja. Raziskave (Tyler, Wright in Waring, 2019) so pokazale, da so odpust osebe s težavami v duševnem zdravju doživljale kot kaotično, stresno in čustveno občutljivo obdobje (prav tam).

Poleg rehospitalizacij je pomembno omeniti podatke o dolžini bivanja v psihiatrični bolnišnici, ki so glede na raziskavo CEPHOS-LINK (2017) v Sloveniji celo več kot dvakrat daljše (32 dni) v primerjavi z ostalimi državami (npr. Avstrija 15, Italija 11, Romunija 12). V Psihiatrični bolnišnici Idrija je bila leta 2019 povprečna ležalna doba 30,1 dneva (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2020). Rafaelič in Flaker (2021) pišeta, da smo bili v zdravstvu, ne samo v psihiatriji, v zadnjih desetletjih priča radikalnemu zmanjševanju trajanja hospitalizacij (prav tam). Ljudje imajo včasih potrebo po umiku ali predahu pa tudi po podaljšani rehabilitaciji ali daljšem času, da si uredijo življenje, a lahko to potrebo zadovoljimo brez namestitve v institucijo – s kratkotrajnimi namestitvami v krizne centre ali v prehodne enote, ki morajo biti integrirane v skupnost, da ne bi bilo institucionalizma in tudi zaradi učinkovitejšega ukvarjanja s krizno situacijo (prav tam). Za primerjavo, ležalna doba v PBI je bila ob koncu leta 1957 kar 365 dni, zdravilo se je 309 ljudi (Pišljarič, 2018).

V psihiatrični bolnišnici ostajajo nekateri uporabniki dlje, kot bi bilo to potrebno, vendar zaradi različnih okoliščin v okolju, kjer živijo, ne morejo končati zdravljenja. Neakutna

obravnav je obravnava od dneva, določenega za odpust, do dneva dejanskega odpusta. Datum, določen za odpust, je dan, ko zdravnik ali zdravstveni tim določi, da bolnik ne potrebuje več akutne obravnave in je to zapisano v pacientovo dokumentacijo (začetek čakanja). V letu 2019 so bile v Psihiatrično bolnišnico Idrija sprejete 1704 osebe, od tega je podaljšano zdravljenje potrebovalo 77 oseb, kar je 4,52 % vseh sprejetih na zdravljenje (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2020). Podrobnejše stanje je prikazano v tabeli.

Tabela 2.1: Število neakutnih obravnav po posameznih oddelkih PBI

	Število sprejemov v letu 2019	Število neakutnih obravnav	% neakutnih obravnav glede na št. sprejemov v letu 2019
Oddelek za zdravljenje odvisnosti (L1)	161	0	0
Gerontopsihiatrični oddelek (L2)	166	22	13,2
Splošni psihiatrični oddelek (L3)	176	49	27,8
Ženski sprejemni oddelek (S2)	538	3	0,56
Moški sprejemni oddelek (S3)	497	3	0,6
Psihoterapevtski oddelek (S4)	166	0	0
SKUPAJ	1704	77	4,52

Vir: PBI, 2020

Tabela 2.2: Povprečno število dni od končane akutne obravnave do dejanskega odpusta (skupno in po posameznih oddelkih)

	Št. oseb	Skupno št. dni neakutne obravnave	Povprečje na oddelek (v dneh)
Oddelek za zdravljenje odvisnosti (L1)	0	0	0
Gerontopsihiatrični oddelek	22	615	27,9
Splošni psihiatrični oddelek	49	2315	47,2
Ženski sprejemni oddelek	3	21	7
Moški sprejemni oddelek	3	41	13,7
Psihoterapevtski oddelek	0	0	0
Skupaj	77	2992	38,8

Vir: PBI, 2020

Iz tabele je razvidno, da je daleč največ uporabnikov v neakutni obravnavi nameščenih na Splošni psihiatrični oddelek (49 oseb), ki je tudi sicer namenjen podaljšanemu bolnišničnemu zdravljenju, ter na gerontopsihiatrični oddelek (22 oseb). Podatek ne preseneča, saj se na teh dveh oddelkih zdravi in pozneje čaka na namestitev v domove za starejše oziroma

socialnovarstvene zavode največ uporabnikov. Druga tabela prikazuje število dni, ko so uporabniki ostali v neakutni obravnavi. Povprečje v letu je bilo 38,8 dneva, ponovno je bilo čakanje najdlje na splošnem psihiatričnem oddelku in na gerontopsihiatričnem oddelku. Takšna zasedenost postelj in takšna dinamika odpustov, kot jo prikazujem za Psihiatrično bolnišnico Idrija, je rezultat stanja na področju zdravstvenega in socialnega varstva v Sloveniji. Dernovšek (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021) je prepričana, da se zaradi pomanjkljive mreže pomoči na področju duševnega zdravja na primarni ravni (zdravstva in sociale) in pomanjkljivega povezovanja in sodelovanja med resornimi službami in strokovnjaki različnih disciplin ljudje s težavami v duševnem zdravju soočajo s slabo dostopnostjo do pomoči, z dolgimi čakalnimi dobami in fragmentirano in necelostno obravnavo. Močno pomanjkljiva je tudi podpora osebam s hudimi kroničnimi duševnimi motnjami, ki bi potrebovali skupnostno obravnavo v njihovem lokalnem okolju (prav tam). V Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018) je zapisano, da je pomembno zagotavljanje pogojev za najboljše možno duševno in telesno blagostanje vseh prebivalcev, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah, kot so otroci, mladostniki in starejši (prav tam). Še posebej za socialno izključene skupine, med katere spadajo tudi ljudje s težavami v duševnem zdravju, so vrzeli v storitvah velika ovira. Za premostitev teh ovir in zagotavljanje enake oskrbe vsem, ki to potrebujejo, je treba vlagati v razvoj človeških virov, služb in storitev v skupnosti, ki upoštevajo socialno-ekonomske in kulturne razlike ter potrebe ljudi (prav tam). Učinkovito načrtovanje odpusta je šele začetek tega procesa.

2.2. Življenje v bolnišnici

Bolnišnica je tako za raziskovalce kot za laično javnost od nekdaj polna skrivnosti. Buri duhove, zbujajo se vprašanja, kaj se dogaja za njihovimi zidovi. Če je dogajanje v splošnih bolnišnicah bolj poznano, je dogajanje za psihiatričnimi zidovi še vedno polno skrivnosti – predvsem za tiste, ki se z njo še niso srečali – posredno ali neposredno.

Coser (Long, Hunter in van der Geest, 2008) je že leta 1963 povzel Davisa, ki je dobrih trideset let prej zapisal, da je za bolnega človeka in njegovo družino bolnišnica bojno polje med življenjem in smrtjo, polno strahu in upanja. Za zdravnike je bolnišnica institucija, kjer se izvaja medicina in osrednja ustanova, kjer se dela raziskovalno delo, kjer se širijo meje medicinske znanosti in krepijo zdravniške veščine. Z vidika poslovnega predstavlja bolnišnica finančno podjetje (prav tam). To je eden prvih zapisov o mnogoznačnem pomenu bolnišnic.

Cozarjeva (1962, po Long, L. Hunter in van der Geest, 2008) je bila avtorica prvih etnografskih bolnišničnih študij z naslovom *Life in the Ward* (v prevodu *Življenje na oddelku*), v kateri je bolnišnica opredeljena kot eksotičen kraj, poimenovan »tesen majhen otok«, torej kot otok, ki odreže in umakne prebivalce s celine, kjer naj bi bil tako imenovan »normalen svet«. Zaman (2005) je idejo o bolnišnici kot otoku obrnil na glavo in jo videl kot kraj, ki ga preplavijo in oblikujejo vrednote, pravila in ideje zunanjega sveta. Van der Geest in Finkler (2004) sta potrdila, da je bolnišnica domena, kjer se pokažejo temeljne vrednote in prepričanja kulture.

2.2.1. Psihiatrična bolnišnica skozi čas

Totalna ustanova se je zares rodila v času velikega zapiranja. S tem terminom je Faucault poimenoval proces, ki je potekal v 17. stoletju po vsej Evropi in v katerem so zaprli velik del prebivalstva v splošne zaprte ustanove. Šlo je v glavnem za revne in deviantne skupine prebivalcev, ostarele, brezdomce, invalide, pa tudi brezumneže, berače, vojake in prostitutke (Flaker, 1998). Tendence za zaprtje splošnih špitalov so bile prisotne že vse od francoske revolucije dalje, saj naj bi bili to prostori nadzorovanja in ne zdravljenja. Vendar se je po letu 1800 narodna skupščina odločila, da bodo ohranili špitale, oziroma da bodo odprli nove bolnišnice za blazne. Institucionalna psihiatrija se je rodila leta 1800, pod vodenjem Pinela, ki je poznan po tem, da je »norcem snel verige«. S tem dejanjem je pokazal, da je mogoče preseči mračnjaški pogled na norost in sprejemati brezum (Toresini, 2017).

Ljudi s težavami v duševnem zdravju še zdaleč niso osvobodili, temveč so jih le preselili iz enega zaprtega prostora v drugega ali celo izgnali, ker so bili preveč moteči. Vseeno je ta obrat prinesel tudi neke vrste revolucijo. Osvoboditev je namreč snela okove in odpravila zunanjo surovost in zunanjo, fizično represijo. Moralna obravnava, kot so poimenovali novo tehnologijo upravljanja z bolniki, se je odrekla starim surovim tehnikam ustrahovanja, dresiranja in udomačevanja in je priznala norcu človeškost; temeljila je na njegovi prevzgoji (Flaker, 1998).

Leta 1838 so prvič v zgodovini sprejeli Zakon o norišnicah, kar se je zgodilo v času vladanja Ludvika Filipa. Zakon je v nekaj letih postal aktualen tudi drugod po svetu in je bil izhodišče za ostale zakone po svetu, na podlagi katerih so nastajale vedno nove norišnice, ki so imele isti imenovalec – iz brezuma narediti nekaj nenevarnega. Kot piše Toresini (2017), so to naredili tako, da so osamili in izločili nosilce brezuma na način, da so brezumje racionalizirali; če je bilo treba, tudi na silo (prav tam).

Proti sredini 19. stoletja je bilo mogoče čutiti vpliv pozitivizma v znanosti, razvojni nauk tistega časa je imel velik vpliv na psihiatrijo. Glavna značilnost vpliva teorije evolucije na psihiatrijo je še vedno veljavna anatomsko funkcionalna ugotovitev, da so v naših možganih tri možganske skorje, ki ležijo ena nad drugo, arhipalium, paleopalium, neopalium, ki na hierarhičen način, ne le fiziološko, temveč tudi na ravni etike, upravljajo druga drugo. Zgodovinsko pomemben, tudi za današnjo psihiatrijo, je pogled Cesareja Lombrosoja, ki je v tistem času oblikoval hipotezo, da je norost nadvlada paleopalija nad neopalijem, kar bi v praksi pomenilo, da človek izgublja nadzor nad razumom. Lombroso je verjel, da bi lahko sčasoma vse zapore spremenili v bolnišnice in s tem zapornike oziroma povzročitelje kaznivih dejanj, spremenili v bolne ljudi. Ob tem je spregledal dejstvo, da bi v tem primeru nihče več ne imel svobodne volje. Iz tega preprostega, sugestivnega koncepta izhaja ideja o »biti brez pravic«, ki je vir, kot pravi Toresini (2017), dvoumnih predstav psihiatrije.

Kecmanović (2014) piše o psihiatričnih bolnišnicah v zadnjih 200 letih, ki odslikavajo ozko povezanost družbe in psihiatrije in hkrati nesposobnost družbe, da najde obliko zaščite in obravnave uporabnikov, ki bi hkrati zadovoljila tako uporabnike kot družbo (prav tam). Te ustanove so bile neke vrste kombinacija zapora in ubožnice za tako poimenovane »duševno motene ljudi«. Tretirani so bili kot družbeni odpadniki, kriminalci, v majhnih zasebnih norišnicah obravnava ni bila mnogo boljša (prav tam). Umaknjeni od oči javnosti in svojih sorodnikov so »duševno motene« najpogosteje trajno zadrževali v ustanovah, prepuščene na milost in nemilost nekvalificiranemu osebju, ki je bolj opravljalo vlogo čuvajev kot karkoli drugega (prav tam). Avtorica Ule (2012) piše, da je bila prevlada medicine izrazita, temeljila je na določenih mehanizmih moči, ki od 18. stoletja prežemajo telo in ga ohranjajo pod nadzorom. Kecmanović (2014) nadaljuje, da se je v prvi tretjini 19. stoletja rodila ideja o državni duševni bolnišnici kot neke vrste rešitvi za družbo in tako imenovane »duševno motene ljudi« (prav tam). Cilj je bil, tako so utemeljevali, pomiritev teh ljudi v duševni bolnišnici, kjer jih ne bo nihče zlorabljal. Imeli bodo redne obroke in lahko se bodo udeleževali v različnih družabnih, delovnih in zabavnih aktivnostih, kar bo blagodejno delovalo na stanje njihovega duševnega zdravja na poti k ozdravitvi. Na drugi strani se bodo iz družbe na takšen način umaknili tisti, ki motijo družbeni red in mir in družba ob tem ne bo imela slabe vesti zaradi teh ljudi, ker so jih namestili v duševne bolnišnice (prav tam). Pogosto so bili tretirani kot kriminalci, družbeni odpadniki in družinsko prekletstvo. V tej situaciji se je njihovo duševno zdravje samo še slabšalo, postajali so še večja motnja tistim, ki so jih motili. V prvi polovici 20. stoletja so se začeli oglašati tisti, ki so opazili slabosti psihiatrične bolnišnice, ki je sicer uspešno opravljala vlogo hrambe motečih elementov, ampak v tej sredini niso našli ničesar terapevtskega. Kritično

so analizirali duševne bolnišnice sredi 20. stoletja v sorazmerno kratki periodi, ko je bilo objavljenih kar nekaj del, ki so prikazovala stanje v duševnih bolnišnicah (na primer Goffmanovi Azili). Glavna predpostavka je bila, da ljudje s težavami v duševnem zdravju lahko ozdravijo, če je bolezen dovolj hitro prepoznana in so hkrati umaknjeni od skupnosti (Jacobson, 2004, po Starnino, 2009). Po drugi strani pa so se posamezniki, ki niso mogli biti nameščeni v te ustanove, ker so bile preprosto prepolne, znašli po ulici, delali večje in manjše incidente, doživljali ponižanja in bili prepuščeni milosti in nemilosti prebivalcev (Kecmanović, 2014). Te situacije so bile pogosto razlog družinskega sramu in zato se je družina svojega bližnjega, ki je imel težave z duševnim zdravjem, poskušala rešiti. Odložili so ga v te ustanove ali pa ga pustili, da dela, kar hoče, da je le čim dlje od njih. Glede na to, da v tem obdobju niso obstajala nikakršna zdravila, ki bi pomagala tem ljudem, je jasno, da njihova obravnava ni bila ustrezna (prav tam).

2.2.2. Psihiatrična bolnišnica danes

Cilj te disertacije je prav ta: pogledati na psihiatrično bolnišnico in aktivnosti v njej s perspektive socialnih delavk in uporabnikov. Long, Hunter in van der Geest (2008) pišejo, da je bilo v preteklosti sicer majhno zanimanje za tovrstne raziskave, obstoječe so večinoma opravili sociologi. Zdi se, da so bile bolnišnice preveč blizu in preveč znane, da bi vzbudile pozornost raziskovalcev, obenem pa nikoli niso bile preveč dostopne (prav tam). Po mnenju Kecmanovića (2014) predmet socioloških raziskav niso psihopatološke manifestacije hospitaliziranih uporabnikov, ampak psihiatrične bolnišnice kot institucije, funkcioniranje različnih socialnih skupin znotraj bolnišnice, norme in sankcije, ki regulirajo njihovo obnašanje, in dinamika njihovega medsebojnega odnosa. Pomembna je uporabnikova izkušnja bolnišničnega okolja (prav tam). Lamovec (1998) piše, da je s stališča uporabnikov velik problem prav psihiatrična institucija sama (prav tam). Totalna ustanova je zanimiva s sociološkega vidika ravno zato, ker je, kot pravi Goffman (2019), »družbeni hibrid«, saj je deloma bivanjska skupnost in deloma formalna organizacija.

Raziskava v namen disertacije je bila opravljena v psihiatrični bolnišnici. Zanimal me je bolnišnični prostor, uporabniki kot začasni stanovalci in zaposleni strokovni delavci, ki v teh prostorih opravljajo svoje delo.

V Sloveniji je bolnišnična psihiatrična obravnava urejena na sekundarni in na terciarni ravni. Sekundarna raven pokriva specialistične ambulante v bolnišnicah in regionalne splošne psihiatrične bolnišnice. Te so štiri:

- Psihiatrična bolnišnica Idrija,
- Psihiatrična bolnišnica Vojnik,
- Psihiatrična bolnišnica Begunje,
- Psihiatrična bolnišnica Ormož.

Klinični bolnišnici pokrivata tudi terciarno raven, kamor spadajo posamezni specializirani oddelki (kot so Enota za motnje hranjenja, Enota za adolescentno psihiatrijo, Gerontopsihiatrija, Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog) in pedagoška ter raziskovalna dejavnost. Klinični bolnišnici sta dve:

- Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana in
- Klinični center Maribor – Oddelek za psihiatrijo (Novak Grubič in Tavčar, 2010).

2.2.3. Zgodovina in razvoj Psihiatrične bolnišnice Idrija

V nadaljevanju je podrobneje predstavljen razvoj Psihiatrične bolnišnice Idrija, v kateri je bila izpeljana glavna raziskava.

Pišljar (2018) piše, da je slovenska psihiatrija po drugi svetovni vojni končala na razvalinah predvojne psihiatrične službe. Slovenija je s priključeno Primorsko pridobila še novo tretjino ozemlja, ki je bilo brez psihiatričnih ustanov. Na začetku petdesetih let so psihiatriji z adaptacijo starejših objektov namenili nove posteljne zmogljivosti, najprej v Begunjah in Idriji. Pod imenom »Bolnišnica za duševne bolezni Idrija« je bila ustanovljena z odločbo Izvršnega sveta Ljudske Republike Slovenije 25. 5. 1954. Sledila je obnova in adaptacija po vojni izpraznjene vojašnice. Aprila 1957 je bila slovesna otvoritev bolnišnice, direktorsko mesto je prevzel zdravnik Milan Miklavčič. Delo bolnišnice se je začelo s prihodom prvih ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki so jih premestili iz Bolnišnice za duševne in živčne bolezni Ljubljana Polje, že prvo leto pa so začeli sprejemati ljudi s Primorske in s tem nadomestili izgubo bolnišnic v Gorici in Trstu.

Ob odprtju je bilo v bolnišnici 425 postelj in 10 mrežnic. Sobe, namenjene nastanitvi ljudi s težavami v duševnem zdravju, so bile po takratnih standardih šestposteljne, sedemposteljne ali desetposteljne. Začetno azilsko vlogo je kmalu strokovno ter kadrovsko prerasla in z uvajanjem novejših terapevtskih pristopov je šla v korak z vodilnimi slovenskimi psihiatričnimi ustanovami. V šestdesetih letih je bolnišnica organizirala ter kadrovsko poskrbela za delovanje prvih psihiatričnih ambulant ter dispanzerjev ter pozneje zgradila izvenbolnišnično mrežo. Z organizacijo psihiatričnih dispanzerjev je približala pomoč prebivalcem posameznih področij obširne regije ter dopolnila bolnišnično oskrbo. V bolnišnici sta se najprej oblikovala ženski in

moški intenzivni psihiatrični oddelek, ki sta nudila pomoč osebam z akutnimi oblikami duševnih motenj. V tistem obdobju je bila kadrovska zasedenost izjemno nizka, saj je bilo zaposlenih le 81 delavcev, od tega 24 bolničark in bolničarjev, 16 strežnikov, 2 medicinski sestre in zdravnik. V prvih letih, ko srednjega kadra tako rekoč ni bilo, je bila pomembna organizacija interno priznane šole za medicinske sestre. Danes ima psihiatrična bolnišnica status učne bolnišnice ter z učiteljskim in sistemskim kadrom sodeluje na različnih fakultetah.

Ob visokem deležu ljudi, ki so potrebovali bolnišnično pomoč pri urejanju težav z zasvojenostjo, je leta 1970 začel delovati Oddelek za zdravljenje odvisnosti od alkohola. V naslednjih letih je osebje oddelka omogočalo vrsto oblik pomoči na bolnišničnem ter ambulantnem nivoju, podprl pa tudi razvoj široke mreže Klubov zdravljenih alkoholikov. Leta 1973 je bolnišnica ustanovila Gerontopsihiatrični oddelek, namenjen vedno številčnejši populaciji starostnikov, kar je zahtevalo interdisciplinarni pristop obravnave.

Od leta 1994 je bila bolnišnica večkrat adaptirana, kar je pripomoglo k boljšemu standardu bivanja in razvoju dejavnosti. Po prvi adaptaciji je bil leta 1994 ustanovljen Psihoterapevtski oddelek, ki je omogočil intenzivnejšo psihoterapevtsko pomoč. Od leta 2008 se uporabniki po končanem zdravljenju lahko odločijo za nadaljnjo obliko podpore v domačem okolju v okviru Psihiatričnega zdravljenja v skupnosti (Pišljarič, 2018).

Psihiatrična bolnišnica Idrija ima razvejano obliko ambulantnega psihiatričnega zdravljenja, in sicer v sami bolnišnici ter tudi v nekaterih centrih regije, ki jo bolnišnica pokriva. V ambulantni psihiatrični dejavnosti PB Idrija delujejo splošna psihiatrična ambulanta, urgentna psihiatrična ambulanta, psihiatrična ambulanta v okviru izvajanja dežurne službe, gerontopsihiatrična ambulanta, ambulanta za psihične motnje ob epilepsiji, ambulanta za sistemsko družinsko psihoterapijo, EEG-laboratorij, ambulantna dejavnost programa oddelka za zdravljenje odvisnosti od alkohola, ambulate skupinske psihoterapevtske obravnave v sklopu oddelka za zdravljenje odvisnosti, v sklopu psihoterapevtskega oddelka, alkoholška ambulanta za voznike, ambulantna dejavnost v okviru psihiatričnega zdravljenja v skupnosti. V letu 2019 je bilo skupno opravljenih 14141 ambulantnih obiskov (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022b).

2.2.4. Sprejem v psihiatrično bolnišnico

V poglavju, ki sledi, bo predstavljen postopek sprejema v psihiatrično bolnišnico dandanes, začela bom s podatki o sprejemih v vseh šestih psihiatričnih bolnišnicah oziroma oddelkih v letu 2019, kar sovпада tudi z analizo dokumentacije socialne službe v empiričnem delu

doktorske disertacije, ki je zajela leto 2019. Zaradi epidemioloških razmer kot posledice covida-19 je bilo delovanje v vseh Psihiatričnih bolnišnicah prilagojeno razmeram.

Tabela 2.3: Število sprejemov v PB v letu 2019

	PB Idrija	PB Vojnik	PB Begunje	PB Ormož	PK Ljubljana	UKC MB psihiatrija
Št. primerov v hospit. in dnevnem zdravljenju	1704	1260	1610	1133	4468	1594

Vir: PB Begunje, 2022, PB Idrija, 2022a, PB Ormož, 2022, PB Vojnik, 2022, PK Ljubljana, 2022, UKC Maribor – oddelek za psihiatrijo, 2022

Iz Strokovnega poročila psihiatrične bolnišnice Idrija za leto 2019 (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2020) je razvidno, da je bila v celotnem deležu odpuščenih pacientov tretjina prvič sprejeta na zdravljenje, in sicer 528 prvih sprejemov (289 moških, 239 žensk). Rafaelič in Flaker (2023) pišeta, da je statistično gledano v psihiatričnih ustanovah po svetu več žensk kakor moških. V Sloveniji sicer statistika na videz kaže večjo zastopanost moških kot uporabnikov psihiatrije. To je posledica tega, da v Sloveniji, v nasprotju z drugimi statistikami, med psihiatrične bolnike prištevajo tudi tiste, ki se zdravijo od odvisnosti od alkohola, torej pretežno moške (prav tam). Avtorja v nadaljevanju pišeta, da se ženske lažje pozdravi, ali bolje rečeno, se jih lažje disciplinira, da se lahko vrnejo na svoje mesto v družbi. Mesto moških je bolj v službi in družbi, kakor doma oziroma v gospodinjstvu, kar opozarja na vprašanje spola, še posebej v procesu dezinstitutionalizacije. Ni vprašanje boja enega spola proti drugemu, pač pa obeh spolov za prevrednotenje klasičnih spolnih vlog, ki jih zapoveduje patriarhalna družba (prav tam).

Vsaka hospitalizacija poteka po ustaljenih postopkih in protokolih, določena je klinična pot. Značilnost institucij, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem, je, da so tradicionalne in temeljijo na medicinskem pojmovanju duševnega zdravja, ki z medikamenti zdravi telo, ter da se vanje pogosto zatekajo ljudje z najrazličnejšimi težavami, ki nimajo medicinskega izvora. Na medicinskem modelu utemeljene institucije pogosto opravljajo vlogo zavetišč in azilov (Zaviršek, 1994).

Sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico lahko poteka na dva načina: s privolitvijo in brez privolitve, kar zelo natančno opredeljuje Zakon o duševnem zdravju (2008). Avtorja Rafaelič in Flaker (2021) pišeta, da je kriterij prostovoljnega vstopa v ustanovo zelo pomemben z vidika človekovih pravic, a zelo težko določljiv, in opozarjata, da svobodna volja ni lastnost

ustanov, temveč ljudi, ki vanjo stopajo ali se temu upirajo, in možnosti, ki mu jo za uresničevanje svoje volje zagotavlja na eni strani neposredno okolje, na drugi pa ureditev sistema oziroma storitve, ki so na voljo zunaj ustanov (Rafaelič in Flaker, 2021).

Že Goffman (2019) je pisal o sprejemih v psihiatrično bolnišnico in opisoval vloge oseb, ki vplivajo na sprejem uporabnika v psihiatrično bolnišnico. Imenoval jih je »agenti«, pri čemer se lahko posamezna vloga v vsakem konkretnem krogu zapolni več kot enkrat in isti človek lahko opravlja več kot eno vlogo. Uporabnika v obdobju pred sprejemom imenuje »predbolnik«. Prvi je »najbližji-v-odnosu«, človek, ki ga »predbolnik« vidi kot najdostopnejšega, kot tistega, na katerega bi se lahko v težavnih časih najlažje zanesel, in v tem primeru zadnji, ki bi podvomil o njegovi prisebnosti in hkrati prvi, ki bi mu prihranil usodo, ki se mu obeta (prav tam). Flaker (1993) piše, da se od sodobnega, avtonomnega posameznika pričakuje, da bo skrbel zase, da se bo redno hranil, da bo imel pospravljeno stanovanje, urejeno zunanost in urnik spanja, ne glede na to, ali živi sam ali v sožitju z drugimi. Neupoštevanje teh standardov je znanilec, da je s človekom nekaj narobe, verjetno je duševno bolan (prav tam). Goffman (prav tam) razlaga, da običajno prvi, čeprav ne vedno nujno, zaznavajo spremembe sorodniki, ki prevzamejo vlogo pritožnika. Poleg vloge pritožnika, za katerega se kasneje izkaže, da je človeka »pahnila« na pot v bolnišnico, Goffman definira še druge vloge (prav tam). Te vloge definira kot posrednike, vrsto agentov in agencij, h katerim napotijo »predbolnika«. Njihova naloga je, da »predbolnika« procesirajo na poti v bolnišnico. Mednje Goffman (prav tam) uvršča policijo, zdravnike splošne medicine, ambulantne psihiatre, osebe splošnih bolnišnic, socialne delavke. Eden od posrednikov je zakonsko pooblaščen za prisilno namestitve v bolnišnico in jo tudi izpelje; posredniki, ki so v ta proces vpleteni pred njimi, torej sodelujejo v nečem, kar še nima dokončnega izida. Ko se posredniki umaknejo s prizorišča, predbolnik postane bolnišnični bolnik (Goffman, 2019, str. 131–136). Na svoji poti od doma utegne predbolnik sodelovati v nečem, kar verjetno doživlja kot odtujevalno koalicijo. Njegov »najbližji-v-odnosu« pritiska nanj, naj gre in se pogovori z zdravnikom, ambulantnim psihiatrom ali drugim svetovalcem. Njegova nepripravljenost lahko naleti na grožnje, da ga bodo zapustili, se mu odpovedali ali kako drugače ukrepali proti njemu. Najpogosteje se »najbližji-v-odnosu« kar sam dogovori za srečanje. »Predbolnik« se na srečanje odpravi prepričan, da gresta na pogovor kot enakopravna partnerja in da med njiju ne more priti nekdo tretji (prav tam, str. 136–137). Uporabnik pride v ustanovo s svojo prezentno kulturo, z življenjskim slogom in dejavnostmi, ki so do takrat samoumevne, vendar le do sprejema na zdravljenje.

Lamovec (1998) nazorno prikaže proces, v katerem postane navaden državljani »duševni bolnik«, ki se največkrat začne tako, da nekdo iz njegove neposredne okolice (član družine), delodajalec, sodelavec ali sosed opazi, da se »čudno vede«. Ko nenavadno vedenje preseže stopnjo tolerantnosti okolice (ta je lahko zelo različna), se spomnijo na psihiatra (prav tam). Najprej poskušajo osebo diskretno opozoriti, da se oglasi pri njem. Če tega ne stori, se običajno še nekoliko obotavljajo, dokler ne nastopi dogodek, ki ga lahko označijo kot zadnji povod. Ta dogodek okolico dokončno prepriča, da oseba zares trpi za »duševno boleznijo«. Psihiater naj bi le potrdil, kar so že sami ugotovili. Določijo prisilno hospitalizacijo oziroma pridržanje brez privolitve (prav tam). Hospitalizacija je za človeka z duševno stisko tisto najbolj prepoznavno in usodno znamenje, da je uporabnik psihiatrije, saj predstavlja skupno realno osnovo, dogodek, ki definira dominanten okvir skupne izkušnje (prav tam).

Mali in Grebenc (2021) pišeta, da so socialne delavke in uporabniki storitev podrejeni temu institucionalnemu redu (prav tam). Naloga zaposlenih postane, da uporabnike ocenijo, ali izpolnjujejo pogoje za pomoč in imajo pravico vstopiti v sistem, nato jih usmerjajo do sodelavcev, ki so pristojni za njihovo zadevo in jih pripravijo na pravila, ki naj jih upoštevajo, dokler so kot uporabniki vpeti v sistem (prav tam).

Avtorici Mali in Grebenc (2021, str. 68–69) navajata značilnosti postopkovnega dela v ustanovah, kot je psihiatrična bolnišnica:

- Neosebna pravila organizacije: to vključuje tehnična in administrativna navodila za delo, pravila obnašanja, videz.
- Razvrščanje ljudi v kategorije uporabnikov: zaposleni morajo individualne, enkratne situacije ljudi prevajati v kategorije storitev, dajatev. Ljudje postanejo primeri, zaposlenim so problem uporabniki, ki ne sodijo povsem jasno v neko kategorijo.
- Razpršenost nalog: zaposleni imajo občutek, da jim primanjkuje znanja in časa, da bi delo dobro opravili. Ocenjujejo, da je premalo sodelovanja z drugimi strokami in da so preobremenjeni.
- Nejasne pristojnosti: zaposleni so v dvomih, kdo je pristojen, še posebej, ko imajo uporabniki kompleksne probleme, kdo naj sprejme primer, kam naj ga napotijo in ali imajo sploh pooblastila, da nekoga nekam napotijo.
- Zaposleni izražajo nezadovoljstvo z delovanjem drugih služb, imajo občutek, da jih neodzivnost, neznanje ali slaba praksa drugih institucij ovira.

Avtorji Flaker, Mali, Kodele, Grebenc, Škerjanc in Urek (2008) pišejo, da ima hospitalizacija objektivizacijski učinek. Ker je človek odsoten in je v bolnišnici, lahko občinstvo

sklepa in sodi, da je bolan. Tako hospitalizacija brez posebnega napora vsili interpretacijski okvir bolezni (prav tam).

V Sloveniji je prejem na zdravljenje s privolitvijo odraz svobodne volje osebe, kar uporabnik pisno in lastnoročno potrdi s podpisom in poteka z napotnico ali brez nje, če sprejemni zdravnik ugotovi, da so za to izpolnjeni vsi pogoji. Zakon o duševnem zdravju (2008) pojasnjuje, da lahko oseba, ki je privolila v sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom, privolitev kadar koli prekliče in zahteva, da se jo odpusti z zdravljenja. V primeru, da zdravnik oceni, da so pri osebi podani razlogi kljub preklicu privolitve, to zadrži na zdravljenju ter jo pouči o razlogih za zadržanje in pravici do odvetnika. O zadržanju osebe zdravnik v štirih urah pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice, ki mora obvestiti pristojno sodišče, ki odloči o zadržanju po postopku za sprejem na zdravljenje v nujnih primerih. Zakon o duševnem zdravju (2008) opredeljuje nalogo direktorja psihiatrične bolnišnice, ki mora o zadržanju obvestiti tudi najbližjo osebo in zastopnika, če gre za mladoletnika ali polnoletno osebo, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, pa tudi zakonitega zastopnika. Zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve je dopustno ob izpolnjenih naslednjih pogojih: če oseba ogroža svoje življenje ali življenje drugih, ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih, ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, če je ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje, in če navedenih vzrokov in ogrožanja ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo) – 36., 37., 38. in 39. člen Zakona o duševnem zdravju (2008). Sprejem na zdravljenje brez privolitve iz prejšnjega odstavka se opravi na podlagi sklepa sodišča, ki se izda po predlogu za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom ali v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča v primeru, ko je zaradi narave duševne motnje osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja oziroma preprečijo stiki z okolico, še preden se izpelje postopek za sprejem brez privolitve – 53. člen Zakona o duševnem zdravju (2008). Po prejemu predloga sodišče odredi, da osebo pregleda izvedenec oziroma izvedenka psihiatrične stroke in v treh dneh poda mnenje o njenem zdravstvenem stanju, ki vsebuje tudi oceno, ali obstaja možnost zdravljenja v nadzorovani obravnavi oziroma obravnave v varovanem oddelku. V odredbi sodišče določi izvajalca psihiatričnega zdravljenja, pri katerem se opravi pregled. Odredbo posreduje osebi na zdravljenju, odvetniku, izvedencu in izvajalcu psihiatričnega zdravljenja – 43. člen Zakona o duševnem zdravju (2008).

Prisilno pridržanje mora biti natančno pravno opredeljeno, saj je, kot piše Teršek (2009), prisilno pridržanje na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice močan poseg v človekove

pravice in temeljne svoboščine bolnika, zlasti v njegove temeljne ustavne pravice do osebne svobode (19. člen Ustave RS), do varstva duševne integritete (35. člen Ustave RS) in do prostovoljnega zdravljenja (51. člen Ustave RS) (Ustava Republike Slovenije, 1991). V letu 2019 je bilo v Psihiatrično bolnišnico Idrija na zdravljenje v nujnih primerih brez njihove privolitve sprejetih 397 oseb (v letu 2018 – 377, 2017 – 428, v letu 2016 – 455, 2015 – 403, 2014 – 381). Število vključuje tako uporabnike, ki ne soglašajo z zdravljenjem, kot tudi tiste, ki niso sposobni izraziti svoje volje. V letu 2019 so bile v bolnišnico na zdravljenje brez privolitve na podlagi sklepa sodišča sprejete štiri osebe, postopek opredeljuje Zakon o duševnem zdravju (2008) (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2020).

O številnih dilemah, s katerimi se soočajo zaposleni v psihiatrični bolnišnici, piše Flaker (1998), ki trdi, da mora osebje pogosto tehtati med tistim, kar je dobro za varovanca, in med žrtvovanjem drugih standardov, ter prikaže intenziteto nadzorov na primeru samomorilnega človeka. Naloga zaposlenih, da človeka obdržijo pri življenju, zahteva, da ga morajo stalno nadzorovati, včasih celo privezati na stol ali zapreti, ali če so, denimo vrata ustanove odprta zaradi tistih pacientov, ki imajo pravico izhoda, morajo biti zaprti na oddelkih tisti, ki bi se lahko sicer sprehajali po dvorišču ustanove (prav tam).

2.2.5. Diagnoze kot orodje razvrščanja v medicini

Socialne delavke, ki delujejo na področju psihiatrije, so del zdravstvenega sistema, kjer postavljanje diagnoz in zdravljenje različnih težav teče po ustaljenih postopkih. Medicina je v 18. stoletju dobivala vse bolj pomembno mesto pri upravljanju s špitalskim sistemom. Hkrati je v istem času tudi sama norost dobivala čedalje bolj medicinski obraz ali obleko. Čedalje več je bilo namreč znanstvenih razprav o mentalnih boleznih (Flaker, 1998). Flaker (1998) piše, da je bilo temeljno Pinellovo dejanje ureditev špitalskega prostora. Z urejanjem prostora totalne ustanove je norost ostala sama zase, ni bila več združena v skupku gorja. Ko se je ločila od bede, je lahko postala duševna bolezen. Opazovati jo je bilo mogoče v klasificiranem prostoru kot tako, kot simptome (Flaker, 1998). Psihatrija naboja, ki ga je medicina naredila na začetku 19. stoletja, ne more narediti (Foucault, 1998). Znanstveni preboj medicine je bil prav v imperativu, da najde za bolezenske slike podlago v določenem organu, da za tisto, kar je vidno nad kožo, najde vzrok pod njo. Psihatrija tega ne more storiti, bodisi zato, ker duša ni organ, bodisi zato, ker se, ko najdejo organ, v katerem je vzrok za določeno duševno motnjo, ta bolezen preseli s psihiatrije v tisto vejo medicine, ki ta organ obravnava (Flaker, 2015). Avtor nadaljuje, da sta razloga, da je psihiatrična taksonomija kljub omejenemu znanstvenemu obsegu vztrajala,

dva. Prvi je, da je prav poimenovanje motnje temelj in podlaga za družbeno reakcijo na družbeno neželena ali nesprejemljiva dejanja, ravnanja, stanja, torej v klasični psihiatriji za namestitev v bolnišnico ali zavod. Drugi je, da omogoča razdeljevanje zdravil in večanje profitov farmacevtske industrije (prav tam).

Ljudje, ki iščejo pomoč za svoje kompleksne težave v psihiatriji, morajo najprej opraviti postopek diagnosticiranja. V psihiatrični bolnišnici je temelj, ki omogoča obravnavo, diagnozo, ki jo postavi zdravnik. Ta glede na diagnozo postavi odgovore (recept, navodila za ravnanje). Socialno delo se z isto situacijo spopada na način, ki upošteva nepredvidljivost (želje posameznika, odzive okolja, razpoložljive vire v skupnosti) (Kvaternik in Grebenc, 2008).

Medicinski model in biopsihosocialni model sta si, kot pravi Hickley (2013), popolnoma različna, celo nezdržljiva. Navaja (prav tam) primer perspektive psihiatra, ki je prepričan, da posameznik sam ne more narediti ničesar za izboljšanje svoje bolezni. Za kakršno koli izboljšanje je nujno potrebno jemanje zdravil, ki jih je predpisal. Razmišljanje in delovanje s perspektive biopsihosocialnega modela (prav tam) pa je, da je posameznik edini, ki lahko vpliva na spremembe. Pri tem bo morda potreboval določeno pomoč, bodisi od družine, prijateljev, sodelavcev ali od različnih strokovnjakov (socialnih delavk, psihologov in drugih) (prav tam). Za medicinski pristop je značilna osredotočenost na pomanjkljivosti posameznika in vanj umešča težavo njegove izključenosti iz družbe. Medicinski pristop raziskuje, kaj je s človekom narobe, kaj ne deluje, oziroma v čem odstopa od norme (Škerjanc, 2006). V nasprotju z medicinskim pristopom se socialni model osredotoča na prepoznavanje in preštevanje ovir, ki preprečujejo ljudem polno participacijo in kakovostno življenje v skupnosti (prav tam).

Muršič (2022, str. 15) je prepričan, da antropološko gledano ni ne normalnosti ne norosti, ampak obstajajo le najrazličnejše skupne izkušnje. Tisto, kar razumemo kot norost, je plod uspešnosti in neuspešnosti govorice, je točka prekritja, s katero se osmisli celotna resničnost; točka, s katero lahko osmislimo dobesedno karkoli in točka, ki ne dopušča alternativnih razlag: karkoli se zgodi, že ima smisel. Norost je v nekem smislu preobilica smisla (prav tam). Podobno razmišlja Lamovec (1998), ki piše, da nihče ne ve, kaj je pravzaprav »duševna bolezen«. Tako so poimenovali zelo različne pojave, ki jim je morda skupno samo to, da se ne vključujejo v racionalno (zamišljeno) družbeno zgradbo, in so lahko njihovi vzroki enako raznovrstni in večplastni kakor na primer vzroki revščine ali lahkote v družbi izobilja (prav tam). Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc (2013) pišejo o tem, da je uporaba psihiatričnih diagnoz in definiranje sebe kot duševnega bolnika posledica različnih momentov in ponudijo več možnih razlag. Ena razlaga je ta, da je to pač ena od možnih posledic navadno dramatičnih dogodkov v življenju uporabnika, druga razlaga je, da ima nalepka duševne bolezni tudi praktično vrednost –

upravičenost do določenih ugodnosti, dajatev ali nevtralizira deviantna vedenja. Tretja, po mnenju avtorjev najbolj tragična, je ta, da je nalepka edino ali eno redkih identifikacijskih orodij za človeka, ki doživlja dolgotrajno stisko. Človek lahko začne izgubljati vloge, ki jih drugače ima v življenju in na koncu mu preostane le še ta. Zato je tako pomembno, da se v načrt odpusta, ki sledi metodi osebnega načrtovanja in izvajanja storitev, zapišejo tudi dejavnosti, ki uporabniku omogočajo stopiti tudi v druge vloge (prav tam). Govorimo o cenjenih vlogah.

Diagnoze so po mnenju Jutel (2009) orodje za razvrščanje v medicini in so ključnega pomena za vzdrževanje njene vloge v družbi in družbeno ter socialno orodje z edinstvenimi lastnostmi in vplivi. Diagnosticiranje postavi okvir, v katerem medicina deluje, slavi in poudarja avtoritativno vlogo zdravnika in medicine. Diagnoza ima mesto na stičišču med pacientom (uporabnikom) in zdravnikom. Diagnoza je del sistema medicine in način, kako ustvari družbeni red, organizira bolezen, določi možnosti zdravljenja, predvidi izide in zagotavlja razlagalne okvire. Uporabna je tudi za administrativne namene, omogoča dostop do storitev in statusa. Biti diagnosticiran daje dovoljenje za »biti bolan« in kar je bilo včasih pritoževanje, je zdaj bolezen. Diagnoze so nekaj, kar je Parsons (1951, po Jutel, 2009) označil kot »zahtevek za oprostitev«. Aronowitz (2001, po Jutel, 2009) trdi, da čeprav so biološki in klinični dejavniki postavili okvirje pojmu bolezni, so družbeni vplivi v veliki meri določili, kateri skupki simptomov so postali bolezen. Medicina je in še vedno uporablja termine, kot so relaps, remisija, okrevanje, ki temeljijo na simptomih. Ko je sistem usmerjen na bolezen in ne na osebo, na primanjkljaje in ne na vire moči, ter upravljan z diagnozami, tveganjem in boleznijo, potem tak medicinski pogled na ljudi s težavami v duševnem zdravju lahko vodi v diskriminacijo in nevarne prakse, kar je zgodovinsko zelo razvidno (Adam in Petrakis, 2020). Xie (2013) piše, da se tradicionalno mnoge duševne težave smatra kot nepovratno poškodovane spremembe v možganih, zato naj okrevanje ne bi bilo mogoče (prav tam). To je mogoče razumeti na način, da s perspektive medicinskega modela posameznik le malo ali nič ne more sam narediti za svoje dobro duševno zdravje.

Ena od značilnosti tradicionalne psihiatrije je prav ta, da zanika povezave med dogodki vsakdanjega življenja in hospitalizacijo. Antropologija zdravja pokaže, da je vsaka bolezen tudi govorica, da je telo njen reprezentant in pripovedovalec in da je medicinska obravnava socialna in politična praksa. Je torej kot bolezen sama družbeni fenomen (Zaviršek, 1994). Kvaternik in Grebenc (2008) pišeta o tem, da medicina človeka dojema predvsem kot fizično bitje, ožje pa ga psihiatrija dojema na podlagi (ne)delovanja njegovih možganov. Ob tem se ne upošteva človeka kot socialno bitje, ki ni samo produkt, ampak tudi akter v okolju, kjer v vsakdanjem življenju vstopa v različne odnose z drugimi in pri tem opravlja različne družbene vloge (prav

tam). Avtorici zapišeta, da kljub temu medicinski diskurz o zdravju, bolezni in telesu prevladuje tako v javnosti kot v zasebnosti. Diagnoza posameznike trajno zaznamuje in jim onemogoči vrnitev v stanje pred boleznijo (prav tam). V psihiatriji imajo besede magično moč, posameznika spremenijo v predmet psihiatrične obravnave, potem ga postavijo v družbeno vlogo bolnika in tej vlogi je težko ulti (prav tam). Lešnik (1998) piše, da diagnoza in simptomatologija nista le abstraktni problem klasifikacije, ampak imata tudi težo odločitev in ukrepov, ki spreminjajo življenja. To so dejanja, izvedena s položaja oblasti, kamor inavgurira ekspertna vednost, ta pa se proizvede prav v razmerju, kjer ekspert preiskuje svoj objekt, kar ni nič drugega kot oblastno razmerje (prav tam). Goffman (2019) piše o sprejemu v bolnišnico, ko uporabnike, ne glede na socialne okoliščine, obravnavajo kot nekoga, čigar problema se je mogoče lotiti in odpraviti z uporabo tehnično-psihiatričnega pogleda, pri čemer niso pomembni spol, starost, rasna pripadnost, zakonski stan, družbeni razred. To so samo postavke, ki jih sicer velja upoštevati (prav tam). Avtor Russo (2016) piše, da pri tem ni zanemarljivo dejstvo, da ne glede na to, kolikokrat je psihiatrija reformirana, vedno ostaja povezana z drugimi režimi upravljanja. Biomedicinski model duševnih bolezni, ki ga podpira korporativna farmacevtska industrija, je ena od svetovnih vladajočih ideologij.

V programu OMRA (2023), ki je namenjen ljudem s težavami v duševnem zdravju, njihovim svojcem in tudi širši javnosti, opozarjajo, da so psihiatri tudi sami podvrženi pritisku, ki je povezan s kulturami birokratske odgovornosti. Ko psihiater govori s svojim pacientom, so nehoti prisotni tudi nevidni poslušalci – drugi strokovnjaki in kolegi, uprava zdravstvenega zavoda, zdravstvena zavarovalnica in vsi družbeni nadzorni mehanizmi. Psihiater je sicer pri svojem delu do neke mere strokovno samostojen, hkrati pa tesno vpet v sistem zdravstvenega varstva. Odgovoren ni samo uporabniku, temveč je odgovoren za celo vrsto postopkov, ki mu jih narekuje sistem. Izpostavljen je dodatnim skrbem in zahtevam, na primer, kako odvrniti ali zmanjšati tveganje, kako omogočiti dostop do zdravljenja, kako slediti standardiziranim postopkom zdravljenja, časovnemu pritisku itd. Lahko bi rekli, da je ves čas prisoten skriti »mikrofon«, ki srečanje psihiatra in uporabnika spremeni v okolje, kjer je pristen in pravičen dialog otežen, vzpostavljanje pristne in resnične človeške povezanosti pa ovirano (prav tam). V Angliji že več let poteka projekt RE:CREATE Psychiatry (Po-ustvariti psihiatrijo), ki je nastal kot odgovor na težave, ki izhajajo iz tega, da so psihiatri podvrženi pritisku družbe, v kateri je birokratska odgovornost vrednota. Projekt izvaja dobrodelni klub Mental Fight Club (Klub Duševni boj) iz Oxforda in vključuje delavnice in druge dogodke, katerih namen je, da lahko vsak, ne glede na strokovni profil ali človek, ki živi z izkušnjo duševne motnje, pove svoje mnenje ali spregovori o svoji izkušnji, ne da bi se pri tem počutil

nadrejenega ali podrejenega ali čutil breme birokratske odgovornosti oziroma občutek prisotnosti očitne hierarhije (OMRA, 2023).

2.2.6. Izguba izbire in avtonomije

Institucije ne definirata samo zgradba ali okolje, ampak predvsem izguba izbire in avtonomije (Rafaelič in Flaker, 2021). Totalne ustanove s svojo lastno kulturo ne morejo nadomestiti zunanje, že oblikovane. V primeru daljšega zdravljenja se lahko zgodi tako imenovana diskulturacija, odučevanje, ki ga naredi začasno nezmožnega, da bi po končanem zdravljenju in vrnitvi v domače okolje obvladal nekatere vidike vsakodnevnega življenja v zunanjem svetu (Goffman, 2019). V zvezi z življenjem v totalni ustanovi Goffman vpelje koncept sekundarnih prilagoditev. Z njimi varovanci ne izzivajo osebja neposredno, vendar jim te prilagoditve omogočajo zadovoljiti nedovoljena zadovoljstva (Flaker, 1998). Primarne prilagoditve pomenijo, da varovanec dela tisto, kar od njega uradno pričakujejo, sekundarne prilagoditve pa so način, kako uporabiti sredstva, ki so na voljo, na način, ki ga uradna definicija ne predvideva. Sekundarne prilagoditve so način, da si varovanec dokaže, da je še vedno svoj človek, so sredstvo samoprepoznavanja (samodeterminacije). S tem, ko nekdo nekaj uporabi na nepredpisan način, ko se oddalji od uradne definicije situacije, lahko dojame sebe kot tistega, ki odstopa (Flaker, 1998).

Kecmanović povzema razmišljanja Pinea in Levinsona (1961, po Kecmanović, 2014) o pričakovanih osebja, ki od človeka, ki je bil sprejet v obravnavo, najprej pričakuje, da, če tega še ni storil, sprejeme sebe kot »psihiatričnega bolnika«. Vsak poskus posameznika, da se upre temu, kar je sicer pogosto pri duševnih motnjah, pogosto slabi in celo izgine po sprejemu v duševno bolnišnico (prav tam). V skupnosti je posameznik imel možnost, da se ne strinja z zdravnikom ali farmacevtom, v bolnišnici, v kateri so po definiciji samo ljudje s težavami v duševnem zdravju in je 24 ur obkrožen z ljudmi s podobnimi težavami, pa težko še naprej verjame, da nima težav v duševnem zdravju (prav tam). Uporabnik ob začetku poskuša dokazati, da ni bolan, da se je v situaciji znašel po krivdi drugega in da ni pošteno, da mu bolnišnica vsiljuje status bolnika. Težnja po samospoštovanju je med uporabniki zelo razširjena, v njej začetni socialni stiki obsegajo podajanje informacij, koliko časa so že v bolnišnici in na katerem oddelku so, ne pa tudi razlogov za hospitalizacijo. Ob tem se od uporabnika pričakuje, da se v novi sredini socialno orientira in se prilagodi vsem vrednotam in pričakovanjem, ki jih imajo od njega, kar pomeni, da mora čim prej opustiti navade in običaje, potrebe in zahteve iz časa pred hospitalizacijo. Od uporabnika se pričakuje, da izpolnjuje pričakovanja osebja in vzpostavi odnose z drugimi uporabniki, kar bo njegovo bivanje v bolnišnici

naredilo manj neprijetno (prav tam). Mali in Grebenc (2021) pišeta, da nadzor in režimi upravljanja z ljudmi, ki so potrebni, da institucionalizirana oskrba sploh lahko poteka, sprožijo identitetno selekcijo (prav tam). Človek mora privoliti v standardiziran življenjski slog in sprejeti identiteto uporabnika storitev, ki mora pokazati pripravljenost za sodelovanje. S pokroviteljskim interpretiranjem temeljnih življenjskih potreb in z avtomatiziranim izvajanjem storitev se oblikujejo vsiljeni scenariji bivanja (prav tam). Uresničevanje potreb ni več vezano na življenjski ritem uporabnika in njegovega okolja in na osebne preference in izbire, ampak postane vprašanje urnika, rutine in količine; kaj, kdaj in koliko storitev lahko dobi skladno s pravili in pogodbo (prav tam).

Ko uporabnik vstopi v bolnišnico, obstaja še ena skupina možnosti, ki določa, kdaj bo uporabnik odpuščen iz bolnišnice; na primer želja družine po njegovi vrnitvi, dostopnost delovnega mesta, ki ga bo »obvladal«, in tako naprej. Nemalokrat se zgodi, da je po odpustu uporabnik pod nadzorom ter jurisdikcijo svojega »najbližjega-v-odnosu« (Goffman, 2019). Če se neprimerno vede, lahko hitro poskrbi za to, da je ponovno sprejet na zdravljenje. Po uradnem pogledu družbe so uporabniki psihiatričnih bolnišnic v njih v prvi vrsti zato, ker trpijo za duševno boleznijo. Toda na osnovi tega, da je število ljudi s težavami v duševnem zdravju zunaj bolnišnic blizu številu tistih v bolnišnicah ali pa ga celo presegajo, je mogoče ugotoviti, da ljudje, ki so na zdravljenju, ne trpijo toliko za duševno boleznijo, kot za kontingencami. Čeprav uporabniki odštevajo dneve do odpusta, pa v njih vzbuja misel na odpust tesnobo, sprašujejo se, ali jim bo zunaj uspelo, razmišljajo, da bi se vrnili nazaj v bolnišnico. Goffman (2019) piše, da kar je za zunanje ljudi navadno nezaznavno ozadje za zaznane like, je za uporabnika lik na obširnem obzorju (prav tam). Avtor nadaljuje o uporabnikih, ki kršijo hišna pravila kot način, kako odložiti odpust iz bolnišnice, ne da bi bilo treba sotrpinom priznati, da v resnici sploh nočejo oditi. Če uporabniki kršijo hišna, oddelčna pravila, sledijo kazni, v obliki odvzema izhoda, vikenda in podobno (prav tam).

2.2.7. Institucionalni prostor, čas in pravila

Psihiatrična bolnišnica, kjer ima še vedno prevlado medicina, je svojstven »kulturni sistem« in ima sebi lastne značilnosti: poseben jezik (medicinski žargon), besedila, obnašanje, oblačila (zdravniške halje), pravila, hierarhijo, vrednote, nauke, predsodke in stereotipe, šale, tehnologijo, postopke, prostore, izobraževanje in znanstveni sistem. Zanj veljajo vse značilnosti kulture, ki se spreminja: od kraja do kraja in skozi čas (Lipovec Čebren, 2016).

Goffman (2019) je poskušal razložiti strukturo in funkcijo osnovnih sestavnih delov duševne bolnišnice kot institucije. Trdil je, da se vsaka institucija trudi, da v čim večji meri vključi in s tem tudi izolira svoje člane. Ugotovil je, da so te institucije že na pogled specifične, imajo postavljene fizične ovire (zaklenjena vrata, visoki zidovi), kar preprečuje komunikacijo z zunanjim svetom. Goffman (2019) poimenuje s pojmom totalne institucije tiste ustanove, ki zajemajo skoraj vse vidike človekovega življenja in delovanja. Vsi vidiki posameznikovega življenja so zajeti v ustanovi pod določenimi pravili in oblastjo (prav tam). Hitro lahko ugotovimo, da bolj ali manj vse značilnosti veljajo tudi za psihiatrično bolnišnico. Po Goffmanu (2019) totalna ustanova zajema vse posameznikove potrebe, zanjo je značilno težko prehajanje med statusi, prisotne so disciplinske tehnike, uporaba prisile, vsakdanjik uporabnikov je prilagojen urniku in delu zaposlenih, tam je kolektivna obravnava ljudi, geografska oddaljenost od mest, zahteve in interesi organizacije imajo po navadi prednost pred posameznimi potrebami uporabnikov (prav tam).

Pomemben okvir doživljanju totalne ustanove je, da je disciplinski sistem. Goffman ga poimenuje »sistem privilegijev«, ki varovancu, ko proces mortifikacije še traja, omogoči nov okvir za osebno reorganizacijo. Ta sistem ima tri temeljne elemente:

- hišna pravila – razmeroma jasen ekspliciten in formalen niz pravil in predpisov, po katerih teče življenje varovanca;
- majhno število jasno določenih nagrad in privilegijev, ki jih dobi v zameno za upogljivost. To so navadno malenkosti, ki dajejo slutiti zunanji svet in stvari, ki jih je prej posameznik dojemal kot samoumevne (kava, cigarete, pogovor), v ustanovi pa je zanje prikrajšan. Velikokrat se kultura varovancev suče ravno okoli njih;
- kazen ki se kaže predvsem v obliki odtegnitve privilegijev, in sicer kot posledica tega, da varovanec ni upošteval pravil (Flaker, 1998).

Flaker (1998) piše, da je osnovna operacija institucionalne obravnave in oskrbe ljudi pedagoška, popravljalna. Surovino je treba obdelati v izobražene, zdrave ali poštene državljane. Za ta namen se mora tisti, ki v ustanovo stopi, prilagoditi institucionalnemu sistemu, se naučiti tamkajšnjih pravil, jezika, ki ne razlaga samo bivanja v instituciji, temveč tudi življenje zunaj nje (prav tam). V pomanjkanju institucionalnega prostora mora socialno delo narediti prav nasprotno. Ker v izhodišču nima prostora, kamor bi človeka namestilo, mora samo k njemu, se naučiti njegovega jezika, običajev in navad, spoznati njegov prostor in na njegovem terenu delati z njim. Na podlagi tega tudi njegov življenjski prostor z ljudmi vred, ki v njem živijo, spreminjati, preurejati, ne le prilagajati (Flaker, 2015).

Mali in Grebenc (2021) pišeta, da so bolnišnice (poleg domov za starejše, socialnovarstvenih zavodov, zaporov in šol) prevzele modele upravljanja, ki so značilni za industrijska in gospodarska podjetja (prav tam). Zahtevnih uporabnikov si nihče več ne želi, saj izvajalci storitev ocenjujejo, da se je treba z njimi veliko ukvarjati, izkupiček je majhen (prav tam).

Psihiatrična bolnišnica kot taka je omejena na kompleks ustanove in zanjo velja posebna oblast, pravila in namen (Flaker, 2012) ter ima naslednje naloge in funkcije (Kecmanović, 2014): nudi psihiatrični tretma in ostale zdravstvene storitve, zagotavlja nastavitev in hranjenje uporabnikov, z zadrževanjem ljudi na zdravljenju bolnišnica čuva družbo od bolnikov in bolnike od družbe, poteka bolnišnična socializacija (uporabnik se mora navaditi na norme obnašanja, ki veljajo v zaprti sredini, kot je duševna bolnišnica, in nimajo veliko podobnosti z normami, ki narekujejo individualno obnašanje v odprti skupnosti). Naloga psihiatrične bolnišnice je obenem tudi pripraviti bolnike za življenje v skupnosti po odpustu. Nemalokrat je bolnišnica kot rezervoar ljudi, ki jih družba odklanja in zato je tudi primerno mesto za raziskovanje in klinično okolje (prav tam).

Zaviršek (1994) piše, da ima v psihiatrični bolnišnici vse svoj realni in simbolni pomen. Gre za zamejen prostor, enolične stavbe z enoličnimi hodniki, sobami za uporabnike, dnevne sobe, ordinacije, čakalnice, bolniške sobe. Oddelki so razdeljeni na zaprte, intenzivne enote in odprte dele, na moške oddelke in ženske oddelke (prav tam). Bolnišnično okolje uporabniki opisujejo kot nevarno, strašljivo, kjer se hospitalizirani ljudje počutijo nezaščitene od osebja (Rose, Evans, Laker in Wykes, 2015). Kot naprej pojasnjuje avtorica Zaviršek (1994), si prav zato pogosto izberejo »svoje prostore«, kjer se najpogosteje zadržujejo. Ambulanto doživljajo kot prostor pogovorov, neprijetnih vprašanj in postavljanja diagnoz; prostor, kjer se odloča o njihovem duševnem zdravju. Prostor kodira komunikacijo, določa meje komunikacije, pravila in red. Na hodniku se praviloma sme ogovoriti sestro, ne pa zdravnika, v ambulanti pa uporabnik nagovori zdravnika in ne sestre. Moč medicinske sestre je vezana na čakalnico, moč zdravnika na ambulanto. Simbolna analiza medicinske sestre dokazuje, da je nekje vmes, mediatorica med različnimi sferami zunaj-znotraj, okuženo-neokuženo, vsakdanji svet-svet bolnišnice. Soba medicinske sestre je nekje med svetom čakanja in svetom obravnave (prav tam). Za mnoge bolnike bolnišnica postane nevtralen, nikogaršnji prostor. Bolnik sestopi iz svojega naravnega okolja v prostor, ki ga Armstrong (1985, po Zaviršek, 1994) poimenuje »nekontaminiran z nepomembnimi domačimi vplivi«. Nastanejo ostre meje med zunaj in znotraj, pa tudi znotraj psihiatrične bolnišnice same. Prostori postanejo ločeni med seboj glede na funkcijo, ki jim je namenjena, prostor določa tudi odnose med uporabnikom, zdravnikom in drugim osebjem (Zaviršek, 1994). Socialna delavka, ki sodeluje v procesu načrtovanja odpusta,

lahko ovire odstrani, jih premaga ali smiselno uporabi. Če ima socialna delavka na primer pisarno v nadstropju, lahko perspektivo obrne in uporabnika obišče na oddelku. S tem mu pokaže, da ji je mar (Flaker, 2015). Obenem je mogoče iz tega sklepati, da lahko socialna delavka na ta način tudi nadzira situacijo v smislu, kdaj in kje bo z uporabnikom urejala zadeve.

Značilen za totalne ustanove je prostor kaznovanja in terapevtske intervencije (Zaviršek, 1994). Uporabniki mnogokrat kot del kaznovalne politike ustanove, kot je psihiatrična bolnišnica, doživljajo posebni varovalni ukrep, ki je sicer zapisan v 29. členu Zakona o duševnem zdravju (2008). Opredeljen je kot nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom. Posebna varovalna ukrepa, ki se uporabljata v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih, sta telesno oviranje s pasovi in omejitve gibanja znotraj enega prostora (prav tam). Ukrep se uporabi le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, pri čemer posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, posebni varovalni ukrep omejitve svobode gibanja znotraj enega prostora pa ne več kot dvanajst ur. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe posebnega varovalnega ukrepa (prav tam).

Pomembno vlogo v psihiatrični bolnišnici igra uporabnikova lastnina; odvzem te je pomemben, saj so ljudje nanjo navezani. Ob sprejemu večino vrednostnih predmetov in denarja oddajo v oddelčne blagajne z utemeljitvijo, da bodo denar in predmeti na varnem. Po vnaprej določenih protokolih lahko do te lastnine uporabniki dostopajo (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2021a). Goffman (2019) piše, da najpomembnejše od vse lastnine sicer ni fizične narave, to je človekovo polno ime, izguba imena pomeni veliko okrnitev sebe. Več o obravnavanju uporabnikov pišem v poglavju o vlogi uporabnikov pri načrtovanju odpusta.

Flaker (1998) piše, da je čas v ustanovi ciklični. Ponavljajo se obredi vedno ob isti uri, ponavljajo se vizite, ponavljajo se praznovanja, terapevtske dejavnosti, institucionalne ceremonije. Institucionalni ureditvi daje trdnost, kajti vsakdo ve, kdaj se bo kaj dogajalo, vsakdo, ki pozna urnik kakšne ustanove, bo v vsakem trenutku vedel, kdaj se kaj dogaja in kam se mora napotiti (prav tam). Urnik je eden izmed poglavitnih vzvodov urejanja življenja v totalni ustanovi. Prostorska razdelitev in klasifikacija ujameta telo v mrežo institucionalne naprave, urnik pa zajema dejavnosti in prostorske premike. S tem dopolnjuje prostorsko razdelitev (prav tam). Vstop v psihiatrično institucijo je vstop v novo kulturo časa. Organizacija

časa nima nič skupnega s potrebami ljudi, ki vstopajo vanjo. Zaviršek (1994) trdi, da je bolnišnica na nek način negacija časa, saj v njej osebe nikoli nima časa, po drugi strani pa se v njej producira čakajoča kultura. Organizacija časa vzpostavlja neenakost, pogloblja prepad med osebjem in prizadetimi in vzpostavlja hierarhična razmerja. Čas nima nobene vrednosti, pacient lahko ostane po nepotrebnem v psihiatrični bolnišnici dlje časa, kot bi bilo to potrebno, če ga v postopku sprejema proti volji sodišče še ni pregledalo, ali zdravnik še ni napisal odpustnice in podobno (prav tam).

V psihiatrični bolnišnici je dan uporabnikov vnaprej določen z urnikom. Od uporabnikov se pričakuje dosledno upoštevanje zapisanega urnika. Na ta način se načrtujejo vse njihove osnovne potrebe. Kot ilustracijo predstavljam urnik na moškem sprejemnem oddelku (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022a):

- 7.00–8.00 Vstajanje, izvajanje osebne higiene, urejanje bolniških sob
- 8.00–08.30 Zajtrk
- 9.00–12.30 Zdravniška vizita, diagnostično-terapevtski, negovalni in rehabilitacijski postopki in posegi
- 13.00–13.30 Kosilo
- 14.00–18.00 (počitek med 14.00–15.00) Diagnostično-terapevtski, negovalni in rehabilitacijski postopki in posegi, prilagojeni glede na vsebinske in terapevtske dejavnosti posameznega oddelka.
- 18.30–19.00 Večerja
- 19.00–19.30 Večerna zdravniška vizita
- 19.30–21.00 Izvajanje osebne higiene in priprava na spanje
- 22.00–06.00 Nočni počitek

Udeležba na aktivnostih je za uporabnike obvezna, opravičeni so le v primeru zdravstvenih razlogov, ki jih potrdi zdravnik. Izkušnje v praksi sicer pokažejo, da si uporabniki sami pogosto izdelajo svojo lestvico »pomembnih aktivnosti«. Kot obvezno prepoznajo vizite, ki jo vodi zdravnik, aktivnosti, ki jih vodijo ostale strokovne delavke, vidijo kot priporočljive, vendar ne obvezujoče, posledično jih mora osebje precej spodbujati k udeležbi. Predstavljen urnik v veliki meri potrjuje Goffmanu (2019), ki je zapisal, da v totalni ustanovi vsi vidiki življenja potekajo na istem kraju in pod eno oblastjo, vsaka faza dnevne dejavnosti vsakega od članov poteka v neposredni navzočnosti velikega števila drugih, pri čemer so vsi obravnavani podobno, od vseh zahtevajo, da isto stvar opravljajo skupaj (prav tam). Vse faze dnevnih aktivnosti so časovno strogo določene, tako da ena dejavnost, ki poteka ob vnaprej določenem času, vodi k naslednji (prav tam). V ta namen imajo uporabniki, seveda znotraj bolnišničnega kompleksa, možnost

dostopati tudi do drugih, v zunanjem svetu običajnih zadev, kot so: frizerske storitve, manikira in pedikura, javna telefonska govorilnica, kiosk, avtomati za kavo ter druge tople in hladne napitke ter manjše prigrizke, pranje perila in podobno.

Flaker (2015) piše, da je osnovna operacija institucionalne obravnave in oskrbe ljudi pedagoška, popravljalna. Za ta namen se mora tisti, ki v ustanovo vstopi, prilagoditi institucionalnemu sistemu, se naučiti tamkajšnjih pravil, jezika, ki ne razlaga samo bivanja v instituciji, temveč tudi življenje zunaj nje (prav tam).

V raziskavi Rose, Evans, Laker in Wykes (2015) so uporabniki bolnišnične oddelke v psihiatrični bolnišnici prepoznali kot neterapevtske. Kot ključen razlog za to so v raziskavi navedli pomanjkanje osebja, ki bi bilo na voljo, in osebja, ki bi jim bilo v pomoč. Avtorji so odkrili, da je osebje običajno »v pisarnah« in ne more pomagati niti takrat, ko gre za nujne situacije (prav tam). To je predvsem vidno v primerih, ko je ustanova zaradi pomanjkanja osebja najela dodatno delovno silo. To osebje ni poznalo oddelka in uporabnikov. Uporabniki so jih opisali kot tiste, ki »sedijo in strmijo« in niso pripravljeni na pogovor ter jih ne povprašajo po počutju. V raziskavi so poročali, da je uporabnike vznemirilo dejstvo, da ne morejo na svež zrak, ko si tega želijo. Nekateri so oddelke primerjali z zaporom, drugi s kletko za živali. Prisilno jemanje zdravil so razumeli kot nasilje nad njimi (prav tam). Druga raziskava (MIND, 2004) je pokazala podobno. Več kot polovica sodelujočih v raziskavi je menilo, da jim psihiatrična bolnišnica ni bila v pomoč v procesu okrevanja in več kot četrtnina je bilo mnenja, da se jim je stanje celo poslabšalo. Le 20 % je imelo občutek, da so obravnavani spoštljivo in dostojanstveno (Baguley, Alexander, Middleton in Hope, 2007). Raziskava Rose, Evans, Laker in Wykes (2015) je prikazala zavedanje medicinskih sester, da njihova skrb za ljudi na zdravljenju ni popolna in da ne preživijo dovolj časa z njimi, za kar krivijo administrativna opravila in »menedžment postelje«, kar pomeni hitre odpuste, selitve iz enega oddelka na drugega in podobno. Situacija je tudi obratna: medicinske sestre so pogosto deležne nasilja uporabnikov, predvsem kot posledice nezadovoljstva, ki ga povzročajo prej omenjene situacije (prav tam).

Bolnišnično osebje ima na oddelku svoje prostore, v katerih se zadržujejo in v katerih, kot piše Možina (1991, str. 31), teče pogovor o uporabnikih, o njihovih najbolj intimnih težavah. Le redko teče pogovor o osebju samem, njihovem doživljanju, strahovih ali pa morda o tem, da jim je določena oseba na zdravljenju že od vsega začetka zoprna (prav tam).

2.2.8. Zagovorništvo v psihiatriji

Rafaelič in Flaker (2021) pišeta, da totalne ustanove kršijo številne temeljne človekove pravice, predvsem pravico do svobode, osebnega dostojanstva, zasebnosti in svobode gibanja (členi 3., 5., 9., 12. in 13. člen Splošne deklaracije človekovih pravic, 2018) (prav tam). V procesih pomoči se lahko dogaja prisila, celo nasilje, ki nastane iz odvisnega položaja uporabnika. Pomembno je, da je uporabnikom na voljo neodvisna zagovorniška služba, ki vedno stopi na njihovo stran in jih podpre na srečanjih, na katerih ima nasprotna stran razmeroma več moči (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013).

Pravni okvir za delovanje zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja sta Zakon o duševnem zdravju (2008) in Pravilnik o opravljanju izpita ter izbiri in vlogi zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja (2009). Zastopniki so s svojim delom začeli leta 1. decembra 2010 na oddelkih pod posebnim nadzorom v psihiatričnih bolnišnicah (Lapajne, 2012). Zakon o duševnem zdravju s profilom zastopnika zasleduje predvsem eno od oblik zagovorništva v duševnem zdravju, gre za model neodvisnega zagovorništva (Urek, Lapajne, Cigoj, Škerjanc in Budja, 2011). Obseg delovanja zagovorništva je širok in zajema vse od splošnih in abstraktnih tem človekovih pravic, prek kritike institucij, do nesporazumov v dnevnih stikih (Flaker, 1993).

Zagovorništvo je praksa, ki se je uveljavila na področju socialnega dela in duševnega zdravja v skupnosti. Izhaja iz dediščine antipsihiatričnih gibanj iz 60. in 70. let prejšnjega stoletja, hkrati pa tudi iz preoblikovanja problema človekovih pravic v osemdesetih letih prejšnjega stoletja (Flaker, 1993). Zagovorništvo o duševnem zdravju je v prvotni obliki nastalo v devetnajstem stoletju, predvsem kot kritika nehumanih metod dela in razmer v psihiatričnih totalnih institucijah in kršenja osebnih pravic v njih. Te kritike so sprva dajali posamezniki z izkušnjo psihiatričnega zdravljenja, kot sta bila Perceval in Beers, ki sta s svojim delom navdihnili razvoj zagovorniškega gibanja, kar je sovpadalo z vzponom drugih družbenih gibanj, ki so se borila za pravice najrazličnejših marginalnih skupin (Lapajne, 2012).

Zakon o duševnem zdravju (2008) definira, da je zastopnik oziroma zastopnica pravic oseb na področju duševnega zdravja posameznik, ki varuje pravice, interese in koristi osebe. Institut zastopnika sledi temeljni ideji zagovorništva in omogoča zastopanje interesov ljudi, katerih moč je šibka, prezrta in neenakovredno zastopana v primerjavi z drugimi člani družbe (Lapajne, 2012). Neodvisno zagovorništvo se zavzema za krepitev moči posameznika v odnosu z institucijami (socialnovarstvenimi ali zdravstvenimi) in za varovanje njegovih pravic. Neodvisni zagovorniki podprejo uporabnike v institucijah v številnih primerih. Pri

zagovorništvu ne gre toliko za obliko izvajanja storitev ali programov, ampak za namen in način izvajanja, ki je drugačen od načinov, ki so značilni za klasične oblike izvajanja storitev ali programov. Zagovorništvo je lahko po načinu izvajanja storitev zelo podobno svetovanju, lahko pa tudi osebni pomoči, le da gre pri tem za drugačne cilje in način sodelovanja strokovnjaka zagovornika. Gre za zaščito, uveljavljanje in zastopanje uporabnikovih pravic in interesov in dosledno zagovorniški, pristranski odnos zagovornika izvajalca storitve (Flaker, 2015). Lapajne (2012) opozarja na nujnost zavedanja uporabnikov, da je na njihovi strani nekdo, ki skrbi za varstvo njihovih pravic in ne deluje znotraj institucije. Zdravniki, socialne delavke in drugo strokovno osebje, ki delujejo znotraj ustanov, v večini primerov delujejo v največjo korist oseb, vendar to počnejo s svoje strokovne pozicije, kar jim onemogoča, da vedno delujejo tako, kot si uporabnik želi. Ni nujno, da gre za odločanje mimo njihove volje, praviloma strokovno osebje vključuje v postopke tudi uporabnike in njihove želje, vendar pred tem subjektivno odločajo, katere želje so izvedljive, zanje koristne in katere ne (prav tam). S tem se postavljajo v skrbništvo, v pokroviteljsko vlogo nekoga, ki bolje ve, kaj je dobro za drugega. Tako odločanje pogosto privede do tega, da dobijo ljudje občutek, da so izgubili pravico do odločanja o svojem življenju, počutijo se nemočne zaradi institucionalnih pravil in postopkov, ki določajo njihovo zdravstveno obravnavo. Gre za občutek, da je njihov glas preslišan. Neodvisen zagovornik ne presoja o tem, kaj naj bi bilo za uporabnika dobro, ampak sprejme brez predsodkov vse njegove želje, po drugi strani pa ga celovito informira o vseh njegovih pravicah (prav tam).

Urek, Lapajne, Cigoj, Škerjanc in Budja (2011) pišejo, da zagovorniki uporabljajo številne različne metode pri svojem delu (vzpostavljanje stika in delovnega odnosa, krepitev moči, analiza tveganja, mediacija) v skrbi za uveljavljanje pravic. Te pravice zagovarjajo na način, kot da bi bile njihove lastne, kar zahteva od zagovornikov veliko stopnjo empatije, da lahko razumejo uporabnikovo perspektivo problema in se lahko vživijo v predstavo, kako je biti na njegovem mestu. V tem pogledu zagovorništvo ni nepristransko in objektivno, gre za pogled, ki je zaznamovan s stališči, pogledi in skrbmi za ljudi, ki jih zagovarja (prav tam). Avtorji nadaljujejo, da v institucijah in v postopkih obravnave pride še posebej do izraza lastnost zagovorništva, da omogoča »slišati glas« ljudi. Notranji ustroj institucij po eni strani lahko povzroča pasivizacijo posameznikov, po drugi strani pa lahko tudi zaradi rutine delovanja in notranjih pravil institucije same nevede ustvarjajo pogoje, v katerih je glas posameznika preslišan (prav tam). Temeljno načelo je, da so ljudje aktivno in enakovredno vključeni v načrtovanje zdravstvene ali socialnovarstvene obravnave in te storitve morajo biti oblikovane po njihovi meri. Imeti morajo možnost izraziti svoje želje in da so te tudi v največji meri

upoštevane. Ni dovolj, da so ljudje samo dovolj opolnomočeni, da lahko izrazijo svoj glas, pomembno je, da je ta glas upoštevan (prav tam).

2.3. Socialno delo na področju zdravstvene dejavnosti

»Nobena druga profesija nima takšne širine, bogastva perspektive in niza spretnosti, potrebnih za različne intervencije, kot socialno delo« (Surjit Singh Dhooper, 2012).

Pahor (2014) piše, da je delo na področju zdravstva zahtevno in kompleksno, obravnava zdravstvenih problemov uporabnikov zahteva od strokovnjakov mnoga znanja, različne spretnosti in humanistične vrednote. V nadaljevanju navaja pet ključnih kompetenc zdravstvenih strokovnjakov 21. stoletja, kot jih je opredelila Svetovna zdravstvena organizacija: osredotočenost na pacienta, sodelovanje s pacienti, drugimi strokovnjaki in s skupnostjo, izboljševanje kakovosti, uporabo informacijsko-komunikacijske tehnologije ter javnozdravstveni pristop, to je usmeritev na skupnost oziroma populacijo (Pahor, 2014, str. 13). Vse kompetence so prav tako ključne v sodobnih pristopih socialnega dela, tudi na področju socialnega dela v psihiatrični bolnišnici. Delo v zdravstvu uvršča avtorica Šadl (2002) med tiste zahtevne oblike dela, ki terjajo sintezo intelektualnih, fizičnih in emocionalnih zmogljivosti. Od strokovnjaka poleg ezoteričnega znanja dane profesije terja tudi emocionalno dovzetnost in občutljivost (vključno z empatijo), ki omogočata poglobljeno razumevanje kompleksnosti problema in perspektive vsakega posameznega uporabnika, njegovo osebno pozornost in skrb za druge, obenem mora biti občutljiv tudi za lastna čustva.

Glede na to, kakšno je v določeni instituciji mesto socialnega dela kot stroke in socialne delavke kot njene nosilke, ločimo tri različna področja prakse: primarno področje, pri čemer gre za tista področja, na katerih je socialno delo primarna disciplina, partnersko področje, kjer je socialno delo enakopravni partner drugim disciplinam, ter sekundarno področje, poimenovano tudi gostiteljsko, kamor spada socialno delo v zdravstvu, saj zagotavlja podporne storitve primarni disciplini, torej zdravstvu in medicini. Institucija je organizirana tako, da primarni disciplini omogoča kar najbolj učinkovito delovanje (Postrak, 2022).

Čeprav so socialne delavke zavezane Kodeksu etike socialnih delavk in delavcev (Društvo socialnih delavk in delavcev Slovenije, 2021), pa so tiste, ki so zaposlene v zdravstvu, dolžne upoštevati tudi Zakon o pacientovih pravicah (2008). Ta v 3. členu piše, da se pri uresničevanju pravic pacientov po tem zakonu upoštevajo zlasti naslednja načela: spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj, spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti, varstvo največje zdravstvene

koristi za pacienta, zlasti otroka, spoštovanje zasebnosti, spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju, spoštovanje osebnosti in dostojanstva, tako da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki je je bil zaradi tega deležen.

2.3.1. Začetki socialnega dela v zdravstvu

Začetki socialnega dela v zdravstvu se navezujejo na tradicionalni, klinični in terapevtski model. Tradicionalni model se je razvijal vzporedno z uveljavljanjem metode socialnega dela s posameznikom v začetku 20. stoletja, izraziteje pa po izidu prve knjige Mary Richmond iz leta 1917. Social Diagnosis (1917) je imela poglavje, namenjeno socialnemu delu v zdravstvu, v katerem opisuje pomen dobre strokovne opremljenosti za zgodnjo prepoznavo znakov morebitnega poslabšanja zdravstvenega stanja, pri čemer izpostavlja pomen sodelovanja z drugimi profili in poudarja nujno pridobivanje preverjenih informacij »iz prve roke« ter opozarja na pomen »posebej skrbnega poročanja o socialnem vidiku« zdravstvenih težav. V zapisanem prepoznamo elemente sodobnega socialnega dela v zdravstvu, torej dobro strokovno opremljenost socialnih delavk, timsko delo, uporabniško perspektivo ter biopsihosocioeko pristop, ki posameznika vidi celostno in upošteva okolje, iz katerega prihaja. Poleg reformističnega je bil to vse do zgodnjih sedemdesetih let dvajsetega stoletja edini pomembnejši model socialnega dela in tudi takrat ni v celoti zamrl.

Začetki socialnega dela v zdravstvu segajo v bolnišnico Massachusetts (ZDA) okrog leta 1900. Zdravniki so spoznavali, da pogoji, v katerih ljudje živijo, in osebni problemi, ki jih imajo, pomembno vplivajo na bolezen in samo okrevanje. Leta 1905 je zdravnik Cobota postavil delovno mesto socialne delavke, ki ga je zasedla medicinska sestra Garnet I. Pelton. Njena naloga je bila raziskati in poročati zdravniku o družinskih in socialnih okoliščinah, v katerih ljudje z zdravstvenimi težavami živijo, ter pomoč pacientom pri realizaciji zdravnikovih napotkov. Bila je pomembna vez med bolnišnico in skupnostjo. Leto kasneje jo je zamenjala Ida Cannon, ki je že leta 1913 pisala o tem, da je v primeru odpusta brez ustreznega načrta rezultat okrevanja nepopoln. Poudarila je pomen premostitve vrzeli med bolnišničnim delom in pacientovim socialnim okoljem, s ciljem učinkovite zdravstvene obravnave. Več let je obiskovala na domu revne družine in tako neposredno spoznavala povezavo med socialnimi problemi in boleznimi. Leta 1914 je postala vodja socialne službe, pet let kasneje oddelek za socialno službo postane samostojni oddelek v bolnišnici (Nacman, 1990, po Beder, 2006). Njeno vodenje je temeljilo na treh bistvenih idejah (Bartlett, 1975, po Beder, 2006): pomembna

je osredotočenost na uporabnika in njegove potrebe, opredelila je koncept socialnega vidika bolezni in dobre skrbi za pacienta ter poudarjala pomen sodelovanja med medicino, zdravstvenim delom, socialnim delom in drugimi strokami. Iz prvotne vloge socialnih delavk, ki je bila pridobivanje informacij o pacientih, se je kasneje njihova vloga razširila predvsem v smislu vezi med uporabniki, družino in skupnostjo. Imeli so ključno vlogo pri pripravi uporabnika na odpust (Aviram, 2002).

Zametke socialnega dela je sicer najti še prej. Poštrak (2022) piše, da so se v Združenem kraljestvu zametki socialnega dela kot samostojnega poklica vzpostavili v okviru zdravstva. Tako so se predhodnice poklicnih socialnih delavk v zdravstvu imenovalе »hospital almoners«, ki je zastarel izraz za »uslužbence v bolnišnicah, ki so bili odgovorni za materialne vidike bolnikov«; izraz izhaja iz besede »alm« ali miloščina. Njihova naloga je bila med drugim urejati plačilo zdravstvenih uslug za ljudi, ki niso bili sposobni plačila. Tha Royal Free Hospital je leta 1895 zaposlila Stewart kot prvo takšno uslužbenko. Služba je bila ukinjena z vzpostavitvijo javne zdravstvene službe in zaposlitvijo socialnih delavk v zdravstvu (prav tam).

Cilj tradicionalnega modela socialnega dela je bil torej sprva pomoč posamezniku pri prilagajanju na obstoječe družbene razmere. Miselnost, ki je na začetku najbolj vplivala na konservativno usmeritev socialnega dela, je bil filozofski pragmatizem. To je bilo prepričanje v moč znanosti, značilno za ameriško miselnost v času, ko se je začelo snovati socialno delo kot posebna profesija. Za tradicionalni model je bila značilna metoda socialnega dela s posameznim primerom, ki se je uveljavila in tudi najbolj razvila prav v času prevlade tega modela, tudi pri načrtovanju odpusta iz bolnišnice. V tem obdobju se je razvijala tudi metoda socialnega dela s skupino. Socialno delo so v kontekstu tega modela pojmovali kot psihosocialno intervencijo, namenjeno posamezniku pri prilagajanju, resocializaciji, rehabilitaciji, razvoju, dozorevanju in izobraževanju in kot pomoč ljudem v različnih kriznih in zapletenih življenjskih situacijah. Socialno delo se je ukvarjalo s psihološko pomočjo posameznikom, z odpravljanjem njihovih osebnostnih motenj in z reševanjem medosebnih konfliktov. Za odnos med socialno delavko in uporabnikom je bila značilna distanca, ki je sprva označevala njun različni družbeni položaj. Strokovnjak je imel znanje, ki mu je dajalo moč, uporabnik pa je bil viden kot del problema, odvisen od te moči; komunikacija med njima je bila enostranska, uporabnik v proces pomoči ni bil aktivno vključen (Poštrak, 2022). V ospredju je bil nadzor, ki ga v imenu države in njenih institucij izvaja socialno delo na način, da posamezniku in družbenim skupinam pomaga pri prilagajanju na obstoječe družbene strukture in pri sprejemanju vrednot obstoječe družbe. Nadzor nad uporabniki ni prepoznan samo v tradicionalnem modelu, gre za eno temeljnih protislovij, s katerimi se socialno delo sooča ves

čas od svojega nastanka dalje. O konflikth socialnega dela med delati dobro in biti nosilec družbenega nadzora je pisala Margolin (1997, po Ungar, 2002). Pripovedi socialnega dela nakazujejo tudi osnovne protinarative. Ko socialno delo na en način opisuje uporabnike, so vsi drugi neskončni načini opisovanja uporabnikov izključeni.

Socialno delo že od samega nastanka dalje niha med funkcijo socialnega nadzora in funkcijo pomoči. Poštrak (2022) piše, da v socialnem delu ves čas obstaja razpetost med pomočjo posamezniku ali najbolj ogroženim skupinam, med katere sodijo tudi ljudje s težavami v duševnem zdravju, in reformnimi prizadevanji za večjo družbeno blaginjo po drugi. Avtor nadaljuje, da je v jedru vprašanje, ali pomagati posamezniku, se osredotočati na mikroraven in s tem odpravljati socialne težave posameznikov, ali pa pozornost namenjati spreminjanju družbe, torej makroravni in z reformami oziroma revolucijami ustvariti čim popolnejšo in čim pravičnejšo družbo, v kateri postopno ne bo več socialnih težav (prav tam). Hollstein (1980, po Milošević Arnold in Poštrak, 2003) je kritično opozarjal, da je bilo socialno delo v svoji konservativni vlogi pogosto postavljeno v vlogo izvajalca predpisov in je v imenu države preverjalo razmere uporabnikov, jih razvrščalo in posredovalo na osnovi kompetenc, ki jih je država naložila s socialnim pravom. Če strokovna intervencija ni uspešna, ima socialno delo na voljo različne sankcije (socialno zavodi, vzgojni domovi, zapor in podobne ustanove), s katerimi poskuša doseči zastavljene cilje. Na področju duševnega zdravja lahko potegnemo vzporednice z namestitvijo v institucije proti volji uporabnika.

Aviram (2002) trdi, da so, zgodovinsko gledano, socialne delavke na področju duševnega zdravja redko izpodbijale dominantnost psihiatrične profesije, saj je psihiatrično socialno delo znotraj profesije veljalo za prestižno. Zdravniki so videli socialne delavke kot zaveznice pri svojem delu. Naziv »psihiatrično socialno delo«, ki ga je izbrala profesija za opis področja dela, odraža orientacijo in profesionalne interese. Psihatrija in psihologija sta imeli v tem času velik vpliv na razvoj profesije socialnega dela ter orientacije v praksi celo zunaj področja duševnega zdravja. Socialne delavke so pridobljene informacije interpretirale v skladu s svojimi vnaprej izoblikovanimi profesionalnimi prepričanji. Skozi zgodovino je medicina vedno izražala paternalistično kulturo, s ciljem obdržati svoj status v družbi. Zdravniki so sicer prisluhnili uporabnikovim težavam, ga pregledali, naročili preiskave, predpisali zdravila in terapije ter predvideli potek bolezni. To so počeli z medicinske perspektive, pričakovalo se je brezpogojno sledenje. Paternalistična pozicija se opravičuje s potrebo po zaščiti uporabnika od drugih in od samega sebe. Uporabnik je prepoznan kot nemočen, slab, bolj ali manj nekompetenten, z motnjo sta mu omejeni avtonomija in svoboda. Iz tega razloga mora psihiater zanj skrbeti, da ga s terapijo vrača v normalnost, kar pomeni, da poveča njegovo mentalno kompetentnost, svobodo in avtonomijo. Pri

vsem tem pa gre za ključno potrebo družbe, da nadzira in kontrolira uporabnike in ne za pomoč (Kecmanović, 2014). Prevladujoča paternalistična kultura v zdravstvenih poklicih je pogosto spregledala uporabnikovo perspektivo, ni sprejemala ugovorov in drugačnih pogledov. Osredotočala se je samo na simptome in posameznikovo funkcioniranje. Razvoj medikamentozne terapije je medicinski stroki prinesel prepričanje, da se bodo ljudje pozdravili in se vrnili v običajno vsakodnevno življenje. V iskanju novejših zdravil so ostajali osredotočeni na simptome in primanjkljaje (Jacob, 2015). Medicinski paternalizem je bil velikokrat opravičen s pomanjkljivo usposobljenostjo za ljudi s težavami v duševnem zdravju (Lukens in Solomon, 2013).

Na začetku se je tradicionalni model teoretično najbolj naslanjal na medicinska in pravna znanja, kasneje, posebej po uveljavitvi psihoanalize, pa vse bolj na psihološka spoznanja (Milošević Arnold in Poštrak, 2003, Poštrak 2022). Tradicionalni model je bil najbolj razširjen prav času, ko se je stroka naslanjala predvsem na psihoanalitično in na njej temelječe teorije pomoči. Značilnosti psihodinamičnega modela ter teorij ravnanja in posameznih strokovnih prijemov, ki iz njega izhajajo, so naslednje: usmerjenost v pretekle konflikte, ki so moteči za sedanje funkcioniranje osebnosti, usmerjenost na osebne dejavnike in spreminjanje disfunkcionalnosti posameznika in sprejemanje socialnega sistema kot danosti, ki je ni mogoče spremeniti (prav tam). Psihoanaliza je pustila na socialnem delu največji pečat in je obenem najbolj značilna za tradicionalni model. Psihoanalitična teorija, ki jo je socialno delo sprejelo, je pomembno prispevala k hitri profesionalizaciji. Socialne delavke so prevzemale besednjak, s katerim so dokazovale svojo profesionalnost. Po prvi svetovni vojni sta psihiatrija in psihoanaliza še zlasti v Ameriki opremili socialno delo s strokovnim aparatom dela s primerom in mu omogočili, da se iz filantropske dejavnosti spremeni v strokovno (Flaker, 1998). Starnino (2009) piše, da je bil poudarek na vlogi psihiatričnih dejavnikov pri socialni problematiki in potreba po vključevanju socialnih delavcev na vsa področja. Z zgodnjo prepoznavo in obravnavo težav v skupnosti bi se izognili poslabšanju zdravstvenega stanja. Krepil se je psihološki vpliv znotraj socialnega dela, osrednja tema je postala preventiva. Do 30. let prejšnjega stoletja je psihoanalitično razumevanje preželo socialno delo deloma tudi zaradi prestiža in ugleda, ki je bil vezan na to usmeritev, saj naj bi sledil medicinskemu modelu in s tem veljal za znanstvenega. Verjeli so, da je vzrok vseh težav v travmah iz otroštva in nepravilne vzgoje, vendar tovrstni prijemi niso bili primerni za ljudi z mnogimi in težkimi problemi v duševnem zdravju, ki so bili odpuščeni v domače okolje kot zdravi, s pričakovanjem, da bo vse tako, kot je bilo (prav tam).

Socialne delavke so v tem obdobju sicer sodelovale tudi v procesih načrtovanja odpusta, vendar to delo ni bilo smatrano kot visoko strokovno (Dhooper, 2012). V tem obdobju so bile hospitalizacije daljše (Hall, 1985, po Dhooper, 2012), težave v duševnem zdravju so bile prepoznane kot nepovratne poškodbe v možganih. Okrevanje se je zdelo, kot pravi Xie (2013), »nemogoče sanje«.

Nekatere socialne delavke in posamezni zdravniki so se zavedali, da bodo ljudje po odpustu iz psihiatrične bolnišnice potrebovali pomoč in podporo pri vračanju v skupnost. Vlogo koordinatorke so prevzele socialne delavke, s čimer se je začela specializacija poklica, ki je postal znan kot »psihiatrična socialna delavka«. Koncept »aftercare« (v prevodu »skrb po odpustu«) je bil slabo sprejet v ZDA, kjer je bila institucionalizacija norma (Starnino, 2009). Na področju socialnega dela v psihiatriji so dandanes še vedno prepoznani elementi tradicionalnega modela.

2.3.2. Socialno delo na področju zdravstvene dejavnosti v Sloveniji

O začetkih socialnega dela v Sloveniji govorimo po letu 1957, ko so študij končali diplomanti in diplomantke Višje šole za socialne delavce v Ljubljani, ustanovljene leta 1955. V nekdanji skupni državi Jugoslaviji se socialno delo kot integralni del zdravstva prvič omeni leta 1960, ko je bilo na pobudo takratnega Republiškega sekretariata za zdravstvo in socialno varstvo sklicano posvetovanje zdravstvenih in socialnih delavcev Slovenije (Zaviršek, 2006).

Socialne delavke in socialni delavci, zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah, so diplomantke in diplomanti sedanje Fakultete za socialno delo (prej Visoke šole za socialno delo in Višje šole za socialne delavce). V januarju 2021 je bilo po podatkih Sekcije socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti na področju zdravstva zaposlenih 149 socialnih delavk in socialnih delavcev. Za primerjavo: v letu 2008 je bilo teh zaposlitev 122 (Socialna zbornica, 2021).

V letu 2023 je v vseh šestih psihiatričnih bolnišnicah zaposlenih 44 socialnih delavk in socialnih delavcev (v letu 2019 je bilo zaposlenih 43 socialnih delavk in delavcev) s povprečno delovno dobo na področju dela v psihiatriji 15,7 leta. Izobrazbena struktura je naslednja: VI/1: ena socialna delavka, VI/2: sedem socialnih delavk, VII: 31 socialnih delavk, VIII/1: štiri socialne delavke, VIII/2: ena socialna delavka.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (1992) določa, da lahko nekatere strokovne naloge s področja zdravstvenega varstva opravljajo tudi zdravstveni sodelavci z ustrezno strokovno izobrazbo nezdravstvene smeri, mednje so uvrščeni tudi socialni delavci in socialne delavke, zaposleni na področju zdravstva. Kot zdravstveni sodelavci in zdravstvene sodelavke smejo

samostojno opravljati delo v zdravstveni dejavnosti po končani pripravniški dobi, ki traja šest mesecev, in opravljenem strokovnem izpitu. Vsebino pripravništva, program in postopek opravljanja strokovnega izpita predpiše minister, pristojen za zdravje (prav tam).

Definicija socialnega dela v zdravstvu, kot so jo sooblikovale slovenske socialne delavke v zdravstvu (Eržen, 2012), je:

»Temeljna naloga socialnega dela v zdravstveni dejavnosti je strokovno pomagati ljudem, ki so se znašli v psihosocialni stiski zaradi zdravstvenih težav, da ohranijo, povrnejo in razvijejo svoje potenciale za aktivno in enakopravno vključevanje v družbeno življenje. Z uporabo metod socialnega dela uporabnik, svojci in socialna delavka soustvarjajo rešitve za kompleksne probleme v izvirnih delovnih projektih. Naloga socialnega dela v času bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja je zagotavljanje podpore uporabnikom in njihovim bližnjim pri prilagajanju na nove razmere, pri njihovi vključitvi v proces zdravljenja in rehabilitacije. Prav tako socialne delavke pomagajo pri iskanju ustreznih oblik podpore in storitev, ki bi omogočile hospitaliziranemu vrnitev v domače okolje ali preselitev v zanj sprejemljivejšo stanovanjsko rešitev. Ob upoštevanju temeljnih vrednot in etičnih načel socialnega dela pomagajo ljudem uresničevati pravice do socialne varnosti in zagotavljati dostop do razpoložljivih virov in različnih življenjskih priložnosti. Njihovo delovanje je usmerjeno v omogočanje večje izbire, v krepitev moči in odločanje o lastnem življenju, pri čemer se poslužujejo kompleksne mreže storitev za uresničevanje socialnih pravic in potreb ter uporabnikov lastnih virov. Hkrati s tem si prizadevajo za družbene spremembe, ki povečujejo socialno pravičnost in izboljšujejo položaj posameznikov, družin in skupnosti.«

Definicija (Eržen, 2012), ki so jo skupaj sooblikovale socialne delavke, zaposlene na vseh področjih zdravstvene dejavnosti in na vseh treh ravneh, primarni, sekundarni in terciarni, dobro povzema naloge in usmeritve socialnih delavk, zaposlenih v zdravstvu, in je, čeprav je od njenega nastanka minilo že deset let, povsem aktualna.

2.3.3. Potrebna znanja in kompetence za socialno delo v zdravstveni dejavnosti

Za zaposlitev na področju socialnega dela v zdravstvu je pogoj končan študij na Fakulteti za socialno delo in pridobljen naziv univerzitetna socialna delavka/delavec oziroma magistrica/magister socialnega dela. V nadaljevanju so možne tri vrste izobraževanja: podiplomsko izobraževanje v visokem šolstvu, izobraževanje za posamezne naloge in izobraževanje na delovnem mestu (Flaker, 2015). Bistvo izobraževanja povzema avtorica Deegan (1996), ki pravi, da je študentke in študente treba naučiti sposobnosti videti prek bolezni

in poudariti, da je odnos najmočnejše orožje pri delu z ljudmi. Dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje socialnim delavkam nudi samozavest in sposobnost avtonomnega strokovnega dela na področju zdravstva ter suveren pristop k tinskemu delu. Delo na področju duševnega zdravja je strokovno zelo zahtevno in od zaposlenega terja redno dodatno izobraževanje. Potrebo po razvoju stroke je prepoznala tudi politika, zato je v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) zapisano, da mora biti strokovnim delavcem omogočeno redno strokovno izobraževanje, saj lahko na ta način bolj učinkovito odgovarjajo na spreminjajoče se potrebe ljudi (prav tam).

Rezultati potrjujejo raziskavi, ki jo je opravil Černivec (2015) med študenti in študentkami prve (39 %) in druge (34 %) stopnje študija, v kateri so samoocenjevali svojo usposobljenost. Študentje prve stopnje se najmanj počutijo usposobljene prav za delo na področju zdravstva, torej socialnega dela v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah; na področju duševnega zdravja (gre za področja zasvojenosti in omam, težav z duševnim zdravjem in odklonskega vedenja); na področju materialne ogroženosti (gre za nezaposlenost, socialno izključenost in strategije zmanjševanja socialne izključenosti ter revščino in brezdomstvo) in na področju socialnega vključevanja (gre za programe za neodvisno življenje oseb s posebnimi potrebami, vključevanje oseb po prestani zaporni kazni in vključevanje oseb po drugi obliki obravnave) (prav tam). Omenjene vsebine so nujno povezane z načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice.

Na tem mestu omenjamo Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018), ki navaja potrebo po vključitvi oziroma okrepitvi izobraževalnih vsebin o promociji duševnega zdravja in preventivi duševnih motenj v strokovnem izobraževanju na srednješolski in visokošolski ravni za poklice v zdravstvu, sociali in družini ter vzgoji in izobraževanju, vključitev vsebin o duševnem zdravju v redno strokovno izpopolnjevanje za vse poklicne skupine, ki delajo z ljudmi (zdravstvo, sociala in družina, vzgoja in izobraževanje, pravosodje in organi pregona) ter uvedbo dodiplomske smeri izobraževanja na področju zdravstvene nege in socialnega dela, oziroma specializacijo s področja duševnega zdravja za zdravstveno nego ter dopolnitev usposabljanja zdravstvenih delavcev in strokovnih delavcev drugih strok.

Socialne delavke potrebujejo pri delu z ljudmi na zdravljenju kompleksna znanja, ki jih pridobivajo v času študija in ga sproti prevajajo v prakso svojega dela. Splošne kompetence, ki naj bi jih študentke in študenti socialnega dela pridobili v času študija, so nujne za strokovno in učinkovito delo socialnih delavk tudi pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice.

Poštrak povzema avtorje Berger, Federico, in Mc Breen (1991, po Poštrak (2022), ki navajajo vrste znanj, ki jih potrebujejo socialne delavke: empirično, filozofsko, splošno ali generično, specialistično, razlagalno in intervencijsko. Empirično znanje temelji na merjenju tistega, kar nas zanima, na podatkih in rezultatih raziskav, zato so raziskave, kot je ta disertacija, nujne na vseh področjih socialnega dela, tudi v psihiatriji. Avtorji ocenjujejo, da je filozofsko znanje temelj za razumevanje univerzalnih in individualnih izkušenj, za spoštovanje sposobnosti vseh človeških bitij in upoštevanje različnosti ljudi in njihovih življenjskih situacij, s čimer se socialne delavke na področju socialnega dela v psihiatrični bolnišnici vsakodnevno srečujejo (prav tam). Socialne delavke potrebujejo splošno znanje, ki upošteva vsestranske potrebe uporabnikov, kar je sicer del učinkovitega načrtovanja odpusta, in specialistična znanja, ki omogočajo spoznanja o specifičnih vrstah potreb in specializirane vrste pomoči, ki jo uporabniki s težavami v duševnem zdravju potrebujejo. Razlagalno znanje je sinteza vseh znanj, ki lahko pojasnjujejo konkretno problemsko situacijo uporabnika, ki je na zdravljenju ali zdravljenje končuje (prav tam). Na tej podlagi socialna delavka uporabi intervencijsko znanje, ki je rezultat razumevanja konkretnega problema. Socialna delavka ga razume z uporabo vseh ravni svojega strokovnega znanja in je znanje za ravnanje, ki ga socialna delavka uporabi v vseh fazah načrtovanja odpusta (prav tam).

Flaker (2003) piše, da socialne delavke potrebujejo nekatera nujna teoretična znanja. Poznati je treba teorije socialnega dela in teorije pomoči, ki obravnavajo vprašanja moči in nemoči – pomoči, ki se ukvarjajo z neformalno pomočjo med ljudmi in formalnimi vzvodi pomoči (prav tam). Za socialno delo je pomemben odnos med nadzorom in pomočjo in s tem v zvezi tudi, kakšna pooblastila in mandate socialne delavke dobijo na eni strani od naročnikov in po drugi strani od uporabnikov socialnega dela. Pomembno je poznavanje teorij, ki govorijo o vzpostavljanju delovnega odnosa, poznavanje strategij pomoči in ravnanja na različnih ravneh sodelovanja. Poznati je treba posamezne funkcije oziroma vloge socialnega dela, kot so posredništvo, zagovorništvo, ukrepanje, pogajanje in svetovanje ter druge načine omogočanja vključevanja v družbeno dogajanje (prav tam). Avtor (Flaker, 2003) v nadaljevanju piše o vrednotah, ki jih je nujno upoštevati v socialnem delu, in sicer spoštovati in ceniti razlike in različnost, samoodločanje, prosto izbiro, vpliv na svoje življenje, aktivnost proti diskriminaciji, ne stigmatizirati in pravica do socialne varnosti (prav tam). Podobno meni Eržen (2012), ki piše, da je pogoj za kakovostno opravljeno delo dobro strokovno znanje, etična odgovornost, profesionalnost, sposobnost za učinkovito dvosmerno komuniciranje, ustrezne organizacijske spretnosti in sposobnost za vključevanje v timsko delo (prav tam). Delovno orodje socialnih

delavk sta obširno znanje in njihova humana, dostopna, odprta in fleksibilna osebnost (prav tam).

Flaker (2003) je prepričan, da mora socialna delavka za dobro prakso socialnega dela imeti tudi teoretska znanja drugih ved, predvsem znanja o delovanju družbe, znanja o dinamiki medosebnih procesov in doživljanja, pravna in upravna znanja, znanja o organizaciji države, poznavanje delovanja pravnega sistema, osnovne koncepte, prijeme in jezik sorodnih, pomožnih in mejnih strok, kot so pedagogika, medicina, pravo, sociologija (prav tam). Bistvena vloga socialne delavke v javnem sektorju je zagotavljanje pristopa do storitev vsem uporabnikom, zato mora imeti socialno delo še zlasti v javnem sektorju čisto nizek prag in se ukvarjati z vsemi uporabniki, ne glede na njihovo težavnost in zahtevnost. To pomeni, da so v svojih vlogah in nalogah bolj omejene, hkrati pa si morajo izmisliti široko paleto ravnanj in so torej nujno bolj ustvarjalne (prav tam).

2.3.4. Status socialnih delavk v zdravstveni dejavnosti, profesionalno združevanje in specializacija

Dhooper (2012) piše, da je za krepitev strokovnega znanja in profesionalne samozavesti nujno povezovanje. Formalni in neformalni stiki ustvarjajo mrežo odnosov, ki jih je treba vzdrževati. Prav tako je treba prepoznati ovire za medsebojno sodelovanje (prav tam). Aviram (2002) opozarja na nujno odgovarjanje na potrebe stroke in pripravo na prihodnost, sicer bodo socialne delavke postale manj relevantne, izgubile moč, legitimnost in pomembnost na področju duševnega zdravja (prav tam).

Socialne delavke, zaposlene v zdravstveni dejavnosti, so članice Socialne zbornice Slovenije. Znotraj Socialne zbornice deluje sedem sekcij, med drugim Sekcija socialnih delavk in socialnih delavcev v zdravstveni dejavnosti, ki združuje predstavnike različnih organizacij na področju socialnega dela, ki so zaposleni v zdravstveni dejavnosti. Namen sekcije je koordinacija nalog in zastopanje skupnih interesov na področju zdravstvene dejavnosti, spodbujanje razvoja stroke socialnega dela v zdravstveni dejavnosti, organiziranje in razvijanje različnih oblik sodelovanja socialnih delavcev in socialnih delavk ter skrb za kontinuirano izobraževanje in usposabljanje socialnih delavcev in socialnih delavk. Namen sekcije je tudi priprava pobud in predlogov za Razširjeni strokovni kolegij za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti pri Ministrstvu za zdravje (Socialna zbornica, 2021).

V zadnjih letih so aktualna prizadevanja za ureditev standardov in normativov za socialno delo v zdravstvu, ki bi dokončno uredili status in naloge socialnih delavk v zdravstvu. V sistemu

zdravstva standardi in normativi za socialno delo še niso opredeljeni, zato je bila na Ministrstvu za zdravje leta 2019 oblikovana Delovna podskupina za oblikovanje predloga normativov za področje dela socialnih delavcev v zdravstveni dejavnosti in leta 2021 še Delovna podskupina za nadaljevanje oblikovanja predloga normativov za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti. Opredelitve so v zaključni fazi. Področje je treba urediti zaradi (Socialna zbornica, 2021):

- pravice pacientov do enakovredne, kakovostne in strokovne obravnave,
- specifičnih postopkov in narave socialnega dela,
- neopredeljenih postopkov in trajanja izvajanja storitev,
- nujnega poenotenja posameznih strokovnih storitev in s tem možnosti spremljanja kakovosti izvajanja,
- nujnega poenotenja dokumentiranja opravljenih storitev in posameznih postopkov ter arhiviranja dokumentarnega gradiva, skladno z zakonskimi predpisi,
- možnosti nadzora nad kakovostjo in strokovnostjo opravljanja storitev,
- neopredeljene specializacije in dodatnega strokovnega izobraževanja in usposabljanja socialnih delavcev,
- pomanjkanja strokovnih podlag za določanje potreb po kadrih,
- pomanjkanja podlag za oceno finančnih učinkov socialnega dela v zdravstveni dejavnosti (Socialna zbornica, 2021).

Standardi pomenijo natančen opis posameznih storitev, ki jih opravljajo profesionalci, zato so takšni opisi pomembni tudi za uporabnike, saj imajo tako možnost, da vnaprej vedo, kaj od posameznega strokovnjaka lahko pričakujejo. Standardi so pomembni tudi za državo oziroma drugega naročnika teh storitev in so osnova za plačevanje profesionalnih storitev (Poštrak, 2022).

V socialnem delu ločimo splošno (polivalentno) in specializirano socialno delo, ki sta se v preteklosti obravnavala kot protislovna, dejansko pa za učinkovito socialno delo potrebujemo obe obliki, ki se med seboj dopolnjujeta. Socialna delavka, ki opravlja generične storitve, lahko uporabnika napoti k socialni delavki, ki ima specifično znanje z določenega področja (Milošević Arnold in Poštrak, 2003, Poštrak, 2022). Primer iz prakse bi bil, ko socialna delavka s pristojnega Centra za socialno delo naveže stik s socialno delavko v psihiatrični bolnišnici v zvezi z vprašanji, vezanimi na zdravstvo. Prav tako lahko ista socialna delavka usmeri uporabnika neposredno k socialni delavki, zaposleni na področju zdravstva.

V Sloveniji so več let aktualna razmišljanja o specializaciji s področja socialnega dela v zdravstvu, s tem tudi s področja psihiatrije, kar bi bilo vsekakor dragocena dopolnitev

strokovnih vsebin, ki jih socialna delavka pridobi na dodiplomskem študiju. Zaradi visoke stopnje specializacije v zdravstveni dejavnosti se povečuje število posebnih nalog in zahtev, s tem pa tudi potreba po posebnih, specializiranih znanjih socialnih delavcih (Socialna zbornica, 2021). Omenjena znanja bi obsegala predvsem znanja s področja zdravstvene zakonodaje, o zdravljenju, rehabilitaciji in okrevanju po boleznih, vlogi socialnega dela v zdravstvu. Delovna skupina pri Sekciji socialnih delavk in socialnih delavcev v zdravstveni dejavnosti (Socialna zbornica, 2021) je predlagala, da bi bilo enako kot v drugih poklicnih skupinah, tudi v socialnem delu treba upoštevati subspecializacije, saj ima na posameznih področjih zdravstva svoje specifične značilnosti, ob tem pa dopolniti katalog funkcij, delovnih mest in nazivov, ki jih je Delovna podskupina predlagala (prav tam). V praksi so velike razlike med posameznimi področji dela v zdravstvu (primarna-sekundarna, terciarna raven, somatske bolnišnice – psihiatrične bolnišnice). Socialno delo se je v procesu svoje profesionalizacije sicer zelo hitro specializiralo in se na ta način uveljavljalo na sekundarnih področjih. V ZDA se je na primer specializacija s področja zdravstva pojavila že leta 1905 (prav tam). Nancarrow in Borthwick (2005, po Long, Forsyth, Iedema in Carroll, 2006) menita, da je specializacija prepoznana in legitimna v medicini in da je specializacija za zdravnike povezana z večjo avtonomijo, socialnim prestižem in finančno nagrado, le malo pa je dokazov, da bi te iste bonitete imeli tudi drugi strokovnjaki, ki se specializirajo. Razvejanost stroke ni dobro vplivala na profesionalno identiteto socialnih delavk, ki se na nekaterih specializiranih področjih lažje identificirajo s strokovnjaki drugih poklicev, s katerimi vsakodnevno sodelujejo.

2.3.5. Etika in etične dileme na področju socialnega dela v zdravstvu

Sobočan (2021) piše, da konflikt med pomočjo ali sodelovalnimi odnosi in nadzorom ali disciplinirajočimi odnosi ustvarja stisko in notranja nasprotja v praksi socialnega dela, pri čemer gre za etični konflikt, ki je podstat vsega ravnanja v praksi, konflikt, s katerim se socialne delavke nenehno srečujejo (prav tam). Tudi Flaker (2003) piše, da se socialne delavke pri svojem delu pogosto srečujejo s protislovnimi mandati, poleg pooblastil, ki jim jih daje ustanova, ki omogoča njihovo delo, morajo vedno znova pridobiti tudi konkretno pooblastilo, naročilo od uporabnika samega. Ta bistveno definira, kaj se bo delalo in kako. Ker je lahko mandatorov več in so pogosto med seboj protislovnosti, jih je treba jasno oblikovati, neprenehoma potrjevati, spreminjati, preverjati (prav tam). Lipsky (1980, po Mali in Grebenc, 2021) je zapisal, da so socialne delavke v položaju nadzornikov izvajanja socialne politike ulete v temeljni etični konflikt med upoštevanjem pravil, zadovoljevanjem interesov (potreb)

uporabnika in pogoji, ki jih določajo institucije oblasti (prav tam). Odločanje v socialnem delu poteka na dveh ravneh, ki nista nujno vedno skladni: socialna delavka mora pri ravnanju odgovoriti na praktična (kaj je treba storiti, da bo želeni cilj dosežen) in na etična vprašanja (kakšno ravnanje je etično in kateri cilji so etični) (Sobočan, 2011). Avtorica (2011) nadaljuje, da etično odločanje izhaja z dveh ravni: prva, intuitivna obsega osebne občutke, ideje in poglede na to, kaj je »prav« in »narobe« v dani situaciji; druga, kritična, reflektivna raven pa obsega racionalne sodbe in oceno situacije. Druga vključuje poznavanje in razmislek o etični teoriji, etičnih načelih, pravilih, vrednotah in standardih poklica v zvezi s specifičnim položajem, v katerem je treba sprejeti odločitev (prav tam). Nenehen etični premislek in odločanje med tistim, kar deluje in je mogoče, in tistim, kar je pravično, od socialnih delavk zahteva zavedanje, da se v socialnem delu odloča o koristih ljudi, odločitve pa pomembno vplivajo na njihova življenja (Mali in Grebenc, 2021). Sobočan je prepričana, da so etične dileme posledica nenehnega srečevanja s konfliktnimi situacijami, ki nastajajo na presečišču odgovornosti do uporabnikov, skupnosti, organizacije, v kateri delajo, in sistema, v katerem delujejo (prav tam). Ife (2002) je zapisal, da institucije, v katerih so zaposlene socialne delavke, ne zagovarjajo etičnih vizij poslanstva socialnega dela (prav tam).

V kontekstu nadzora in moči avtorici Čepulionyte in Dunajevs (2016) pišeta, da v socialnem delu identificiramo najmanj dva tipa konfliktov vrednot. Prvi tip konflikta izvira iz dvojnosti identitete socialnega dela, ki poskuša nadzorovati socialne probleme in jih na drugi strani reševati. Socialno delo je vedno imelo dva pogleda; predstavlja posameznika družbi (na primer, kako je biti reven in ranljiv) in predstavlja družbo posamezniku (na primer, kaj družba pričakuje in lahko naredi zanj). Tako skrb kot nadzor sta opredeljevala, definirala socialno delo od vsega začetka. Drugi tip konfliktov so konflikti med osebnimi in profesionalnimi vrednotami (prav tam). Sobočan povzema raziskavo avtorice Stanford (2010, po Sobočan, 2021), ki je ugotovila, da je pri etičnih dilemah v praksi tveganje ključno (prav tam). Socialne delavke v njeni raziskavi so nekatere uporabnike doživljale kot izpostavljene tveganju (ranljive tako v kontekstu svojega življenja, kot tudi v procesu pomoči, ki utegne biti preveč nadzorujoč restriktiven, paternalističen), in hkrati kot tveganje (osebe so nevarne sebi in socialni delavki) (prav tam). Socialne delavke so pogosto sebe videle v eni od teh dveh vlog; so v nevarnosti zaradi uporabnikov in očitkov družbe ali so same nevarnost za uporabnike, saj se bojijo, da jim ne bodo mogle pomagati (prav tam). Banks (Banks, Sobočan Wulfekühler, 2011) meni, da se v socialnem delu srečujemo z etičnim relativizmom, ki se zgodi v imenu krepitev moči uporabnika, v resnici pa hitro lahko zaide na polje obremenjevanja uporabnika, prelaganja odgovornosti nanj, tudi pri stvareh, kjer ni dobro, da se odloča sam. Kvaternik in Grebenc

(2008) pišeta o strokovnjakinjah, ki dobro poznajo specifične situacije in specifične potrebe uporabnikov, pa se kljub temu počutijo nemočne, nekompetentne za delo z njimi. Občutek imajo, da zanje veliko naredijo, ti pa njihove pomoči ne sprejmejo.

V smislu zmanjševanja pokroviteljstva Paalanen in Hopia (2017, po Adam in Petrakis, 2020) navajata štiri etične metode odločanja, ki naj bi jih pri svojem delu uporabljale socialne delavke in pripomorejo k najboljšim izidom in najmanjšim zlorabam oziroma trpinčenju uporabnikov:

- Normativni pristop – socialne delavke se morajo spraševati, kako naj ravnajo v določeni situaciji in kako lahko izboljšajo protokole in navodila v smeri izboljšanja in podpore uporabniku v praksi. V psihiatričnih bolnišnicah so temu namenjeni protokoli, ki določajo vsebino in poteke obravnav (SOP in DSP).
- Racionalni pristop – odločitve morajo biti skladne z dejstvi in utemeljenimi dokazi. Treba je prepoznati in spremljati predsodke in stigmo zaradi diagnoze in bolezni ter ugotoviti, kako službe in programi vplivajo na ljudi s težavami v duševnem zdravju.
- Kontekstualni pristop – socialne delavke mora vedno upoštevati okoliščine uporabnika. Pristop strokovnim delavkam preprečuje, da bi delale prehitre in napačne zaključke o določenih situacijah ali celo o uporabniku samem, kar bi le še povečalo stigmo in prispevalo k socialni izključenosti.
- Medosebni pristop – socialna delavka se mora pri načrtovanju odpusta in v delovnem odnosu nenehno spraševati in biti pozorna na odnos in interakcijo z uporabnikom ter kakšen bo morebiten vpliv tega odnosa na življenje uporabnika (na primer morebitne slabe izkušnje vplivajo na kasnejše sodelovanje).

Flaker (2003) piše, da morajo socialne delavke na podlagi vrednot in načel socialnega dela nujno upoštevati etična pravila, ki so posebej značilna za socialno delo. To so ustvarjanje enakopravnega, partnerskega odnosa in sodelovanje z uporabniki in uporabnicami, zavezanost dobrobiti uporabnikov, reflektivnost in kritičnost, poznavanje lastnih vrednot, predsodkov, sposobnosti in meja, jasnost in pogajanje o mandatu, ne dvomiti o besedah sogovornikov, nenehen dialog med doktrino in izkušnjami ter soočenje konceptov in prakse, jasno sporočanje lastnih stisk (prav tam). Banks (Banks, Sobočan in Wulfekühler, 2011) je prepričana, da je etika zelo povezana s politikami, še posebej kadar gre za vprašanja diskriminacije in izključevanja, pri katerih se pokaže, kaj je vrednota v življenju, kako vrednotimo človeška bitja in kako vidimo druge ljudi.

Zaposlitev na področju duševnega zdravja nudi socialnim delavkam strokovno zadoščenje, veselje ob napredkih, obenem pa predstavlja velik psihični napor; potrebna je opora, pomoč, pa

tudi kritičen pogled z drugega zornega kota, kar omogoča supervizija (Milošević Arnold, Vodeb Bonač, Erzar Metelko in Možina. 1999, Videmšek, 2021, Postrak, 2022). Jeleč (2008) piše o poklicih pomoči, v katerih so še posebej stresne situacije, ko imajo socialne delavke omejene vire in možnosti za pomoč uporabnikom (prav tam).

2.4. Vloga socialne delavke in postopek načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice

Učinkovito načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice temelji na raziskovanju uporabnikovih potreb in učinkovitem iskanju odgovorov nanje (Alghzawi, 2012). Uporabniki na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici so v času zdravljenja v nekem vmesnem obdobju med tem, kar je bilo in kar se je dogajalo, in v pričakovanju tega, kaj se bo zgodilo po končanem zdravljenju ter kakšne bodo posledice zdravljenja samega. Tranzicija je definirana kot prehod iz enega stanja ali situacije v drugo (Meleis, 2010). Stanje prehoda lahko povzroči določene težave v prilagoditvi na te spremembe. Z vidika socialnega dela je načrtovanje odpusta pomoč uporabniku pri soočenju s težavami, ki vplivajo na vsakodnevno življenje, pomoč pri spoznavanju zdravstvenega sistema, v katerem se je znašel, ter da se, če je to mogoče, vrne v svoje domače okolje, kjer bo še naprej deležen podpore, ki jo potrebuje (Beder, 2006). Flaker (2003) piše, da ima organiziranje odpusta podobne značilnosti, ne glede na to, za kakšen odpust gre (prav tam). Poleg termina »načrtovanje odpusta« v tem kontekstu srečamo tudi termin »transition planning«, načrtovanje prehoda, z argumentom, da zajema širši koncept nadaljnje skrbi. Načrtovanje odpusta je bolj uporabljen za prehod iz zdravljenja v skupnost, načrtovanje prehoda pa bolj kot premik z ene ravni na drugo, na primer iz zaprte v odprto enoto (Sowers in Rohland, 2004). Becker, Howard, Garrett in Moran (2007) prepoznajo načrtovanje odpusta kot delček sestavljanke, proces, ki prepozna, organizira in koordinira povezave uporabnika s službami v skupnosti.

Proces načrtovanja odpusta torej vključuje zgodnjo prepoznavo in oceno uporabnikov, ki potrebujejo pomoč pri načrtovanju odpusta, sodelovanje z uporabnikovo družino in strokovnimi timi za boljše načrtovanje odpusta, priporočila za nadaljnjo oskrbo, nastanitvene zmogljivosti, programe ali storitve, ki ustrezajo uporabnikovim potrebam in željam, ter povezovanje s službami in ustanovami v skupnosti, s ciljem boljše in lažje dostopnosti uporabnikom ter odprave vrzeli v storitvah (Lin, Cheng, Shih, Chu in Tjung, 2012). Dobro načrtovanje odpusta pomeni celovito obravnavo, saj se tako uporabnikom ni treba ukvarjati z mnogimi obstoječimi

službami, ki so med seboj pogosto neusklajene. Tak pristop pomeni odmik od »uslug po meniju« v smer ustvarjanja uslug, posebej načrtovanih za posameznika, saj, kot pišeta Grebenc in Kvaternik (2008), strokovnjaki pogosto načrtujejo delo na podlagi programov in ne na podlagi potreb uporabnika. Dodajata, da zdravstvenih težav ljudi ne moremo gledati zunaj družbeno kulturnega konteksta in področij vsakdanjega življenja, kot so: stanovanje, dohodek, zaposlitev, družbena izoliranost, osamljenost (prav tam). Kodele in Mešl (2016) menita, da se je v preteklih letih v procesu podpore in pomoči izgubil prav človek, ki potrebuje pomoč, ker ni bilo nikogar, ki bi povezal vse udeležene v reševanju problema in bi človeka vodil skozi vse potrebne poti do želenih sprememb (prav tam). Študije so pokazale, da načrtovanje odpusta poveča stopnjo zadovoljstva uporabnika, skrajša dolžino zdravljenja, preprečuje ponovne hospitalizacije, ne obstajajo pa nobeni podatki o tem, da bi načrtovanje odpusta zmanjševalo stroške (Lin, Cheng, Shih, Chu in Tjung, 2012).

2.4.1. Vloga in aktivnosti socialne delavke pri načrtovanju odpusta

Načrtovanje odpusta pogosto vključuje pomembno reorganizacijo življenja in ne le vrnitev v življenje pred hospitalizacijo, kar lahko za uporabnika predstavlja veliko stisko. Socialna delavka mora to prepoznati, prav zato Dhooper (2012) načrtovanje in koordinacijo odpusta vidi kot osrednji vlogi bolnišničnih socialnih delavk, ki poskušajo preoblikovati pomen odpusta in narediti premik od občutka izgube na reševanje problemov in načrtovanje prihodnosti. To je v nasprotju s prvotnimi cilji načrtovanja odpusta, ki jih je socialna služba izvajala zaradi povečanih pritiskov za hitro odpuščanje uporabnikov in s ciljem zmanjševanja stroškov v bolnišnicah. Učinkovito načrtovanje odpusta je bila pomembna komponenta pri načinu »fast in and out« (»hitro notri, hitro ven«) (Auerbach, Mason in Heft LaPorte, 2007). Ključnega pomena je bila racionalizacija stroškov v zdravstvu in nadzor države in zavarovalnic (Gibelman, 2002, po Beder, 2006). Lin, Cheng, Shih, Chu in Tjung (2012) so zapisali, da ne obstajajo nobeni podatki o tem, da bi načrtovanje odpusta zmanjševalo stroške (prav tam).

Socialna delavka pri načrtovanju odpusta uporablja biopsihosocialni pristop, pri katerem gre za razumevanje vpliva različnih dejavnikov, od družbenih do molekularnih, ki vplivajo na posameznika s težavami v duševnem zdravju. Na praktični ravni gre za razumevanje in sprejemanje uporabnikove subjektivne izkušnje, kar bistveno prispeva k dobrim izidom (Borrell-Carrio, Suchman in Epstein, 2004). To lahko razumemo tako, da medicina zdravi na podlagi diagnoze, socialno delo pa ne postavlja diagnoz, ampak se osredotoča na okoliščine in izvore duševne stiske. Zato je treba ugotoviti in oceniti potrebe ljudi s težavami v duševnem

zdravju ter okolščine, ki jih ima človek v okolju, kjer živi. Flaker (2012) piše o vlogi socialnega dela v instituciji (šole, bolnišnice, zapori), kjer prispeva socialno delo natanko tisto, česar ustanova nima, kar je njen primanjkljaj. Naloga socialnih delavk je predvsem vzpostaviti stik z izvirnim, domačim okoljem. Socialne delavke so tiste, ki gredo k uporabniku domov, spoznavajo, kako živi in iz kakšnega okolja izhaja, organizirajo odpust iz ustanove in imajo stike s svojci in bližnjimi. So prevajalke med jezikom ustanove in vsakdanjim jezikom ljudi, saj prevajajo diagnoze, mnenja in postopke v razumljiv jezik in tudi obratno, so tiste, ki posreduje kontekst ter prevajajo svojim kolegom v timu, kaj človek zares misli, čuti in jim sporoča (Tilbury, 1993, po Flaker, 2012).

Delovni procesi so opisani v dokumentih socialne službe. To so (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2021a):

- Dokumenti splošnega pomena (DSP), med katere sodijo vsi organizacijski predpisi in navodila, ki urejajo izvajanje posameznega širšega področja oziroma procesa dela v bolnišnici ali v posamezni službi bolnišnice (na primer statut, drugi strateški dokumenti (načrti, analize), poslovniki, pravilniki, odredbe, navodila in drugi interni organizacijski predpisi (prav tam).
- Standardni operativni postopki (SOP), med katere sodijo pisna navodila strokovnih služb v bolnišnici o posameznih strokovnih opravilih (prav tam).
- Obrazci – dokumenti, ki vsebujejo zapise, tabele, sezname, matrike (prav tam).

Socialne delavke se v procesu načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice vsakodnevno vključujejo v oddelčno delo, intenzivneje pri bolnikih s prepoznano socialno problematiko. Pri delu z uporabniki upoštevajo metodična načela socialnega dela, ki zajemajo definiranje socialne problematike ter postavitev ciljev reševanja, vključevanje vseh udeleženih v problemu, vzpostavljanje neposredne komunikacije z vsemi vpletenimi, aktiviranje pacientove socialne mreže ter vključevanje strokovnih služb na terenu (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022a). Dobro načrtovanje odpusta obsega socialne, kulturne, terapevtske in izobraževalne ukrepe, s ciljem varovanja in izboljšanja zdravja in dobrega počutja v skupnosti (Gowda, Gajera, Srinivasa in Ameen, 2019).

Aktivnosti socialne službe v psihiatrični bolnišnici (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022) v okviru načrtovanju odpusta obsegajo:

- urejanje namestitev – DSO, SVZ, stanovanjske skupnosti, rehabilitacijski programi urejanja odvisnosti, materinski domovi, varne hiše, krizni center, pomoč pri urejanju neprofitnega stanovanja,

- družinska problematika – razveze, skrbništva, rejništva, krizne namestitve, nasilje v družini ipd.,
- službena problematika,
- urejanje zadev v zvezi z izobraževanjem – pedagoške pogodbe, vključitve v različne programe,
- sodelovanje z Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje,
- sodelovanje z Zavodom za zaposlovanje,
- urejanje zdravstvene dokumentacije in zdravstvenega zavarovanja (pacienti brez KZZ, PZZ, z neurejenim OZZ),
- vzpostavljanje stika s svojci uporabnikov in drugimi pomembnimi osebami v njihovi socialni mreži,
- pomoč pri urejanju finančnih zadev (dvigi s pooblastilom oz. spremstvo in pomoč pacientu pri urejanju teh zadev),
- vodenje oddelčnih blagajn s hrambo in delitvijo denarja in osebnih predmetov uporabnikov,
- pomoč pri urejanju upravnopravnih zadev (vključno s spremljanjem na teren),
- povezovanje s pristojnimi CSD in skupaj z njimi urejanje socialne problematike tudi na terenu,
- organiziranje timskih sestankov v bolnišnici z vsemi vpletenimi v reševanje konkretne socialne situacije,
- razvijanje skupinskega dela,
- sodelovanje s timom psihiatričnega zdravljenja v skupnosti,
- kontaktiranje in sodelovanje s koordinatorjem v skupnosti (KOS),
- sodelovanje s timi centrov za duševno zdravje,
- povečuje se število storitev, povezanih s tujci,
- vročanje priporočene pošte,
- terensko delo – organiziranje timskih sestankov, ogledov, spremstev.

Velik delež načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice od socialne službe predstavlja pomoč pri namestitvah, premestitvah in urejanje drugih, uporabniku primernih oblik bivanja, kar je posledica pomanjkanja ustreznih možnosti v skupnosti, ki bi posamezniku omogočile vrnitev v domače okolje in ne v institucionalno varstvo. V letu 2021 je socialna služba Psihiatrične bolnišnice Idrija, v kateri je bila izvedena glavna raziskava, v zvezi z omenjenimi postopki sodelovala s 165 uporabniki, kar znaša dobrih 12 % vseh sprejetih na zdravljenje v letu 2021 (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022b). Flaker (2015) opisuje nastanitve, ki so glede

na trajanje kratkotrajne oziroma začasne, prehodne ali dolgotrajne. Med kratkotrajne lahko uvrščamo krizne nastanitve (krizne centre, materinske domove, varne hiše in podobno), namenjene so razreševanju krizne situacije in organiziranju vrnitve v izvirno okolje ali preselitvi v novo okolje (prav tam). Med začasne nastanitve štejemo tudi nastanitve, katerih namen je oddih bližnjih, ki nekoga oskrbujejo ali zanj skrbijo. Prehodne nastanitve so namenjene prehodnim situacijam, nudijo podporo in pomoč. To so strukture, namenjene vzpostavljanju novega življenja, ugotavljanju, kaj si uporabnik želi, kakšne storitve potrebuje in kako jih želi prejemati. Dolgotrajne namestitve so tiste, ki jih uporabnik potrebuje za daljši čas. V nadaljevanju Flaker (2015) pravi, da dejanske potrebe po dolgotrajnih nastanitvah ni oziroma bi morale biti takšne, ki bi uporabniku omogočile lasten življenjski slog in ohranitev avtonomnosti. Potrebe po taki namestitvi ustvarja pomanjkanje drugih možnosti za dolgotrajno oskrbo, organizirano podporo in pomoč (prav tam).

2.4.2. Storitve socialne službe pri načrtovanju odpusta iz bolnišnice

Flaker (2015) piše, da so socialnovarstvenim storitvam najbolj podobne zdravstvene storitve. Obe vrsti storitev izvajajo strokovnjaki na pobudo konkretnih uporabnikov. Pri obeh storitvah večinoma plačuje država oziroma v zdravstvu javna zdravstvena zavarovalnica, strokovnjaki pa so večinoma vpeti v sistem ali v njem zaposleni, ne plačuje jih uporabnik (prav tam). Socialne delavke potrebujejo pri svojem delu veliko znanja in veščin za razumevanje in delo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, poznavanje skupnostnega socialnega dela, načine ravnanja v socialnem delu ter metode za raziskovanje in evalvacijo. Znanje potrebujejo za dobro razumevanje, sodelovanje, načrtovanje in komunikacijo z uporabniki in njihovo družino, kar v kombinaciji z dobrim poznavanjem organizacije olajšuje timsko delo, neformalno zagovorništvo uporabnika ter usmeritev uporabnika tudi k drugim oblikam pomoči, ki so na voljo. Poznavanje posebnih oblik pomoči in intervencij jo postavlja v vlogo svetovalke in zaupnice, veščine ji pomagajo, da se lažje poveže z uporabnikom in njegovo družino v procesu pomoči ter s tem lažje prepozna uporabnikove potrebe (Cowles, 2000, po Beder, 2006).

V nadaljevanju je predstavljen seznam storitev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti, kot so jih zapisali v Sekciji socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti (Socialna zbornica, 2021, str. 79), v katerem so opisane storitve, ki jih socialne delavke opravljajo v zdravstveni dejavnosti. Storitve so tudi del načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice. Vsebinska in časovna opredelitev je še posebej pomembna na primarni ravni in pri ambulantni dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni, kjer so obračuni narejeni na podlagi opravljenih

storitev. Pri hospitalni obravnavi so aktivnosti socialne delavke že upoštevane v obračunu celotnega bolnišničnega primera, oziroma v primeru dnevne bolnišnice. V tabeli je sicer naveden termin »pacient«, ki sem ga, skladno z jezikom socialnega dela, zamenjala z »uporabnik«. V prvem stolpiču je razviden naziv storitve, v drugem pa podrobnejši opis storitve, ki jo opravi socialna delavka. V tretjem stolpiču je maksimalni časovni normativ za opravljeno storitev. Na podlagi teh storitev se pripravi finančni izračun opravljene storitve (to ne velja pri hospitaliziranih uporabnikih). Socialne delavke pri načrtovanju odpusta uporabljajo vse storitve, ki so opisane v tabeli 2.4. V konkretnem primeru sodelovanja z uporabnikom pri načrtovanju odpusta pa uporabijo storitev, primerno glede na ugotovljene potrebe.

Tabela 2.4: Seznam storitev z opisom

Socialno delo v zdravstveni dejavnosti – seznam storitev z opisom		
Naziv storitve	Opis storitve	Normativ v minutah – maksimalno
1. Pogovor v socialnem delu – krajši	Prvi ali ponovni socialnodelovni pogovor z uporabnikom, kadar zmore sodelovati. Če uporabnik zaradi zdravstvenih težav ne zmore sodelovati ali kadar je zaradi narave socialne problematike to potrebno, se pogovor opravi (tudi) s pomembnim drugim (i) – skupaj z uporabnikom ali ločeno. Vključuje: vzpostavljanje in razvijanje delovnega odnosa, raziskovanje življenjskega sveta uporabnika – podporne mreže in virov moči, instrumentalno definicijo problema, osebno načrtovanje – soustvarjanje strategij reševanja uporabnikove situacije, socialno anamnezo, informiranje, psihosocialno svetovanje, individualno psihosocialno edukacijo, motiviranje za sodelovanje, motivacijski intervju, oceno tveganja in oceno virov moči, načrtovanje zmanjševanja tveganja in krepitev moči, individualni trening socialnih veščin, podporo in aktivnosti, povezane s skrbjo zase in/ali za pomembne druge, opredelitev potreb, stisk in težav, ki ovirajo proces zdravljenja in/ali rehabilitacije, evalvacijo osebnega načrta in načrtovanje nadaljnje obravnave, socialno diagnostiko, vročanje pošte z obrazložitvijo. Storitve se lahko izvaja tudi na daljavo.	30
2. Pogovor v socialnem delu – daljši	Prvi ali ponovni socialnodelovni pogovor z uporabnikom, kadar zmore sodelovati. Če uporabnik zaradi zdravstvenih težav ne zmore sodelovati ali kadar je zaradi narave socialne problematike to potrebno, se pogovor opravi (tudi) s pomembnim drugim (i) – skupaj z uporabnikom ali ločeno. Vključuje: vzpostavljanje in razvijanje delovnega odnosa, raziskovanje življenjskega sveta uporabnika – podporne mreže in virov moči, instrumentalno definicijo problema, osebno načrtovanje – soustvarjanje strategij reševanja uporabnikove situacije, socialno anamnezo, informiranje,	90

Socialno delo v zdravstveni dejavnosti – seznam storitev z opisom		
Naziv storitve	Opis storitve	Normativ v minutah – maksimalno
	psihosocialno svetovanje, individualno psihosocialno edukacijo, motiviranje za sodelovanje, motivacijski intervju, oceno tveganja in oceno virov moči, načrtovanje zmanjševanja tveganja in krepitev moči, individualni trening socialnih veščin, podporo in aktivnosti, povezane s skrbjo zase in/ali za pomembne druge, opredelitev potreb, stisk in težav, ki ovirajo proces zdravljenja in/ali rehabilitacije, evalvacijo osebnega načrta in načrtovanje nadaljnje obravnave, socialno diagnostiko, vročanje pošte z obrazložitvijo. Storitev se lahko izvaja tudi na daljavo.	
3. Družinski sestanek	Sestanek z uporabnikom (če zmore sodelovati) in pomembnimi drugimi: izmenjava informacij in mnenj, pomembnih za obravnavo, seznanjanje z boleznijo in njenimi značilnostmi, s prognozo, z možnostmi in načini zdravljenja in rehabilitacije, zastavljanje ciljev zdravljenja, načrtovanje pomoči in podpore v času zdravljenja in po odpustu. Storitev se lahko izvaja tudi na daljavo.	90
4. Koordinacija v socialnem delu	Koordinacija/sodelovanje z zdravstvenimi delavci/sodelavci v zavodu: posvet, posredovanje ali pridobivanje za zdravljenje pomembnih informacij, organizacija timskega sestanka (interdisciplinarni, multidisciplinarni), koordinacija odpusta. Vključuje osebno, telefonsko ali e-komunikacijo.	30
5. Aktivacija soc. virov iz okolja	Koordinacija/sodelovanje z uporabnikovim pomembnimi drugimi, s predstavniki izven-bolnišničnih institucij in služb iz uporabnikovega ožjega/širšega socialnega okolja (zdravstveno in socialno varstvo, vzgoja, izobraževanje, vladne/nevladne organizacije, policija, pravosodje idr.), z namenom pridobivanja ali posredovanja za uporabnika ključnih podatkov (skladno z veljavno zakonodajo), načrtovanja in koordinacije možnih virov pomoči pri zdravljenju, rehabilitaciji in odpustu, načrtovanja pomoči in podpore po odpustu, koordinacije nalog, določenih z zakonom ter socialna intervencija, organizacija družinskega ali timskega sestanka. Vključuje osebno, telefonsko ali e-komunikacijo.	30
6. Timsko delo – krajše	Krajša obravnava, posvet in koordinacija aktivnosti v strokovnem timu (interdisciplinarni, multidisciplinarni) – v zdravstvenem zavodu. Vključuje timsko obravnavo posameznega uporabnika ali na enoto.	30
7. Timsko delo – daljše	Daljša obravnava, posvet in koordinacija aktivnosti v strokovnem timu (interdisciplinarni, multidisciplinarni) – v zdravstvenem zavodu. Vključuje timsko obravnavo pacienta ali na enoto.	90
8. Socialno delo s skupino – krajše	Svetovalno ali socialno-terapevtsko delo z uporabniki in njihovimi pomembnimi drugimi.	60
9. Socialno delo s skupino – daljše	Svetovalno ali socialno-terapevtsko delo z uporabniki in njihovimi pomembnimi drugimi.	120
10. Socialno delo na terenu – krajše	Delo na terenu skupaj z uporabnikom ali za uporabnika vključuje preskrbo, oskrbo ali spremstvo	120

Socialno delo v zdravstveni dejavnosti – seznam storitev z opisom		
Naziv storitve	Opis storitve	Normativ v minutah – maksimalno
	uporabnika (nakup nujnih življenjskih potrebščin, urejanje neodložljivih upravnopravnih zadev, zdravstvenega zavarovanja, nujnih zadev v uporabnikovem bivalnem okolju), obiske na domu ali v drugih institucijah, sodelovanje na obravnavah izven zavoda ter druge naloge s področja zdravstvenega in socialnega varstva uporabnikov in družin. Vključuje tudi dela in naloge koordinatorja psihiatričnega zdravljenja v skupnosti, skupnostne psihiatrične obravnave ali nadzorovane obravnave.	
11. Socialno delo na terenu – daljše	Delo na terenu skupaj z uporabnikom ali za uporabnika vključuje preskrbo, oskrbo ali spremstvo uporabnika (nakup nujnih življenjskih potrebščin, urejanja neodložljivih upravnopravnih zadev, zdravstvenega zavarovanja, nujnih zadev v uporabnikovem bivalnem okolju), obiske na domu ali v drugih institucijah, sodelovanje na obravnavah izven zavoda ter druge naloge s področja zdravstvenega in socialnega varstva uporabnikov in družin. Vključuje tudi dela in naloge koordinatorja psihiatričnega zdravljenja v skupnosti, skupnostne psihiatrične obravnave ali nadzorovane obravnave.	240
12. Socialno poročilo – krajše	Socialno poročilo je vsako zapisovanje v socialnem delu, namenjeno sledljivosti opravljenega dela v zavodu (zapisovanje v informacijski sistem, poročila, zapisniki), zapisovanje, namenjeno uporabnikom in njihovim svojcem (vloge, mnenja, poročila, priporočila) in zapisovanje, namenjeno zunanjim službam in institucijam (dopisi, prošnje, vloge idr.). Vključuje tudi zapis izvirnega delovnega projekta pomoči ter načrt skupnostne ali nadzorovane obravnave.	30
13. Socialno poročilo – daljše	Socialno poročilo je vsako zapisovanje v socialnem delu, namenjeno sledljivosti opravljenega dela v zavodu (zapisovanje v informacijski sistem, poročila, zapisniki), zapisovanje, namenjeno uporabnikom in njihovim svojcem (vloge, mnenja, poročila, priporočila), in zapisovanje, namenjeno zunanjim službam in institucijam (dopisi, prošnje, vloge idr.). Vključuje tudi zapis izvirnega delovnega projekta pomoči ter načrt skupnostne ali nadzorovane obravnave.	90
14. Edukativno – preventivno socialno delo	Psihoedukacija uporabnikov in/ali njihovih pomembnih drugih, strokovnih delavcev znotraj in zunaj zavodov, druge preventivne aktivnosti.	120

Vir: Socialna zbornica, 2021, str. 79

2.4.3. Metode socialnega dela v zdravstvu

Raziskava (Eržen, 2012) je razkrila metode in tehnike, ki jih pri svojem delu v zdravstveni dejavnosti uporabljajo socialne delavke v zdravstveni dejavnosti: sodelovanje in povezovanje

z zunanjimi institucijami, seznanjanje s pravicami, svetovanje, sodelovanje s svojci, prepoznavanje potreb posameznika in analiza tveganja, zapisovanje in dokumentiranje, individualni pristop in individualno načrtovanje skrbi in podpore, zagotavljanje pomoči pri posameznih postopkih uveljavljanja pravic, krepitev moči uporabnika, svetovalni pogovor s tehnikami usmerjanja, podpora in spodbujanje pri ohranjanju ali vzpostavljanju stikov s svojci, delo z družino, povečevanje spretnosti pogovora in zapisovanja, pisanje priporočil, socialnih poročil (prav tam). Avtorica dodaja, da socialne delavke uporabljajo svoje znanje, spretnosti, sposobnosti in stike z drugimi viri pomoči, z namenom pomoči uporabniku pri doseganju ciljev, o katerih sta se dogovorila skupaj. Definicija socialnega problema in načrtovani postopki za reševanje socialnih težav se lahko spreminjajo oziroma prilagajajo novi situaciji glede na spremembe zdravstvenega stanja uporabnika, njegovih želja, potreb in zmožnosti (prav tam).

Metode socialnega dela so sestavljene iz teoretskih znanj, konkretnih spretnosti, metodologije dela, hkrati so utemeljene v vrednotah socialnega dela, konkretno pa določene s kontekstom in nalogo, ki jo opravlja socialna delavka (Flaker, 2003). Socialno delo pri načrtovanju odpusta uporablja različne metode socialnega dela, ki so skrbno izbrane za delo na področju duševnega zdravja, saj morajo biti kot sredstvo in oblika postopanja v socialnem delu primerne za delo z uporabniki s kompleksnimi potrebami. V procesu načrtovanja odpusta so uporabniki v večji meri vključeni v individualno obravnavo, sodelujejo pa tudi v skupinskem delu. Po končanem zdravljenju, če se za to prostovoljno odločijo, sodelujejo tudi v programih skupnostne obravnave.

Metode, ki jih socialne delavke uporabljajo pri načrtovanju odpusta, so opisane v fazah načrtovanja odpusta (uvodna faza, redna faza, faza zaključevanja).

2.4.3.1. Metoda osebnega načrtovanja in izvajanje storitev pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice

Izpostaviti velja metodo osebnega načrtovanja in izvajanja storitev, ki se je v Sloveniji pojavila sredi devetdesetih let 20. stoletja in ima veliko vzporednic z načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice. Gre za metodo, ki na podlagi raziskovanja življenjskega sveta oblikuje cilje, pri čemer je uporabnik ves čas soudeležen. Metoda se je z leti večkrat preimenovala; od *individualnega načrta za samostojno življenje*, kasneje *individualno načrtovanje z udeležanjem ciljev* do zdajšnje metode osebnega načrtovanja in izvajanja storitev (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013). Osebno načrtovanje in izvajanje storitev tudi presega klasično delitev metod socialnega dela na delo s posameznikom, skupinsko delo in skupnostno delo.

Socialna delavka mora poznati tudi skupnost, v kateri človek živi, poiskati v njej vire in s timskim delom doseči, da se načrt izvede (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013).

Temeljne značilnosti metode osnovnega načrtovanja in izvajanja storitev so:

- **Prečnost (transverzalnost):** povezuje dogodke na ravni povsem konkretnega življenjskega sveta z dogodki v institucionalni sferi življenja ter z različnimi viri v skupnosti in v družbi. Pri načrtovanju odpusta je socialna delavka ves čas v vlogi koordinatorke, pri čemer ima tako obrobni kot tudi osrednji položaj.
- **Reflektivnost in refleksivnost:** metoda osebnega načrtovanja je reflektivna, ker odraža na eni strani posameznikov dejanski svet, njegovo situacijo in okoliščine, na drugi strani pa tudi njegovo usmerjenost, želje in stališča.
- **Proaktiven pristop:** načrtovanje je odziv na pretekle dogodke in na sedanje stanje ter omogoča aktivno ustvarjanje prihodnosti. Cilji obenem določajo smer delovanja (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013, str. 21–26).

2.4.4. Potek načrtovanja odpusta

Teorija načrtovanja odpusta prepozna dva načina poteka (Debraand, 1990, po Lin, Cheng, Shih, Chu in Tjung, 2012, Mckeehan in Coulton, 1985, po Lin, Cheng, Shih, Chu in Tjung, 2012, str. 238):

- *Osnovno načrtovanje odpusta* – načrtovanje odpusta opravita zdravnik in medicinska sestra, ne da bi sledila priporočenim postopkom in smernicam glede načrtovanja odpusta, brez ustrezne komunikacije med bolnišnico in skupnostjo ter brez vsakega zapisa o načrtovanju odpusta, le z najnujnejšo zdravstveno dokumentacijo (prav tam).
- *Specializirano (interdisciplinarno) načrtovanje odpusta* – v načrtovanje odpusta je vključen bolnišnični tim, v katerem je vedno prisotna tudi socialna delavka. V celoten postopek so vključeni uporabnik in njegova družina oziroma skrbniki. Na voljo so postopki in smernice za načrtovanje odpusta, dobra komunikacija med bolnišnico in skupnostjo ter zapis o načrtovanju odpusta (prav tam).

Obe obliki najdemo tudi pod formalno (formal) in neformalno (informal) načrtovanje odpusta (prav tam).

Učinkovito načrtovanje odpusta temelji na treh glavnih fazah: uvodno srečanje, redna srečanja (običajno jih je več) in zaključno srečanje, ki jih bom v nadaljevanju predstavila z aktivnostmi vseh udeleženi. Vsaka od posameznih faz zahteva prehod na naslednjo stopnjo.

Obdobje med prvo stopnjo in zadnjo stopnjo je odvisno od napredka, ki ga je uporabnik dosegel (Alghzawi, 2012).

2.4.4.1. Uvodno srečanje (prva faza NO)

Uvodno, začetno srečanje vsebuje naslednje elemente (Alghzawi, 2012, str. 5–6):

- Začne se takoj ali kmalu po sprejemu v bolnišnico.
- Uvodni razgovor, namenjen začetni oceni uporabnikovih potreb.
- Vzpostaviti stik z uporabnikovo družino, skrbniki oziroma pomembnimi drugimi.
- Povezati se je treba s službami v skupnosti, kjer z dovoljenjem uporabnika pridobimo informacije, ki jih potrebujemo pri načrtovanju odpusta.
- Izdela se začasni načrt odpusta.

Vzpostavitev delovnega odnosa in dogovor o sodelovanju

Da se načrtovanje začne, je vedno treba vzpostaviti delovni odnos, ki je temeljni koncept socialnega dela (Čačinovič Vogrinčič, 2008). Vzpostavljanje delovnega odnosa v načrtovanju je sestavljeno iz predstavitve načrtovalca in načrtovanja, podelitve mandata za načrtovanje in sklenitve dogovora o načrtovanju (Flaker, 2015).

Socialna delavka vzpostavi stik v prvem, uvodnem srečanju z uporabnikom (Alghzawi, 2012). Kot pravi Flaker (2003), mora biti stik vzpostavljen spoštljivo in prijazno. Primerno je »razbijanje ledu« s klepetom, s humorjem, pa tudi z ljudskostjo (prav tam). Avtor nadaljuje, da je poleg začetnega predstavljanja in spoznavanja osrednja tema prvega razgovora raziskovanje začetne situacije, kot jo vidi uporabnik in kot jo vidi socialna delavka (prav tam). To vključuje tudi pojasnilo mandata socialne delavke, pojasnilo razlogov obravnave in poteka sodelovanja, pojasnilo pravic in dolžnosti in obveznosti obeh, tako uporabnika kot tudi socialne delavke in seznanitev uporabnika z realnimi možnostmi pomoči. Predstavi se mu njegove možnosti ali nemožnosti izbire, ponudi priložnost, da izrazi svoje probleme in potrebe, seznanitev z verjetnimi naslednjimi koraki v procesu načrtovanja odpusta, oceni se, kako uporabnik sprejema svojo situacijo in postopke, kako lahko sodeluje, po potrebi prilagoditev postopka in predstavitev ponudbe morebitnih drugih storitev in storitev drugih organizacij in ustanov (prav tam).

V odnosu socialna delavka skupaj z uporabnikom soustvarja želene izide za rešitev problemskih situacij. Ustvari izvirni delovni projekt pomoči, ki je individualen proces pomoči in se oblikuje posebej za vsakega posameznika, družino, skupino, ki je del problemske situacije

(prav tam). Projekt pomoči v socialnem delu se začne z jasnim in izrečenim dogovorom o sodelovanju, ki šele omogoči vzpostavljane delovnega odnosa (Čačinovič Vogrinčič, 2006). Dobro je, če se dogovora udeležijo vsi udeleženi v problemu na začetku dela. Dogovor vsebuje dvojce: pristanek na sodelovanje tu in zdaj in o času, ki je na voljo in dogovor o delovnem odnosu, torej dogovor o tem, kako bo delo potekalo. Naloga socialne delavke je, da vzpostavi in varuje varen prostor za delo, v katerem vsak pride do besede, da bi problem bolje razumeli in soustvarili odločitev. Drugi poudarek je na pomenu dela v sedanjosti, na raziskovanju tistega, kar je mogoče storiti zdaj, v razgovoru. Vloga uporabnikov je opisana kot odgovornost za lastni delež pri soustvarjanju rešitve. Dogovor je pomemben, ker postavi socialnodelovni okvir, ki že vsebuje koncept »biti udeležen v definiciji problema in soustvarjanju rešitev« in sporočilo, da je pomembno začeti proces soustvarjanja rešitev tukaj in zdaj. Znanje za ravnanje je znanje o tem, kaj potrebuje uporabnik in kaj družina, da bi bilo dobro in smiselno živeti v njej (prav tam). Campbell (1996) je zapisal, da uporabniki, eksperti iz izkušenj vedo, kaj želijo in to je treba upoštevati, ob tem pa vedeti, da imajo včasih težave z izražanjem svojih želja. Želijo si več izbire, informacij, več besede pri tem, kaj se z njimi dogaja.

V tej fazi načrtovanja odpusta se med uporabnikom in socialno delavko razvije terapevtski odnos, v katerem fokus ni na bolezni, ampak na odnosih. V takšnem terapevtskem odnosu, ki ne zanika resničnih težav uporabnika, sta uporabnik in socialna delavka enakovredna partnerja, znana je uporabnikova avtonomija in moč, ki jo bo uporabil na poti svojega okrevanja. Saalebey (2002) meni, da lahko vire moči poiščemo tako, da se ozremo okoli in vidimo dokaze o človekovih interesih, talentih, kompetencah in s poslušanjem njegovih zgodb. Avtorji Epstein, Rudolph in Epstein (2000) predlagajo raziskovanje virov moči z neformalnim klepetanjem z uporabnikom o čisto splošnih zadevah, kot so hobiji, interesi, kaj rad počne in kako je prišel skozi težka obdobja svojega počutja v preteklosti. Vpraša se ga o njegovih dosežkih v službi, šoli in v vsakdanjem življenju, pri čemer se prepozna moč, ki se jo lahko izkoristi pri soočanju z vprašanji, ki so aktualna v tem trenutku in načrtovanju uporabnikovih ciljev (prav tam). Strokovnjaki na področju duševnega zdravja raziskujejo vire, ki jih ima posameznik, in nudijo podporo pri njihovi mobilizaciji (prav tam). To je zelo aktualno tudi pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice.

Pobuda za načrtovanje odpusta

Flaker (2015) piše, da je odločitev uporabnika o tem, ali bo ponujeno pomoč in podporo sprejel, povsem prostovoljna (prav tam). Osebno načrtovanje vedno poteka na uporabnikovo željo, ki se odloča o tem, ali želi vstopiti v proces sodelovanja. Odloča se na podlagi seznanitve

z značilnostmi sodelovanja. Gre za skupen projekt, ki temelji na odkrivanju, raziskovanju uporabnikove moči, da doseže svoje cilje in uresniči sanje, vzpostavljanje stika. Stik, pobudo za načrtovanje odpusta, lahko uporabnik vzpostavi z načrtovalcem neposredno in samostojno. Lahko ga kdo z načrtovalcem poveže ali ga k njemu napoti. Lahko pa z uporabnikom stik naveže načrtovalec. Avtor (Flaker, 2015) nadaljuje, da je med nalogami in vlogami socialnih delavcev v ustanovah tudi ta, da uporabnikom blažijo življenje. Na socialne delavke se obrnejo sami ali pa jih drugo osebje pošlje k njim, ko se je treba pogovoriti. Socialne delavke naj bi njihove težave razumele, pripravljene naj bi jih bile poslušati, saj to znajo, s tem ustvarjajo prostor sporazumevanja, komunikacije, kjer se imajo uporabniki možnost izraziti (prav tam).

Motivacijski intervju

Motivacija za sodelovanje je, vsaj v začetni fazi, pogosto nizka. V tem primeru socialna delavka uporabi metodo motivacijskega intervjuja, ki jo je leta 1983 prvi opisal Miller in jo pozneje razvijal skupaj s sodelavcem Rollnickom (Pirnat, 2021). Motivacijski intervju je na stranko usmerjena metoda za krepitev notranje motivacije za spremembo z raziskovanjem in razreševanjem ambivalence in je učinkovitejša kot dajanje nasvetov v smislu, kaj in kako narediti. Je orodje, ki posameznika pripravi na soočenje s spremembami in spodbuja pozitivni odnos do njih (prav tam). Cilji motivacijskega intervjuja so razrešiti ambivalenco, povečati notranjo motivacijo, povečati samozaupanje stranke v zmožnost za spremembo in spodbujanje stranke, da govori o argumentih za spremembo (prav tam). Metoda je najprimernejša v primerih, ko je uporabnik nenaklonjen spremembi ali ima ambivalenten odnos do nje (prav tam).

2.4.4.2. Redna srečanja (druga faza NO)

Redna srečanja (druga faza), namenjena načrtovanju odpusta (Alghzawi, 2012, str. 5–6):

- druga faza načrtovanja vsebuje razširitev začetnega načrta odpusta,
- pomembno je, da je v tej fazi uporabnik ves čas soudeležen,
- opraviti je treba oceno posameznikovih potreb, s posebnim poudarkom na potrebah ob in po odpustu,
- na podlagi ocene potreb izdelati načrt odpusta,
- sodelovanje s službami v skupnosti,
- vključevanje v oblike dela znotraj bolnišnice z namenom pridobivanja dodatnih veščin (na primer skupinsko delo),

- vključiti v celoten proces dela svojce,
- organizacija in izvedba obiskov uporabnikov v možne nastanitve v skupnosti, organizacije, društva.

Proces načrtovanja odpusta poteka v času zdravljenja v psihiatrični bolnišnici. Načrtovanje odpusta v II. fazi (redna srečanja) je v mnogih oblikah, od nekajminutnega neformalnega pogovora z uporabnikom do celovitega procesa, ki vključuje standardizirane postopke, ki temeljijo na oceni uporabnikovih potreb (Becker, Howard, Garrett in Moran, 2007). Flaker (2015) piše, da je trajanje storitve delno povezano z intenzivnostjo situacij in potreb, ki jih uporabniki doživljajo. Kratkotrajne storitve so značilne za akutne stiske, za krizne situacije ali začasne rešitve dolgotrajnejših stisk. Srednje dolge ali prehodne storitve so namenjene prehodnim situacijam, v katerih gre za večje spremembe v življenju uporabnika in ki imajo za posledico ustalitev s stalno ali občasno podporo ali brez nje. Dolgotrajne storitve so značilne za kompleksne stiske, ki izhajajo iz kontinuiranih potreb po podpori in pomoči (prav tam). Za drugo stopnjo (redna srečanja) je pogosto potrebnih več srečanj (Alghzawi, 2012). Čačinovič Vogrinčič (2016) piše, da je vsaka najmanjša sprememba na poti nova. Na naslednje delovno srečanje prinesejo udeleženi »novo«, da bi z novim delom nadaljevali. Vsaka sprememba s seboj prinaša nove spremembe in prav pozornost na spremembe je zelo pomembna naloga socialne delavke, saj jih uporabniki in družina pogosto ne zmorejo opaziti. S perspektive moči lahko proslavljamo vsak uspeh na poti, saj je to dragocen proces, ki ga prepogosto izpustimo (prav tam).

Storitve pri načrtovanju odpusta

Mobilizacija virov v uporabniku, družini in okolju mora biti usmerjena v izboljšanje življenja, varovalni dejavniki so raziskane in dogovorjene spremembe v skupnosti (Čačinovič Vogrinčič, 2006). Socialna delavka in uporabnik v okviru načrtovanja odpusta delata na zelo konkretni ravni. Na ugotovljene potrebe iščeta ustrezne odgovore, ki niso »usluge po meniju«, pač pa uporabnikovim potrebam prilagojen in odgovarjajoč načrt.

Ključno pri načrtovanju odpusta skupaj z uporabnikom je iskanje ustreznih odgovorov na prepoznane potrebe, kar poteka v okviru uvodnega pogovora, rednih srečanj in ob koncu sodelovanja, pri čemer so v vseh fazah vključene različne storitve, ki jih Flaker (2015, str. 62–77) strne takole:

- Na prvi ravni *pogovora* se delavec in uporabnik le srečujeta. V pogovoru uporabnik predstavi svoj življenjski svet. Na tej ravni socialna delavka nikoli zares ne vstopi v svet uporabnika in se vzdržuje skupnega dela z uporabnikom v njem. Pogovor je lahko

dajanje informacij in drugih vrst znanja, ki jih svetovalec ima, lahko je le refleksija o svetu uporabnika, lahko je tudi usmerjen v nalogo ali ravnanje, lahko je napotitev na drugo storitev (prav tam).

- Na ravni *podpore* se socialna delavka vključi v uporabnikov življenjski svet, vendar ne tako, da bi prevzemala dejavnosti namesto uporabnika. Gre za vstop v življenjski svet, ki ga ta vstop spreminja, vendar le tako, da okrepi moč uporabnika za delovanje v njem. Gre za različne vrste podpore: materialno, moralno, organizacijsko.
- *Osebna pomoč* je vstop v svet uporabnika, pri katerem se prevzame izvedba nekaterih dejanj. Pri tem gre vedno za spremembo moči uporabnika in za razmerje odvisnosti. Ko nekdo nekaj naredi namesto drugega, je drugi od prvega odvisen in izgubi moč.
- *Koordinacija* je v veliki meri organizacijska, a tudi usklajevalna. Koordinacija pomeni usklajevanje ne samo različnih izvajalcev pomoči ali podpore, temveč tudi institucionalnih in neformalnih ravni delovanja in virov podpore in pomoči.
- Obstajajo tudi storitve, ki niso neposredno namenjene uporabniku, ampak so namenjene boljšemu izvajanju storitev, uporabnik jih uporablja posredno (supervizija, izobraževanje, timsko delo, koordinacija med službami).
- *Premestitev ali namestitev* je najbolj radikalen in intenziven poseg v siceršnji življenjski svet uporabnika, posameznika izvzame iz njegovega okolja in ga premesti v drugo. Premestitev je treba razlikovati od preselitve, ki jo izvede predvsem uporabnik sam; premestitev vsebuje spremembo kraja bivanja, s tem uporabnik preuredi svoj življenjski svet in ga na novi lokaciji ponovno ustvari (Flaker, 2015, str. 62–77).

Načini ravnanja pri načrtovanju odpusta

V procesu načrtovanja odpusta se socialna delavka ravna na različne načine, ki so sestavni del socialnega dela na področju duševnega zdravja (Čačinovič Vogrinčič, 2006, str. 52–56):

- Svetovanje v socialnem delu razumemo kot instrumentalno definicijo problema in osebno vodenje k rešitvam hkrati. Na področju duševnega zdravja je primer socialnega svetovanja individualni pogovor z uporabnikom ali njegovo družino, s ciljem iskanja možnih optimalnih rešitev oziroma odgovorov na ugotovljene potrebe v okviru načrtovanja odpusta.
- Intervencija – socialna delavka jo uporabi v primeru, ko posreduje brez pristanka uporabnika, ko ta ogroža sebe ali druge. Primer iz bolnišnici bi bil, ko uporabnik zaradi zdravstvenega stanja ne more dati pristanka za intervencijo v odklenjeno stanovanje, v katero zamaka zaradi neurja.

- Preskrba – socialna delavka uporabniku nekaj nabavi ali priskrbi. Na področju duševnega zdravja socialna delavka za uporabnika opravi bančni dvig, mu priskrbi oblačila in obutev ter pribor za osebno higieno.
- Oskrba/podpora – socialna delavka uporabniku med hospitalizacijo in s tem načrtovanjem odpusta uporabniku stoji ob strani, da bi bil kos nalogam, ki jih mora opraviti, pa jih v tem času ne more ali ne zmore. Primer oskrbe v psihiatrični bolnišnici bi bil na primer spremstvo na timski sestanek pristojnega CSD, spremstvo na sodne obravnave in v druge ustanove.
- Zastopanje – zastopanje je na mestu tam, kjer klient nima dovolj socialne moči, da bi rešil svojo stisko ali obvaroval svoje pravice. Zastopniki, kot jih določa Zakon o duševnem zdravju (2008), v psihiatrično bolnišnico prihajajo in niso v njej zaposleni.

Lüssijeva načela pri načrtovanju odpusta

Strokovno usposobljena socialna delavka pri načrtovanju odpusta uporablja tudi Lüssijeva načela (Čačinovič Vogrinčič, 2006, str. 50–51):

- Načelo vsestranske koristnosti – socialna delavka vzpostavi projekt tako, da upošteva interese vseh udeležениh v problemu. V praksi na področju duševnega zdravja je pozorna na vse udeležene v dani situaciji, tako na uporabnika kot tudi na njegovo družino oziroma njegove bližnje.
- Načelo kontakta – socialna delavka vzpostavi stik z vsemi udeleženiimi v problemu, ki lahko prispevajo k rešitvi, saj omogoča in spodbuja komunikacijo.
- Načelo interpozicije – opredeli vlogo socialne delavke med vsemi udeleženiimi v problemu. V praksi se socialna delavka mnogokrat znajde v stiski, sooča se z etičnimi dilemami.
- Socialno-ekološko načelo – socialna delavka aktivira, mobilizira in krepi uporabnika, ki nima ali ima šibko socialno mrežo, jo pomaga oblikovati v naravnem socialnem kontekstu.
- Načelo pogajanja – ustvarjanje rešitev je strukturirano kot pogajanje, ki ga vodi socialna delavka, upoštevajoč načelo interpozicije. Pomembno je, da ima vsak udeleženec možnost povedati svoje mnenje in videnje, naloga socialne delavke pa je, da poskuša skupaj z njimi iskati rešitve, ki bodo sprejemljive za vse.
- Načelo sodelovanja govori o sodelovanju s tako imenovanimi »tretjimi«, ki jih pri delu z družino potrebujemo. Niso neposredno udeleženi v problemu, vendar jih potrebujemo za njegovo rešitev. V praksi na področju duševnega zdravja to pomeni sodelovanje s

službami, ki pomembno vplivajo na izid in nadaljnjo obravnavo oziroma sodelovanje z uporabnikom.

- Načelo odpiranja problema – socialna delavka si dovoli svojo nemoč podeliti z udeleženi v problemu ter zaprositi za pomoč bodisi uporabnika, njegovo družino ali pa druge strokovnjake.

Ocena potreb in zastavljeni cilji kot odgovori nanje

Pr načrtovanju odpusta socialna delavka skupaj z uporabnikom raziskuje njegov svet, ugotavlja, kako živi, njegove želje, potrebe in nuje, hkrati pa tudi zaznava vire in sredstva, ki so mu na voljo, pa tudi tista, ki mu manjkajo (Flaker, 2015). O potrebah, na raziskovanju katerih temelji učinkovito načrtovanje odpusta, pišem v ločenem poglavju.

Poštrak (2022) piše, da se osebni in stvarni dejavniki med seboj prepletajo in delujejo druga na drugega tako, da ustvarijo začarani krog. Če želimo pomagati človeku, ki je v socialni stiski, moramo poznati vse dejavnike, ki to stisko povzročajo. Spoznati je treba vse komponente, jih analizirati in razumeti njihov medsebojni odnos. Dejavnike razlikujemo glede na to, ali so stvarni (zunanji, družbeni, socialno-ekonomsko določeni) ali pa osebni, notranji, ki izražajo človekovo doživljanje situacije (prav tam).

Flaker (2015) piše, da je naloga osebnega načrtovanja zagotoviti pomoč in podporo, ki jo človek potrebuje za uresničevanje svojih ciljev. Socialna delavka ne izhaja iz njegovih problemov, ampak iz njegovih ciljev, ne ukvarja se z njegovimi težavami, ampak mu pomaga, da si organizira življenje (prav tam). Avtor (Flaker, 2015) nadaljuje, da je prepričanje, da je prebivalec totalne ustanove oropan temeljne človeške dejavnosti določanja ciljev, predvsem izrazna figura, saj ljudje tudi v totalnih ustanovah ohranijo cilje, ki pa so oblikovani tako, da so razdeljeni na cilje zunaj, torej na želje, ki jih v ustanovi ni mogoče uresničiti, in na drobne cilje znotraj, ki so pravzaprav sekundarne prilagoditve na situacijo (prav tam). Proces načrtovanja je ustvarjanje sanj, pomembno je, kaj si uporabnik želi, hoče in sanja. Socialna delavka mora spodbuditi uporabnikove želje in sanje ter dovoliti napake in sprejeti definicijo stvarnosti, ki jo uporabnik postavi, sprejeti spremembe, ki si jih uporabnik želi, ter se opravičiti za svoje napake in jih popraviti (prav tam).

Na podlagi ugotovljenih potreb socialna delavka in uporabnik postavita cilje, ki so lahko kratkoročni, dolgoročni ali ponavljajoči se. Kratkoročni so tisti, za katere potrebujemo krajši čas, da jih uresničimo (na primer dvig denarja z bankomata ali preskrba oblačil in pripomočkov za osebno higieno). Navadno so to cilji, ki jih zahtevajo le enkratne naloge, potem pa ne več, ker smo cilj dosegli. Dolgoročni cilji trajajo daljše obdobje (na primer ponovna vključitev v

proces izobraževanja). Tudi dolgoročne cilje zapišemo, kljub temu da jih v izvedbenem delu operacionaliziramo po posameznih korakih, torej zapišemo tudi, da bomo cilj izvajali po posameznih korakih. Ponavljajoči se cilji so storitve, ki jih potrebuje uporabnik nedoločen čas, torej izvajanje ni časovno omejeno, se pa ponavljajo (Flaker, 2015).

Socialna delavka kot koordinatorka pri sodelovanju z zunanjimi institucijami

Vloga, ki jo imajo socialne delavke v ustanovi, je povezovanje strokovnjakov in sodelovanje z drugimi ustanovami (Flaker, 2015). Med postopkom načrtovanja odpusta socialne delavke sodelujejo z zunanjimi službami. Pri tem pridobivajo različne podatke, ki so potrebni za učinkovito iskanje odgovorov na ugotovljene potrebe (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022a). Flaker (2003) opozarja, da naj socialna delavka zbira podatke iz drugih virov šele potem, ko je že vzpostavila stik z uporabnikom. Pri tem mora pridobiti njegovo dovoljenje ali ga s tem vsaj seznaniti (prav tam). Pri tem upošteva podatke, ki jih že ima, in se zanima predvsem za tiste, ki jih še potrebuje (prav tam). Avtor nadaljuje, da sodelovanje z drugimi ustanovami ni nujno v vseh primerih, oziroma je nujno, ko gre za zapletene primere (ki jih obravnava več ustanov) in ko so potrebne informacije o dogodku ali situaciji uporabnikov, pa tudi pogledi različnih služb na dogodek ali na situacijo (prav tam). Nujno je, kadar je treba vključiti druge strokovnjake ali če morebitni načrt dela vsebuje tudi druge storitve. O sodelovanju z drugimi ustanovami je treba vedno obvestiti uporabnika ali uporabnico (prav tam).

Ogledi, razgovori in obiski zunaj psihiatrične bolnišnice

Po končanem zdravljenju se oseba vrne domov ali, če to ni mogoče, v eno od drugih oblik bivanja. Ko je to smiselno, se socialna delavka skupaj z uporabnikom odpravi na obisk doma, kar je priložnost za spoznavanje uporabnikovega bivanjskega okolja in srečanje z njemu bližnjimi osebami (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022a). Pri tem naj bo, kot piše Flaker (2003), način spoznavanja etnološki, poskusiti je treba razumeti tisto, kar vidimo, spraševati, kako stvari delujejo, na zainteresiran, a ne vsiljiv ali moralističen način (prav tam). Umestno je pohvaliti ureditev gospodinjstva (okrasne predmete, spretnosti gospodinje ipd.), se pogovarjati o gospodinjstvih in družinskih zadevah (prav tam).

Socialna delavka in uporabnik se v postopku načrtovanja odpusta skupaj odpravita tudi na ogled in razgovore v druge ustanove, kot so domovi starih, socialnovarstveni zavodi in stanovanjske skupnosti. Na ta način uporabnik dobi vpogled v okolje, kjer bo morda v prihodnje živel. Na podlagi ogleda in razgovora se dokončno odloči, ali je ta oblika bivanja zanj primerna

ali ne. Obenem je to priložnost za strokovne delavke v teh institucijah oziroma različnih terapevtskih programih, da spoznajo uporabnike in glede na njihove programe presodijo, ali je namestitev oziroma vključitev smiselna (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022a).

2.4.4.3. Srečanje ob končevanju zdravljenja (tretja faza NO)

Srečanje ob končevanju zdravljenja ali tretja faza načrtovanja odpusta vključuje srečanje, ki ni nujno na odpustni dan (Alghzawi, 2012, str. 5–6). Socialna delavka in uporabnik pogledata, kaj je bilo narejenega, kateri dogovori so bili sklenjeni in kako se bo delo nadaljevalo. Zadnje srečanje je namenjeno tudi oskrbi in preskrbi. Raziskava (Adnanes, Cresswell-Smith, Melby, Westerlund, Šprah, Sfetcu, Strassmayr in Donisi, 2020) je pokazala, da si uporabniki med zdravljenjem želijo spoznati službe, ki so na voljo v skupnosti in se seznaniti z nadaljnjim spremljanjem ter poskrbeti za strukturo dneva. Poudarjali so tudi pomen individualnega kriznega načrta pred odpustom (prav tam).

Možna je še četrta stopnja, odvisno od tega, ali bo uporabnik še naprej sodeloval s psihiatrično bolnišnico ali ne. V praksi sodelovanje poteka s službami psihiatričnega zdravljenja v skupnosti, koordinatorji obravnave v skupnosti in centri za duševno zdravje, ki jih predstavimo v poglavju Vrnitev v skupnost.

2.4.5. Ocena tveganja pri načrtovanju odpusta in izdelava kriznega načrta

2.4.5.1. Ocena tveganja

Načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice je nujno povezano z določenim tveganjem. Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc (2013) trdijo, da je naloga načrtovalcev tudi zagotovitev tistemu, ki odpust odobri, da so tveganja, povezana z odpustom, sprejemljiva (prav tam). Flaker in Grebenc (2011) pišeta, da so v vsakdanjem življenju različna tveganja naša vsakdanjost, prevzemanje tveganja pa del procesa, v katerem ljudje ustvarjajo sebe kot posameznike, kar pomeni »prakticiranje sebe«. Podobno trdi Deeganova (1996), uporabniki morajo imeti možnost poskusiti, neuspeti in ponovno poskusiti. Strokovnjaki morajo dovoliti tveganja, če delujejo podporno (prav tam). Rafaelič in Flaker (2023) pišeta, da je medicinski model ravnanja s tveganji, ki daje sicer vprašljivo etično podlago institucionalnemu redu, glede prevzemanja tveganj izrazito konservativen. V medicini velja, da je bolje zdraviti zdravega, kot opustiti pomoč bolnemu. Vendar, ko se takšna konservativnost pojavi kot oprijemališče omejevanja

človekove svobode, pa taka logika nima neposredne utemeljitve (prav tam). Ob pravem varovanju osnovnih človekovih pravic, pa tudi v temu namenjenih postopkih, je analiza tveganja način, kako takšno naravnost suspendirati in jo nadomestiti s stvarnejšim, bolj pragmatičnim pristopom, ki bo obsegal vprašanja tako varnosti kot svobode (prav tam).

Flaker in Grebenc (2011) pišeta, da socialne delavke večkrat naletijo na pojma »preprečevanje tveganj« in »zaščita«, ki sta del govora o pravicah in dolžnostih, vključena sta v načela socialnega dela kot filozofija pomoči družbeno ranljivim skupinam, vključno z zakonodajo in temeljnimi vrednotami v naši družbi (prav tam). Povzemata Cree in Wallace (2005, po Flaker in Grebenc, 2011), da sta koncept tveganja in zaščite vedno povezana s socialnim delom. Strokovnjakinje ne smejo podleči varljivemu vtisu, da s tem, ko poskrbijo za tveganja, poskrbijo tudi za varnost in gotovost (prav tam). V socialnem delu ni hitrih rešitev, s katerimi bi obvladovali negotovost; kar lahko socialna delavka stori, je, da z etično držo v socialnem delu in skupaj z uporabniki služb socialnega dela prevzame odgovornost in sprejema izzive (Flaker in Grebenc, 2011). Flaker (2003) meni, da socialno delo ne ve že a priori, kaj je prav in kaj je narobe; glede tega sta potrebna dialog in refleksija. Medtem ko se klasične stroke, kot sta pravo in medicina, ukvarjajo z gotovostmi, socialno delo živi v dejanskem svetu verjetnosti. Naloga socialnega dela je oceniti verjetnost, da se bo nekaj zgodilo, tehtati med tveganjem in profitom za uporabnika in zmanjšati tveganje na razumno mejo, ne da bi onemogočili osebi, da tvega. Mali in Milošević Arnold (2011) pišeta, da za nekatere uporabnike socialne delavke menijo, da tveganja zanje niso primerna ali dopustna in jih poskušajo obvarovati tako, da sprejemajo odločitve v njihovem imenu, omejijo njihovo gibanje, skrbijo za njihovo prehrano in jemanje zdravil. Na ta način jih prikrajšajo za vsakodnevne izbire, jih stigmatizirajo in socialno izločijo. V institucijah, kot so bolnišnice, zapori, domovi za stare ljudi, nimajo možnosti tvegati. Ob zavedanju meja lastne svobode pogosto prihajajo v konflikte z institucionalnim sistemom, saj jih režim življenja in zdravljenja v instituciji oropa izkušnje tveganja (prav tam). Nadaljujeta, da med socialnimi delavkami obstaja strah, da bi z dopuščanjem tveganja v očeh širše družbe pridobile sloves slabih socialnih delavk, ker uporabnike spravljajo v nevarnost, pri tem pa se premalo zavedajo nevarnosti, da jih ravno s pretirano zaščitniško držo delajo odvisne (prav tam).

Flaker (2003) piše, da je namen analize tveganja omogočiti uporabnikom tveganje, tako kot tvegajo vsi ljudje. Namen je torej izenačiti njihovo varnost z varnostjo drugih ljudi v podobnih situacijah in se uporablja v dveh primerih (prav tam):

- *pri omejevanju* ljudi z namenom, da bi bile omejitve kar se da minimalne in da se preskusi, ali so bile izčrpane vse manj omejevalne možnosti (prav tam),

- *pri širjenju možnosti z namenom omogočiti ljudem dejavnost, dejanja in dogodke, ki jim niso bili dovoljeni ali pri katerih so bili omejeni (prav tam).*

Pri načrtovanju odpusta je treba predvideti, kaj se utegne zgoditi, kakšne so lahko posledice. Pri analizi tveganja je bistveno, da socialne delavke zavzamejo dvojno perspektivo: ocenijo tveganje z vidika verjetnosti dogodka in hkrati obdržijo perspektivo uporabnika. Pomembni so še drugi kriteriji: stopnja škode, korist/dobiček (izdelava lestvice pomembnosti dobička), normalnost tveganja (primerjava z drugimi vrstami tveganja). Pri analizi tveganja socialne delavke poskušajo razumeti, kako intenzivno posameznik zaznava tveganje (kdaj vključiti alarm) in kolikšen je pomen razmerja med škodo in koristjo (Flaker in Grebenc, 2011). Flaker (2003) piše, da se napake v socialnem delu dogajajo, pomembni pa so popravljalni mehanizmi, kako jih popravljati, ko do njih pride (prav tam). Enako velja za uporabnike socialnega dela, ki jim morajo socialne delavke priznati pravico do napak, kot jih ima vsakdo, kdor se odloča po prosti volji (prav tam). Beležiti je treba tudi neuspehe, slepe poti, odstopanja od rešitev, ki so se pokazali za neuresničljive, vendar k tem zapisom dodamo nove premisleke, nova iskanja in nove naloge, ki se soustvarjajo v delovnem odnosu (Čačinovič Vogrinčič, 2008).

Letno strokovno poročilo socialne službe Psihiatrične bolnišnice Idrija (2022b) pokaže določena tveganja pri načrtovanju odpusta tudi od socialnih delavk. Pri tem Urek (2005) opozarja na zapise, ki so kritični element pri ravnanju s tveganimi situacijami. Zapisovanje kritične situacije ima lahko potencialne posledice v obliki povpraševanja odgovornosti službe, ko se kaj zalomi (prav tam). Največja tveganja v socialni službi še vedno ostajajo povezana s predvsem verbalnimi napadi na socialne delavke, pretežno v povezavi s finančnimi zadevami in nerealnimi pričakovanji v zvezi z urejanjem njihove socialne problematike (na primer neupravičenost do socialnih transferjev) (prav tam). Določena tveganja ostajajo tudi v povezavi s terenskim delom, kjer so možni nepredvideni dogodki (agresija, pobeg). Vzroke morebitnega nasilja uporabnika je treba razumeti tudi v kontekstu nenehnega nadzora uporabnika, nezaupanja in različnih oblik nasilja.

2.4.5.2. Krizni načrt

»Načrtovanje na zalogo« je metoda individualnega načrtovanja storitev, s katero posameznik ureja okoliščine svojega življenja za obdobje, ko nanje ne bo mogel vplivati neposredno (Škerjanc, 2006). Uporabna je predvsem v tistih življenjskih situacijah, ko je vpliv na odločitve zmanjšan zaradi spremenljivih stanj, ki jih povzročajo težave v duševnem zdravju,

drugih bolezenskih stanjih ali zaradi spremljajočih pojavov staranja (prav tam). V tej funkciji je krizni načrt podoben analizi tveganja (Flaker, 2015).

V kontekstu načrtovanja odpusta je načrtovanje na zalogo krizni načrt (kot del »načrta odpusta«), namenjen pripravi na morebitno krizo. Kriza v kontekstu težav v duševnem zdravju je vsaka situacija, v kateri se uporabnik znajde v nevarnosti, da poškoduje sebe ali druge in/ali ko si ne more pomagati z veščinami in viri, ki so mu na razpolago (National Alliance on Mental Illness, 2018). Pri izdelavi kriznega načrta uporabniki aktivno sodelujejo. Pomembno je, da so k sodelovanju povabljeni tudi ljudje, ki so jim blizu. Z dovoljenjem uporabnika se izvod kriznega načrta razdeli tudi družinskim članom, prijateljem, strokovnim delavcem. Načrt se po potrebi spreminja in dopolnjuje (prav tam).

Krizni načrt je individualno pripravljen za vsakega uporabnika posebej, vendar vsebuje določene skupne elemente (National Alliance on Mental Illness, 2018, str. 14–15):

- *Osnovne informacije o uporabniku*: ime, priimek, naslov, rojstni podatki, pomembne zdravstvene informacije, interesi, moči (prav tam).
- *Podatki o družini*: podatki o družinskih članih in osebah, ki so uporabniku blizu (prav tam).
- *Vedenja*: sprožilni dejavniki slabega počutja, strategije za obvladovanje slabega počutja, ki so bile učinkovite v preteklosti (prav tam).
- *Zdravila*: zdravila, ki jih ima uporabnik predpisana, zdravila, ki mu/ji v preteklosti niso pomagala, vključno z znanimi alergijami.
- *Izbira obravnave*: seznam intervencij ali obravnav, ki so bile izvedene, tudi seznam neuspešnih obravnav, ki bi se jim bilo v prihodnje treba izogibati, seznam preferenc za obravnavo (prav tam).
- *Vključenost strokovnih delavcev*: telefonske številke uporabnikovega kriznega tima, osebnega zdravnika, terapevta, socialne delavke, psihiatra in psihiatrične bolnišnice (prav tam).
- *Podpora oseb, ki jim uporabnik zaupa*: sosedje, prijatelji, družinski člani, najljubši učitelj, sodelavec, ljudje v verski skupnosti.
- *Drugi viri podpore*: zagovorniške organizacije, podporne skupine (prav tam).

2.4.6. Opismenjevanje in skupinsko delo v procesu načrtovanja odpusta

Pomemben koncept na področju duševnega zdravja je opismenjevanje na področju duševnega zdravja (angl. »mental health literacy«), ki izhaja iz osnovnega koncepta zdravstvenega opismenjevanja. Pismenost o duševnem zdravju je definirana kot znanja in prepričanja posameznika o duševnih motnjah, ki pripomorejo k prepoznavanju, obvladovanju in njihovem preprečevanju. Jorm s sodelavci (Jorm idr., 1997) je v tem kontekstu izpostavil sposobnost prepoznavanja specifičnih motenj oziroma različnih vrst težav na področju duševnega zdravja, znanje in prepričanja o vzrokih in dejavnikih tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju, znanja in prepričanja o različnih vrstah samopomoči in iskanje ustrezne pomoči in znanje o tem, kako poiskati relevantne informacije o težavah s področja duševnega zdravja. Študije (Jorm, 2012) pokažejo, da je v okolju z višjo stopnjo pismenosti o duševnem zdravju opaženih manj težav na področju duševnega zdravja in manj posledic, saj je iskanje ustrezne pomoči pravočasno, več je tudi dela na preventivi (prav tam).

Dernovšek, Vogrinec Švigelj, Čeh (2022) pišejo o zdravstveni pismenosti kot o razmeroma novem konceptu, ki se je razvijal skupaj z idejo informiranega pristanka v zdravstveno obravnavo. Avtorice nadaljujejo, da je to več kot le podpis na obrazec, saj vključuje polno razumevanje zdravstvenega stanja, vrste zdravstvenega posega in njegovih učinkov (želenih in neželenih) in ga lahko verodostojno ga lahko poda le oseba, ki je ustrezno zdravstveno pismena (prav tam). Dolžnost je zapisana v 20. členu Zakona o pacientovih pravicah (2008). Pred uveljavitvijo koncepta pismenosti o duševnem zdravju je bil v veljavi koncept o psihoedukaciji. Ta je vključeval tematske individualne ali skupinske dejavnosti, kjer ljudje s težavami v duševnem zdravju in njihovi svojci sodelujejo in spoznavajo težave na področju duševnega zdravja, njihovo obravnavo, načine preprečevanja in dejavnike tveganja za poslabšanje ali ponovitev (prav tam).

Načrtovanje odpusta v večji meri temelji na socialnem delu s posameznikom in njegovo družino, v času zdravljenja pa so uporabniki, občasno tudi njegovi bližnji, vključeni v različne oblike skupinskega dela, kar prispeva k učinkovitemu načrtovanju odpusta. Z nekaterimi oblikami skupinskega dela nadaljujejo tudi po končanem zdravljenju, oziroma se takrat vanje šele vključijo. Francis (2013) vidi delo s skupino kot metodo, ki spodbuja in dovoljuje članom medsebojno podporo, pomoč, krepitev moči in omogoči priložnosti za recipročnost pomoči. Nadaljuje, da je v takšnih skupinah veliko moči in posamezniku nudijo izkušnjo, kako preseči bolečino in socialno izolacijo, s katero se ljudje na področju duševnega zdravja pogosto srečujejo (prav tam). Eden od najpomembnejših ciljev v skupinah je omogočanje osebam s težavami v

duševnem zdravju varno in podporno okolje, kjer se lahko srečujejo in sodelujejo med seboj, brez strahu in obsojanj ljudi in družbe. Ključno je zaupanje, ki se začne z zelo preprostimi stvarmi, kot je nagovarjanje udeležencev z imenom. Pomembna je oseba in ne problem, kar je premik od patologije k prepoznavanju moči vsakega posameznika in največja vrednost skupine ter ključna komponenta v procesu okrevanja (prav tam). Socialne delavke imajo na področju skupinskega dela v psihiatrični bolnišnici pomembno vlogo, vodijo jih same ali v paru s socialno delavko ali drugo strokovno delavko. Ramovš (1995) pravi, da gre pri teh skupinah za umetne skupine, ki vzdržujejo svoje dinamično ravnotežje osnovnih skupinskih značilnosti z energijo trenutne potrebe članov ali zunanjih okoliščin (prav tam). Skupinsko delo je raznovrstno, med drugim vključuje treninge socialnih veščin in različne tematske skupine. Socialne delavke so tudi izvajalke edukativnih vsebin (na primer delavnice »Skupaj premagajmo depresijo«), saj je pridobivanje znanja in ustreznih informacij povezano z manjšim številom rehospitalizacij in boljšim vključevanjem v skupnost (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022b):

Edukativne delavnice so namenjene uporabnikom, ki se spoprijemajo s stresom, depresijo in anksioznimi motnjami. Na delavnici se udeleženci seznajajo z značilnostmi svojih težav in načini zdravljenja oziroma spoprijemanja z njimi in spoznajo, kaj lahko sami naredijo za izboljšanje svojega počutja (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022b).

Treninki socialnih veščin prispevajo k povečanemu socialnemu vplivu posameznika, k večji vključenosti v socialno okolje, k izboljšanju komunikacijskih veščin, povečani asertivnosti in medsebojni povezanosti, k povečanju lastnih virov, izboljšanju sposobnosti iskanja rešitev, učinkovitejšemu razreševanju konfliktov, prevzemanju odgovornosti, izboljšanju sodelovanja z drugimi. Treninki socialnih veščin pripomorejo tudi k učinkovitejšemu vzpostavljanju in ohranjanju odnosov ter k širjenju socialne mreže, kar posameznikom omogoči učinkovitejše vključevanje v družbo. Vse te veščine pomagajo posamezniku, da je boljše usposobljen za soočenje z življenjskimi situacijami ter za polno in dostojanstveno življenje (Humar, Podgornik, Bejić, Berdnik, Josić, Lenščak in Vremec, 2018).

Delo v skupini oziroma skupinsko delo prinaša številne pozitivne učinke uporabnikom in njihovim svojcem. Kot pišejo Tyler, Wright in Waring (2019), gre pri skupinskem delu za krepitev moči z znanjem namesto z intervencijami osebja, kar prinaša številne prednosti (prav tam). Pri skupinskem delu poteka komunikacija, ki ima že sama po sebi terapevtski učinek. Predvsem ljudje, ki so se s težavami v duševnem zdravju srečali prvič, pričakujejo socialno in psihično podporo, edukacijo in upanje, da se bodo uspešno vrnili v domače okolje (Miller in Mason, 2001, po Beder, 2006).

2.4.7. Vodenje dokumentacije o načrtovanju odpusta

Celoten proces načrtovanja odpusta je zabeležen v dokumentaciji socialne službe, poimenovanem »spis socialne službe«. Ob končanem zdravljenju je spis varno spravljen v arhivu socialne službe, v ognjevarni omari.

Urek (2008, str. 6) se ozre v zgodovino in piše, da so v zgodnjem 19. stoletju zapiski prvenstveno dokumentirali razdeljevanje pomoči in so bili videti kot neke vrste poslovne knjige. V njih ni bilo podrobnejših podatkov in opisov. V drugi polovici 19. stoletja je postalo pomembno pokazati tudi, zakaj je bila pomoč potrebna in kakšen učinek je imela na izboljšanje situacije upravičenca. Zapisi so bili namenjeni ustvarjanju primerov, postali so vse bolj podrobni in prevzeli so format narativnega poročila (prav tam). Novejše raziskave zgodovine socialnega dela kažejo, da so bili procesi transformiranja individualnih biografij v strokovne reprezentacije ključni tudi za profesionalizacijo socialnega dela in navaja avtorico Tice (1988, po Urek, 2008, str. 6), ki v svoji študiji ugotavlja, da je bilo prav zapisovanje o primerih osrednjega pomena v zgodnjih procesih profesionalizacije socialnega dela, saj je uspelo socialnim delavkam postaviti meje poklica in dokazati kompetentnost za pisanje o uporabnikih. V tem času je bilo veliko nesoglasij med zgodnjimi ameriškimi socialnimi delavkami in delavci o tem, kako zapisovati življenja strank in kako ustrezno obarvati pripovedi v zapisih o primerih (prav tam). Razprave o dokumentiranju so postale pomembne leta 1920, ko so se še zlasti veliko ukvarjali z iskanjem skupnih paradigem in tehnik, zato da bi organizirali neskladna in razpršena polja prakse. Izid tega prizadevanja za skupne temelje je bila večja občutljivost socialnih delavk in delavcev za problematiko izrazoslovja, reprezentacije in konceptualnih sistemov (prav tam). Zgodnje socialno delo se je torej zavedalo, da ima zapisovanje ključno vlogo pri legitimaciji socialnega dela s primerom, vendar zgodba o profesionalizaciji socialnega dela ni odkritje transparentnih in neomadeževanih dejstev, temveč zgodba o tem, kako lahko strokovna moč oblikuje reprezentacijo družbene realnosti in življenja strank (prav tam). Avtorica Urek (2008, str. 6) nadaljuje, da so se ravno v času, ko je postalo zapisovanje o primerih pomembna tema v socialnem delu, ob opisovanju primerov obregnile bolj etabrirane vede, kot so sociologija, psihiatrija in psihologija. Obtožile so socialne delavke, da so nezanesljive priče socialnega sveta in jim ponudile pokroviteljske očetovske nasvete, kako iz zapisov o primerih odstraniti neželjeno subjektivno in feminilno držo. Avtorica Tice (po Urek, 2008, str. 6) meni, da je prav intimna vpletenost socialnih delavk v vsakdanje življenje revnih strank, ki je glede na psihologijo in psihiatrijo bolj feminizirana in manj prestižna plat vednosti, ovirala profesionalno legitimacijo socialnega dela. Sociologi so zlasti dvomili o zanesljivosti in

objektivnosti socialnih delavk kot prič in zapisovalk. Psihatri so imeli podobne zadržke, čeprav so v socialnih delavkah videli uporabne polprofesionalne pomočnice, ki jim lahko prihranijo čas (prav tam).

Avtorica Urek (2005) piše, da je dokumentacija last uporabnika, spis je skupni izdelek socialne delavke in uporabnika o skupnem delovnem odnosu. Zadrževanje dokumentacije pogosto deluje kot vzvod nadzora in discipliniranja (prav tam). Dokumentiranje vsebuje eno izmed oblik moči in vprašanje je, kako moč, ki jo socialnemu delu daje država, prenesti na uporabnika in tako povečati njegov vpliv v vseh fazah dokumentiranja (prav tam). Uporabniku so dostopni vsi podatki, do njih ima pravico dostopati, kar je opredeljeno v Zakonu o varstvu osebnih podatkov (2022) in Kodeksu etike socialnih delavk in delavcev Slovenije (Društvo socialnih delavk in delavcev Slovenije (2021).

Dokumentacija socialne službe, ki je bila tudi predmet empirične raziskave, je zelo obširna, vsebina je odvisna od tega, kaj se pri načrtovanju odpusta dela. V primeru, da socialna delavka in uporabnik za učinkovito načrtovanje odpusta potreujeta na primer socialno poročilo pristojnega centra za socialno delo, potem socialna delavka v psihiatrični bolnišnici zanj pisno zaprosi, uporabnik pa poda svoje pisno strinjanje za pridobitev (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2021a). Če se socialno poročilo piše za zunanje službe oziroma za druge strokovne službe v bolnišnici, potem je, kot piše Flaker (2003), treba zagotoviti sodelovanje uporabnika pri pisanju poročila in zagotoviti, da je poročilo skladno z uporabnikovo perspektivo (prav tam). Avtor nadaljuje, da lahko uporabnik sodeluje pri pisanju socialnega poročila na različne načine: kot vir podatkov in pripovedi, kot cenzor, kot soavtor, kot recenzent (prav tam). Socialno poročilo mora predstaviti osebo najprej kot človeka, poudariti tudi vrline in sposobnosti, opisati življenjsko situacijo in trenutke, ki bodo prispevali k samostojnosti. Socialno poročilo vsebuje povzetek življenjskih okoliščin uporabnika, razmer v družini, šolsko in poklicno kariero, analizo situacije, profil družine in uporabnika. Biti mora stvarno, intonirano z vrlinami uporabnika, napak pa naj se osebam ne pripisuje (prav tam). Upošteva naj preteklost, poudarja sedanjost in načrtuje prihodnost. Mnenje vsebuje tudi predlog ukrepa, ki ga je treba oblikovati skupaj z uporabnikom, uporabnico, tako da bo vsebovalo odgovor na njegove, njene stiske in težave ter da bo razvidno, kaj bo predlagani ukrep konkretno vseboval (prav tam).

Poleg že omenjenega pisanja in pošiljanja socialnih poročil v postopku načrtovanja odpusta pa je v primerih nameščanja v DU, SVZ, stanovanjske skupnosti, materinske domove, različne terapevtske programe za zdravljenje odvisnosti in druge ustanove treba pripraviti tudi drugo ustrezno dokumentacijo. To so najpogostejše vloge za institucionalno varstvo, prošnje za namestitve v stanovanjske skupnosti, ki ji napišejo uporabniki sami, mnenje o zdravstvenem

stanju, ki ga izpolnita zdravnik in diplomirana medicinska sestra, psihiatrično mnenje, ki ga oblikuje zdravnik psihiater, in potrdilo o zdravljenju, ki ga po predhodnem dogovoru z uporabnikom pošlje socialna delavka v različne ustanove oziroma službe, ki sodelujejo pri načrtovanju odpusta; to so na primer zdravstveni domovi, uradi za delo, zavodi za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, delovne organizacije, šole, policija, sodišče (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2021a).

Flaker (2003) je zapisal, da je o svojih pogovorih, ugotovitvah, opažanjih, omogočanju do dostopa, kaj se dogaja v teh procesih, socialna delavka praviloma dolžna poročati, v kar jo sili institucionalna nuja, saj je za svoje delo odgovorna naročniku in uporabniku (prav tam). Celoten proces načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice socialna delavka beleži v dokumentaciji socialne službe (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2021a). Zapiski o primeru so lahko vir dobrih informacij za vse udeležene, saj zagotavljajo neprecenljive podatke o formalnih, faktualnih in subjektivnih vidikih dogodkov, kot so pomembni naslovi, število srečanj, koraki, ki jih je socialna delavka naredila skupaj z uporabnikom v procesu reševanja problema (Postrak in Urek, 2008), v našem primeru v procesu načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice. Pomembno je, da v svojih zapisih socialna delavka dobro opiše življenjske okoliščine, pri tem mora biti izrazito opisna, izogibati se mora moraliziranju, iskanju pomenov, poudariti razlage akterjev in pogled preobremenjenega opazovalca (Zaviršek, Zorn, Videmšek, 2002). V zapisih so tudi podatki o potrebah, nujah in željah uporabnikov, ki so bili pridobljeni iz različnih virov; iz neposrednih in telefonskih pogovorov, elektronske pošte, po navadni pošti in drugo. Posplošeno lahko trdimo, da ima dokumentiranje v socialnem delu dva pola, dva naboja, dve plati: obvezo (represivna plat) in možnost soustvarjanja (Urek, 2012a). Čačinovič Vogrinčič (2008) piše, da v delovnem odnosu nastajata dva zapisa. Prvi je zapis o procesu, kot se vsakokrat soustvarja v delovnem odnosu in zapiše v jeziku delovnega odnosa. Drugi je zapis izvirnega delovnega projekta pomoči, ki povezuje oblikovane želene izide v konkretno dogovorjene akcije in korake k definiranim zelenim izidom. Zapis izvirnega delovnega projekta, v tem primeru načrtovanja odpusta iz bolnišnice, beleži tudi neuspehe, slepe poti, odstopanja od rešitev, ki so se pokazale kot neuresničljive, a k tem zapisom se dodaja nove premisleke, nova iskanja in nove naloge, ki se soustvarjajo v delovnem odnosu. Goffman (2019) se strinja, da je zdravstvena dokumentacija pomembna, vendar opozarja na nevarnost, da se je ne uporablja za zapisovanje dogodkov, v katerih se je uporabnik pokazal z učinkovitim spoprijemanjem s težavami, pač pa je namen pogosto prikazati načine, kako se kaže njegova »bolezen«, pa tudi razloge, zakaj je prav, da je bil nameščen. Med dogodki, ki so zabeleženi v zgodovini primera, so torej takšni, ki bi jih Goffman (prav tam) označil za škandalozne, klevetniške in diskreditirajoče. Flaker (1998) v

tem kontekstu piše, da dokumentacija omogoči tudi tako objektivacijo, ki spremeni uporabnika neke ustanove v blago, ki ni vezano le na delo te ustanove. S pisno dokumentacijo lahko nekdo spremeni uporabnika »v primer, ki gre v promet«. Človeka lahko spozna vsak, ki prebere njegov spis, ne da bi ga srečal. Posebna vrsta problema, ki ga postavljajo pred nas psihiatrija in sorodne stroke, tudi socialno delo je, da so ti spisi spisek napak, ki jih je kdo v življenju storil. Virtualni dvojnik, ki živi v dokumentaciji, je negativna odslikava dejanskega človeka (prav tam).

2.5. Raziskovanje potreb z vidika načrtovanja odpusta

Mali in Grebenc (2021) pišeta, da je cilj študija človekovih potreb v socialnem delu sistematično preučevanje kontekstov in idej o potrebah, kar obsega tako preučevanje pomena potreb kot temeljno človeške ideje kot preučevanje silnic in razmerij, ki potrebe oblikujejo kot družbeni, kulturni, politični in civilizacijski koncept (prav tam). V socialnem delu je razumevanje potreb ljudi ključno za oblikovanje prakse in teorije socialnega dela. Pri raziskovanju človekovih potreb iščemo odgovor na vprašanje, kako lahko vednost o potrebah vključujemo v socialno delo, ki kot stroka temelji na vrednotah socialne pravičnosti in solidarnosti (prav tam). Socialno delo pridobi mandat za delovanje šele takrat, ko je jasno, v katerih situacijah in kako se lahko vključi v izboljšanje kakovosti življenja ljudi. Raziskovanje vsakdanjega življenja ljudi, odkrivanje in ustvarjanje odgovorov skupaj z ljudmi so temeljni procesi dela v socialnem delu, ne glede na to, ali sodelujemo s posamezniki, različnimi skupinami in skupnostmi. Brez teh dejanj ne moremo vedeti, katere so konkretne naloge in cilji socialnega dela v vsakokratnih situacijah pomoči (prav tam). Za socialno delo je zadovoljevanje potreb eno ključnih načel dobre prakse in potrebe so kot pomemben dejavnik vključene v temeljne opredelitve ciljev socialnega dela. Zadovoljevanje potreb je deklariran cilj socialnega dela (Mali in Grebenc, 2021).

Dover (2009) piše o tem, da ne bo mogoče vrniti socialne pravičnosti v socialno delo brez zaveze socialnega dela, da bo postavilo človekove potrebe v središče prakse socialnega dela, brez raziskav na področju socialnega dela in socialne politike. To bi bil prvi korak v smeri zahteve, da morajo službe v celoti odgovarjati na potrebe uporabnikov, v nasprotju z zdajšnjo mnogokrat specializirano, nadzorno vlogo številnih služb. Avtorji Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc (2013) pišejo, da je za stanovalce, v našem primeru za ljudi na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici, to, da si lahko kaj želijo in da se to lahko uresniči, svojevrstna epifanija. Za osebe pa je bilo razodetje v tem, da to, da si človek določi cilje in mu osebe pri tem pomaga, v

nasprotju z ustaljenim prepričanjem (medicinskim modelom), pomeni celo boljše in lažje delo (prav tam).

Grebenc (2005) piše, da v vsakdanjem poljudnem znanju obstaja niz predstav in razumevanj o tem, kaj so potrebe ter da raba pojma potreb zagotovo ni neproblematična. Potrebe so tako političen, ideološki kot tudi praktičen in vsakdanji pojem (prav tam). Avtorica (Grebenc, 2021) piše, da možnost odločanja o tem, kaj so človekove potrebe, kako naj jih ljudje zadovoljujejo, kako naj pri tem sodeluje država, koga in kako je dolžna zaščititi in kakšno vlogo imajo pri tem poklici pomoči, pomeni imeti veliko moči. Nadaljuje, da ni nepomembno, kdo potrebe definira in kdo o njih odloča, kdo dejansko opredeljuje potrebe in presodi, da je nekaj potrebno (prav tam). Ni vseeno, kdo opredeljuje, kaj je družbeno sprejemljivo, kako naj bi do tega dostopali in kdo je upravičen do določenih pravic. Z vidika družbene moči in človekovih pravic je pomembno, kdo ima možnost določanja pogojev, odločanja o pravicah in ima dostop do virov za zadovoljevanje potreb (prav tam). Uveljavljanje določenih vrst potreb in zanemarjanje ali podcenjevanje drugih vrst potreb neposredno vplivata na vsakdanje življenje ljudi. Izkaže se, da je vprašanje, kdo definira potrebe in določa pravila, še bolj kot strokovno in tehnično politično vprašanje (prav tam). Škerjanc (2006) piše o načrtovanju storitev po principu »od spodaj navzgor«, ki izhaja iz posameznikove ocene situacije in iz njegove ocene potreb po storitvah, s katerimi si bo izboljšal kakovost življenja. Pri individualiziranem zagotavljanju storitev je uporabnik izhodišče za načrtovanje, vzpostavljanje, izvedbo in ocenitev storitve ter upravljalec tega procesa. Storitve, ki nastajajo po principu »od zgoraj navzdol«, utrjujejo uporabnika v pasivni vlogi prejemnika storitev (prav tam).

Grebenc (2005) piše o pojmu »potrebe«, ki je v vsakdanjem jeziku uporabljen na različne načine. Gre za širok pojem, ki vsebuje ali pokriva različne druge pomene, kot so na primer želje, hotenja, interesi in preference (prav tam). Potrebe so tudi arbitraren pojem, način razumevanja je odvisen od dogovora, kako ga uporabljamo. Potrebe lahko razumemo kot notranje sile, ki nas silijo k zadovoljitvi in na katere imamo le malo vpliva. Pogost način razumevanja potreb je osredotočen na vprašanje potreb kot ciljev, ki naj bi jih posameznik dosegel, oziroma bi se moral truditi, da jih doseže (prav tam). Potrebe v socialnem delu razumemo in uporabljamo kot gnetljivo kategorijo, o katere pomenu in vrednosti za posameznika in skupnost se moramo vsakič znova in v vsaki situaciji posebej poučiti (Mali in Grebenc, 2021).

V socialnem delu, tudi v zdravstvu, je v uporabi izraz »kompleksne potrebe«, in sicer v primerih, kadar mora na te potrebe koordinirano odgovoriti več služb na več področjih hkrati. Obstaja tudi pojem »intenzivne potrebe« v primeru, ko se v določenem času potrebe posameznika zgostijo in

postanejo večje kot običajno ali pa jih pred tem sploh ni bilo (Škraban, 2020, str. 141). V procesu načrtovanja odpusta poskuša socialna delavka skupaj z uporabnikom čim boljše spoznati situacijo, v kateri se je znašel, raziskati potrebe, ki jih ima, in poiskati ustrezne odgovore nanje (prav tam). Zaviršek (2003) piše o decentralizaciji v socialnem delu in poudari dobro plat tega, da manjše socialne službe boljše poznajo potrebe in interese uporabnikov in se tako lahko fleksibilneje odzivajo nanje. Socialne delavke v psihiatrični bolnišnici poznajo uporabnike, s katerimi delajo, sodelujejo s skupnostjo, delujejo timsko in se povezujejo z mobilnimi multidisciplinarnimi timi. Xie (2013) meni, da je fokusiranje na vprašanja, ki jih uporabniki prepoznajo kot pomembna, pomembnejše kot teme, ki jih kot pomembne prepoznajo socialne delavke. Strokovnjaki se z uporabnikom pogovorijo o izzivih, s katerimi se soočajo, ter o potrebah, na katere je treba odgovoriti (prav tam). Zaviršek (1994) je prepričana, da brez poznavanja njihovih življenjskih zgodb ni mogoče oceniti potreb in načrtovati boljše službe, ki bi krepila samostojnost namesto odvisnosti, samoraziskovanje namesto samozatajevanja (prav tam). V nadaljevanju povzema Andersona in Jacka (1991, po Zaviršek, 1994), ki pišeta o »moralnem jeziku sogovornika«. Nekateri govorijo o »starševskem glasu«, ki je najpogostejše koncentriran v samokritiki, v iskanju lastnih napak in slabosti. Moralni jezik govori o tem, kaj oseba potrebuje in kaj drugi mislijo, da potrebuje, je vmesni člen med lastnimi vrednotami in družbenimi normami (Zaviršek, 1994). Zaviršek (1994) v svoji raziskavi piše o ženskah, ki ne morejo govoriti o oblikah pomoči, saj jih ne poznajo. Za vse je bilo značilno, da v svojem življenju niso poznale pozitivne izkušnje sprememb in možnosti, da bi njihovo izražanje potreb po spremembi zares kaj spremenilo (prav tam). Prav pomanjkanje pozitivnih izkušenj je pogosto razlog, da uporabniki ne zmorejo ali pa morda ne znajo izraziti svojih želja in potreb v času zdravljenja v psihiatrični bolnišnici.

Glede na dejstvo, da so uporabniki obravnavani v bolnišnici in s tem v vlogi »bolnika«, je zanimiva opredelitev Malinovskega (1971, po Kecmanović, 2014, str. 291), ameriškega antropologa, ki je opredelil potrebo po zdravju kot eno osnovnih potreb ljudi, ki je stara toliko kot človeštvo. Medicina tako predstavlja »kulturni odgovor na potrebe po zdravju«. Družbena vloga »bolnika« vključuje spoštovanje zmanjšanih bioloških sposobnosti človeka in obvezno iskanje strokovne pomoči s ciljem čimprejšnje ozdravitve in prevzemanja socialnih vlog in nalog. Doyal in Gough (1991) opredelita zdravje in avtonomijo kot dve temeljni univerzalni potrebi. Za doseganje zdravja potrebuje človek primerno hrano, vodo, stanovanje, varno delovno okolje in zdravstveno oskrbo. Avtonomijo za polno sodelovanje v družbi naj bi posamezniki dosegli in si zagotovili na podlagi temeljne varnosti (varno otroštvo, fizična varnost, ekonomska varnost, primerna izobrazba) (prav tam). Avtorja poudarjata, da so dejavniki, ki vplivajo na

zadovoljevanje teh dveh temeljnih potreb relativni in družbeno umeščeni, njihov vpliv variira med družbami (prav tam).

Temeljne potrebe se nanašajo na univerzalne materialne potrebe, ki so pomembne za posameznikovo preživetje (hrana in voda na primer), vendar je tak pogled omejen, pomembne so tudi nematerialne potrebe. Ena najbolj znanih je teorija potreb, ki jo je oblikoval Maslow (Maslow, 1943). Avtor je potrebe razdelil na osnovne, ki so pomembne predvsem za človekovo preživetje, in na višje potrebe, ki jih je imenoval tudi potrebe po osebni rasti. Glede na njihovo moč in pomembnost za preživetje jih je razvrstil v tako imenovano hierarhijo potreb, prikazane so s piramido. Potrebe na nižji ravni morajo biti običajno zadovoljene, preden začutimo potrebe na naslednji, višji stopnji. Dokler niso zadovoljene fiziološke potrebe, ne čutimo nobene druge potrebe. Šele po zadovoljitvi teh potreb postanejo pomembne potrebe na naslednji ravni, to so potrebe po varnosti. Ko so večinoma zadovoljene tudi te potrebe, se pojavijo potrebe na naslednji, višji stopnji v hierarhiji, to so potrebe po ljubezni in pripadnosti. Osnovne oziroma nižje potrebe usmerjajo naše vedenje, dejavne so tako dolgo, dokler jih ne zadovoljimo, pri višjih potrebah smo usmerjeni v osebno rast, zato jih imenujemo potrebe rasti ali potrebe bivanja, delujejo motivacijsko in nas usmerjajo k novim ciljem (prav tam). Socialna politika je ključna predvsem na spodnjem delu piramide. Pri tem pa njena taksonomija zaradi relativne abstraktnosti in fluidnosti teh potreb otežuje merjenje teh potreb in stopnje njihove zadovoljenosti za potrebe socialne politike (Liddiard in Mitton, 2012, po Filipovič Hrast in Raker, 2018). Vahbo in Bridwela (1976, po King-Hill, 2015) sta izvedla poglobljen pregled Maslowove hierarhije potreb in ugotovila, da je le malo dokazov za obstoj takšne hierarhije. Hkrati priznavata, da ljudje sicer imajo določene potrebe, ki jih morajo izpolniti, vendar je obstoj tako rigidne hierarhije potreb za vsakega posameznika vprašljiv. Cianci in Gambrel (2003, po King-Hill, 2015) sta bila kritična do Maslowe hierarhije potreb, saj naj bi bila preveč poenostavljena in ne upošteva družbenih potreb v določenem času, kot sta recesija in vojna. Študije Taya in Dienerja (2011, po King-Hill, 2015) je pokazala, da se potrebe razlikujejo glede na starost in niso enake v vseh starostnih skupinah (prav tam). Kot zapišeta avtorici Mali in Grebenc (2021), se pogled na potrebe, kot ga vidi socialno delo, razlikuje od klasične psihološke klasifikacije potreb po Maslowu, ki potrebe povezuje s človekovimi fiziološkimi in psihološkimi potrebami. S tem, ko zaznavanju in interpretiranju potreb dodamo kontekstualnost, osebne konstrukcije potreb ves čas razumemo tudi kot situacije sočasne odvisnosti in neodvisnosti, v katerih se kažejo odnosi družbenega vpliva in moči (prav tam).

Kapus (2020) piše, da so potrebe lahko splošno definirane in ne odražajo konteksta posameznika v konkretni situaciji. Imenujemo jih univerzalne potrebe in se definirajo z

znanstvenim raziskovanjem in evalvacijo. Takšni univerzalni seznammi so pomembni referenčni okvir za socialno delo (prav tam). Flaker (2015) piše o sistemu, ki mora temeljiti na potrebah uporabnikov, raziskovanju in zapisovanju, kaj uporabniki potrebujejo, kaj si želijo in kaj je nujno za odpravo njihove stiske (prav tam). To mora biti storjeno na individualni, osebni ravni in tudi na skupnostni. Izrazi potreb naj bi bili osebni in kolektivni, skupnostni načrti naj bi predvidevali storitve, sredstva, ukrepe, oblike organiziranja podpore in pomoči, programe in projekte kot tudi popolnoma skupnostne akcije. Dinamičen sistem potrebuje dva osnovna regulatorja – kakovost in razvoj (prav tam). Na Fakulteti za socialno delo se z vprašanji potreb poglobljeno ukvarjajo. Kot temeljni literaturi za analizo potreb v socialnem delu sta Hitra ocena potreb in storitev (2019) in Strategije raziskovanja in razvoja dolgotrajne oskrbe starih ljudi v skupnosti (2021).

Kecmanović (2014) citira filozofa Marcusa, ki se je posebej ukvarjal z razlikovanjem med lažnimi in praviimi potrebami. V knjigi *Enodimenzionalni človek*, ki je prvič izšla leta 1964, trdi, da so ljudje preokupirani z zadovoljevanjem večinoma lažnih potreb. Lažne potrebe so tiste, ki jih je družba, ki jo vodijo določeni interesi, ljudem vsilila z represijo (prav tam). Ne glede na to, koliko človek lahko na te potrebe gleda kot na lastne, so te reproducirane in okrepljene s pogoji eksistence in ne glede na to, koliko se z njimi poistoveti in najde sebe v njihovem zadovoljevanju, ostanejo tisto, kar so bile od samega začetka. Po drugi strani so resnične človekove potrebe tiste, ki jih določa sam posameznik in ki krepijo njegovo individualnost in kreativnost. Avtor se sprašuje, ali so duševno zdravi tisti, ki so osvojili dominantne standarde in so zadovoljni zato, ker jih izpolnjujejo in se ravnaajo v skladu z njimi, in ali so tisti, ki zadovoljujejo lažne potrebe in imajo občutek subjektivne blaginje, duševno zdravi ter ali je to, da se počutijo srečne, dovolj, da jih imamo za duševno zdrave (prav tam). Cutts (2019) piše, da je bila trditev Marcusa, da imajo ljudje »naložene lažne potrebe« (v nasprotju s praviimi potrebami), večkrat tarča kritik. Kritiki trdijo, da če so vse potrebe družbeno-zgodovinsko pogojene, kot verjame Marcus, so nam naložene in zaradi tega »lažne«. V naši družbi smo prisiljeni »potrebovati« stvari, ki nas na koncu ne pripeljejo do nekih koristi in zadovoljstva (prav tam). Na mestu je razmislek, ali se mora socialna delavka pri svojem delu spraševati, ali ima nekdo lažne ali prave potrebe in ali je to za socialno delo sploh pomembno vprašanje.

Glede na pomen potreb za življenje človeka jih lahko razdelimo na temeljne in univerzalne ter relativne in posebne (Doyal in Gough, 1991). Socialne delavke morajo pri načrtovanju odpusta prepoznati posebne, specifične potrebe uporabnikov (Dhooper, 2012). Zadovoljevanje potreb ima velik vpliv na kakovost življenja, ki odraža dožemanje posameznika, ali so bile te zadovoljene (WHO, 1998). Kecmanović (2014) piše, da se ljudje odzovejo z jezo, nezadovoljstvom

in agresijo, če ne morejo zadovoljiti svojih potreb (prav tam). Prav to vedenje strokovne delavke v bolnišnici pogosto razumejo kot neprilagojenost, problematično vedenje in potrditev duševne bolezni. Vključujoča družba mora zadovoljiti osnovne potrebe tistih, ki sami ne morejo delati in upoštevati različnost življenjskih ciljev posameznikov. Andraž Kapus povzema Silvio Staub-Bernasconi (2007, po Kapus 2020), ki pravi, da v socialnem delu ne moremo izpustiti koncepta potreb, saj opisuje stanje, ki mora biti doseženo, da ne pride še do večje stiske posameznika. Nekatere potrebe je treba zadovoljiti v krajšem času (potreba po vodi, hrani, varnem bivanju), druge pa lahko ostanejo dlje nezadovoljene. Ne glede na to, o katerih potrebah govorimo, pride do negativnih posledic, če potrebe ostanejo nezadovoljene (Kapus, 2020).

Bradshaw (1972, str. 71) predstavi delitev potreb, ki vključuje idejo o relativnosti in umeščenosti potreb, kar je pomembno upoštevati in biti pozoren pri načrtovanju odpusta: normativne potrebe opredelijo strokovnjaki, ki določijo, ali potreba obstaja ali ne, kako jo obravnavati in podobno. Občutene potrebe so potrebe, kot jih opredelijo uporabniki sami, so subjektivne, vzpostavijo se na podlagi občutkov in pričakovanj posameznikov (prav tam). Pri izraženih potrebah gre za občutene potrebe, na podlagi katerih lahko določene skupine postavljajo tudi zahteve. Pri potrebah, ki izhajajo iz primerjave z drugimi skupinami ali družbo na splošno, je poudarjena relativna umeščenost potreb (na primer potrebe, določene na podlagi povprečnega standarda v družbi) (prav tam).

2.5.1. Upoštevanje potreb in želja uporabnikov pri načrtovanju odpusta

Učinkovito načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice temelji na skupnem raziskovanju potreb in iskanju odgovorov nanje. Mali in Grebenc (2021) pišeta, da moramo z raziskovanjem odkriti, zapisati in natančno predstaviti potrebe in kontekst situacije, v kateri se pojavljajo stališča, želje in pričakovanja uporabnikov o teh potrebah, in šele na podlagi teh vpogledov načrtovati odgovore, ki so lahko kombinacija formaliziranih in neformalnih oblik pomoči (prav tam). Kadushin in Kulys (1993) sta z raziskavo ugotovila, da socialne delavke največ časa namenijo pripravi ocene uporabnikove situacije, najmanj pa je porabljenega za dejansko povezovanje uporabnikov z ustreznimi zunajbolnišničnimi storitvami (prav tam).

Oceno potreb v procesu načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice, ki jo je naredilo pristojno ministrstvo na Novi Zelandiji, lahko povzamemo tudi v slovenskem prostoru (Ministry of Health New Zealand, 1993, str. 7–9):

- *Moči in prizadevanja*. Ocena potreb je pogosto seznam omejitev. Za uspešno okrevanje je nujna prepoznavna moči, ki jo ima uporabnik, njegova prizadevanja in pomoč pri postavitvi uresničljivih ciljev (prav tam).
- *Klinične potrebe*. Uporabniki imajo pogosto posebne potrebe, povezane z zdravljenjem, ki je odvisno od narave zdravstvenih težav, ki jih ima posameznik. Te potrebe morajo biti prepoznane in ustrezno obravnavane (prav tam).
- *Splošne potrebe*. Uporabniki imajo po končanem zdravljenju in vrnitvi v skupnost določene osnovne potrebe, ki jih je treba prepoznati z oceno potreb in upoštevati v procesu načrtovanja odpusta (prav tam).
- *Bivalne razmere* – bivalne razmere pred zdravljenjem, možnost in ustreznost vrnitve v okolje, kjer je bival pred zdravljenjem, oblika nastanitve, zmožnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti, podpora družine in drugih strokovnjakov, sposobnost neodvisnega in samostojnega življenja.
- *Ekonomske potrebe* – izobraževalne in zaposlitvene možnosti, delovne izkušnje, dostop do finančnih virov, pomoč pri ravnanju z denarjem.
- *Skrb za zdravje* – dostopnost do primarnega zdravstva in do specialistov, dostopnost do zobozdravstvenih storitev.
- *Socialne, kulturne in duhovne potrebe* – možnosti za učinkovito socialne, kulturne in duhovne aktivnosti, socialne veščine, priložnosti, možnost vključitve v skupine za samopomoč in druge podporne skupine (prav tam).

Flaker (2003, str. 50–52) piše, da ni treba, da je ocena globinska, včasih je celo dobro, da dobimo površinsko, zato pa toliko bolj celostno sliko. Pri raziskovanju sveta uporabnikov je dobro, če imamo okvir, matriko, ki nam je vodilo po mogočih temah pogovora. Te matrike nam pomagajo ugotavljati, kje smo (prav tam).

Pri raziskovanju potreb in kot iztočnica pri raziskovanju življenjskega sveta uporabnika so socialni delavki pri osebem načrtovanju lahko v pomoč vprašanja, kot jih ponudi Flaker (2003, str. 50–52):

- Kako oseba živi? Kje, v stanovanju ali v hiši? Kakšno je njeno okolje? Kako poteka tipičen dan, teden, mesec? Kaj ji je v življenju pomembno? Kaj jo žalosti? (prav tam).
- Želje, aspiracije, hotenja, potrebe. Kaj si v življenju želi? Kako si predstavlja svoje življenje čez eno, dve, tri leta? Kaj hoče, kaj potrebuje? (prav tam).
- Socialna mreža (Kdo so njeni prijatelji, sorodniki, s kom ima stike, kdo ji je pomemben? Kako se ima z njimi? Kaj ji dajejo ti stiki? Kaj oseba sama daje njim? (prav tam).

- Moč (Kako lahko vpliva na svoje življenje? Kako se odloča o počitnicah, o tem, kaj bo jedla, pila, kako lahko izbira televizijske in radijske programe, dejavnosti? Kakšen vpliv ima na svojo spolnost, odnose z drugimi ljudmi? Ima prevoz? Denar? Jo drugi vidijo kot spoštovanja vredno? Ji je dovoljeno tvegati, delati napake? O čem lahko odloča? (prav tam).
- Spretnosti (kakšno izobrazbo ima? Kaj dela in kaj je delala v preteklosti? S čim se oseba še ukvarja, kakšne hobije ima? Kaj jo zanima? Na kaj je ponosna? Kaj ji daje zadovoljstvo? (prav tam).
- Osebne spretnosti (samonadzor, gotovost in zaupanje vase in v druge, samozavedanje, ravnanje s časom, ravnanje s stresom, sposobnost prositi za pomoč (prav tam).
- Socialne spretnosti (Povezovanje z drugimi, sporazumevanje, natančno in občutljivo izražanje, vživljanje, odločnost, sposobnost zabavati se) (prav tam).
- Socialne vloge, statusi (Katere vloge in položaje zaseda? Katere od teh vlog so cenjene in katere so razvrednotene? Katere vloge so močnejše in katere so šibke? Katere vloge bi rada zasedala in igrala? Kaj za to potrebuje? (prav tam).

Mali in Grebenc (2021) pišeta, da v socialno delovnih pogovorih z ljudmi poizvedujemo o značilnostih vsakdanjih situacij. Potrebe so tisti vidik teh situacij, ki priča o razmerah in okoliščinah človekovega življenja (prav tam). Potrebe imajo značilnost povzemanja teh situacij na način, ki pokaže, kaj ljudje potrebujejo za preživetje, kaj je potrebno za osmišljeno življenje, kaj si želijo spremeniti in kaj obdržati ali izboljšati (prav tam). Flaker (2003) je prepričan, da imajo pogovori in besede pooblaščen položaj v socialnem delu in so neke vrste temelj socialnega dela; ob tem je pomembno zavedanje, da so dejanja in stvari vsaj toliko pomembni v socialnem delu. Besede brez dejanj so v socialnem delu »prazno besedičenje« (prav tam). Nujne spretnosti pogovarjanja so vodenje pogovora, aktivno in empatično poslušanje, reflektiranje in problematiziranje, razvijanje novosti, sklepanje dogovorov, ustvarjanje rešitev in konkretnih dejanj (Flaker, 2003, str. 243). Veliko pogovorov v socialnem delu je naravnanih v akcijo, v ravnanja, ki bodo izboljšala življenje sogovornikov (prav tam). Kvaternik in Grebenc (2008) sta prepričani, da je v socialnem delu nujno pragmatično verjeti v uporabnika in njegove moči za preživetje. Po njunem mnenju je ključni instrument za takšno delo »pripoved«, ki nastaja z zastavljanjem relevantnih vprašanj, ki bodo omogočila pridobivanje konkretnih informacij. Skupaj z uporabnikom socialna delavka vstopi v proces raziskovanja in interpretiranja vsakdanjih situacij (prav tam). Nadaljujeta, da se pridobljene informacije uporabi na način, da bo človek lahko poiskal tiste vire pomoči, ki so v njegovem okolju na razpolago in ki jih potrebuje. Če teh virov ni, je poslanstvo socialnega dela, da jih skupaj z

uporabnikom poišče. Uporabniki postanejo zares udeleženi pri načrtovanju in izvajanju storitev, socialno delo bo usmerjeno v to, kar človek v resnici potrebuje (prav tam). Flaker (2012) predlaga, da socialne delavke v delovnem odnosu uporabljajo socialne zemljevide, v katerih beležijo različne vire: materialne, socialne in osebne, s katerimi poskušajo locirati vire finančnih sredstev, stanovanja, prevoza, pripomočkov, skicirati socialne mreže, ki se spletajo okoli posameznika, zveze in poznanstva, sorodnike, prijatelje, kot tudi tipe izmenjav (materialnih, moralnih, čustvenih) in vloge, ki jih posameznik igra (cenjene, razvrednotene in stigmatizirane), zabeležiti osebne vire, kot so izobrazba in usposobljenost, spretnosti – tako osebne (umetniške, ročne in tehnične, konjičke, pa tudi samonadzor, izražanje, zaupanje, ravnanje s časom, stresom, pomočjo) kot tudi socialne (ustvarjati zveze, dogovore in sporazume, interakcijo, empatijo in drugo) (prav tam).

Socialne delavke pri sodelovanju z uporabniki vstopijo v njihov svet. Pri tem morajo biti, kot pravi Flaker (2012, str. 57), etnografske, po drugi strani pa kartografske. Spoznati morajo, kako ljudje živijo, obenem pa se v njihovem življenjskem svetu orientirati, vedeti, kakšne so povezave, položaji, mreže med različnimi deležniki, sredstvi, viri, silami in drugimi okoliščinami življenja ter biti sposobni se na tem terenu gibati, ga uporabiti in v njem delovati. Socialno delo je skupaj z drugimi strokami razvilo več različnih načinov izdelovanja socialnih zemljevidov, ki omogočajo spoznati človeka v njegovem kontekstu, uporabiti vire, spopasti se z ovirami in načrtovati spremembe. Kvaternik in Grebenc (2008) pravita, da zdravstvenih težav ljudi socialne delavke ne morejo gledati zunaj družbeno kulturnega konteksta in področij vsakdanjega življenja, kot so: stanovanje, dohodek, zaposlitev, družbena izoliranost, osamljenost. Socialne delavke ne potrebujejo znanja o diagnozah, ampak potrebujejo znanje in informacijo o tem, kako ljudje živijo s to diagnozo, kako na njihovo vsakdanje življenje vplivajo zdravila, kaj potrebujejo, ali razpolagajo z informacijami, ki se nanašajo na polje socialnih in zdravstvenih pravic. Tillbury (1993, po Flaker, 1997) piše, da v procesu zdravljenja socialna delavka prispeva socialno zgodovino in socialno oceno. Lahko osvetli ozadje tistega, kar se opredeljuje kot duševno bolezen in kar obsega več kot krizo, s katero imajo strokovnjaki opraviti. Lahko pomaga razumeti osebni, socialni in materialni kontekst, iz katerega je nastala stiska, ter prispeva razumevanje problema kot celote.

Zgodi se, da imajo socialne delavke težave s tem, da bi uporabniki sami odločali oziroma opredeljevali svoje potrebe, saj so bile naučene za formalni postopek ocenjevanja, pri katerem gre za enosmerni postopek obdelave posameznika, pri čemer ta ostane pasiven in pri postopku ne sodeluje (Brandon in Brandon, 1994). Pri tem se, namesto da bi se ukvarjali z uporabnikovimi potrebami, ukvarjamo z vprašanjem, katera služba je bolj primerna, da bi se

ukvarjala s takšnim uporabnikom (Kvaternik in Grebenc, 2008). Urek (2003) zapiše, da poklici, kot je socialno delo, pogosto ljudi, ki praviloma ponotranjijo interpretacije strokovnjakov o svojih potrebah, postavljajo v vlogo prejemnikov vnaprej definiranih uslug. Socialne delavke sicer dobro poznajo specifične situacije in specifične potrebe uporabnikov, pa se kljub temu počutijo nemočne, nekompetentne za delo z njimi. Občutek imajo, da zanje veliko naredijo, ti pa njihove pomoči ne sprejmejo (Kvaternik in Grebenc, 2008). Mali in Grebenc (2021) pišeta, da mora socialno delo, ki vsakodnevno v svojih praksah prihaja v neposredne stike z ljudmi, znati odkriti in razumeti subtilne in pogosto nevidne procese, ki so del vsakdanjega sveta, in izkušnjo ljudi, ki v tem svetu živijo. Gre za vprašanja, kako prepoznati in razumeti telesne in biološke značilnosti, duševna in duhovna občutja, abstraktne konstrukcije vrednot, norm, kulture in povsem materialne in fizične značilnosti naravnega in umetnega okolja. Gre za iskanje neodkrite vednosti o svetu ter dopolnjevanje, preverjanje in popravljanje že odkrite vednosti o svetu (prav tam). V socialnem delu je velik poudarek na jeziku; pogovor omogoči, da uporabnik na novo ali celo prvič ubesedi svoje želje, ali kot bi rekel Kempler (1991, po Čačinovič Vogrinčič, 2006), jih sliši tako, da se lahko opre nanje v spremembi, ki si jo želi. Kapus navaja Irvina (2006, po Kapus, 2020) in piše, da so želje nekaj vsakdanjega, vendar jih je zaradi kompleksne narave težko razumeti in nadzorovati. Želje ne obstajajo v izolaciji, ena želja je lahko vir množice drugih želja. Želje so med seboj lahko v konfliktu, ko iz čustev izvirajo ene želje, razumsko pa se ustvarja druge želje, pri čemer so te pogosto podrejene prvim. Biološki sistem, ki spodbuja želje, do velike mere determinira, kakšne so želje in te pogosto niso namenjene temu, da bi bili srečni ali živeli v blagostanju (prav tam). To je razlog, da je želje pogosto težko zadovoljiti ali pa zadovoljitev prinaša nezadovoljstvo. Prav ta kompleksnost je razlog, da popoln nadzor nad željami ni mogoč, upravljanje z njimi ni lahko (Kapus, 2020). Manning (1998, po Grebenc, 2005) meni, da so želje širši koncept kot potrebe, saj si ljudje lahko želijo stvari, ki jih nujno ne potrebujejo, nasprotno nekaj lahko potrebujejo in si tega ne želijo, bodisi ker tistega ne poznajo, bodisi, ker so se tako odločili.

Uporabniki socialnim delavkam v psihiatrični bolnišnici pogosto izražajo svoje želje, kar je dragocena pomoč pri načrtovanju odpusta. Kapus (2020) piše o tem, da vsakodnevne želje povedo veliko o življenjski situaciji posameznika, na primer, koliko svobode imajo, katero pomoč prejemajo, kje in kako živijo. Socialne delavke se večinoma srečujejo z vsakdanjimi željami, kot so zdravje, dobra služba, partner. Naj se zdijo želje običajne ali neobičajne, izražajo osebne poglede posameznikov, kar zahteva od socialnih delavk ohranjanje senzibilnosti pri njihovem delu (prav tam). Avtor ugotavlja, da se lahko na želje uporabnikov odzovejo različno. Lahko nudijo podporo za zadovoljitev želje ali pa se odločijo, da te podpore ne bodo nudile.

Razlogi za to zadnje so lahko predsodki, dvom o razumnosti, ocena tveganja, zakonodaja, etična odločitve, pomanjkanje virov. Če socialna delavka ne povpraša po željah, so te lahko prezrte in so uporabniku nudene samo storitve, ki niso individualizirane (prav tam). Dodaja, da so od socialnih delavk možne tudi manipulacije, ko mora na primer uporabnik najprej nekaj narediti za socialno delavko. Želje imajo v procesu pomoči in podpore vsaj tri pomene. Lahko predstavljajo začetek procesa s tem, ko si uporabnik želi ali potrebuje podporo za uresničitev želje. Želje so lahko cilj procesa pomoči, ko socialna delavka nudi podporo, ki omogoča posamezniku raziskati in oblikovati specifične cilje, socialna delavka pa nudi podporo za njihovo doseg. Želje so tudi del procesa pomoči, ko socialna delavka preveri, kaj si uporabnik želi in usmerja proces v spreminjajoči se situaciji (prav tam). Videmšek (2013) piše, da mora biti strokovna delavka pozorna na razlikovanje med potrebami in željami, saj strokovno delo temelji na odzivanju na potrebe posameznika in ne na uresničevanju želja. Želje seveda lahko ostanejo, naloga strokovne delavke je, da skupaj z uporabnikom opredeli, kako bo posameznik to željo uresničil. Socialna delavka mora v procesu načrtovanja ravnati zelo previdno (prav tam). Kapus (2020) pravi, da se v socialnem delu vprašanje, kaj si uporabniki želijo, dopolnjuje z vprašanjem, kaj uporabniki potrebujejo (prav tam). Socialne delavke ne morejo nekritično slediti željam uporabnikov, ko nudijo podporo, saj lahko izpolnitev želja prinese negativne posledice za posameznika in druge ranljive ljudi v njegovi okolici ali pa težave v procesu izpolnjevanja želja, kjer imajo uporabniki in socialna delavka pomanjkanje virov in možnosti (prav tam). Tak primer bi pri načrtovanju odpusta bila situacija, ko se uporabnica na vsak način želi vrniti v domače okolje, čeprav je prisotno nasilje partnerja. V tem primeru socialna delavka, dokler se nasilnež ne umakne ali se ga ne umakne, ureja namestitve v materinskem domu ali varni hiši. Pri tem pa obstaja velika verjetnost, da zaradi nezadostnih kapacitet namestitve ne bo moč urediti in bo uporabnica ostala v psihiatrični bolnišnici dlje, kot bi bilo to potrebno iz zdravstvenih razlogov, če so ti sploh obstajali, ali je šlo le za obliko umika iz ogrožajočega okolja.

2.6. Vloga uporabnikov pri načrtovanju odpusta

»Pomaga lahko le taka psihiatrija, ki omogoča prostovoljno in enakopravno sodelovanje obeh udeležencev« (Lamovec, 2006).

Videmšek (2008) piše o stroki socialnega dela, ki je v zadnjem času priča soustvarjanju sodobne teorije socialnega dela, znotraj katere udeleženci v procesu postajajo najpomembnejši deležniki. Omenjene spremembe vplivajo na spremenjen odnos strokovnega delavca do

posameznika z izkušnjami, zlasti v smislu enakopravnejšega odnosa vseh udeležencev v procesu (prav tam). Enakopravnejši odnos in izvir koncepta krepitve moči je odraz številnih povezujočih procesov, kot so normalizacija, deinstitutionalizacija, socialno vrednotenje vlog, koncept perspektive moči. Omenjeni procesi so prispevali k razvoju soudeležnosti in soustvarjanju pri iskanju rešitev nastale situacije (prav tam). Flaker (2015) piše, da se krepitev moči začne, ko se začne načrtovanje (prav tam). Osnovna skrb načrtovalca osebnega načrta je, da na vseh točkah načrtovanja zagotovi vpliv uporabnika. Uporabnik ima popoln vpliv na vse vidike načrtovanja in izvajanja ter nadzor nad njimi, in to od začetka načrtovanja do potrditve načrta, pri izvajanju pa mora imeti možnost vplivanja na vse vidike načrtovanja in izvajanja načrta. Imeti mora nadzor nad tem, kar se dogaja, in če je le možno, biti povsod zraven, vedno navzoč. Če to ni možno, se mora načrtovalec pri vseh svojih dejanjih posvetovati z uporabnikom, mu poročati in določiti smernice za delovanje (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013). Flaker (1997) je prepričan, da sta še vedno dve stvari, ki ju strokovnjaki lahko prispevajo: moč in usposobljenost. Moč je nekaj, kar sodi k strokovnjaku, saj brez nje ne bi bilo strokovnjaka. Zvijajača je v tem, da lahko strokovnjak moč, ki mu jo podelijo razne instance družbe, podeljuje naprej uporabnikom (prav tam). Socialno delo mora poskrbeti za to, da lahko vsak človek v procesu reševanja svojih stisk in težav uveljavi pravico, da izrazi sebe na svoj edinstven način in da lahko v tem procesu enakopravno in aktivno sodeluje, namesto da bi bil le nemočen in pasiven opazovalec (Brandon in Brandon, 1992).

V svoji disertaciji uporabljam izraz uporabnik, ki sicer, kot pravi Dragoš (1997), ni najboljši, je pa najmanj sporen in sprejet v jeziku socialnega dela in zato primeren za uporabo v tem delu. Izraz klient (stranka je v slovenskem jeziku le prevod pojma »klient«) je zgodovinsko obremenjen, tako v negativnem (hierarhično razmerje) kot v pozitivnem smislu (dolžnost »patricija« da varuje svojega klienta), kar ni dobro (prav tam). V praksi, tudi v socialnem delu v zdravstvu, se najpogosteje ljudi, ki so na zdravljenju, poimenuje pacient, kar je sicer v nasprotju z jezikom in usmeritvijo socialnega dela. Goffman (2019) v svojem delu o azilih uporablja izraz »mental patient« (v prevodu mentalni pacient). V slovenščini sta izraza »bolnik« in »pacient« pretežno izmenljiva in sinonimna. Slovarska definicija sicer razlikuje med »bolnikom«, ki ga definira kot »bolnega človeka«, in »pacientom«, ki ga definira kot »bolnika« v odnosu do zdravnika ali zdravstvene ustanove (Fran, 2022). Angleški izraz »inmate« uporablja za stanovalca totalne ustanove in v prevodu pomeni varovanca neke zaprte ustanove, človeka, ki je ujet v prostor. Izraz nakazuje tudi posebno povezavo vrstniške narave med takimi varovanci (»mate«), torej nakazuje vlogo »sotrpina«. Poleg omenjenih v poimenovanju srečamo še »ekspert iz izkušenj«, ki podeljuje uporabniku enakovrednejši status,

čeprav smo na področju zdravstva. V tem kontekstu Videmšek (2008) piše, da je popolnoma nepotrebno, da bi izkušnje enega strokovnjaka imeli za bolj pomembne od drugega, zato se sedaj uporablja termin »ljudje z izkušnjami« (Videmšek, 2008). V zadnjem času srečujemo tudi druge izraze, na primer preživelec, ki se je pojavil, ko je skupina posameznikov v zgodnjih 70. letih začela kampanjo in proteste proti načinu obravnave v sistemu služb duševnega zdravja, saj so nasprotovali prevladi medicinske interpretacije njihovih izkušenj (Tait in Lester, 2005).

Pravilna raba jezika je na področju duševnega zdravja zelo pomembna. Zato je bilo narejenih kar nekaj raziskav z izhodišnim vprašanjem, kako ljudje s težavami v duševnem zdravju želijo biti poimenovani, oziroma kateri izraz bi bil najustreznejši za njihovo poimenovanje. Raziskava (Christmas in Sweeney, 2016), ki je vključevala 4369 oseb v petih državah (ZDA, Poljska, Anglija, Kanada in Avstralija), je pokazala, da se večini uporabnikov zdi najustreznejši termin »pacient«, sledi »klient«. Le peščica podpira termin »uporabnik storitev« in »preživelec« (prav tam). Raziskava med 336 sodelujočimi ljudmi s težavami v duševnem zdravju, opravljena v Angliji, pokaže podobne rezultate. Pacient prevladuje v sodelovanju s psihiatrom in medicinsko sestro in je enakovreden klientu v odnosu s socialno delavko in delovnim terapevtom. »Uporabnik storitev« je nezaželeno poimenovanje, še posebej v odnosu z zdravstvenimi delavci, s socialnimi delavkami je bolj sprejemljivo. Le malo jih želi biti preživelec ali uporabnik (Simmons, Hawley, Gale in Sivakumaran, 2010). V raziskavi, prav tako opravljeni v Angliji, v kateri je sodelovalo 133 ljudi s težavami v duševnem zdravju, jih je 75 % izrazilo željo, da osebni zdravniki uporabljajo termin pacient, ter 67 %, da jih tako poimenujejo psihiatri, medtem ko ni bilo statistično pomembne razlike med pacient in klient, ko gre za poimenovanje od medicinskih sester, delovnih terapevtov, psihologov in socialnih delavk. Večina sodelujočih v raziskavi si sicer želi biti poimenovana kar z imenom. Prav tako so preverjali, kako oni poimenujejo strokovne delavce, s katerimi sodelujejo. Osebne zdravnike in psihiatre večinoma poimenujejo z nazivom in priimkom, medtem ko druge strokovnjake z imenom (Mcguire-Snieckus, McCabe in Priebe, 2003). To morda pokaže, da imajo tudi posamezniki, ki sodelujejo s strokovnjaki na področju duševnega zdravja, nek vrednostni sistem oziroma lastno hierarhično lestvico v odnosu do strokovnih delavcev.

Sicer je bilo v zgodovini in tudi v novejšem obdobju mnogo poskusov za spremembe oziroma umik termina »pacient« na področju duševnega zdravja. Zgodovinsko je termin »pacient« reflektiral pasivnost, nemoč. Sama beseda sicer ne predpostavlja pasivnosti, saj izhaja iz latinske besede »patiens«, kar pomeni »trpeti«, torej ni nujno povezana s simptomi. Preživelec in klient (ironično, izhaja iz besede »cluere« – slišati, slediti, ubogati) naj bi po besedah zagovornikov termina predstavljala bolj opolnomočen pogled na interakcijo z

zdravstvenimi službami (Christmas in Sweeney, 2016). Presenetljivo nizek odstotek se lahko poistoveti z »uporabnikom«, ki pa je v slovenskem prostoru zelo ponotranjen. Kritiki termina »uporabnik storitev« menijo, da zagovorniki tovrstnega poimenovanja počnejo popolnoma isto, proti čemur se borijo – definirajo skupino na podlagi težav v duševnem zdravju ter v borbi proti medicinskemu paternalizmu izbirajo besednjak, ki opredeljuje ljudi samo na podlagi določene zdravstvene oskrbe (prav tam).

To, kako se posameznik opredeljuje, odraža videnje sebe v odnosu do drugih; na koga se obrne, ko je v stiski, kako mu pomaga v težki situaciji. Oznaka opisuje odnos in ne osebo ter se sčasoma lahko spreminja. Ob tem predlagajo, da osebe s težavami v duševnem zdravju poimenujemo z »ljudje«, ko je to le mogoče. S tem bi pokazali, da je duševna stiska del človekovega stanja in poskrbeli, da prisluhnemo posameznikovi zgodbi in ne iskali razlag v genetiki in nevrologiji ter se prenehali osredotočati samo na posameznikove primanjkljaje. Glede na ugotovitve raziskav v svoji nalogi, kjer je to le mogoče, uporabljam poimenovanje »ljudje s težavami v duševnem zdravju« (Christmas in Sweeney, 2016).

Urek (2003) piše o tem, da je še nedolgo nazaj veljalo, da je beseda strokovnjaka ena in edina veljavna, dandanes pa se zavedamo, da gre za medsebojni delovni odnos, pri čemer je socialna delavka strokovnjakinja iz profesije, uporabnik pa strokovnjak ali ekspert iz izkušenj. V narativnih terapevtskih praksah je osrednja oseba, protagonist in udeleženec svojega sveta (prav tam). Previdnost je potrebna tudi pri zapisovanju. Zapis kot skupno delo uporabnika in socialnega delavca vsebuje interpretacijo uporabnika in interpretacijo socialnega delavca, zapis mora biti razvidno razslojen na obe zgodbi, na oba pogleda (Poštrak, 2008, str. 22). Flaker (2015) piše, da je treba povedati zgodbo čim bolj na način, kot jo vidi uporabnik. Če socialna delavka uporabnika predstavi predvsem s svoje perspektive, je pripoved dramatizacija situacije. Je naštevanje njegovih napak, da se lahko utemelji poseg v prostor posameznika, s čimer se zanika perspektiva moči uporabnika (prav tam).

Ob svoji izkušnji okrevanja so uporabniki vir znanja in spoznanj o samem procesu okrevanja in najboljše vedo, kako bi strokovnjaki in drugi udeleženi lahko pomagali ljudem s težavami v duševnem zdravju v procesu okrevanja (Anthony, 1993). Tovrstno znanje je nepogrešljivo za razvoj služb, spreminjanje stališč ter razumevanje izzivov, s katerimi se ljudje s težavami v duševnem zdravju soočajo. Hughes (cit. po Stacey, 1991, po Pahor, 2014) je že leta 1956 usmeril pozornost na aktivno vlogo uporabnika, saj je zapisal, da je bolnik ustvarjalec prav toliko kot uporabnik dobrega zdravja. Tait in Lester (2005) trdita, da že sama vključitev uporabnika v proces obravnave deluje terapevtsko in spodbuja k socialni vključenosti. Noben strokovnjak, ne glede na to, kako dobro je usposobljen in kvalificiran, ne more imeti enakih

izkušenj, kot jih imajo uporabniki, ki so zato dragocen in pomemben vir informacij pri izboljšanju posameznih storitev na področju duševnega zdravja. Socialna delavka je teoretično podkovaná in ima izkušnje z delom na tem področju, uporabnik je ekspert iz izkušenj, ki najbolje pozna svoje potrebe in odloča o tem, kako sta okrevanje in uspeh definirana. Okrevanje temelji na možnostih samoodločanja in hkrati na znanstvenih spoznanjih, ki prepoznavajo tako uporabnikove vire moči, kot tudi področja, kjer potrebuje več podpore (Mulligan, 2003).

Socialne delavke so torej »profesionalne ekspertinje«, uporabniki pa »eksperti iz izkušenj«. Spoštovanje terja, da uporabnikovim izkušnjam verjamejo, jih jemljejo resno, vanje ne dvomijo in da iz njih izhajajo, ko delujejo strokovno. Čačinovič Vogrinčič (2006) piše o tem, kako pomembno je raziskovanje in iskanje rešitev skupaj z uporabnikom tako dolgo, da je ta zanj dobra in uresničljiva. To je za uporabnike nekaj novega, saj nimajo veliko izkušenj, ki bi pritrdile njihovi kompetentnosti. Saleeby (2006) je prepričan, da je v poklicih, kot je socialno delo, postala pomembna nova paradigma, nov način razmišljanja in dela z ljudmi v vseh življenjskih obdobjih, z usmeritvijo na njihove vire in ne primanjkljaje, na »z« v partnerskem odnosu, namesto »za«. Brandon in Brandon (1994) dodajata, da lahko strokovnjaki, ki se trudijo pomagati, včasih še poslabšajo stvari in postanejo pomemben del celotnega problema: »Praktikova zaverovanost v strokovno ekspertizo, ki predpostavlja, da imajo njegove sodbe večjo vrednost, in pušča ob strani osebne izkušnje, lahko ljudem odvzema moč. Hitro se zgodi, da se pogovor, ki se začne z nasveti in informiranjem, sprevrže v globoko eksploracijo in svetovanje, čeprav to pogosto ni tisto, kar uporabnik išče ali potrebuje.« Urek povzema avtorico Tice (1998, po Urek, 2003), ki meni, da socialna delavka, ki se zaveda vrednosti uporabnikovih pripovedi in perspektiv, ne more predstavljati uporabnika, ne da bi si prej zastavila vprašanja o svoji profesionalni moči in svojih načinih poslušanja. Venomer mora intenzivno delati odkrivati vire v posamezniku in njegovem socialnem okolju ter se truditi za njegovo socialno krepitev. Campbell (1996) piše, da morajo socialne delavke upoštevati, da uporabniki vedo, kaj želijo, in če jim nudimo primerno priložnost in podporo, so po navadi to sposobni povedati. Običajno ne zahtevajo nič revolucionarnega, želijo le več izbire, informacij in več besede pri tem, kar se počne z njimi. Grebenc in Šabić (2013) trdita, da ljudje s težavami v duševnem zdravju postanejo v določenem trenutku imetniki posebne izkušnje in zato tudi posebne vednosti ter da jim lahko prav ta identiteta in marginaliziran družbeni položaj to pravico do izjavljanja odvzameta ali relativizirata. Menita, da je pomembno pripovedi vzeti resno, saj so te neizogibno povezane s tem, kako človek občuti svojo resničnost. Pri tem ni pomembno le, kaj zgodba pove, ampak tudi, kako se jo posluša in kako jo slišimo. Socialne delavke bi morale vedno upoštevati uporabnikovo pravico enakovrednega sodelovanja pri reševanju svojih problemov, kar

pomembno vpliva na samospoštovanje, ki se razvije samo pri ljudeh, ki aktivno sodelujejo pri reševanju svojih kriz in niso nemočne, pasivne lutke, ki le sprejemajo pomoč zasebnih in državnih služb (Brandon in Brandon, 1992).

Flaker (2003) piše, da spoštovati človeka kot posameznika s prosto voljo in hkrati ne opustiti pomoči je mogoče le, ko gre za konkretne zadeve in ko človeka dosledno in vztrajno spoštujemo. Tudi v postopkih, kjer osebi v imenu njene lastne ogroženosti (ali tudi ogroženosti koga drugega) odvzamemo ali okrnimo moč odločanja, ohranimo dialog z njegovim dejanskim sebe (prav tam). V takih situacijah socialno delo ni le instrument učinkovite pomoči oziroma manj bolečega omejevanja posameznika, temveč je predvsem orodje njegove emancipacije, zagotovilo, da bo njegov dejanski glas slišan, čeprav mu je bila virtualna moč besede odvzeta. Socialno delo ima potencial, da to protislovje v konkretnem in z dialogom preseže. Dialog je v tem primeru temeljno orodje socialnega dela (prav tam). Strokovnost socialne delavke se pokaže v vzpostavljanju in vzdrževanju pogovora, v katerem z uporabnikom raziskujeta in soustvarjata spremembe, hkrati se preseže izhodiščna hierarhija, ki omogoči izkušnjo skupne naloge namesto določanja pomanjkljivosti in »diagnoz« (Čačinovič Vogrinčič, 2006).

Na področju dela z ljudmi s težavami v duševnem zdravju obstaja nevarnost pokroviteljskih praks. Vzorednice prepoznam z ugotovitvami Kristuloviča (2016, str. 286), ki piše o treh prevladujočih načinih, na katere se ohranja in obnavlja pokroviteljski družbeni odnos do oseb z intelektualnimi ovirami v Sloveniji: institucionalizirano nasilje, kronološki starosti in kontekstu neprimerne aktivnosti in pokroviteljski jezik (prav tam).

Dolžnost strokovnjakov na področju duševnega zdravja je spodbujanje participacije in avtonomije uporabnikov. Znotraj koncepta normalizacije se kot osrednja tema pojavlja problem vzpostavitve posameznikove avtonomije v odnosu do družbe in njenih zahtev. Zahteve in pravila družbe se v perspektivi koncepta normalizacije razumejo kot represivni faktor, ki onemogoča zadovoljevanje posameznikovih potreb, ovira vzpostavljanje posameznikove identitete in avtonomije (Klančar, 2012). Socialna usmerjenost in odgovornost države je, da skrbi za državljane, ki se znajdejo v socialni stiski, ob tem pa mora imeti natančno določena merila in pogoje za upravičenost do pomoči. Denarne socialne pomoči ne more več prejemati iz naslova statusa brezposelne osebe, na pristojnem centru za socialno delo mora uveljavljati pravico po 35. členu Zakona o socialno varstvenih prejemkih (2010), in sicer dogovor o aktivnem reševanju socialne problematike oziroma stisk in težav ter ocene možnih rešitev (vključitev v psihosocialno rehabilitacijo, zdravljenje).

Obstaja torej več definicij o tem, kaj je avtonomija uporabnikov. Osebna avtonomija se nanaša na to, da so vsi ljudje vredni in spoštovani. Vključuje spoštovanje človekovega

dostojanstva, zasebnosti in izbire (Health Information and Quality Authority, 2016). V praktičnem smislu je avtonomija sposobnosti posameznika, da se odloča o tem, kako hoče živeti v skladu s svojimi vrednotami, verovanji in sposobnostmi (prav tam). Na področju zdravja in socialnega varstva to pomeni, da se uporabnik sam odloča o tem, kakšne obravnave, podpore in zdravljenja bo deležen. Privolitev oziroma soglasje je pomembno načelo avtonomije. Podano soglasje določeni obravnavi pomeni »dati dovoljenje«. Pomembna je komunikacija, ki zagotovi, da je uporabnik pred danim soglasjem primerno informiran o oskrbi, podpori ali zdravljenju ter seznanjen z možnimi tveganji (prav tam).

Socialne delavke morajo spodbujati avtonomijo uporabnikov. V pomoč so jim lahko naslednji koraki pri delu z uporabniki na področju zdravstva in socialnega varstva (Health Information and Quality Authority, 2016, str. 15):

- spoštovanje avtonomije uporabnika,
- izogibanje predhodnim sodbam,
- ustrezna komunikacija, ki vzpodbuja uporabnika,
- ravnovesje pravic, tveganja in odgovornosti,
- pristop, ki je usmerjen na uporabnika,
- izvajanje in evalvacija podpore.

Heerings, van de Bovenkamp, Cardol in Bal (2020) pišejo, da morajo strokovnjaki uporabnike spodbujati in jim omogočiti avtonomijo ter se pri tem zavedati, da si uporabniki želijo različne stopnje vpliva med obravnavo. Nekateri hočejo sodelovati pri odločanju o sebi, spet drugi komajda želijo biti vključeni v soodločanje in v sprejemanje odločitev. Nekateri želijo soodločati samo na določenih področjih, ne pa na vseh (prav tam). Uporabniki poročajo o slabih izkušnjah v primeru, ko se namesto njih odloča strokovnjak, saj s tem dobijo izkušnjo, da se jim ne zaupa, kar le še povečuje občutek nesposobnosti. Nemalokrat uporabniki menijo, da je nujno, da se drugi odločajo namesto njih, saj si v nasprotnem primeru lahko škodijo. Obstajajo primeri, ko so uporabniki v stiski, saj se od njih pričakuje, da bodo asertivni in izražali svoje želje, potrebe in pričakovanja, sami pa se ne čutijo dovolj kompetentne za dejansko soodločanje in aktivno vlogo (prav tam).

Altman (1983, po Alghzawi, 2012) je z raziskavo dokazal, da je večji odstotek uporabnikov, ki so bili aktivno vključeni v načrtovanje odpusta, sodeloval z različnimi službami tudi po odpustu, v primerjavi s tistimi, ki že prej niso sodelovali. Boprill (2000, po Tait in Lester, 2005) poudarja pomen vključenosti uporabnikov pri načrtovanju obravnave v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja, saj lahko na ta način že v zgodnji fazi predvidijo možne odgovore na ugotovljene potrebe s perspektive moči. Predpogoj za dobro načrtovanje odpusta je

enakovreden partnerski odnos med socialno delavko in uporabnikom, ki, kot ekspert iz izkušenj, izrazi svoje želje in potrebe. Zgodi se, da strokovne delavke na področju duševnega zdravja menijo, da uporabniki nimajo sposobnosti za odločanje in sprejemanje pravih odločitev. Strokovne službe tako pogosto zavzamejo pokroviteljsko držo in omejujejo možnost soodločanja. Brez podpore in možnosti soodločanja ostajajo uporabniki v dolgotrajnih odvisniških razmerjih, saj ljudje ne morejo postati samostojni, če jim ni dana možnost odločanja o svojem življenju (World Health Organization, 2010a).

Pahor (2014) piše o tem, da so kritiki pogosto opozarjali na pasivizirajočo vlogo, v katero so potisnjeni uporabniki v zdravstvu ter neustrezno vlogo uporabnika za opis zdravstvenega stanja ljudi s kroničnimi stanji ali obolenji. Strokovnjaki različnih poklicev imajo glede na tradicijo in naravo svojega dela različne poglede na aktivno vključenost uporabnikov. Eno od pomembnih vprašanj je, če pomeni njihova aktivnost izginotje profesij. Odgovor je pritrdilen, če deprofesionalizacija poteka v smislu izgube privilegijev, moči, monopola. Odgovor je negativen, če se delitev moči razume kot delitev mnenj, vključenosti in odgovornosti, iz česar izhaja motiviranost uporabnikov in se ohranja avtoriteta strokovnjakov na nivoju znanj in kompetenc. Pahor (2014) se sprašuje, kakšno moč imajo uporabniki v odnosu do zaposlenih v zdravstveni ustanovi. Družbeno moč se najenostavneje definira kot možnost uveljavljanja lastne volje, torej odločanja v procesu ohranjanja zdravja oziroma zdravljenja. Iz klasične, še vedno vztrajno prisotne vloge bolnika izhaja predvsem pozicija podrejenega, pasivnega, potrpežljivega človeka, kar lahko izvira iz nepoznavanja, strahu in trenutne fizične in psihične šibkosti. Odgovor na vprašanje je torej povezan s pojmi družbena moč, vključevanje in krepitev moči.

Brez dvoma je na področju duševnega zdravja uporabniška participacija nujna. Ob tem pa je potreben tudi kritičen razmislek o možnih negativnih posledicah, kot je na primer vprašanje zastopanja. Deane (2011) se sprašuje, kdo so uporabniki, sodelujoči v političnih razpravah in drugih pomembnih vprašanjih. Te osebe podajajo svoje poglede in mnenja o prednostih in slabostih služb duševnega zdravja in nemogoče je reči, ali to mnenje vključuje večino uporabnikov. Kemp (2008, po Deane, 2011) piše, da vsak udeleženec potencialno predstavlja drugačno perspektivo na določeno situacijo in da so morda te perspektive kdaj v nasprotju ena z drugo. Dejstvo je, da kakovostnega načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice brez uporabnikove aktivne udeležnosti v celotnem procesu ne more biti.

2.7. Načrtovanje odpusta v perspektivi krepitev moči in okrevanja

»Odnehati ni bilo težko, bila je rešitev, ki me je obvarovala pred tem, da bi si česarkoli želela. Če si nisem ničesar želela, potem mi to ni moglo biti odvzeto. Če nisem poskušala, potem mi ni moglo spodleteti. Če mi ni bilo mar, potem me ni moglo prizadeti. Moje srce se je utrdilo« (Patricia Deegan, 1996, str.93).

Ta disertacija ponuja pogled na načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice s perspektive socialnega dela. Prav socialno delo je namreč ključna profesija na področju duševnega zdravja po vsem svetu, stroka ima vrednote, ki so skladne s konceptoma okrevanja (Kourgiantakis, Hussain, Ashcroft, Logan, McNeil in Williams, 2020) in krepitev moči, zato bi morale biti socialne delavke še posebej zainteresirane za to usmeritev med obravnavo v bolnišnici ter omogočati ljudem uporabo njihovih lastnih sposobnosti za reševanje problemov ter izboljšati dostopnost obstoječih ali novih virov pomoči.

2.7.1. Koncept krepitev moči uporabnika pri načrtovanju odpusta

Videmšek (2008) piše, da je v socialnem delu koncept krepitev moči približno od začetka devetdesetih let prejšnjega stoletja temelj socialnodelovnega ravnanja (prav tam). Koncept uporabe v slovenskem prostoru opozori na terminološko vprašanje, ki se pojavi ob besedi »empowerment«, ki je bil sprva preveden kot »opolnomočenje«, kar pomeni »pooblastiti«. V jeziku socialnega dela bi to pomenilo, da so strokovne delavke pooblaščenke od uporabnikov (prav tam). Neustreznost termina opolnomočenje se kaže tudi v tem, da nakazuje na neenakopraven položaj med udeleženi (prav tam). Kasneje termin »opolnomočenje« nadomesti nov »krepitev moči«, ki se nanaša na širok razpon različnih procesov in praks. V zadnjih letih so mnoge akademske discipline (na primer socialno delo, sociologija, psihologija) razvile lastne koncepte in prakso krepitev moči (prav tam). Nestrinjanje je izrazila Lamovec (1998), ki meni, da gre v tem primeru le za razvojenelo nadomestilo, ki sploh ne povzema bistva »opolnomočenja«, saj moč lahko krepimo do neskončnosti, ne da bi jo zares pridobili. Izraz naj bi se, po njeno, nanašal le na proces in ne na ciljno stanje (prav tam). V doktorski disertaciji uporabljam termin »krepitev moči« tudi v primeru, ko je avtor ali avtorica uporabil/a termin opolnomočenje.

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 1998) definira krepitev moči kot proces, v katerem dobijo posamezniki večji nadzor nad odločitvami in dejanji, ki vplivajo na njihovo zdravje (prav tam). Krepitev moči je socialni, kulturni, psihološki in

politični proces, s katerim posamezniki in skupine izrazijo svoje potrebe, skrbi, strategije za vključevanje in odločanje in dosego političnih, socialnih in kulturnih aktivnosti za zadovoljevanje teh potreb. Na ta način ljudje vidijo povezavo med cilji v življenju in občutkom, kako to doseči (prav tam). Mariscal (2014) piše, da se perspektiva moči v praksi socialnega dela na področju duševnega zdravja fokusira na moči, vire, ki jih imajo uporabniki in skupnost, z namenom doseči zastavljene cilje, upanje in sanje (prav tam). Xie (2013) piše, da se pri krepitvi moči preusmeri fokus od primanjkljajev ljudi s težavami v duševnem zdravju in se fokusira na moči in vire, ki jih uporabnik ima, ter na promocijo zdravja, namesto fokusiranja na simptome in patologijo v smislu bolezni.

Flaker (2015) piše, da je vprašanje, kako dobiti moč med glavnimi temami načrtovanja. Pri načrtovanju je moč sredstvo za uresničenje tega načrta, zato mora načrt nujno vsebovati tudi načine krepitve moči oziroma vire moči za uresničitev (prav tam). Podobno meni Videmšek (2013), ki opozarja, da gre pri tem za prenos moči med uporabnikom in strokovno delavko, in da je v osebнем načrtu zapisano samo to, kar posameznik želi, ker je to njegov načrt (prav tam).

Rappaport (1993, 1995, po Nelson, Lord in Ochocka, 2001) vidi krepitev moči kot podporni kontekst, v katerem lahko uporabniki rekonstruirajo osebne zgodbe, ki odražajo duševno zdravje, moč, upanje kot alternativo dominantnim družbenim pripovedim o ljudeh s težavami v duševnem zdravju kot »nevarnih ljudeh«. To ne pomeni prihodnosti brez izzivov in ovir pri doseganju ciljev, saj je to nekaj, s čimer se soočajo v svojem vsakodnevnem življenju vsi ljudje (Rapp in Goscha, 2014, po Francis, 2014). Socialno delo mora, glede na kontekst in naloge, vedno znova zagotavljati, da ostanejo odprte različne alternative ter skupaj z uporabnikom razvijati rešitve. Prilagajati se mora konkretni situaciji in znati ravnati v nepredvidljivi situaciji, kar je ena od najpomembnejših spretnosti socialnega dela, ki ne ve že a priori, kaj je prav in kaj je narobe.

Flaker (2015) pri tem opozarja na pomembnost pogodbene moči kot merila družbene moči človeka, da moči ne razumemo preveč psihološko. Krepitev moči ni le krepitev samozavesti, odločnosti, saj so te psihološke značilnosti človeške moči pogosto prav funkcija družbenega položaja in družbene vloge človeka. Pogodbena moč posameznik črpa iz svojega formalnega statusa, iz svojega nastopa in vlog, ki jih opravlja in igra (prav tam). Za socialno delavko je pri načrtovanju odpusta ključno, kakšen je formalni status uporabnika in kako ga izboljšati. Status je povezan z denarjem, kakšne dohodke in plačo dobiva, ali ima premoženje, nepremičnine. Avtor (Flaker, 2015) nadaljuje, da pogodbeni status človeka tvorijo tudi zagotovila in jamstva, ki jih lahko ponudi; ali ima človek okrog sebe ljudi, ki lahko zanj jamčijo, ali ima skrbnike, zagovornike. Ugled in spoštovanje sta tudi del pogodbene moči; ter kakšen je družinski ugled,

s kakšnimi dosežki se lahko ponaša, katere cenjene spretnosti ima poleg tega (prav tam). Na kredibilnost posameznika poleg formalnega statusa vpliva tudi to, kako stopa v stik z drugimi, kakšen vtis daje, kako druge sprejema in podobno (prav tam). Moč ljudem daje tudi število vlog, ki jih v vsakdanjem življenju igrajo. Več cenjenih vlog kot imamo, več smo v naši družbi vredni, zato se je treba vprašati, kakšne cenjene vloge nekdo ima in katere so najpomembnejše vloge, katere spretnosti potrebuje za to vlogo in kakšna so pričakovanja drugih, kako močne in odporne so te vloge in ali jih lahko izgubi ter kar mora narediti, da jih obdrži. Nasprotni pol so stigmatizirane vloge, ki moč jemljejo (prav tam). Vse to je ključnega pomena v procesu načrtovanja odpusta in nekaj, na kar mora biti socialna delavka v delovnem odnosu z uporabnikom pozorna.

Čačinovič Vogrinčič (2010) je prepričana, da socialnega dela ni, če ga socialne delavke ne delajo s perspektive moči. Obenem perspektiva moči zahteva od socialnih delavk znanje in zavedanje, da niso najbolj pomembne v življenju uporabnikov. Socialne delavke lahko uporabijo svoje znanje v pomoč uporabnikom pri izkoriščanju svojih moči, ki jih integrirajo v proces okrevanja (Xie, 2013). O tem je potreben dialog in refleksija (Flaker, 2003). Allen (2014) piše, da sta odnos in pristop usmerjena na okrevanje in pozitivne spremembe. Pri načrtovanju odpusta socialna delavka uporablja večšine dela v partnerskem odnosu z uporabniki in skupnostjo, pogosto v zelo težkih okoliščinah, z namenom zaščite uporabnika, spodbujanjem iskanja rešitev in opogumljanjem za spremembe. Tudi kadar socialne delavke sodelujejo v nadzornih postopkih, morajo to narediti humano, s ciljem pozitivnih sprememb, z najmanjšim možnim omejevanjem in vmešavanjem v svobodo uporabnika (prav tam). V primeru socialne delavke v psihiatrični bolnišnici so to na primer postopki za namestitve v institucionalno varstvo proti volji uporabnika s sklepom sodišča.

2.7.2. Koncept okrevanja pri načrtovanju odpusta

Hyde, Bowles, Pawar (2014) pišejo o konceptu okrevanja, ki je nastal kot odgovor na ozka in omejena pojmovanja v medicinskem modelu, ki je tradicionalno videl uporabnike kot pasivne prejemnike in osebe kot strokovnjake in nosilce znanja (prav tam). Avtorja Repper in Perkins (2003) pišeta, da v državah v razvoju norost ne pomeni izgube statusa in izključitve z dela in iz socialnih vlog, kot je to praksa v zahodnem svetu. V Evropi in severni Ameriki je norost na splošno razumljena kot bolezen možganov; ker so uporabniki prepoznani kot bolni ljudje, so razbremenjeni običajnih vlog in odgovornosti. Bolezen običajno definirajo strokovnjaki, ki nimajo izkušenj tega, kar poskušajo opisati. Izzivi, s katerimi se soočajo ljudje

s težavami v duševnem zdravju, je, kako ohraniti ali obnoviti cenjeno življenje in kot vsi ljudje rasti in se razvijati znotraj in onkraj meja, ki jih postavljajo njihove kognitivne in čustvene težave. Podobno piše Farkas (2007), ki je prepričan, da mnogi vidijo duševne težave kot primarno biološke in se ob tem sprašujejo, ali je okrevanje sploh možno in to utemeljujejo s tem, da bo termin »okrevanje« dal lažno upanje uporabnikom in njihovim svojcem (prav tam).

Hyde, Bowles in Pawar (2014) dajejo velik poudarek pravilni uporabi jezika pri uvajanju modela okrevanja na področju duševnega zdravja, saj v nasprotnem primeru nevede ljudi jezikovno uvrščamo v slovar patologije in primanjkljajev in omejitev pri izboljšanju kakovosti življenja. Jezik se mora oddaljiti od bolezni in se usmeriti k izzivom, pred katere so postavljene osebe s težavami v duševnem zdravju. To je priložnost, da dodajanje moči, pripoved in nezatiralni jezik postanejo ugledni diskurz, namesto marginaliziranega jezika, ki se izraža tradicionalne modele skrbi (prav tam).

Istočasno se bivši uporabniki in kritiki bioloških pristopov že leta sprašujejo, ali duševna bolezen sploh obstaja. Trdijo, da so to bolj življenjske krize in kot take normalen del človeškega obstoja. S te perspektive okrevanja ne more biti, ker bolezni ni. V skladu s tem so bili vsi udeleženi enotni, da sam termin »okrevanje« lahko zmede (Farkas (2007). Anthony in Deegan, ki se jima pripisuje začetke gibanja v poznih 80. in zgodnjih 90. letih prejšnjega stoletja, sta bila prepričana, da temelji k okrevanju usmerjen pristop na preprostem načelu, da uporabniki potrebujejo več kot lajšanje simptomov in poudarila, da je predvsem pomembno, da vidimo ljudi s težavami v duševnem zdravju kot »ljudi« (angl. human beings) in ne kot diagnoze (Anthony, 1993, Deegan, 1996).

Uporabniško gibanje je zahtevalo drugačne pristope, možnost izbire služb in storitev, ki bi odgovarjale na njihove potrebe. Model okrevanja so videli z drugačne perspektive kot v tradicionalnem medicinskem modelu. Za mnoge ljudi s težavami v duševnem zdravju okrevanje ni pomenilo vrnitve v stanje pred težavami, ampak prevzemanje nadzora nad svojim življenjem, ki ni samo osredotočanje na simptome, ključen je poudarek na krepitvi moči (prav tam). Cilj okrevanja za uporabnike ne pomeni znebiti se vseh problemov, ampak doseči, da bo družba uporabnike videla prek njihovih problemov. Gre za okrevanje socialnih vlog in odnosov, ki dajejo življenju vrednost in pomen. Ob tem uporabniki opozarjajo, da morajo imeti poleg upanja tudi priložnosti, sicer upanje lahko hitro ugasne (Repper in Perkins, 2003).

Spremembe, ki jih je prinesla perspektiva okrevanja, so imele velik vpliv tudi na bolnišnično okolje, kjer so prevladovali biomedicinski in pravni modeli skrbi (Carpenter, 2002). Prav bolnišnično okolje je velik izziv za prakso, usmerjeno k okrevanju, predvsem zaradi z medicinskim modelom podprte pravne podlage, kar vnese na področje duševnega zdravja

veliko nadzora in prisile. Velik izziv za strokovnjake je prav premik od patologije k modelu, ki je individualen in temelji na moči, saj so bili strokovnjaki izobraženi za pogled skozi diagnoze kot pomoč pri ustrezni obravnavi. Ta vloga jim nudi ugodje, jim daje moč in vlogo eksperta (Xie, 2013).

Na področju duševnega zdravja se srečamo z dvema pojmom »okrevanja«, ki sta nezdružljiva. Klinično okrevanje pomeni odsotnost simptoma in telesne oslabiljenosti, lahko se meri in sovпада z medicinskim modelom, osebno okrevanje (angl. personal recovery) pa pomeni individualno, temelji na pripovedi in vključuje pridobivanje novega pomena in ciljev v življenju, kljub morebiti še vedno prisotnim simptomom (Hyde, Bowles in Pawar, 2014).

Anthony (1993, str. 532) je zapisal: »Okrevanje od posledic bolezni je težje kot okrevanje od bolezni same.« Jacob (2015) meni, da obstajajo smernice, načela, ki poudarjajo upanje in vero, da si bodo osebe s težavami v duševnem zdravju povrnille smisel življenja kljub prisotnim simptomom. Okrevanje je proces, obet in vizija, ki vključuje upanje, pravico do neuspeha, model krepitve moči in vključevanje v programe samopomoči. Podobno menita Jacobson in Greenley (2001): okrevanje vključuje »notranje in zunanje pogoje«. Notranji vključujejo upanje, zdravljenje, krepitev moči in povezave, zunanji pa človekove pravice, kulturno obravnavo in k okrevanju usmerjene službe. Zunanji pogoji so najbolje opisani kot podporno okolje, ki prepozna vrednost človekovih pravic v iskanju bolj pravične porazdelitve moči med uporabniki in ponudniki storitev (Lukens in Solomon, 2013). Okrevanje se zgodi v vmesnem prostoru med posameznikom in kontekstom: z medsebojnimi odnosi, s fizičnim prostorom in drugimi ekonomskimi, socialnimi in kulturnimi dejavniki (Slade, 2009).

Socialne delavke, zaposlene v psihiatrični bolnišnici, se kot izhodišče pri načrtovanju odpusta opirajo prav na koncept okrevanja, saj, kot so zapisali Hyde, Bowles in Pawar (2014), okrevanje vsebuje koncepte in vrednote socialnega dela, ki so se prenesle na področje duševnega zdravja. Čačinovič Vogrinčič (2008) piše, da okrevanje temelji na spoznanju, da ljudje (posamezniki in skupnosti) okrevajo in lahko premagajo tudi težke življenjske udarce. Koncept okrevanja ne zmanjšuje teže preteklih udarcev in ran, zagotavlja le, da ima človek moč, da okreva, in prepričanje, da si lahko ljudje in skupnosti opomoremo in da udarci ne peljejo le v nemoč in patologijo. Koncept je pomemben v podporo socialni delavki, da vztraja pri ravnanju iz perspektive moči (prav tam). Avtorica v nadaljevanju navaja Saleebeyja, ki dokazuje, da je človek naravnan k celjenju, oziroma da ima sposobnost ozdraveti ter da ima na voljo notranji sistem podpore, ki deluje neodvisno od zunanjih vplivov zdravljenja. Spoznanje, da ima človek notranjo modrost, da prepozna, kaj je dobro zanj, je hkrati za socialno delo nov izziv (prav tam). Pripoved, krepitev moči in nezatiralsko socialno delo lahko aktualizirajo

premik k okrevanju usmerjeni praksi. Pri svojem delu uporabljajo različne strokovne pristope, teoretično znanje sproti prevajajo v prakso in s tem zapolnjujejo vrzel kot posledico neurejenih standardov in normativov na tem področju. Vsemu lahko postavimo skupni imenovalec – gre za na okrevanje usmerjen pristop oziroma delovanje, pa naj bo to socialno delo s posameznikom, družino ali skupino med zdravljenjem ali pri načrtovanju odpusta, kar je osrednja usmeritev tega dela.

Okrevanje, kot ga razumejo socialne delavke, omogočajo štiri temeljna etična načela (Adam in Petrakis, 2020): spoštovanje avtonomije, ne škodovati, delati dobro in obravnavati ljudi pošteno. Vrednote in koncepti, ki podpirajo okrevanje, bi morali biti osrednja komponenta v praksi socialnega dela, ki je usklajena s kodeksom etike, krepí prakso socialnega dela in omogoča boljše izide (prav tam). Socialne delavke so teoretično podkovane in imajo izkušnje z delom na tem področju, uporabniki so eksperti iz izkušenj, ki najboljše poznajo svoje potrebe in odločajo o tem, kako je okrevanje in uspeh definiran (Lukens in Solomon, 2013). Okrevanje temelji na možnostih samoodločanja in hkrati na znanstvenih spoznanjih, ki prepoznavajo tako uporabnikove vire moči kot tudi področja, kjer potrebuje več podpore (Mulligan, 2003). Lukens in Solomon (2013) opozarjata na potrebo po zavedanju socialnih delavk, da večina uporabnikov, tudi tisti z mnogimi težavami v duševnem zdravju, lahko prispevajo k okrevanju in načrtu odpusta ter izhajata iz predpostavke, da se ljudje vedno poskušajo odzivati, upirati težavam, s katerimi se soočajo in da se nikoli ne predajo v celoti, čeprav se okolici tako zdi. To so že poskusi okrevanja in strokovne delavke morajo to prepoznati in pomagati pri krepitvi moči za soočenje s težavami (prav tam).

Na okrevanje orientirane službe po Farkasu (2007, str. 4–5) vplivajo najmanj štiri ključne vrednote, ki podpirajo proces okrevanja. To so: na osebo usmerjeno, vključenost uporabnika, možnost samoodločanja in izbire in možnost rasti in razvoja:

- Na osebo usmerjeno – socialne delavke zanimajo uporabniki kot »osebe« in ne samo kot »uporabniki«. Osredotočajo se na talente in moči in ne na primanjkljaje. Socialne delavke morajo poskrbeti za pomoč in dostop do virov tudi zunaj sistema duševnega zdravja, kjer smiselno lahko dosežejo svoje cilje, in ne le omejevati in getoizirati, kar se hitro lahko zgodi v programih duševnega zdravja.
- Vključenost uporabnika – vključenost uporabnikov v službe duševnega zdravja, kot so načrtovanje, izvajanje in evalvacija programov, je ključna komponenta kakovost upravljanja sistema v vsaki službi duševnega zdravja. Najemanje uporabnikov kot ponudnikov storitev in podpora strokovnemu osebju je postal pomemben element v razvoju služb, usmerjenih na okrevanje. Uporabniško gibanje ima slogan »nothing

about us, without us« (»ničesar o nas brez nas«), kar nakazuje njihova pričakovanja o partnerstvu in vključenosti v okrevanje.

- Samoodločanje in izbira – to je temelj procesa okrevanja. Uporabnik mora imeti priložnost izbire dolgoročnih ciljev in metod, ki so uporabljene, ter strokovnjakov, s katerimi bodo sodelovali.
- Rast in razvoj – upanje za prihodnost je bistvena sestavina v vseh na okrevanje usmerjenih službah. Treba je ustvarjati in vzdrževati upanje tako pri strokovnjakih kot tudi pri uporabnikih, kar je ključnega pomena. Pogosto strokovnjaki, tudi socialne delavke, menijo, da je nerealno pričakovati uporabnikovo okrevanje, ker je preveč bolan ali ima preveč primanjkljajev. Službe, ki promovirajo aktivnosti samo na vzdrževanju nekega stanja ali preprečitve poslabšanja, brez ustrezne podpore, niso orientirane k okrevanju. Socialne delavke morajo podpirati upanje in želje uporabnikov za doseg ciljev, kot so nadaljevanje šolanja, ustvarjanje družine, služba ali samostojno bivanje (prav tam).

Okrevanje, ki se dogaja med načrtovanjem odpusta v bolnišnici, mora biti poslušanje, spoštovanje izkušenj in zgodb, vključevanje oseb v njihov načrt obravnave, omogoča ljudem svobodo in prostor za odločanje, odzivnost in fleksibilnost in dopuščanje napak, torej tveganja (Adam in Petrakis, 2020). Francis (2014) je prepričan, da se na okrevanje orientirana socialna delavka zaveda in poudarja pomen preusmeritve od simptomov in primanjkljajev k uporabnikovi moči in pozitivnim lastnostim (prav tam). Zaupanje se vzpostavi z odkritim pogovorom med socialno delavko in uporabnikom. Tu se okrevanje začne in uporabnik prevzame lastništvo nad svojim procesom okrevanja (prav tam). Socialna delavka je v tej vlogi pasivna, vendar ves čas podpira uporabnika pri reševanju problemov in doseganju individualnih ciljev, predvsem pa mu daje upanje. Socialna delavka in uporabnik si skupaj drzneta sanjati in iščeta ustrezne vire za doseg ciljev (prav tam). Naloga strokovnjakinj je olajšati okrevanje, naloga uporabnikov pa okrevanje. Pri načrtovanju odpusta je pomembno zavedanje, da ni pomemben samo obseg storitev, ampak so za okrevanje bistvenega pomena tudi storitve in službe, ki niso s področja duševnega zdravja, kot so šport, klubi, izobraževanje za odrasle (Anthony, 1993).

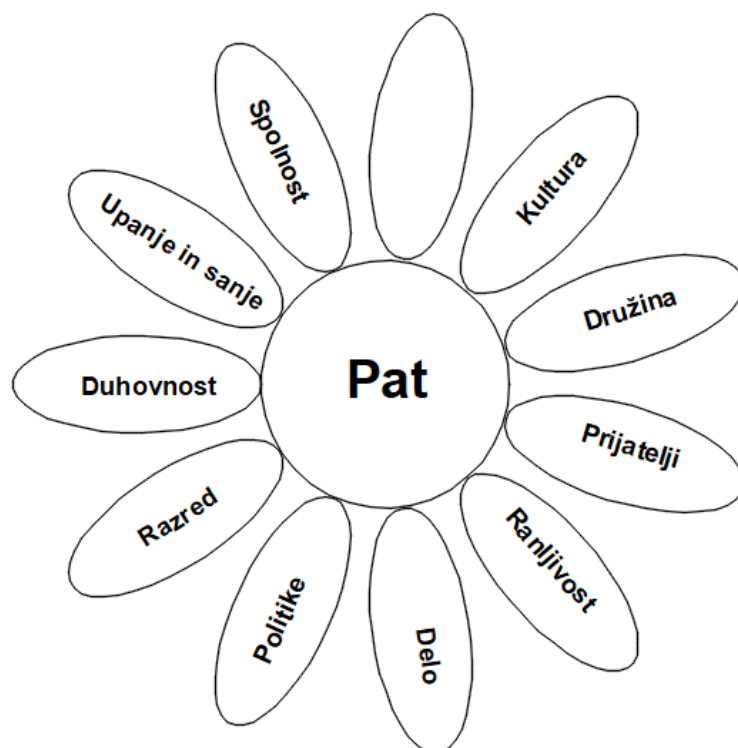
Izhodišče v socialnem delu na področju duševnega dela je torej zavedanje, da imajo vsi ljudje potencial za okrevanje in prevzem za nadzor nad svojim življenjem. Mešl (2013) trdi, da socialno delo izhaja iz koncepta odpornosti. Na družine in s tem na vsakega posameznega člana v tiski se obrača s spoštovanjem, verjame v obnovljive potenciale ljudi in išče možnost, kako z družinskimi člani poiskati in povečati najboljše odlike posameznikov in družine kot celote.

Walsh (2003) opredeli odpornost kot človekovo sposobnost, da se ogradi od neugodnih življenjskih razmer, moči in viri pa omogočijo posameznikom in družinam, da se uspešno odzovejo na krize in izzive, si opomorejo in rastejo na podlagi teh izkušenj. Pomembno je, da ima uporabnik ob sebi strokovnjaka, ki zaupa vanj tudi v obdobju, ko on sam nima zaupanja vase. Pomembno je, da ga spodbuja in ne sili, da ga posluša in ga poskuša razumeti tudi takrat, ko se nič ne zdi smiselno. Prav tako je pomembno zavedanje, da lahko okrevaljo prav vsi, tudi tisti, pri katerih se težave ponavljajo (Anthony, 1993). Kako pomembno je zaupanje v uporabnika, kako pomembne so besede strokovnjaka in kakšen vpliva imajo na življenje osebe s težavami v duševnem zdravju, povedo besede psihologinje in uporabnice Deeganove (1996, str. 92): »Psihiatri so mi rekli, da je moje življenje uničeno s shizofrenijo, že zaprta knjiga ter da je moja prihodnost že napisana. Vsi moji cilji in sanje, ki sem jih imela, so se izgubili in sedanjost postane nič drugega kot nepovezani trenutki med seboj. Ko so govorili te besede, sem čutila vso njihovo težo, ki je še dodatno lomila že tako krhke upe, sanje in željo po življenju.«

Pomembno je razumevanje, da okrevanje ne pomeni zanikanja težav in zavračanja služb pomoči. Kot piše Deeganova (1996), je sama še vedno vključena v različne oblike samopomoči in podpore, sodeluje z različnimi službami, uživa predpisana zdravila, je vključena v psihoterapijo in gre v bolnišnico, ko je to potrebno. Kljub temu pa zdaj ne vzame več samo zdravila ali gre samo v bolnišnico, naučila se je uporabljati zdravila in izkoriščati bolnišnice. Gre za aktivno držo, ki dokazuje okrevanje.

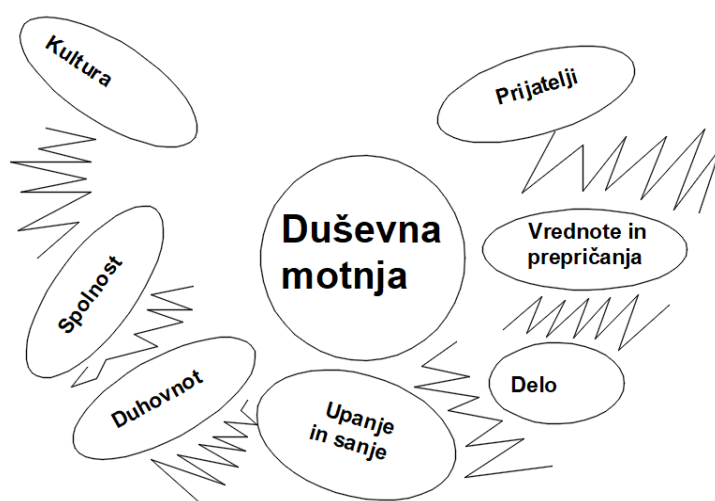
Svojo izkušnjo je predstavila s simbolnim cvetom (Deegan, 2001). Pred diagnozo je bila velika skladnost med tem, kako je videla sebe in kako so jo doživljali drugi, po diagnozi pa je imela občutek, kot bi profesionalci nase nataknili par izkrivljenih očal, skozi katere so jo videli bolno in zlomljeno (prav tam). Njena identiteta je bila zreducirana na bolezen. Nazobčane črte predstavljajo izkrivljene leče, skozi katere je bila videna, in vse je bilo interpretirano skozi leče psihopatologije. Doda ilustracijo, ki simbolizira transformacijo med okrevanjem. Roža ima njeno ime, ki je v središču. Prazna latica je bila obnovljena, ima prihodnost, ki je še nepoznana, in v katero lahko projektira svoje sanje in inspiracije. Cvet je obnovljen, v procesu okrevanja je morala ponovno raziskati svoje vire moči (prav tam).

Slika 2.1: Tako so jo videli drugi in tako je razumela sebe pred postavljenjo diagnozo duševne motnje



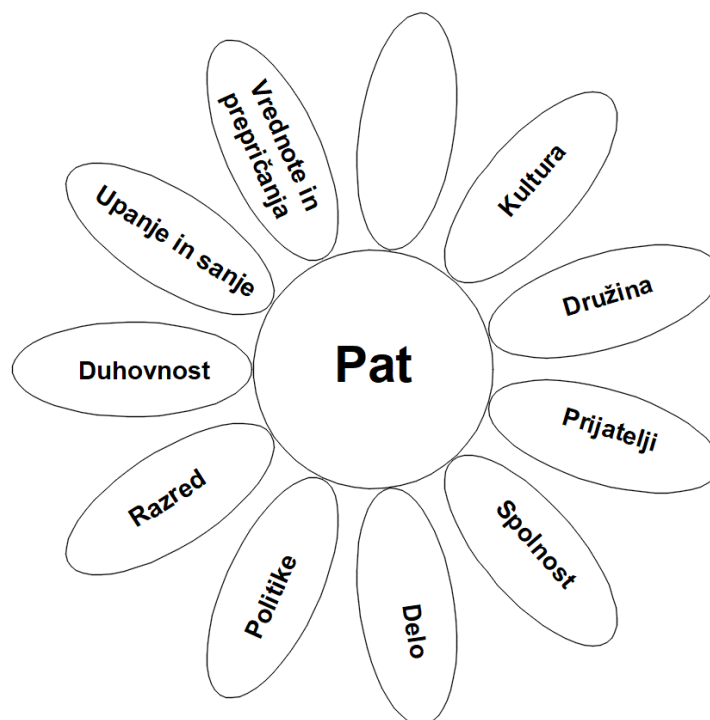
Vir: Deegan, 2001

Slika 2.2: Tako so jo videli drugi po postavljeni diagnozi duševne motnje



Vir: Deegan, 2001

Slika 2.3: Okrevanje: videla se je kot človeka, ne kot duševno motnjo



Vir: Deegan, 2001

V procesu okrevanja se uporabniki pogosto srečajo z občutkom nemoči, o katerem piše Mešl (2013), ki se lahko pojavi ob situacijah, v katerih nimajo vpliva na potek dogodkov. Kompleksni psihosocialni problemi, s katerimi se uporabniki srečujejo, jih lahko preplavijo z občutkom, da ne morejo storiti ničesar za izboljšanje svojega življenja, stvarne razmere v okolju občutek nemoči pogosto še krepijo. Ob tem je pomembno upanje, da se bodo spremembe zgodile, kar je ključnega pomena za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Upanje je več kot verjeti, da se bo nekaj zgodilo, so cilji in poti, ki jih izbere uporabnik. Če se pojavijo težave pri doseganju ciljev, je treba poiskati alternativo (Hardy in Vitale, 2012). Mnogo je torej poti okrevanja, med drugim tudi ta, da uporabnik ne želi biti vključen v sistem duševnega zdravja (Anthony, 1993), in tudi to odločitev je treba spoštovati in upoštevati.

Čeprav ima socialno delo veliko skupnega s paradigmo okrevanja, raziskovalci (Kourgiantakis, Hussain, Ashcroft, Logan, McNeil in Williams, 2020) trdijo, da socialno delo nima močne vloge v izzivih in kritiki dominantnega biomedicinskega modela, na kar je pogosto vplival in še vedno vpliva organizacijski kontekst, v katerem socialne delavke delujejo, saj so institucionalna pravila in postopki morda neskladni s principi okrevanja (prav tam). Carpenter (2002) ostaja optimistična in meni, da je na okrevanje usmerjena praksa postala glavna mantra

v službah duševnega zdravja, ne glede na to, kako je razumljena, sprejeta in izvedena v praksi (prav tam). Koncept okrevanja predstavlja pomemben korak v razumevanju služb duševnega zdravja ter odpira pomembna etična vprašanja.

2.8. Timsko delo pri načrtovanju odpusta

V poročilu Regionalnega urada Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo (2020) je zapisano, da ima Slovenija več kot 1500 strokovnjakov s področja duševnega zdravja, ki delajo v ali zunaj javnega sektorja, to je približno 75 strokovnjakov na 100.000 ljudi (prav tam). Blizu polovice te številke so medicinske sestre in 12 psihiatrov in 9,3 psihologa na 100.000 ljudi (prav tam). Večina delovne sile opravlja delo v specializiranih ustanovah duševnega zdravja, mnogi so zdaj zaposleni ali prerazporejeni tudi v centre duševnega zdravja, ki so bili na novo ustanovljeni. V omenjenem poročilu o stanju v Sloveniji ni socialnih delavk in socialnih delavcev nikjer omenjenih, čeprav je avtorica Allen (2014) prepričana, da je socialno delo ključnega pomena v sodobnih storitvah duševnega zdravja, da spreminja življenja uporabnikov in je pomemben del multidisciplinarne podpore. Socialna delavka je kot članica oddelčnih timov strokovnjakinja pri načrtovanju odpusta, saj je, kot piše Flaker (2012), v bolnišnici pomembno in ključno timsko delo, oziroma povezovanje različnih strokovnjakov in sodelovanje z drugimi ustanovami. Ramovš (1995) timsko delo na področju zdravstva vidi kot načrtno povezavo več delavcev različnih strok, posameznikov z različno izobrazbo, perspektivami, spretnostmi in usposobljenostjo, ki delujejo za doseganje skupnih ciljev. Člani poznajo in cenijo prispevke vseh vključenih in vsak s svojim specifičnim deležem opravi določeno nalogo, prispevki vseh skupaj pa tvorijo celoto. Janez Mayer (2002) dodaja, da tim pospešuje izmenjavo znanja, pogledov in izkušenj, omogoča celostni pogled, pomnožuje izvirne ideje, skrajšuje pot do njihove uresničitve ter sproža sinergijske ustvarjalne učinke. Tudi Mesec in Stritih (2015) pišeta o timskem delu, kot ga je razvilo socialno delo in temelji na enakopravnem sodelovanju vseh članov, na razvoju tima, na fleksibilni delitvi dela in na primatu nalog nad vlogami. Strokovnjaki v timu se hkrati identificirajo vsak s svojo stroko (oziroma s svojo specialno usposobljenostjo), torej so prepričani o pomembnosti znanj svoje stroke in so tudi usposobljeni za praktično delovanje, hkrati pa se vsak član tima zaveda tudi svojih nezadostnih znanj in spretnosti za uspešno reševanje življenjskih problemov in praktičnih nalog, s katerimi se srečuje. Avtorja zapišeta, da pri tem potrebuje tim novo, skupno razumevanje problema. Svoje znanje morajo člani tima razumeti kot nekaj, kar jih omejuje in hkrati aktivno iskati take oblike dela, v katerih bodo lahko tvegali korak v smeri iskanja novih

možnosti. Rape Žiberna (2019) meni, da so za timsko socialno delo nujno potrebni naslednji elementi: čas, ustrezno organizacijsko vzdušje in vodenje ter znanje in strokovna samozavest.

Načrtovanje odpusta v psihiatrični bolnišnici je nujno timski proces, v katerem strokovnjaki različnih profilov sodelujejo in pomagajo drug drugemu z namenom pomoči uporabniku ali družinskemu članu. Zaradi potreb po različnem znanju in veščinah so v tim vključeni različni strokovnjaki in strokovnjakinje: socialne delavke, psihiatri, medicinske sestre, psihologinje in delovne terapevtke (Beder, 2006). Cowles (2000, po Beder, 2006) trdi, da je funkcija in naloga takšnega tima ocena potreb, izmenjava pomembnih informacij, timsko učenje, načrtovanje dela, razreševanje etičnih dilem in razdelitev nalog in odgovornosti ter evalvacija oziroma ocena rezultatov dela. Takšno sodelovanje zahteva veliko truda, zavedanja, da pri delu z uporabnikom vsak prispeva svoj delež. Timsko delo je torej nepogrešljivo v procesu načrtovanja odpusta in, kot piše Flaker (1998), prinaša vsaj dve koristi. Prva je, da so timi v korist uporabnikom, saj zadovoljujejo zelo kompleksne potrebe, ki jih uporabniki na področja duševnega zdravja izpostavijo s svojimi življenjskimi situacijami in s katerimi se ne more ukvarjati samo en strokovnjak. Druga je v prid strokovnjakom, ki potrebujejo time zaradi delitve dela in porazdelitve moči. Raziskave so potrdile pozitiven vpliv sodelovanja strokovnjakov različnih profesij na izide zdravljenja: skrajšanje ležalne dobe, zmanjšanje stroškov zdravljenja, zadovoljstvo uporabnikov, izboljšano komunikacijo in medsebojno spoštovanje zdravstvenih delavcev. Če je bil uporabnik obravnavan timsko, je bila večja verjetnost, da bo po zdravljenju odšel domov in ne v kakšno drugo institucijo (Zwarenstein, Goldman, Reeves, 2009, po Pahor, 2014).

Pri hospitalni obravnavi ljudi s težavami v duševnem zdravju srečamo več oblik timov: multidisciplinarne time, interdisciplinarne time in transdisciplinarne time (Mickan in Rodger, 2000, Pahor, 2014).

Multidisciplinarni timi so bili v preteklosti pogostejši, izvirali so iz tradicionalnega medicinskega modela, kjer so bile medicinske diagnoze in zdravljenje in diagnoze primarni fokus, zdravnik pa v tem procesu najpomembnejši (Hastings, 1997, po Mickan in Rodger, 2000). Vsak profesionalac v multidisciplinarnem timu dela vzporedno z jasno definiranimi vlogami, jasno hierarhijo, specificiranimi nalogami in visoko stopnjo profesionalne avtonomije (Ivey idr., 1988, po Mickan in Rodger, 2000). Profesionalci se z uporabniki pogosto konzultirajo individualno in kreirajo njihove lastne cilje (Griffin, 1996, po Mickan in Rodger, 2000).

Interdisciplinarni timi so najpogostejši tipi v procesih rehabilitacije (Mullins, 1997, po Mickan in Rodger, 2000). Strokovnjaki v interdisciplinarnih timih se srečujejo redno, z namenom koordinacije načrta obravnave in celostne obravnave uporabnikovih potreb (Maple, 1987, po Mickan

in Rodger, 2000). Cilji so običajno postavljeni skupaj, tudi intervencije se lahko izvajajo skupaj (Brandis, Murtagh in Solia, 1998, po Mickan in Rodger, 2000). Pogosto je en član tima imenovan, da koordinira komunikacijo med uporabniki in strokovnjaki. Interdisciplinarni timi so prepoznani kot koristni za uporabnike z mnogimi problemi (Ivey idr., 1988, po Mickan in Rodger, 2000). Flaker (2003) piše, da je v interdisciplinarnih timih delo socialnih delavk zelo pomembno zaradi interdisciplinarne usmerjenosti socialnega dela, zlasti zaradi zmožnosti povezovanja strokovnega jezika z vsakdanjim jezikom. Socialne delavke so pogosto prevajalke med kontekstom strokovne obravnave in vsakdanjim kontekstom uporabnika. Tudi ko niso vodje, pogosto zaradi svojih značilnosti v timu delujejo usklajevalno (prav tam).

Transdisciplinarni timi na zdravstvenem področju niso pogosti, čeprav je tudi teh oblik vedno več. Udeležba v tovrstnih timih pogosto presega tradicionalne poklicne meje, vsi člani prispevajo k individualiziranemu načrtu za uporabnike, eden ali dva člana sta določena kot primarna pri intervencijah (Maple, 1987 po Mickan in Rodger, 2000). Takšno sodelovanje maksimalizira skupno strokovno znanje, saj se podeli največ strokovnega znanja, medtem ko minimalizira profesionalno avtonomijo. Pomembna je vloga uporabnikov in njihovih družin (Ivey idr., 1988 po Mickan in Rodger, 2000).

Rape Žiberna (2019) predlaga spremembe v terminologiji, ki se v socialnem delu uporabljajo v povezavi s timskim delom. Predlaga, da se izraza multidisciplinarni in/ali interdisciplinarni tim nadomesti z izrazom meddisciplinarni ali medinstitucionalni tim in da pri opredeljevanju vrst timskega dela v socialnem delu upoštevamo dimenziji notranje – zunanje timsko delo in brez – z uporabnikom (prav tam).

Poleg socialnih delavk oddelčni tim sestavljajo še zdravniki psihiatri, klinični psihologi, delovni terapevti in srednje ter diplomirane medicinske sestre.

Psihiater je zdravnik specialist, ki je po končanem študiju na Medicinski fakulteti in sekundariatu opravil specializacijo iz psihiatrije ter jo uspešno končal s specialističnim izpitom. Ukvarja se z različnimi psihiatričnimi boleznimi in motnjami ali dela na področju preventive in mentalne higiene. Njegova osnovna metoda je psihiatrični intervju, postavljanje diagnoze in oblikovanje načrta zdravljenja, predpisovanje zdravil in spremljanje zdravljenja ljudi s težavami v duševnem zdravju (Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, 2022).

V okviru klinično-psihološke obravnave se izvajajo diagnosticiranje, psihološko svetovanje, podpora in edukacija ter psihoterapevtsko vodenje, ki vključuje individualne ter skupinske oblike psihoterapije. Klinični psihologi pri svojem delu sledijo strokovnim etičnim načelom ter novim strokovnim spoznanjem na področju klinične psihologije in psihoterapije (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022a).

Delovni terapevt, diplomant Zdravstvene fakultete, omogoča ljudem vključevanje v vsakodnevne življenjske aktivnosti, ki so za njih smiselne in namenske ter posledično pozitivno vplivajo na njihovo zdravje in dobro počutje. Primarni cilj delovne terapije je usposobiti ljudi za čim bolj kakovostno in samostojno izvajanje aktivnosti vsakodnevnega življenja z namenom izboljšanja zdravja in počutja, da zaživijo čim bolj polno in kakovostno. Delovni terapevti se trudijo ljudem s težavami v duševnem zdravju omogočati opravljanje aktivnosti, s katerimi izboljšujejo sposobnosti za izvajanje aktivnosti ali s prilagoditvijo aktivnosti, prilagoditvijo okolja oziroma aplikacijo ustreznih pripomočkov (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022a).

Služba zdravstvene nege in oskrbe je organizirana kot samostojna služba z natančno opredeljenimi nalogami, kompetencami in odgovornostjo izvajalcev zdravstvene nege, vključno s kontinuirano skrbjo za strokovno izpopolnjevanje zaposlenih v zdravstveni negi. Zdravstvena nega obsega samostojno in sodelujočo vlogo, skladno s sodobnimi smernicami zdravstvene obravnave in strokovnimi standardi zdravstvene nege. Aktivnosti zdravstvene nege, ki jo izvajajo tehniki zdravstvene nege in diplomanti Zdravstvene fakultete, so usmerjene v pomoč ljudem pri zadovoljevanju temeljnih življenjskih aktivnosti (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022a).

Za boljše razumevanje učinkovitosti je treba poznati zgradbo tima in vzdušje v timu. Raziskava (Thylefors, Persson in Hellstrom, 2005) tridesetih švedskih zdravstvenih timov je pokazala, da je bila učinkovitost tima vezana na to, koliko je okolje podporno, kako dobro so porazdeljene naloge in stopnja individualnega prispevka timu (prav tam). Kljub trudu strokovnjakov različnih poklicnih skupin je do enakopravnosti še dolga pot. O prevladi medicine je že davno nazaj pisal Willis (1983, po Long, Forsyth, Iedema in Carroll, 2006), čigar zgodovinska analiza odnosa medicine s sorodnimi profesijami je osvetlila in pokazala tri specifične modele prevlade: podrejenost, ki zagotavlja, da se drugi profesionalci ravnaajo in delajo pod neposrednim nadzorom zdravnikov, omejevanje drugih strokovnjakov do dostopa do pomembnih institucij in izključevanje, pri katerih formalni postopki zanikajo uradno legitimnost teh ljudi. Zdravniki so sicer v začetkih totalnih ustanov imeli le obrobno vlogo. Poklicali so jih, ko je bilo potrebno, ustalili so se kot posebni svetovalci, ki so bili povezani z določenimi ustanovami in bili za svoje delo redno plačani. Ustalila se je tudi navada, da je lokalni zdravnik, kirurg ali apotekar v špitalu zaposlil svojega vajenca kot stalno medicinsko pomoč. Hkrati je postal špital neke vrste učna baza za vajence, saj ljudje na zdravljenju niso imeli možnosti za pritožbe. Morebitne napake so ostale skrite. Šele proti koncu 18. stoletja so postali špitali tudi bolnišnice, v katerih je medicinski poklic ustvaril svojo areno (Flaker, 1998).

Flaker (1997) piše o tem, da so bili v preteklosti sicer aktivni multidisciplinarni timi, vendar so delovali po logiki ustanove in pod nadzorom psihiatrov. Člani tima, psihologi, medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, delovni terapevti, socialne delavke in druge strokovnjaki, so bili sicer zbrani pod isto streho z uporabniki, vendar pod nadzorom najvišje avtoritete, predstojnika bolnišnice. Flaker (1998) piše o viziti, ki ohranja in perpetuira gospostvo zdravnika in kot ceremonija vzpostavlja hierarhični red bolnišnice prav z vednostjo zdravnika. Kljub temu da so psihologi razvili veliko načinov, kako s subtilnimi sredstvi iz testov zaznati norost, pa je treba, kot kaže, odsotnost ali prisotnost norosti oziroma duševne bolezni izkazati ceremonialno, vpričo drugih in očitno (Flaker, 1998).

V današnjih organizacijah kljub novim razvojnim možnostim še vedno prevladujejo značilna delitev dela, omejen dostop do informacij in piramidna, hierarhična organiziranost (Ovsenik in Ambrož, 1999). Tudi Ule (2012) piše o tem, da je bila nedolgo nazaj hierarhična struktura v bolnišnici zelo izrazita, kar pa se v zadnjih letih spreminja. Zaradi velikega pomena, ki ga imajo naravoslovni zakoni znanosti v medicini in zaradi potrebe po znanstveni objektivnosti je sodobna medicina dolgo težko priznala, da obstajajo pri zdravju in bolezni določene psihosocialne razsežnosti, ki se odtegujejo medicinsko tehnični diagnostiki. Zaviršek (2003) piše o problemu horizontalnih mrež, ki predpostavljajo egalitaren odnos med dvema subjektoma, ki sta imela zgodovinsko izrazito hierarhično razmerje, ter so pogosto celo samo navidezne. Na področju timskega dela je poudarjeno sodelovanje različnih strokovnjakov, v praksi pa se pogosto izkaže, da imajo v multidisciplinarnih timih moč odločanja osebe, ki zastopajo tradicionalno močnejše stroke (psihiatri, psihologi). Forma horizontalnih mrež v tem primeru zakrije vsebino, ki ostaja hierarhična. Vpliv dominantne medicinske profesije vpliva tudi na druge strokovne delavce. Hearnshaw s soavtorji (1998, po Mickan in Rodger, 2000) je poročal, da v mnogih zdravstvenih timih, kjer so zdravniki odgovorni za večino odločitev, pogosto razvrednotijo poglede in mnenja drugih kot nepomembne in nereprezentativne. Mickan in Rodger (2000) pišeta, da so danes zdravniki pred velikim izzivom, kako biti bolj fleksibilni.

Zanimiva je bila raziskava (Long, Forsyth, Iedema in Carroll, 2006), kdo koga čaka v bolnišnici: kirurgi ne čakajo nobenega, drugi zdravniki čakajo kirurge, ampak ne čakajo medicinskih sester, fizioterapevtov in delovnih terapevtov. Fizioterapevti in delovni terapevti čakajo kirurge in druge zdravnike, ne čakajo pa medicinskih sester, socialnih delavk, dietetikov in vrstniških podpornikov. Medicinske sestre čakajo kirurge, druge zdravnike, fizioterapevte in delovne terapevte in občasno tudi socialne delavke in dietetike, nikoli pa ne čakajo vrstniških podpornikov. Socialne delavke, dietetiki in vrstniški podporniki običajno opravljajo svoje delo, ko ga drugi končajo, oziroma medtem ko čakajo delavce, ki so višje po lestvici, da prispejo na srečanje (prav tam).

Ovsenik in Ambrož (1999) pišeta o zdravstvenem sistemu kot izrazito hierarhičnem sistemu, vendar je danes pozornost usmerjena v »redefinicijo poslanstva in zdrobitev stare hierarhije ter izgradnjo nove fleksibilne menedžerske strukture in sistema, ki sprošča energijo sodelavcev«. Kecmanović (2012) predvideva, da bo v prihodnje vloga psihiatra na področju duševnega zdravja vedno manjša in je že manjša, v primerjavi izpred 40 let nazaj, za kar je več razlag. V industrijsko razvitih državah je vse večja izbira zdravstvenih uslug, zato z različnimi mehanizmi želijo gibanje cen storitev obdržati v razumnih okvirjih. Avtor nadaljuje, da so takšne tendence še posebej izražene v zadnjih letih, ko se je zelo poslabšala ekonomska finančna situacija v praktično vseh industrijsko razvitih državah Evrope in Amerike in ne kaže, da bi se to v naslednjih letih izboljšalo. Omenjeno ima velik in pomemben vpliv na zdravstvo, znotraj zdravstva pa se to pozna najbolj prav na področju psihiatrije. Kot možen razlog za manjšo vlogo psihiatrov na področju duševnega zdravja vidi v ceni njihovih storitev, ki so mnogo višje od cen storitev ostalih strokovnjakov na področju duševnega zdravja, kot so psihologi, srednje in diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, delovni terapevti in socialne delavke. Specifična znanja psihiatrov, ki jih ostali strokovni delavci nimajo, so predvsem znanja psihofarmakologije, nevrofiziologije in biokemije. To so področja, ki naj bi jih pokrivali psihiatri, ostale usluge uporabnikom bi nudili strokovnjaki in strokovnjakinje drugih poklicev (prav tam).

Profesionalne skupine se v zdravstvu razlikujejo v statusu, znanju, jeziku in teoretičnih izhodiščih. Vsak strokovnjak ima svoje unikatno znanje in veščine, s pomočjo katerega vzdržuje avtonomijo in nadzor (Maple, 1987, Loxley, 1997, po Mickan in Rodger, 2000). Prav tako so strokovnjaki na področju zdravstva lahko pod vplivom netočnih stereotipov o znanju in odgovornosti svojih kolegov. Ignoranca, tekmovalnost in ljubosumje še okrepijo stereotipe, ki krepijo medsebojno nespoštovanje in nerazumevanje, kar ima za posledico slabo sodelovanje (Griffin, 1997, Ivey idr., 1988, po Mickan in Rodger, 2000).

Kodele in Mešl povzemata Mela in Alarcaoa (2001, po Kodele in Mešl, 2016), ki izpostavita prav problem prevelikega števila strokovnjakov, ki sodelujejo z ljudmi, ki potrebujejo podporo, vendar med seboj niso povezani, kar je za uporabnike lahko breme in ne korist. Tudi Walsh (2006, po Kodele in Mešl, 2016) izpostavi problem obstoječih načinov pomoči družinam z mnogimi stresi, ki so preobremenjene s številnimi strokovnjaki, kjer se ustrezna pomoč izgubi v mreži nepovezanih strokovnjakov. Delo v timu za zdravstvene delavke in zdravstvene sodelavke je velik strokovni in osebni izziv, odnos med člani je zelo pomemben. Člani psihiatričnega tima se morajo naučiti komunikacijskih in sodelovalnih veščin, kar omogoča boljše spoznavanje uporabnikovih potreb. Obenem tovrsten način dela prinaša tudi druge

pozitivne učinke, kot so občutek samonadzora, izkušnje in znanje uporabljajo na drugih področjih, zlasti v svojem domačem okolju (Omrani Fard, Mehrabi in Fanian, 2011).

Dejstvo, da socialno delo na področju psihiatrije ni primarna profesija, vidi Aviram (2002) kot prednost, saj vloga daje socialni delavki posebno mesto koordinatorke med različnimi disciplinami (prav tam). Nadaljuje, da je multidisciplinarno znanje socialnih delavk še posebej dragoceno v primerih, ko so socialni dejavniki ključni pri natančni in uspešni obravnavi težav in iskanju ustreznih rešitev (prav tam). Podobno meni Flaker (1997, 2012), ki vidi socialne delavke v fazah zdravljenja kot koordinatorke tima, pri čemer prevzamejo neke vrste tajniško vlogo in poskrbijo za stalen pretok informacij med udeleženi. Delujejo kot tolmačke, ki tolmačijo sklepe strokovnjakov uporabnikom in svojem, poskrbijo pa tudi za to, da člani tima slišijo uporabnikov glas. Vloga socialne delavke je tudi v povezovanju različnih strokovnjakov in ustanov, saj je socialno delo interdisciplinarno zasnovana stroka, ki ima znanje različnih strokovnih jezikov (prava, medicine, psihologije, pedagogike), hkrati pa nima dominantnega položaja in ni ogrožajoča do drugih strok, zna povezovati in je praktično usmerjena v vsakdanje rešitve. Prisotnost socialne delavke v oddelčnih timih je pomembna zaradi zmožnosti povezovanja strokovnega jezika z vsakdanjim jezikom, ki je blizu uporabniku (prav tam). Flaker (2003) je prepričan, da razlika med socialnim delom in drugimi strokami ni v tem, da se eni soočajo z manj, drugi bolj kompleksnimi človeškimi usodami, temveč v načinu, saj je v drugih strokah redukcija človeškega bivanja na posamezno dimenzijo legitimen postopek, v socialnem delu pa je potrebna istočasna osredotočenost na zelo različne registre človeškega delovanja. Ena od najpomembnejših razlik med socialnim delom in medicino, med socialnim delom in pravom, med socialnim delom in pedagogiko je, da mora biti v socialnem delu intervencija »odprta« za pogajanja z uporabniki – socialno delo ne išče vzrokov za nastalo situacijo, ampak išče poti iz te situacije (Grebenc in Kvaternik, 2008). Čacinovič Vogrinčič (2016, str. 21) pravi, da je zanimivo, da smo v socialnem delu prvi med pomagajočimi poklici v Sloveniji potrebovali družinska psihološka znanja v praksi.

Francis (2014) trdi, da morajo socialne delavke biti usposobljene za delo na področju psihiatrije, in to se od njih tudi pričakuje, obenem pa je nujno potreben tudi kritičen pogled na to področje skozi perspektivo in vrednote socialnega dela; raziskati, kako ti pristopi ljudi marginalizirajo in jim onemogočajo dostop do ustreznih storitev. Socialne delavke v zdravstvu se morajo zavedati svojih pristojnosti in poznati svoje naloge in pooblastila, saj se nam tako ne bo več treba »podrežati« ciljem in nalogam drugih strok, kot so medicina, šolstvo, pravo, in bomo lahko sledili ciljem socialnega dela, ki so usmerjeni k izboljšanju kakovosti življenja uporabnikov, krepitvi moči in participaciji uporabnikov (Kvaternik in Grebenc, 2008).

Čačinovič Vogrinčič (2016, str. 21) piše o jeziku socialnega dela, ki je nov, avtonomni jezik stroke, ki ubesedi procese socialnega dela. Obenem pa je v timu pomembno tudi oblikovanje skupnega jezika (na primer z različnimi protokoli), saj preprečujejo komunikacijske šume (Omrani Fard, Mehrabi in Fanian, 2011). Tovrstni protokoli so običajno sestavni del dokumentacije posamezne službe v bolnišnici in sodijo v okvir zahtev Služb za kakovost v bolnišnicah.

Ko so davnega leta 1987 na kongresu iz družinske psihoterapije vprašali znanega italijanskega sistemsko usmerjenega družinskega terapevta Maurizia Andolfija, kaj je razlog uspešnosti in inovativnosti pri delu njegovega tima oziroma inštituta za družinsko terapijo v Rimu, je odgovoril, da nekako uspejo v celotnem timu nenehno ohranjati »zanimanje« (Možina, 1991, str. 7–8). Delo z uporabniki ostaja zanimivo, odkrivajo se vedno nove razsežnosti tistega, kar je bilo videti že popolnoma znano (prav tam). Kljub pregovorni hierarhiji znotraj zdravstvenega sistema lahko, tudi iz zapisa Flakerja (2007, str. 7–8) ugotovimo, da so bile socialne delavke že od prvih zaposlitev v psihiatričnih bolnišnicah dalje pomemben člen v samem procesu zdravljenja: »Spomnim se, kako pretresen, celo osramočen sem bil približno dvajset let nazaj, ko je starejša socialna delavka, ki je delala na psihiatriji, povedala mojim študentom in študentkam, da je kot socialna delavka »noge psihiatra«. To se mi je zdelo neizmerno servilno, podrejeno stališče, nevredno socialne delavke. Socialni delavci in delavke ne bi smeli biti podrejeni nobeni drugi disciplini, a zdaj vidim tudi drugo poanto tega, kar je (mogoče nevede) povedala. Ona je bila tista v tandemu, ki je res nekaj delala – obiskovala je ljudi na domu, videla, kako ljudje živijo, urejala službe, poskrbela, da so ljudje niso izgubili stanovanja; medtem ko je psihiater opravljal razgovore, razlagal in pojasnjeval, predpisoval in tako dalje. V tandemu je ona bila po vseh merilih produktivni del; medtem ko je psihiater bil vpleten v zelo kontraproduktivno konstrukcijo normalnosti z definiranjem bolezni, je ona poskrbela, da stvari delujejo.«

Čeprav, kot pravi Urek (2012b), socialne delavke le počasi postajajo enakopravne članice oddelčnih timov, pa se je z leti vendarle spremenilo to, da se tudi strokovnjaki drugih poklicev zavedajo pomembne vloge, ki jo ima v timu socialna delavka (prav tam). Svojo prisotnost na strokovnih timih pa vedno pogosteje pričakujejo tudi uporabniki in njihovi svojci (Mickan in Rodger, 2000).

2.9. Vloga svojcev pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice

Spremembe, ki jih prinašajo zdravstvene težave, so vedno na dveh ravneh: na ravni individualnega, notranjega doživljanja bolezni in na ravni medsebojnih odnosov, saj se okrevanje od bolezni, ki je globoko osebno in edinstveno vsakemu posamezniku, ne dogaja v vakuumu, pač pa potrebuje okolje, ki je sodelovalno in podporno (Mali in Milošević Arnold, 2011, Gehart, 2011, Onken, 2012, po Francis, 2014). Socialna mreža pomeni povezavo posameznika z drugimi ljudmi v njihovem okolju. Pri tem razlikujemo neformalne socialne mreže, ki vključujejo stike z družino, sorodstvo, sosede in prijatelje, na katere se lahko človek v primeru potrebe opre, in formalne socialne mreže. Med formalne mreže sodijo vsi formalizirani stiki posameznika z njegovim okoljem (Postrak, 2022). Socialno okolje in še posebej tesni odnosi, bodisi intimni ali platonski, v katerem se oseba počuti blizu nekomu, igrajo pomembno vlogo na področju telesnega in duševnega zdravja (Weber in Fendt-Newlin, 2017).

Socialna delavka v psihiatrični bolnišnici je tisti člen, ki največ sodeluje s svojci in drugimi, uporabniku pomembnimi osebami, in je most med njimi in drugimi strokovnimi delavkami in službami. Socialna delavka postane pomemben del socialnega omrežja uporabnika. Korpell (1984) je že davno nazaj zapisal, da v nekaterih bolnišnicah svojci preživijo celo več časa s socialno delavko kot s psihiatrom, ki pogosto nudi pozornost le uporabniku, bližnji pa so spregledani (prav tam). Pomembno je, da v procesu načrtovanja odpusta socialna delavka k sodelovanju v socialnodelavski delovni odnos povabi vse soudeležene v problemu. Sodelovanje s svojci je nujni, sestavni del načrtovanja odpusta v psihiatrični bolnišnici, saj družino prištevamo med pomembne vire socialnega dela ravno zato, ker v njej na neprofesionalni ravni potekajo vse tiste aktivnosti, ki jih razumemo kot predmet dela socialnega dela v praktičnem smislu.

Kot piše Kelavić (2007), se je družbeno prepričanje o tem, kje naj bi osebe s težavami v duševnem zdravju živele, v zgodovini zelo spreminjalo. Sprva so družine prevzemale večji del skrbi, skupnost ni prevzemala veliko odgovornosti, kar se je spremenilo v 19. in na začetku 20. stoletja, ko je večina ljudi s težavami v duševnem zdravju zapustila družine, kar je povezano z institucionalnim gibanjem. Spremembe se pojavijo v 50. letih prejšnjega stoletja, ko se na tržišču pojavijo učinkovita zdravila za zdravljenje duševnih motenj, kar je pomembno vplivalo na dolžino zdravljenja. Lahko so zapustili bolnišnico in živeli doma ali v skupnosti, ob tem pa je bilo le malo pomoči namenjene družinam uporabnikov. Težave v duševnem zdravju enega od družinskih članov vplivajo na dinamiko celotne družine. Zgodi se, da uporabnik sam ali

družinski člani obtožujejo drug drugega za nastanek bolezni. Brajša (1986, po Kelavić, 2007) meni, da se v družini osebe s težavami v duševnem zdravju vse odvija po principu cirkularne in nelinearne dinamike. Uporabnik nima težav zaradi družine, ampak znotraj družine in s svojo družino. Čačinovič Vogrinčič (2016, str. 21) piše o sodelovanju z družino, ki jo potrebujemo za podpore in krepitev moči za člana, včasih pa je treba intervenirati, da bi obvarovali člana, ki ga družina ogroža, ali družino, ker jo ogroža član. Včasih pridejo družine po podporo in pomoč, da bi zmogle spremembe, ki jih potrebujejo, včasih gre za raziskovanje in mobilizacijo podpore institucij v skupnosti, včasih za mobilizacijo in ustvarjanje novih socialnih mrež. Gre za raziskovanje in soustvarjanje boljših pogojev za življenje posameznika v družini ali zunaj nje, oziroma za podporo družini, da se kot skupnost ohrani, preoblikuje ali razide (prav tam).

Čeprav je skrb za sorodnika lahko zelo pozitivna izkušnja, pa je hkrati lahko tudi zelo obremenjujoča. Obremenitve so lahko tako subjektivne kot tudi objektivne. Raziskava, ki je bila narejena v Angliji, je pokazala (World Health Organization, 2010a, str. 4) naslednje:

- 95 % skrbnikov je družinskih članov,
- 29 % skrbnikov porabi za podporo in skrb več kot 50 ur na teden,
- 90 % jih čuti negativne posledice zaradi skrbniške vloge v smislu kariernega napredka, finančnih okoliščin, družinskih odnosov,
- 60 % jih ima bistveno ali zmerno zmanjšano socialno življenje,
- 33 % jih meni, da situacija močno vpliva na družinske odnose,
- 41 % skrbnikov ima zdravstvene (telesne ali duševne) težave.

Raziskava je še pokazala, da je kar 82 % skrbnikov ženskega spola, od tega 90 % mater. 70 % je starejših od 60 let in 33 % starejših od 70 let (World Health Organization, 2010a, str. 4).

V Sloveniji in v večini evropskih držav živi največ oseb s težavami v duševnem zdravju pri svojih družinah, kar pogosto pomeni veliko breme za svojce, pogosto brez ustrezne podpore in znanja. To potrjuje raziskava Kelavić (2007), ki je želela dobiti vpogled v potrebe svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju. Ugotovila je, da je večina svojcev čustveno preobremenjenih in zaskrbljenih za prihodnost obolelega. Svojci so navajali pomanjkanje informacij in potrebo po večji pomoči strokovnjakov. Pri reševanju težav se zatekajo k različnim virom pomoči, v stiski pa se pogosteje obračajo k formalnim kot neformalnim oblikam pomoči.

Pomembno je, da je družina aktivno vključena v proces zdravljenja in načrtovanje odpusta. Vsak družinski član ima namreč lahko drugačna pričakovanja, uporabnik in njegovi bližnji predvsem po prvi epizodi pričakujejo, da bo vse tako, kot je bilo pred težavami. Naloga socialne delavke je pomoč in podpora (Leggatt, 2002). Karen (2000, po Lin, Cheng, Shih, Chu in Tjung, 2012) je poročal, da so svojci kakovost načrtovanja odpusta ocenili za precej nižjo od

uporabnika, kar kaže, da njihova pričakovanja niso bila izpolnjena ob načrtovanju odpusta. Izpostavljena je bila predvsem nezadostna komunikacija o tem, kako se bo družina spoprijela z izzivi po končanem zdravljenju.

Bergman (1993, po Dhooper, 2012, str. 137) je identificiral štiri ključne družinske karakteristike, ki vplivajo na potek okrevanja in funkcioniranja uporabnika in ostalih družinskih članov:

- stopnja čustvene vezi med družinskimi člani in občutka avtonomije vsakega člana,
- prilagodljivost, fleksibilnost družine v smislu družinske strukture, vlog, pravil, kot odgovor na stres, povzročen z nastalo situacijo,
- stopnja vključenosti, integracije družine v socialno mrežo, ki je pomemben vir podpore,
- stopnja družinskega stresa vpliva na odgovor družine na stresni dogodek.

Raziskovanje teh karakteristik je lahko del psihosocialne ocene v pomoč in oporo socialni delavki pri sodelovanju z uporabnikom in njegovimi bližnjimi (prav tam). V sodelovanje so običajno vključeni predvsem ožji družinski člani: partner, starši in otroci, ki so lahko pomemben vir opore pri opolnomočenju (Domajnko, 2014, str. 55). Družina in skrbniki se namreč večkrat sprašujejo, kaj bo pomenil na okrevanje usmerjen pristop zanje, saj so prav oni največkrat žrtev fizičnega, psihičnega in verbalnega nasilja. Medtem ko so eni videli v tem prednosti pri osamosvajanju, so drugi v tem videli možnosti slabše obravnave. Zato je pomembno, da je v delovni odnos in v načrtovanje odpusta vključena celotna družina oziroma pomembni drugi, saj je socialna delavka teoretično podkovaná in ima z delom na tem področju izkušnje (Lukens in Solomon, 2013).

Čaćinovič Vogrinčič (2006) meni, da gre v procesu pomoči pri socialnem delu z družinami za raziskovanje dobrih izidov za vse udeležene v problemu ter navaja Lussija (1991, po Čaćinovič Vogrinčič, 2006), ki pravi, da je mandat socialnega dela z družinami priskrbeti družini in oskrbeti družino in posameznike v njej, ob tem pa, skupaj z njo, raziskovati in soustvarjati potrebne spremembe, ki bodo okrepile družino. Izhodiščni cilj socialne delavke je, da vzpostavi stik z družino in se dogovori o sodelovanju na domu. Pri tem je pomemben vsak stik, ki ga imamo z družino, vsak telefonski pogovor je že del vzpostavljanja delovnega odnosa. Vloga socialne delavke je, da vzpostavlja pozitiven, prijeten stik ter hkrati pokaže zanimanje in skrb za probleme, s katerimi se sooča družina. Lahko se pripeti, da so sprva odzivi družinskih članov negativni, da spreminjajo datume srečanja, da se družinski član, ki ga potrebujemo za sodelovanje, ne udeleži dogovorjenega srečanja. Avtorji (Kupiers, Leff in Lam, 2002, po Kodele in Mešl, 2016) pravijo, da je uspešna strategija za vzpostavitev sodelovanja to, da omogočamo pozitivne izkušnje v odnosu, v ritmu, ki ga zmore in dovoljuje družina. V jeziku

socialnega dela bi rekli, da se družini socialna delavka pridruži tam, kjer je in od tam dalje išče načine za nadaljevanje skupaj z družinskimi člani. Vztrajnost je nujna, saj začetno zavračanje ni redko, kar pri načrtovanju odpusta socialna delavka pogosto vidi, vendar to, ob potrebni prilagodljivosti, ne določa učinkov dela v nadaljevanju. Skrb oziroma obravnava mora biti partnerski odnos med strokovnjakom, uporabnikom in njegovo družino. Težave v duševnem zdravju so nekaj, o čemer je zelo občutljivo razpravljati in deliti informacije. Odvisno je tudi od tega, kakšno mnenje ima strokovnjak, katere so tiste informacije, o katerih se lahko pogovarjajo. Pogosto mora tehtati med tem, kaj je bistveno in pomembno tako za uporabnika kot tudi za njegovo družino, nasproti etičnim in strokovnim obvezam zaupnosti. Svojem se posreduje informacije o zdravstvenem stanju uporabnikov osebno v bolnišnici ali po telefonu. Zaradi zagotavljanja zaupnosti zdravstvene obravnave je posredovanje informacij o zdravstvenem stanju mogoče le v primerih, če uporabnik predhodno da soglasje, komu se na ta način sme posredovati informacije in v kakšnem obsegu. Zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec, ki je pooblaščen za posredovanje informacij o zdravstvenem stanju, lahko zavrne posredovanje informacij v vseh primerih, ko ni zagotovljena ustrezna identifikacija osebe, upravičena do seznanitve. Prav tako ima pravico, da zavrne posredovanje informacij v primeru, ko obstaja sum, da bi s posredovanjem informacij lahko prišlo do kršitve zaupnosti zdravstvene obravnave ali do zlorabe osebnih podatkov oziroma drugih občutljivih informacij o uporabniku (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2021a). Leggatt (2002) piše o posebnem fenomenu, ki ga srečamo pri družinah v zahodnih državah, ki so pogosto izključene iz procesov zdravljenja in načrtovanja odpusta, razlog za to pa je prepričanje, da ima posameznik pravico do zaupnega odnosa s strokovnjakom ter pomanjkljiva usposobljenost strokovnih delavcev za delo z družinami. V vzhodnih družbah je odnos med strokovnimi delavci in družino drugačen, saj slednje nikoli niso bile izključene iz procesa zdravljenja, zaupnost ni bila nikoli problem, kar ne velja za stigmo, ki je precejšnja. Družine prevzemajo aktivno vlogo, uporabnik pa pogosto ostane pasiven udeleženec. Aktivna vloga ni samo posledica tesnih družinskih vezi, ki obstajajo v teh tradicionalnih družbah, ampak tudi pomanjkanja strokovnjakov in ustreznih služb za zagotavljanje podpore in pomoči uporabnikom in njihovim družinskim članom.

Raziskave, ki jih navajajo Gowda, Gajera, Srinivasa in Ameen (2019), so pokazale, da je s svojci v procesu načrtovanja odpusta treba začeti sodelovati čim prej po sprejemu v bolnišnico. Zadovoljstvo in učinkovitost pri načrtovanju upada, kadar ni stika med osebjem in svojci. Prav tako se je višji odstotek uporabnikov vključilo v razne oblike sodelovanja po odpustu, če so pri načrtovanju sodelovali vsi.

Pomembno poslanstvo socialnega dela je preprečevanje socialne izključenosti in diskriminacije posameznikov in družbenih skupin, kar je pogosto mogoče opaziti pri svojcih na področju duševnega zdravja. Bližnji so preobremenjeni, posvečajo se bolnemu članu družine, opuščajo svoje socialne stike in tako postajajo vedno bolj izločeni iz običajnega dogajanja (Mali in Milošević Arnold, 2011). Svojci so pogosto negotovi, doživljajo različne stiske in strahove, počutijo se nemočne. Zaradi stigme, ki jo težave z duševnim zdravjem prinašajo, se pogosto osamijo (Videmšek, 2013). To populacijo pretežno predstavljajo starši in zakonci, včasih pa tudi sorojenci in odrasli otroci, ki se ob tem soočajo s stresom in mnogimi bremenmi, zaradi česar potrebujejo stalno podporo in edukacijo. Starši se pogosto krivijo za bolezen svojega otroka, sorojenci in zakonci pa se čutijo odgovorne, če družinski član s težavami ne upošteva navodil zdravljenja (Carrigan in Miller, 2004, po Beder, 2006). Ballal, Navaneetham in Chandra (2019) pišejo o skupini, ki ne sme biti prezrta, to so otroci, ki imajo starša s težavami v duševnem zdravju in potrebujejo več pozornosti na področju preventive – ob upoštevanju, da imajo otroci različnih starostnih skupin različne potrebe. Vedno večje je namreč razumevanje edinstvene ranljivosti in potreb otrok in družin, ki jih prizadenejo težave staršev. Izražena je potreba po nadaljnjih raziskavah na tem področju in za razvoj preventivnih ukrepov za duševno zdravje otrok in družine. Otroci staršev s težavami v duševnem zdravju so v tem kontekstu navajali pomanjkljive informacije, prevzemanje skrbniške vloge in pomanjkanje podpornih storitev. Soočajo se s težavami pri obvladovanju svojih čustev, stigmatizacijo in socialno izolacijo. Otroke je strah, da bodo tudi sami nekoč zboleli (Carrigan in Miller, 2004, po Beder, 2006).

Čeprav je sodelovanje svojcev v procesu zdravljenja, načrtovanja odpusta in kasnejšega vključevanja v skupnost nepogrešljivo v procesu okrevanja po končanem zdravljenju, pa se je treba zavedati, da svojci, sicer v redkih primerih, niso nujno primerni za sodelovanje, oziroma jih uporabniki sami ne želijo vključiti v načrtovanje odpusta, kar mora socialna delavka dosledno spoštovati. Kot piše Flaker (1998), so varovanci totalne ustanove pogosto ljudje, ki so jih zavrgli. Da ne bi ponotranjili družbenega zavračanja v samozavračanje, začnejo zavračati tiste, ki jih zavračajo (prav tam).

2.10. Stigma, povezana z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici

Stigma in s tem socialna izključenost pomeni veliko breme za ljudi s težavami v duševnem zdravju in njihove svojce, kar je največja ovira pri iskanju pomoči. Kaže se na vseh področjih življenja in ima sistemske vplive (načrtovanje, politika in financiranje) ter nepopravljivo poškoduje samospoštovanje in življenjske možnosti posameznikov, ki so ji izpostavljeni.

Diskriminacija oseb z duševnimi motnjami se kaže tudi v socialni izključenosti in večji izpostavljenosti revščini, pokroviteljstvu in drugim ponižujočim ravnanjem (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018). Flaker (1998) piše o tem, da se psihiatrični azil prav z operacijo izključevanja normalizira tudi navzven. V folklori ima lokalni azil funkcijo »bavbava«, s katerim strašijo poredne (prav tam). V konkretnem primeru Psihiatrične bolnišnice Idrija je večkrat slišati: »Boš šel na grič, pojdi na Kalcah levo, ti si za v norišnico« in podobno. Zaviršek (2003) razmišlja o »posebnih skupinah«, o ljudeh, ki imajo »posebne potrebe«, o »posebno ranljivih skupinah«, o »drugačnih ljudeh«, ki imajo sicer status izjem, vključenih v družbo, in prav ta status jih hkrati izključuje. Stigma je poglobljena ovira pri vzpostavljanju ustreznih, kakovostnih in dostopnih služb na področju duševnega zdravja. Stigma slabo vpliva tudi na dostopnost oziroma potek zdravstvene obravnave. Diskriminacijo je mogoče zmanjševati s tem, da se krepí ljudi, ki stigmo doživljajo, in pa s povečanjem pismenosti na področju duševnega zdravja (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018). Banks (Banks, Sobočan, Wulfekühler, 2011) meni, da se pri vprašanjih diskriminacije in izključevanja pokaže, kako vrednotimo človeška bitja in kako vidimo druge ljudi. Etika je pri tem zelo povezana s politikami. Stigma na mikro ravni zavira proces okrevanja osebe s težavami v duševnem zdravju, na makro ravni pa zaradi družbene nevednosti oziroma neozaveščenosti vpliva na pomanjkljiv razvoj resorjev, ki bi njim in njihovim bližnjim olajšali vključevanje v družbo ter tako ohranjali in krepili socialno oziroma družbeno vlogo (Oreški, 2008).

Ule (1993) je prepričana, da uporabniki tudi zaradi stigme težko sprejmejo situacijo, v kateri so se znašli. Gre za odpor zoper socialno etiketo »duševni bolnik«. Pogosto si posameznik pomaga tako, da se primerja z ljudmi, ki so preživeli sorodne ali še težje izgube kot on. Na ta način pridobi večjo moč za sprejemanje in soočenje s situacijo, kakršna je, in za njeno pozitivno tolmačenje. Schmidt se je oprl na razmišljanje Basaglia (1972, po Schmidt, 2003) o enoznačnem diagnosticiranju, definiciji bolezenskih stanj, ki stigmatizirajo, ideologiji »drugačnosti«, poglobljanju vrzeli med zdravjem in boleznijo, med normo in odstopanjem in izzval k preverjanju, ali orodja naše socialne politike prispevajo k »poglobljanju vrzeli« in »ideologiji drugačnosti«, ali pa ustvarjajo prostor za razvoj »drugačnosti«, ne da bi se bilo treba odpovedati družbeni pripadnosti. Ob tem se sprašuje, ali naša družba potrebuje odklonsko obnašanje kot sestavno značilnost svoje povezanosti in kakšne možnosti za uspeh ima potem strategija integracije. Zagotovo vprašanja, ki bi si jih morali večkrat zastaviti strokovni delavci, politika in nenazadnje uporabniki, ki se jih to vprašanje neposredno dotika.

Kecmanović (2014) piše o stigmati, ki v modernem času pomeni katero koli karakteristiko ali motnjo, ki posameznika dela nesprejemljivo drugačnega od normalnih ljudi, kar posledično izzove negativno reakcijo družbe. Stigmatiziran človek bi bil lahko brez težav del naše družbe, če ne bi imel neke posebnosti, na katero postanemo pozorni in s katero odvrča ljudi od sebe, ne glede na ostale karakteristike, ki jih ima. Če nekdo od malih nog vidi in sliši, kako so ljudje s težavami v duševnem zdravju v pripovedovanju odraslih in medijev prikazani v izrazito negativnem smislu, potem se nauči, da s stigmatizacijo odreagira na človeka z duševnimi težavami na način, da te osebe obdrži čim dlje od sebe, na čim večji in varni razdalji. »Norost« ali »bolno vedenje«, ki ju prisodimo uporabniku, je na splošno proizvod presojevalčeve lastne družbene razdalje do situacije, v kateri se je znašel bolnik, in ne v prvi vrsti rezultat duševne bolezni (Goffman, 2019). Eden od razlogov tako močno prisotne stigme pri ljudeh s težavami v duševnem zdravju je tudi pomanjkanje verodostojnih informacij. Ule (2000) pravi, da si človeškega življenja ni mogoče predstavljati brez nekega vedenja o tem, kdo so drugi in kdo smo mi, kdo sem jaz sam. Prva stvar, ki jo posameznik naredi, ko nekoga sreča, je, da ga identificira in ga locira na svojem mentalnem zemljevidu.

Antony (1993) je zapisal, da mora uporabnik pogosto okrevati od posledic stigme, ki jo zaradi svojih težav občuti, od iatrogenih učinkov zdravljenja, nima priložnosti za samoodločanje, ima razbite sanje. Nezmožnost biti v vlogah in opravljati naloge, ki so posamezniku pomembne in posledično izguba samospoštovanja, so velike ovire v procesu okrevanja. Kvaternik in Grebenc (2008) pišeta, da ljudje, ki so bili obravnavani zaradi duševne bolezni na psihiatriji, kažejo tudi težave, ki niso izključno vezane na medicinsko diagnozo. Stigma vpliva na ljudi z mehanizmi neposredne diskriminacije, kot so na primer odklonitve pri zaposlovanju. Raziskave (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen in Phelan, 2001) so pokazale vpliv stigme na ljudi z več različnimi mehanizmi. Študija je bila nameravala raziskati povezavo med stigmatizacijo in samospoštovanjem. Glede na teorijo stigme ljudje že zgodaj v življenju v družini, v medvrstniških odnosih in glede na medije oblikujemo pričakovanja in odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju in posledično vpliv na to, ali bomo zavrnil ali sprejeli osebo s težavami v duševnem zdravju kot prijatelja, ali bi ga zaposlili, bi ga želeli imeti za soseda, partnerja, bo označen kot nekdo, ki si zasluži manj zaupanja, je manj inteligenten. Za osebe, ki nimajo težav in niso izkusile zdravljenja v bolnišnici, imajo takšna verovanja majhen pomen, v nasprotju z ljudmi s tovrstnimi izkušnjami, ki verjamejo, da jih bodo stigmatizirali in zavračali, zaradi česar so manj samozavestni, delujejo obrambno in se izogibajo stikom z drugimi. Posledično lahko sledi izguba dohodka, slaba socialna mreža, nezadovoljstvo in druge posledice. Samospoštovanje je na hudi preizkušnji, saj posameznik ugotovi, da je manj

sposoben kot drugi okrog njega. Človekovi dezintegrativni samooceni se pridruži še nova, skoraj enako prežemajoča okoliščina; poskusu, da bi pred drugimi prikril to, kar ima za nova temeljna dejstva o sebi, se pridruži poskus ugotoviti, ali so jih morda odkrili tudi drugi (Goffman, 2019). Uporabniki pripovedujejo o tem, da se odnos do njih spremeni, ko povedo, da so bili na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici. Stigmatizacija ni posledica obravnave same, ampak prostora, v katerem so bili, saj stigmo nosi ustanova sama (Zaviršek, 1994). Uporabnik si bo prizadeval prikriti svojo preteklost in poskušal »neopazno priti skozi«. Cloward (1960, po Goffman, 2019) je nakazal, da ima osebe v totalni ustanovi moč poskrbeti za to, da bo uporabnikova stigma čim manjša (prav tam). V primeru psihiatrične bolnišnice to lahko razumem na način, da se uporabnik poskuša čim bolje vključiti v zdravljenje in asimilirati v bolnišnično okolje, saj bo na ta način v odpustnem pismu zabeleženo, da je uspešno sodeloval pri zdravljenju.

Študije (Jeriček Klanšček, Zorko, Roškar, Bajt in Kamin, 2010) so pokazale, da številni ljudje s težavami v duševnem zdravju pomoči ne poiščejo v zdravstvenem sistemu, mnogi se celo brez posveta z zdravnikom odločijo za neko obliko farmakološkega zdravljenja z zdravili za lajšanje težav. Eden od razlogov je prav prisotnost stigme in zato igrajo pomembno vlogo programi za destigmatizacijo duševnih težav in iskanje pomoči zaradi duševnih težav. Podobno meni tudi Xie (2013), ki je prepričan, da uporabniki ne pridejo po pomoč vedno, ko bi jo potrebovali, saj se bojijo stigme.

Omeniti je treba še tako imenovano strukturno stigmo, ki vodi v pozno iskanje pomoči, prevladujoč občutek manjvrednosti, kar pomembno prispeva tudi k slabim izidom zdravljenja in izgubi upanja. Na področju duševnega zdravja se strukturna stigma nanaša na pravila, predpise in prakse družbenih institucij, ki samovoljno omejujejo pravice in priložnosti ljudem z diagnozo težav v duševnem zdravju. Kaže se v zanikanju problema, pomanjkljivi oskrbi in podcenjevanju ljudi z duševnimi težavami pri odločanju in soodločanju. Neenakost in nepravilnost sta vtkani v samo strukturo družbe. Ljudje z duševnimi obolenji nimajo enakega dostopa do družbenih, ekonomskih in političnih virov in moči. Sčasoma postanejo stigmatizirajoči institucionalni predpisi in prakse norma, po kateri družba deluje. Strukturno stigmo krepijo zakonodaja, notranja pravila in postopki zasebnih in javnih institucionalnih sistemov, celo strokovnih praks. Strukturne stigme pogosto ne prepoznajo niti tisti, ki so zatirani, saj je zakopana globoko pod plastmi pravil in predpisov. Strukturno stigmo v povezavi z duševnim zdravjem raziskovalci prepoznajo v številnih institucionalnih sistemih, ki segajo na mnoga področja, med drugim tudi na področje bolnišničnih nastanitev (OMRA, 2023).

Flaker (2015) piše, da je za načrtovalca ključno vprašanje, kako deluje stigma na uporabnika in kam ga postavi, ga izobči, izključi ali izloči. Prav tako je pomembno vprašanje, kako stigmatizacijo ubezati. Protistrupe za stigmatizacijo so druge vloge, saj stigmatizacija preprečuje, da bi za posameznika postala usodna (prav tam). Brandon in Brandon (1992) menita, da socialne delavke sodelujejo z ljudmi, ki so bili do nedavnega zaradi svoje stigme izključeni iz obče vsakdanjosti. Torej gre za nova srečanja, izkušnje in odkrivanja sporočil, ki jih ti ljudje nosijo in so bila dolgo zamolčana in spregledana. Hkrati pa je pogosto razlog stigmatizacije prav nevsakdanjost odgovorov, ki jih imajo ti ljudje na vsakdanje situacije in pa na njihovo (ne)zmožnost ustvarjanja takih odgovorov. Zgodi se, da uporabniki občutijo stigmatizacijo prav od strokovnih delavcev, zato usmerjene intervencije, ki vključujejo tudi pričevanja oseb z izkušnjo duševne bolezni, pozitivno vplivajo na prepričanja strokovnjakov (Thornicroft idr., 2009, Pinfold idr., 2003b, po Moineville, Jouet in Greacen, 2012). Socialne delavke morajo pogosto v svoje delo vložiti veliko napora, saj nemalokrat na površje splavajo globoko zakopani stereotipi o uporabnikih, ki so jih v procesu socializacije sprejele za neizpodbitna dejstva (Ramon, 2003). Urek in Ramon (2008) pišeta, da se od strokovnjakov s področja duševnega zdravja pričakuje, da naj ne bi imeli predsodkov do nobenega uporabnika, vendar niso bili socializirani nič drugače kot drugi ljudje, predsodki pa nedvomno vplivajo na njihovo delo z uporabniki. Na področju duševnega zdravja ni pomembno samo to, kako ljudje ravna drug z drugim, ampak je treba biti pozoren tudi na negativne vplive, ki jih imajo službe duševnega zdravja na uporabnike in s tem povezano stigmatizacijo. Področje duševnega zdravja je na primer eno redkih področij, kjer so ljudje lahko pridržani proti svoji volji (Lawn, 2015).

Deeganova (1996) je opisovala svojo izkušnjo s službami duševnega zdravja. Vse, kar je zanimalo psihiatre, socialne delavke, psihologe, medicinske sestre in delovne terapevte, je bilo to, da je shizofrenik. Njena identiteta je bila zreducirana na bolezen in le vprašanje časa je bilo, kdaj bo ponotranjila stigmatiziran pogled nase (prav tam). Tu govorimo o samostigmatizaciji, ki med drugim povzroča izključenost na vseh področjih (Thornicroft idr., 2009, po Moineville, Jouet in Greacen, 2012). S stigmatizacijo oziroma samostigmatizacijo pa se sooča tudi družina oziroma skrbniki uporabnika (Carrigan in Miller, 2004, po Beder, 2006).

Ljudi s težavami v duševnem zdravju se v pripovedovanju, poročilih, predstavah ljudi povezuje z negativnim vedenjem. »Duševna motnja« je ena od prvih asociacij, ko slišimo, da je bilo storjeno neko slabo dejanje. Veliko vlogo pri oblikovanju javnega mnenja o duševnem zdravju in boleznih igrajo tudi mediji. Če kaznivo dejanje stori oseba s težavami v duševnem zdravju, je to prikazano kot glavna novica, medtem ko je zelo malo člankov, ki bi prikazovali pozitivne zgodbe o okrevanju. Vse to vodi k napačnemu razumevanju. Lamovec (2006) je zapisala, da se

nam uporabnik samo zdi nevaren, ker ga vidimo kot drugačnega, nerazumljivega in nepredvidljivega. Kamin (2006) trdi, da s senzacionalističnim poročanjem mediji ne ustvarjajo le večjega strahu pred boleznimi, ampak tudi pred ljudmi, ki zbolijo ali pa so glede na medijsko poročanje zaznani kot bolj dovzetni za bolezen. Novinarski prispevki alarmantno stanje ustvarjajo predvsem s pristranskim upravljanjem pomenov pri poročanju o žrtvah, če so te predstavljene kot nedolžne. Kot piše Oreški (2008a), vsesplošna medijska prisotnost v našem vsakdanu s pogostim prikazom tem o duševnem zdravju v primerih, ko so te netočne in zavajajoče, prispeva k ohranjanju in ustvarjanju stereotipov o ljudeh s težavami v duševnem zdravju in službah na tem področju. Obenem mediji vplivajo tudi na politiko oziroma na odločitve vladne politike; če je javna percepcija o ljudeh s težavami v duševnem zdravju negativna in vzdrževana s pomočjo napačnih medijskih predstavitev, potem bo vlada reagirala na te napačne predstave, ne pa na resnične potrebe ljudi s težavami v duševnem zdravju in njihovih svojcev. Posledica takih vladnih reakcij se odraža v zmanjševanju sredstev za izvajanje skupnostne skrbi. Prav tako imajo mediji precejšnjo vlogo pri informiranju in izobraževanju javnosti že zato, ker se ljudje vsakodnevno izobražujejo o temah s področja duševnega zdravja iz virov, ki so jim blizu – časopisi, revije, knjige, televizija, radio in splet, le redko pa se o področju duševnega zdravja podučijo iz strokovnega gradiva (Philo in Wahl, 1996, 1995, po Oreški, 2008a).

Polna etiket je tudi psihiatrična bolnišnica, saj opravlja najrazličnejše socialne funkcije: je bolnišnica, dom za ostarele, socialna ustanova, krizni center, svetovalnica in pribežališče, ob tem pa je večina funkcij, ki jih opravlja, povezanih z ljudmi, ki imajo v življenju manj priložnosti, so revni, imajo šibko socialno mrežo in so odvisni od različnih državnih ustanov (Zaviršek, 1994). V tem kontekstu je na mestu omeniti tudi stigmatizacijo socialnih delavk, ki delajo na področju psihiatrije.

2.11. Vrnitev v skupnost

Po končanem bolnišničnem zdravljenju se uporabniki, če okoliščine to omogočajo, vrnejo v svoje domače okolje, sicer pa v eno izmed drugih oblik bivanja oziroma terapevtskih programov, pri čemer gre za skupnostno socialno delo, ki mora dobro zastavljene temelje imeti že v času hospitalne obravnave v okviru načrtovanja odpusta skupaj z uporabnikom.

Videmšek (2013, str. 115) cilje skupnostnega socialnega dela strne kot prizadevanje za:

- izboljšanje položaja uporabnikov,

- spreminjanje storitev in služb duševnega zdravja – da zadovoljujejo potrebe uporabnikov,
- družbeno sprejemanje težav z duševnim zdravjem,
- samostojno življenje ljudi s težavami z duševnim zdravjem, ob podpori, ki jo potrebujejo,
- odpravljanje strukturnih težav.

Ena ključnih nalog in vlog socialnih delavk pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice je vloga koordinatorik. Flaker (2015) koordinacijo podpore in pomoči razume kot poskus razdrobljene storitve svetovanja, podpore in pomoči povezati v celoto, s ciljem zagotavljanja blaginje posameznika tako, da mu zagotavlja predvsem tisto, kar potrebuje. Stopnja podpore in pomoči je zelo intenzivna, primerljiva s storitvami nastanitve in omogoča, da uporabnik ostane v skupnosti in živi razmeroma samostojno (prav tam). Zato je tudi način zagotavljanja te storitve tak, da s krepitvijo moči in iz perspektive uporabnika pretvarja pomoč – na ravni odločanja in vpliva – v podporo. Elementi takih storitev so torej: več različnih storitev ali opravil, njihova koordinacija, življenje v skupnosti in minimizacija izgube moči (prav tam).

Čačinovič Vogrinčič (2006) piše o tem, da načrtovanje pomoči praviloma ni dovolj dobro, če ne prispeva k vključenosti v socialno okolje in k večji socialni moči. Načrtovanje pomoči za akutne stiske in težave potrebujejo v skupnosti mreže, skupine za samopomoč in institucije, ki prispevajo svoj delež. Kodele in Mešl (2016, str. 41) sta prepričani, da s socialnim delom, ki sega iz družine v skupnost, lažje dosežemo ljudi, in povzema Boyd-Franklinovo in Hafer Bryjevo (2000, po Kodele in Mešl, 2016, str. 41), ki zagovarjata stališče, da je za dosego želenih ciljev nujno potrebno sodelovanje z zunanjimi sistemi, ki vplivajo na družine; to so šole, sodišča, zdravstvene službe, prijateljske skupine in drugo. Izhaja iz stališča, da ljudje imajo moč za dosego pomembnih sprememb v svojih družinah, a pogosto ne pridejo na srečanja v ustanove, kot so bolnišnice in šole. Tudi Wise (2005, po Kodele in Mešl, 2016, str. 41) piše o tem, da uporabniki pogosto omahujejo, da bi pristopili po pomoč k ustanovam, ki jih lahko doživljajo kot zastrašujoče. Vlogo socialne delavke vidi v tem, da prispeva k temu, da se ljudje spoznajo z ustanovami in da deluje kot neke vrste most med ustanovami in družinami.

Mobilizacija virov v posamezniku, družini in okolju mora biti usmerjena v izboljšano kakovost življenja, kar je hkrati preventiva in varovalni dejavnik, ki sta raziskani in dogovorjeni spremembi v skupnosti. Učinkovita pomoč uporabniku in njegovi družini potrebuje v skupnosti sogovornike in sodelavce pri oblikovanju izvirnega projekta pomoči. To so najprej obstoječe ustanove – šole, centri za socialno delo, društva, skupine za samopomoč, materinski domovi, varne hiše, domovi za starejše. Pri tem je pomembno, da so v skupnosti jedra, s katerimi se

socialna delavka lahko poveže. Socialno delo z družino je v temelju naravnano v skupnost in k soustvarjanju novih možnosti v skupnosti, če jih še ni (Čačinovič Vogrinčič, 2006). Strokovnjaki in ustrezne službe morajo ponuditi priložnosti in nuditi podporo ljudem s težavami v duševnem zdravju na tej poti (Davidson, Shahar, Staeheli Lawless, Sells in Tondora, 2006), jih povezati s podpornimi službami in aktivnostmi v skupnosti ter oceniti stopnjo vključenosti uporabnika v skupnost. Službe v skupnosti morajo omogočiti vstop uporabnikom do aktivnosti v skupnosti. Stopnja zadovoljstva s podporo je povezana s stopnjo vključenosti, nezadovoljstvo uporabnikov lahko vodi v socialno izolacijo z negativnim vplivom na duševno zdravje (McDaid in Ni Bhera, 2017).

Marušič (2002) je celo zapisal, da meje med skupnostno in institucionalno psihiatrijo ni, saj sta obe pomembni za učinkovito in sodobno delo na področju duševnega zdravja (prav tam). Pojem skupnostne psihiatrije obsega psihiatrično zdravljenje v skupnosti, raziskuje in sledi potrebam duševnega zdravja v funkcionalno in geografsko opredeljeni populaciji, za njeno izvajanje pa je potrebna mreža zdravstvenega varstva, ki ponuja kontinuirano zdravljenje, prebivališče in socialno podporo, kar omogoča osebi s težavami v duševnem zdravju povrnitev družbenega položaja (prav tam). Ključne za razvoj skupnostne psihiatrije v petdesetih in šestdesetih letih prejšnjega stoletja so bile naslednje spremembe: razvoj psihofarmakologije, ki je omogočil ustreznejše spoprijemanje z vsakdanjim življenjem in zgodnejši odpust iz bolnišnice, raziskovalna dejavnost na področju duševnega zdravja in antipsihiatrična gibanja, ki so se zavzemala za humano in deinstitucionalizirano psihiatrijo (prav tam). Flaker (1998) piše o prvih kritikah, ki so javnosti razgalile bedo totalnih psihiatričnih ustanov takoj po vojni. Pod vtisom vojnih izkušenj se je oblikovala skupina inovatorjev psihiatrije, ki so v Ameriki po vojni dobili pomembne položaje in oblikovali splošen program, in lobiji duševnega zdravja, katerih krovna organizacija je bil Inštitut za duševno zdravje (ang. Institut for mental health). Del programa so bile poleg reedukacije tudi razne raziskave, tudi sociološke, med njimi Goffman, katere rezultat so bili Azili. Približno ob istem času je izšlo v Veliki Britaniji tudi Burtonovo delo in v Franciji Foucaultova zgodovina norosti (prav tam). Vendar do pojava antipsihiatrije v 60. letih ne moremo govoriti o nekem avtonomnem gibanju. Antipsihiatrija je ne glede na to, koliko je bilo to raznorodno in difuzno gibanje, postavila na dnevni red zahteve, ki so radikalno prelomile s tradicionalno prakso. To je odprava azila, temeljito preoblikovanje odnosa med strokovnjaki in uporabniki, paradigmatška sprememba obravnave ljudi z duševnimi težavami iz medicinske v socialno in fenomenološko ter nenazadnje družbeno prevrednotenje norosti. Značilnost antipsihiatrije, še zlasti v njeni britanski različici, je bil njen romantični odnos do norosti (prav tam). Marušič (2002) nadaljuje, da so se istočasno dogajale

spmembe v socialni politiki, ki so težile k blagostanju vseh ljudi in omogočanja kakovostnega življenja tudi marginaliziranim skupinam populacije. Ob tem se je razvijala socialna psihiatrija, ki je dajala velik poudarek povezovanju med socialnimi službami in psihiatrijo (prav tam). Muršič (2022, str. 15) opozori na antropološki zorni kot, ki pokaže, da so ljudje za ljudi z ovirami v preteklosti vedno poskrbeli v skladu s svojimi zmožnostmi in jih niso izločali iz skupnosti, ampak jih vanjo integrirali. Avtorica nadaljuje, da so uporabniki izvajali pomembne, na prvi pogled obrobne vloge, pogosto pa so tudi odstirali tisto, kar je bilo drugim nevidno, še posebej na ravni duhovnih uvidov in celo prizemljene moralnosti (prav tam).

2.11.1. Proces dezinstitutionalizacije in koncept normalizacije

Flaker (1998) piše, da se izraz »dezinstitutionalizacija« po navadi povezuje z odpravo velikih represivnih ustanov in opisuje bodisi družbeni premik iz azila v skupnost in trend zmanjševanja hospitalizacij in časa, preživetega v bolnišnici, bodisi družbeno gibanje, ki je k temu premiku aktivno prispevalo. V tem kontekstu se razmišlja o družbenih okoliščinah, ki so prispevale k odpravi totalnih ustanov in iskanju skupnostnih alternativ glede skrbi za ljudi, ki tako skrb potrebujejo. Treba je upoštevati konkretno ideologijo, ki se je izražala v kritikah, programih in zavestnih inovacijah na področju duševnega zdravja in drugod (prav tam). Hkrati pa dezinstitutionalizacija ne pomeni samo zapiranja velikih bolnišnic in ustvarjanja zunajbolnišničnih oblik zdravljenja, ampak tudi spremembe v samem obravnavanju duševne stiske, ki upošteva tudi socialne in predvsem kontekstualne vidike duševne stiske. Institutionalizacija je torej hkrati premik iz azila v družbo in hkrati tudi družbeno gibanje, ki si za ta premik prizadeva (prav tam). Proces dezinstitutionalizacije se sicer kaže tudi v prizadevanjih za odpiranje in preoblikovanje institucij v humanejše oblike in njihovo nadomeščanje z razvijanjem ustreznih skupnostnih programov, kot so na primer obiskovanje uporabnikov na domu, sodelovanje z uporabniki, ki niso v hospitalni obravnavi, programi v dnevni bolnišnici in drugo (Flaker, 2015). Flaker (1998) nadaljuje, da če začetke procesa dezinstitutionalizacije, ki jih je mogoče opazovati s prostim očesom, postavimo v petdeseta in šestdeseta leta, pa so manj vidni procesi, ki so ta premik omogočili, potekali že prej. Vprašanje akcije in zapiranja se je postavljalo tako rekoč že na začetku psihiatrije, saj se je psihiatrija rodila prav iz institucionalne krize zapiranja. Že ob nastajanju psihiatrije so razpravljali o možnosti za duševno skrb v skupnostih, torej o možnostih brez zapiranja. Vendar se je vzorec zapiranja uveljavil kot dominanten in v prvi polovici 19. stoletja se je predvsem uveljavila azilska psihiatrija kot prostor, tehnologija in stroka. Do prve resnejše krize psihiatrije je prišlo v 60. letih prejšnjega stoletja. Po eni strani se

je rodila iz notranjih protislovij, po drugi strani pa iz družbenih in političnih sprememb tistega časa. Psihiatrija ali bolje rečeno alienizem je bil prva veja medicine, ki se je ukvarjala s socialnimi problemi. To pomeni dvoje: da se je ukvarjala z vprašanjem javnega reda na način medicinske indeksacije, hkrati pa tudi, da je socialne, filantropske vsebine vpletala v tehnična vprašanja medicine. S tem je bila v neposrednem nasprotju z nastajajočo znanstveno medicino, ki je iskala odgovore na vprašanja zdravja in bolezni v fiziologiji (prav tam).

Z roko v roki z dezinstitutionalizacijo, ki je prioriteta EU, in načelom emancipacijskega socialnega dela, ki temelji na predpostavki, da naj vsaka intervencija socialnega dela ohranja ali povečuje moč ljudi za neodvisno življenje v skupnosti (Mali in Grebenc, 2021), gre koncept normalizacije. Škerjanc (1995) piše o tem, da so načela normalizacije postala vodilna filozofija tistih, ki so se zavzemali za to, da ljudje s posebnimi potrebami ne bi več živeli v zavodih (prav tam). Očetje normalizacije so Bank Mikkelsen in Nirje, ki vidita bistvo normalizacije v pravici do enake kakovosti življenja, in Wolfensberger, ki je povzel podoben koncept in ga poimenoval »valorizacija socialnih vlog«. Ta naj bi zajemal ustvarjanje, pomoč in ohranjanje socialnih vlog za ljudi, ogrožene v svojih socialnih vlogah (prav tam).

Družba definira kriterije za normalnost. Krajncan (2012) piše, da so kriteriji normalizacije prav to, kar je »normalno« oziroma tipično za družbo, v kateri živi posameznik. V primeru totalnih institucij je pojem normalizacije razumljen kot zahteva, da so ustanove čim bolj primerne glede na potrebe uporabnikov. Sam pojem izključuje stigmatizacijo in predsodke, oziroma vodi k njihovemu zmanjšanju (prav tam). Klančar (2012) pravi, da je bistvo koncepta normalizacije prehod iz tradicionalnih okvirjev razmišljanja in delovanja v obravnavo in skrb za posameznike, ki bivajo v totalnih ustanovah, ki izhajajo iz njihovih potreb. Pomemben je tudi premik iz hierarhičnega odnosa med zaposlenimi in uporabniki v enakopravnejšega (prav tam). Normalizacija omogoča prehod od modela popravljanja k modelu omogočanja. Njen cilj ni, da bi človeka popravili tako, da bi postal normalni posameznik, temveč je usmerjena v popravljanje situacij, v omogočanje normalnih, navadnih, vsakdanjih situacij. Zato svojega ravnanja ne utemeljuje na napakah in pomanjkljivostih človeka, temveč na njegovih vrlinah (Rafaelič in Flaker, 2023).

Brandon (Brandon in Brandon, 1992) piše o petih načelih normalizacije, ki jih imenuje možnost izbire, udeležba, odnosi, individualizacija razvoja in druženje (prav tam). Mali in Grebenc (2021) menita, da raven spoštovanja načela normalizacije bivanja razumemo v socialnem delu kot vrednoto in etično izhodišče za oblikovanje storitev v skupnosti. To načelo dá vedeti, ali imajo ljudje, ne glede na svojo telesno ali intelektualno oviranost v določenem okolju, možnost samostojnega odločanja o svojem življenju (prav tam). Avtorici Mali in

Grebenc (2021) v nadaljevanju pišeta, da je raven spoštovanja načela normalizacije bivanja mogoče preveriti s preprostimi vprašanji, ki razkrijejo, kako so ljudje v določenem okolju obravnavani: ali lahko razvijajo lepe odnose z drugimi (merilo poglobljanja odnosov, ali lahko vplivajo na oblike pomoči, ki so je deležni (merilo razvijanja udeležbe), ali imajo odločilen nadzor nad svojim življenjem (merilo večanja izbire), ali se lahko družijo z drugimi ljudmi v skupnosti, ki niso plačani, da bi bili z njimi (merilo stopnjevanja druženja), ali drugi nanje gledajo kot na spoštovanja vredne posameznike in posameznice in imajo možnost osebne rasti (merilo osebnega razvoja). Merila razkrijejo, ali je določena skupnost sposobna tistim članom skupnosti, ki zaradi različnih oviranosti potrebujejo pomoč za samostojno bivanje, omogočiti enake življenjske razmere kot vsem drugim članom in članicam družbe (prav tam). V primeru totalnih institucij, kamor spadajo tudi psihiatrične bolnišnice, je spoštovanje načela normalizacije bivanja še zelo oddaljeno.

Namen skupnostnih služb je bil uporabnikom omogočiti podporo pri takšnem življenju, kot si ga zastavijo sami. Temeljijo na spoznanju, da ljudje s težavami z duševnim zdravjem lahko živijo v skupnosti, pa tudi, da so trdne strukture, v katerih so živeli v institucijah, zastarele. Barnes (1997, po Videmšek, 2013, str. 20) namreč opozarja, da »ni dovolj, da so ljudje premeščeni v skupnost, imeti morajo izkušnjo, da njihovo vlogo v skupnosti drugi cenijo«. Pri normalizaciji gre za preizkus, koliko določena služba, ustanova ali vsaka situacija, v katero uporabnik vstopa, omogoča vsakdanje življenje in interakcije z drugimi na način, ki ga ne razvrednoti; še več, da njega in njegovo ravnanje ljudje cenijo (Rafaelič in Flaker, 2023).

Zaviršek (2003) piše, da se je socialno delo pri nas do določene mere odzvalo na razvijajočo se družbeno heterogenost, saj so v zadnjih desetih letih nastale številne, na določen problem osredotočene partikularistične socialne službe: telefoni za otroke, zatočišča za ženske, skupine za samopomoč samo za ljudi, ki imajo težave s hranjenjem, terapevtske komune, samo za odvisne od ilegalnih drog. Ta diverzifikacija se nadaljuje in ima predvsem pozitivne učinke, saj so na problem usmerjene socialne službe dostopnejše, strokovno osebje pa je v njih bolj usposobljeno za delo s prav določeno problematiko. V nekaterih primerih pa razvoj vse bolj specializiranih, razčlenjenih socialnih servisov prinaša številna notranja nasprotja. Odgovor za socialno delo v tem primeru ni ali-ali, ampak in-in (prav tam). Vračanje ljudi z duševnimi motnjami v zaposlitev, družino in drugo socialno okolje je odvisno od številnih dejavnikov, ne le od narave in teže težav. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) podpira z dokazi podprte rehabilitacijske intervencije in službe, ki odgovarjajo na potrebe uporabnikov v zvezi z vračanjem v običajno življenje na enakopraven način. Dokument za kakovostnejše socialno vključevanje in integracijo oseb s težavami v duševnem zdravju

narekuje razvoj in krepitev služb socialnega varstva ter zaposlovanja. Potrebno je koordinirano sodelovanje različnih služb in širitev storitev, socialnovarstvenih programov in programov v podporo družini na tem področju (prav tam).

Xie (2013) piše, da so se politike, metode dela in strategije na področju duševnega zdravja v službah v skupnosti premaknile v smeri spodbud uporabnika pri sledenju njihovim ciljem in krepitevi moči posameznika (prav tam). Avtorji Becker, Howard, Garrett in Moran (2007) pišejo o prehodu med bolnišničnim zdravljenjem in skupnostjo, ki za uporabnike pogosto ni lahek, zato je po končani obravnavi v bolnišnici najpomembnejša možnost stabilnega in varnega bivanja, v nadaljevanju pa priložnost za izobraževanje in službo. Načrtovanje ni učinkovito, dokler viri v skupnosti dejansko niso dostopni (prav tam). Za ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno, kontinuirano in organizirano oskrbo, pomoč ali podporo, je namreč, ko živijo v skupnosti, treba zagotoviti usklajeno (koordinirano), stalno (kontinuirano) in njihovim potrebam prilagojeno (personalizirano) oskrbo, ki ne obsega le posameznih izsekov življenja (problemov, nalog, odnosov), temveč podporo v celotnem življenju (celostno) in dostop do številnih storitev različnih izvajalcev (pluralno in polivokalno) (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013).

Marušič (2002) je zapisal, da morajo sodobni pristopi na področju duševnega zdravja, dodajamo, da tudi v socialnem delu, nujno vsebovati elemente kontinuiranosti, integracije, lokalnosti, prožnosti, humanosti in element aktivirajočega. Avtor opiše vsakega izmed njih (Marušič, 2002, str. 48–49):

- Kontinuiranost – tako kot je zdravljenje kontinuirano znotraj bolnišnice (prehodi med oddelki), tako mora ostati kontinuirano tudi po odpustu iz bolnišnice; sprva na primer bivanje v stanovanjski skupnosti, potem doma, skupaj s svojci, od tam samostojno v svoje stanovanje; na področju dela sprva občasna dela do redne zaposlitve za polni ali skrajšani delovni čas. V te procese mora biti vključena ključna oseba, ki je pogosto socialna delavka (prav tam).
- Integrirano – tako kot je zdravljenje integrirano znotraj bolnišnice v institucionalni psihiatriji (bolnišnični tim), mora biti integrirano tudi v skupnosti. Multidisciplinarni tim se ne ukvarja le z diagnozo, pač pa s človekom in njegovim okoljem, s čimer preprečuje ponovitve težav in nastop novih bolezni (prav tam).
- Lokalno – skupnostna obravnava se dogaja v skupnosti, torej lokalno. Ključni delavec in drugi iz multidisciplinarnega tima posežejo globlje v prostor, kar pomeni širšo geografsko dostopnost. Treba je prisluhniti potrebam posameznika in se zavedati, da si človek želi bivati v svojem domačem okolju (prav tam).

- Prožno, humano in aktivirajoče – sodelovanje v skupnosti mora biti prožno kjerkoli, kadarkoli in kolikor časa je potrebno, center dogajanja je uporabnik. Upoštevati je treba uporabnikovo pravico do svobode in zdravljenja ter normalizirati odnos družbe do oseb s težavami v duševnem zdravju. Ob vsem tem pa je tudi aktivirajoča, saj od uporabnika, ki je ekspert iz izkušenj, pričakuje sodelovanje v procesu okrevanja. Poudarek je na njegovih prednostih in ne pomanjkljivostih (prav tam).

Cilj socialnega dela na področju duševnega zdravja je uspešno okrevanje in vrnitev v skupnost. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) opozarja na velik javnozdravstveni problem na področju duševnega zdravja, na katerega je mogoče odgovoriti le s sestavljeno in povezano mrežo služb in storitev, ki so odziv na potrebe posameznikov in skupnosti. Na področju zdravstva so to službe, ki zagotavljajo krepitev in ohranjanje dobrega duševnega zdravja, preprečevanje bolezni, pravočasno in zgodnje odkrivanje motenj ter njihovo zdravljenje. In te so uspešne le, če hkrati zagotovijo tudi uresničevanje pravic do socialne vključitve, zaposlitve, ekonomske varnosti, varnega bivanja, rehabilitacije in destigmatizacije (prav tam). Za kakovostno, pravočasno, vsestransko in dostopno obravnavo ljudi s težavami v duševnem zdravju je nujna medsektorska mreža storitev in služb z namenom, da bi se skrb in obravnava ljudi uporabnikov v vseh življenjskih obdobjih v največji možni meri oblikovala v skupnosti, kjer ljudje živijo (prav tam). V mrežo spadajo občine, službe na vseh ravneh zdravstvenega varstva in v okviru socialnega varstva ter zaposlovanja, službe na vseh ravneh vzgoje in izobraževanja, neformalne in uporabniške organizacije ter društva, ki delujejo na področju duševnega zdravja, ter druga društva, ki podpirajo socialno vključenost in zdravje v lokalni skupnosti (prav tam). Socialno delo ne pomeni dela v vakuumu, temveč vedno v kontekstu določenega okolja. To je proces, ki pomeni interakcije z ljudmi v določenem prostoru in v interakcijah z ljudmi, ki v tem prostoru živijo oziroma opravljajo svoje dejavnosti (Milošević Arnold in Urh, 2009). Uporabniki si po končanem zdravljenju in vrnitvi v skupnost želijo čimprejšnje vključitve v vse sfere svojega življenja. Želijo se družiti, imeti zaposlitev, nadaljevati šolanje in podobno (Schmidt, 2003). Zaviršek (2003) piše, da teorija socialnega dela poudarja, da je socialno vključevanje temeljna naloga v praksi socialnega dela. Socialno vključevanje ne pomeni, da kdo »ustreza« večini ali da je vključen kot »izjema«, temveč da se razširjajo norme normalnosti. Videmšek (2013) piše o konceptu normalizacije, ki je eden najbolj znanih konceptov, ki vpliva na ljudi s težavami v duševnem zdravju. Ponuja smernice za organizacijo služb in proces, v katerem se poskuša ustvariti enake pogoje, razmere za vse ljudi, ne glede na to, ali imajo težave ali ne. Gre torej za vprašanje udeležенosti posameznika pri odločanju in možnostih dostopa do socialne,

ekonomske, politične in medsebojne vključenosti. Na mikro ravni, kjer je polje ravnanja v socialnem delu, lahko socialno vključenost definiramo kot možnost vključevanja v procese, ki so namenjeni posamezniku za reševanje njegove življenjske situacije, na primer podpora pri bivanju, vključevanju v izobraževanje in delo (Videmšek, 2013). Slabo pripravljen prehod in sodelovanje med bolnišnico in skupnostjo ima lahko negativne posledice na uporabnika in njegovo družino v smislu neustrezne in pomanjkljive podpore v obdobju, ko jo najbolj potrebujejo, ter morebitno daljše ostajanje v bolnišnici, kot bi bilo potrebno iz zdravstvenih razlogov.

Flaker (2015) opozarja na problem tako imenovanih vmesnih struktur (na primer stanovanjskih skupnosti), ki so bile sprva videne ne samo kot orodje preseljevanja, ampak tudi kot pomembna socialna inovacija. Vmesne strukture so nekje vmes med civiliziranim, samostojnim življenjem, in institucijami in imajo poleg prednosti tudi veliko napak. Dosedanji poskusi dezinstitutionalizacije v Sloveniji so uvedli nove metode in oblike oskrbe v skupnosti, a to ni pomenilo opuščanja ali preobrazbe velikih ustanov v skupnostne službe, namesto alternative so postale dopolnilo ustanovam, poimenovane tudi dvotirni sistem (prav tam).

2.11.2. Sodelovanje s strokovnimi timi v skupnosti

Večina uporabnikov se po končanem zdravljenju torej vrne v domače okolje, posledično tudi dobršen del socialnega dela poteka v zasebnem prostoru, v katerem uporabniki živijo, kar v socialnem delu preprosto imenujemo »obisk na domu uporabnika« (Milošević Arnold in Urh, 2009). Dom je njegov osebni prostor in obisk pomeni vstop v njegov zasebni prostor, v katerega lahko vstopamo samo s povabilom oziroma v dogovoru z njim. Izjema so posebni primeri in okoliščine, ko je intervencija potrebna skladno z zakonom (prav tam). Tudi Kodele in Mešl (2016) pomoč ljudem v skupnosti razumeta kot pomoč, ki se izvaja na domovih ljudi, torej v skupnosti, kjer živijo. V okviru načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice in načrtovanja posthospitane obravnave socialna delavka predstavi uporabniku možne oblike sodelovanja s strokovnimi službami oziroma timi v domačem okolju. Najbolj aktualna so sodelovanja s koordinatorji obravnave v skupnosti (KOS), psihiatričnim zdravljenjem v skupnosti (PZS) in z regionalnimi centri za duševno zdravje ter nevladnimi organizacijami.

2.11.2.1. Koordinirana obravnava v skupnosti

V sodelovanje s koordinatorji obravnave v skupnost (KOS) se, če se za to odločijo, uporabniki vključijo že med zdravljenjem. To možnost ljudem, ki so sprejeti na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico, predstavijo med načrtovanjem odpusta socialne delavke v bolnišnici. Leta 2009 je na podlagi Zakona o duševnem zdravju (2008) v veljavo stopil Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (2009), ki določa način in vsebino obravnave v skupnosti, vlogo koordinatorja obravnave in multidisciplinarnega tima ter vsebino, pogoje in način opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti. Gre za postopek izvajanja socialnovarstvenih, zdravstvenih in drugih storitev in programov pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, ampak pomoč pri vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave. Strokovna delavka psihiatrične bolnišnice ali koordinator nadzorovane obravnave mora najmanj tri tedne pred odpustom uporabnika iz psihiatrične bolnišnice ali pred koncem nadzorovane obravnave obvestiti krajevno pristojni center za socialno delo, ki je pristojen za obravnavo v skupnosti, da bo oseba, ki naj bi se obravnavala v skupnosti, odpuščena, oziroma bo njena nadzorovana obravnava končana. Koordinator po prejemu obvestila obišče uporabnika, po možnosti še pred koncem zdravljenja, ter ga seznani z možnostjo obravnave v skupnosti. Uporabnik da pisno privolitev v sodelovanje in pripravo načrta obravnave v skupnosti, ki obsega predloge ciljev in ukrepov, ki se nanašajo na naslednja področja: urejanje stanovanjskih oziroma bivanjskih razmer, urejanje socialne varnosti, urejanje zaposlitve in dela, urejanje podpore pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil, urejanje podpore pri zagotavljanju socialnih stikov in družabnosti. Glede na ugotovljene potrebe in oblike pomoči za osebe se v načrtu lahko opredelijo tudi druga področja, ki so pomembna za vključevanje osebe v skupnost. Koordinator po šestih mesecih izvajanja načrta skupaj z osebo oceni izvajanje in pripravi morebitno dopolnitev načrta. Osnovna metoda, ki je v uporabi pri koordinirani obravnavi v skupnosti, je osebno načrtovanje in izvajanje storitev. V jeziku temeljnih operacij socialnega dela gre predvsem za raziskovanje življenjskega sveta in omogočanje dostopa do sredstev; vsebuje tri ostale operacije. Vzpostavljanje odnosa, analizo tveganja, in krepitev moči, pa tudi osnovne načine (modalnosti) delovanja v socialnem delu – zapisovanje, pogovarjanje, terensko in timsko delo (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013). Kot je razvidno iz opredelitve, ima koordinator obravnave v skupnosti veliko stičnih točk z načrtovanjem odpusta med zdravljenjem v

psihiatrični bolnišnici in tako predstavlja dober nadaljnji način sodelovanja uporabnika s strokovnimi službami v skupnosti.

2.11.2.2. Psihiatrično zdravljenje v skupnosti

Del načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice je tudi seznanitev uporabnika z možnostjo vključitve v Psihiatrično zdravljenje v skupnosti (PZS), kar pomeni nadaljnje sodelovanje tudi po vrnitvi v domače okolje. Tim psihiatričnega zdravljenja v skupnosti v vseh psihiatričnih bolnišnicah sestavljajo socialna delavka, psihiater, medicinska sestra, psiholog in delovni terapevt, in traja eno leto po končanem hospitalnem zdravljenju. Sodelovanje tima in uporabnikov se načrtuje timsko že pred koncem zdravljenja v procesu načrtovanja odpusta, lahko pa tudi naknadno, na pobudo uporabnikov samih, njihovih svojcev ali služb v skupnosti (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2021a). Odločitev za vključitev v psihiatrično zdravljenje v skupnosti je prostovoljna, kar uporabnik potrdi s podpisom izjave o sodelovanju. Tim skupaj z uporabnikom pripravi načrt sodelovanja, ki predvideva zdravstvene in socialne oblike pomoči, ki se izvajajo v okviru obiskov na domu.

2.11.2.3. Nadzorovana obravnava

Nadzorovana obravnava je opredeljena v Zakonu v duševnem zdravju (2008) kot obravnava oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se izvaja na podlagi sklepa sodišča pod nadzorom psihiatrične bolnišnice, na območju katere ima oseba stalno ali začasno bivališče. Skladno z načrtom nadzorovane obravnave se izvaja izven psihiatrične bolnišnice v domačem okolju.

Zakon o duševnem zdravju (2008) natančno definira, kdaj je obravnava v nadzorovani obravnavi dopustna:

- če gre za osebo s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo,
- če se je že zdravila v psihiatrični bolnišnici brez privolitve,
- če je že ogrožala svoje življenje ali življenje drugih ali če je huje ogrožala svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzročila hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,
- če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in
- če se oseba lahko ustrezno zdravi v domačem okolju.

Koordinator nadzorovane obravnave je posameznik, ki ga za spremljanje in koordiniranje nadzorovane obravnave posamezne osebe na predlog psihiatrične bolnišnice, na območju katere ima oseba stalno ali začasno prebivališče, oziroma kadar nima prijavljenega ne stalnega ne začasnega prebivališča, na območju, na katerem dejansko biva, s sklepom določi sodišče (Zakon o duševnem zdravju, 2008). Iz letnih poročil je razvidno, da se v nadzorovano obravnavo vključujejo vse psihiatrične bolnišnice in oddelki. Ob tem se sprašujem, ali ne gre v tem primeru samo za podaljšano roko psihiatričnega zdravljenja in kakšen je v resnici prispevek te oblike obravnave oziroma vodenja.

Tabela 2.5: Število obravnav v psihiatričnem zdravljenju v skupnosti in nadzorovani obravnavi v vseh šestih psihiatričnih bolnišnicah v letu 2019

	PB Idrija	PB Vojnik	PB Begunje	PB Ormož	PK Ljubljana	UKC MB psihiatrija
Število primerov v hospitalnem in dnevnem zdravljenju	1704	1260	1610	1133	4468	1594
Število primerov v nadzorovani obravnavi	7	27	4	6	22	44
Število primerov v skupnostni obravnavi	179	36	30	45	57	56

Vir: PB Begunje, 2022, PB Idrija, 2022a, PB Ormož, 2022, PB Vojnik, 2022, PK Ljubljana, 2022, UKC Maribor – oddelek za psihiatrijo, 2022

2.11.2.4. Centri za duševno zdravje odraslih

Novonastali centri za duševno zdravje (v septembru 2023 je vzpostavljenih devetnajst centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov in šestnajst centrov za duševno zdravje odraslih (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023) so kadrovsko in vsebinsko nadgradili službe za duševno zdravje ter omogočili sodelovanje in povezanost z namenom, da bi se skrb in obravnavo ljudi s težavami v duševnem zdravju v vseh življenjskih obdobjih čim bolj oblikovala v skupnosti, to je tam, kjer ljudje živijo (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018). Regionalni centri za duševno zdravje odraslih so organizacijska struktura, ki prek preventivnih in zdravljenju namenjenih služb omogočajo izboljšanje dostopa do storitev za duševno zdravje in odgovarjajo na potrebe odrasle populacije, med katerimi so tudi starejši. Ukrepi v teh centrih se kar najbolj prilagodijo potrebam in

značilnostim posameznikov. Boljši dostop do pomoči zmanjšuje vrzeli med potrebami in obstoječimi storitvami ter izboljšuje duševno zdravje na območju, kjer delujejo. Z dobro povezavo s službami za duševno zdravje na regionalnih območjih dosežejo več ljudi in odgovorijo na več potreb na cenovno učinkovit način (prav tam). CDZO delujejo v zdravstvenih domovih na primarni zdravstveni ravni. Vsak center je odgovoren za področje več zdravstvenih domov in pokriva področje približno 64.000 odraslih (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023). Z omenjenimi centri socialne delavke v procesu načrtovanja odpusta v zadnjih dveh letih vsakodnevno sodelujejo (Psihiatrična bolnišnica Idrija 2021a). V empiričnem delu doktorske disertacije je razvidno, da v letu 2019 sodelovanje s centri za duševno zdravje odraslih še ni bilo vzpostavljeno.

2.11.3. Nevladne organizacije

Rafaelič in Flaker (2023) pišeta, da so se skupnostne službe v devetdesetih letih razvijale skoraj izključno na področju socialnega varstva, zdravstvo (psihiatrija) pa je ostalo nespremenjeno. Večinoma so bile skupnostne službe v domeni nevladnega sektorja, nastalega iz uporabniških gibanj. Konec 90. let se je razvoj nevladnega sektorja pokazal za dvorezen meč. Pokazalo se je, da ustanavljanje stanovanjskih skupin, dnevnih centrov in drugih služb skupnosti ni zmanjšalo števila stanovalcev v zavodih ali pa števila postelj v psihiatričnih bolnišnicah. Te službe so namreč po načelu najmanjšega odpora oziroma najmanjšega dela za isto plačilo prevzemale delo v lažjih situacijah, zahtevnejše pa prepuščala zavodski oskrbi. Pokazalo se je, da načelna usmeritev dezinstitutionalizacije, pa tudi načelna podpora politike nista dovolj za dosledno izvajanje in da je poleg doslednega izvajanja njenega programa potrebna taka delitev sredstev in virov, ki omogoča skupnostnim službam intenzivnejšo podporo v zahtevnejših situacijah, na primer dežurstva, krizni timi. Hkrati pa mora način razdeljevanja sredstev onemogočiti lahek zaslužek, torej zapolnitev zmogljivosti z ljudmi, ki ne potrebujejo toliko podpore (prav tam).

2.11.3.1. Stanovanjske skupine

Stanovanjske rešitve so kmalu po njihovem obetavnem začetku postale del problema. Funkcija stanovanjskih skupin je predvsem omogočanje prehoda v skupnost. Morale bi biti prehodna struktura, v kateri se lahko stanovalec nauči spretnosti, ki jih bo potreboval v vsakdanjem samostojnem življenju. V njih naj bi stanovalec imel možnost, da si po preselitvi

iz zavoda ali po podaljšani epizodi družinskih težav brezdomstva ali življenjske zmede na novo začne urejati življenje. Stanovanjska skupina naj bi bila struktura, v kateri ima človek možnost intenzivne strokovne in vrstniške podpore za določen čas. Stvari pa so šle v drugo smer. Postale so, tako kot zavodi, mesto dolgotrajnega ali celo stalnega bivanja, brez perspektive za prehod v samostojno življenje. V takem vzdušju se strokovna podpora za pridobivanje novih spretnosti, urejanja zadev v življenju, odnosih, osebno napredovanje zvede na vzdrževanje, nadzor in varstvo (Rafaelič in Flaker, 2023).

2.11.3.2. Dnevni centri

Druga vmesna struktura, ki je bila na vrsti za ustanavljanje v devetdesetih letih, so bili dnevni centri. Ti v nasprotju s stanovanjskimi skupinami niso namenjeni ne nastanitvi, so pa namestitvena struktura in jih nekateri uvrščajo med pol rezidencialne strukture, saj vanje namestijo uporabnike za del dneva. Iz zornega kota delovanja ustanov je mogoče videti vzporednico, v kateri imajo stanovanjske skupine vloge oddelkov, dnevni centri pa delovne terapije. Najmanj, kar dnevni centri lahko ponudijo je, da imajo uporabniki teh ali onih služb čez dan kam iti, kaj delajo, da jih nekako in z nečim zaposlijo, lahko pa ponudijo veliko več. Lahko so pomembne točke srečevanja; ne le uporabnikov in strokovnjakov, temveč celotne skupnosti, lahko so tudi proizvodne enote, ki zares nekaj proizvajajo in zagotavljajo zaslužek (Rafaelič in Flaker, 2023).

2.11.3.3. Skupine za samopomoč

Skupine za samopomoč imamo lahko pogojno za vmesne strukture, lahko pa tudi za alternative, ne le institucijam, temveč tudi strokovni pomoči. Kot bolj neformalna oblika so tudi nasprotje prostovoljnemu delu. Na začetku se skupine za samopomoč ukvarjajo predvsem s samopomočjo, včasih tudi vzajemno pomočjo svojih članov. Člani se pogovarjajo o svojih izkušnjah in težavah, včasih tudi kaj postorijo drug za drugega (Rafaelič in Flaker, 2023).

Ob koncu zdravljenja v psihiatrični bolnišnici se uporabnik vrne v domače okolje ali, če to ni mogoče, v eno od drugih oblik bivanja. Kodele in Mešl (2016) opozarjata na nevarnost, da se delo na tej točki konča, kar predstavlja precejšnje tveganje, saj so dogovorjene zelene spremembe ali postavljene zahteve po spremembah šele začetek dela. Socialno delo se mora nadaljevati v podporo ljudem, da bodo spremembe lahko dosegli. To pa je mogoče doseči le na način, da so službe in storitve v okolju takšne, ki bodo uporabnika podpirale na vseh področjih,

kjer je to potrebno, ustrezno odgovarjanje na potrebe pa je edino orodje pri zmanjševanju institucionalnih namestitvev. Alternative so: oskrba na domu, osebna asistenca, neposredno financiranje.

2.11.4. Oskrba na domu

Oskrba na domu se je v Sloveniji začela razvijati že v osemdesetih letih 20. stoletja najprej z ugotavljanjem potreb, potem pa tudi s praktičnim preizkušanjem. Še danes gre pri oskrbi na domu za razmeroma preprosto storitev, ki jo sestavljajo redni obiski oskrbovalk na domu uporabnikov, med katerimi opravijo gospodinjska dela, poskrbijo za osebno nego, če je treba pa tudi za spremstvo po opravkih in oporo pri družabnih stikih. V resnici se storitvi spremstva in opore pri družabnih stikih izvajata bolj poredko, jedro tega sklopa storitev sta dejansko negovalno in gospodinjsko delo. Oskrbovalke, ki opravljajo oskrbo na domu, so po profilu pa tudi konkretnih opravilih podobne negovalkam in strežnicam v ustanovah. Vendar se način, kako opravljajo svoje delo, in predvsem, koliko upoštevajo uporabnico ali uporabnika, zelo radikalno razlikuje (Rafaelič in Flaker, 2023).

2.11.5. Osebna asistenca

Osebna asistenca je bila druga povsem individualizirana, osebna oblika zagotavljanja pomoči in podpore, ki je nastala v 90. letih 20. stoletja. Ta oblika pomoči ali podpore je prav tako preprosta, če ne še bolj kot oskrba na domu. Gre za storitveni odnos dveh posameznikov, v katerem je uporabnik tudi naročnik storitev svojega asistenta. Kaj bo asistent delal, je torej odvisno od tega, kaj hoče delati uporabnik, oziroma pri čem potrebuje podporo in asistenco drugega. V tem pogledu je asistent še bolj polivalenten, kot so oskrbovalke na domu. Tega, kar človek dobi v osebni asistenci, in tega, kar dobi v instituciji, skoraj ni mogoče primerjati, tako močno se razlikujeta. Uporabnik osebne asistencije živi doma, odloča o poteku svojega življenja, izbira dejavnosti, lahko dela, ima njemu podrejeno oporo za skoraj vse, česar se želi lotiti. Ko osebno asistenco primerjamo z oskrbo na domu, je vir moči uporabnika pri drugi samo dejstvo, da oskrbovalka stopi v uporabnikov dom (Rafaelič in Flaker, 2023).

Da je pot še dolga, pričajo številke. Kljub jasno deklarirani potrebi po krepitvi programov v skupnosti podatki za Slovenijo v letu 2020 (WHO regionalna pisarna za Evropo, 2020) kažejo naslednjo razdelitev sredstev: 40–60 % je namenjenih psihiatričnim bolnicam, 21–40 % skupnostnim službam, področju duševnega zdravja v splošnih bolnišnicah 6–10 %, področju

duševnega zdravja na primarni ravni 6–10 %, promociji duševnega zdravja manj kot 5 %. Številke pokažejo, da je Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) predvidela porazdelitev v smeri skupnostnih služb. Večji delež je še vedno namenjen psihiatričnim bolnišnicam in institucijam z dolgotrajno oskrbo.

3. EMPIRIČNI DEL

3.1. Raziskovalni problem

Osrednja tema disertacije je raziskovanje načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice z vidika potreb uporabnikov in na ta načrt vezane prakse socialnega dela v psihiatričnih bolnišnicah. Obravnava ljudi s težavami v duševnem zdravju je kot področje raziskovanja v socialnem delu v Sloveniji aktualno že vrsto let – vprašanja destigmatizacije in normalizacije duševne motnje, razvoja skupnostnih oblik obravnave, razvoja uporabniškega vpliva in gibanj ter uporabniškega raziskovanja (Flaker idr., 2008, Videmšek, 2013, Rafaelič, 2015, Rafaelič in Flaker, 2021, Rafaelič in Flaker, 2023). V zadnjih letih je pomemben predvsem proces deinstitucionalizacije, ki je postal ena od prioritetenih nalog države (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018). V doktorski disertaciji sem se osredotočila na raziskovanje procesa načrtovanja odpusta v psihiatrični bolnišnici. Pomen priprave na odhod iz bolnišnice nakazujejo študije o rehospitalizacijah, ki opozarjajo na nujne spremembe pri obravnavanju duševne stiske, ki bi poleg medicinskih dejavnikov upoštevale tudi socialne in družbene vidike duševne stiske posameznika (Dernovšek in Šprah, 2017, Kvaternik in Grebenc, 2008, Lin, Cheng, Shih, Chu in Tjung, 2012, Shepard, Parkes, McClaren in Phillips, 2004, Alghzawi, 2012). Smiselnost raziskovanja načrtovanja odpusta z vidika potreb uporabnikov nakazujejo tudi raziskave, ki poročajo o nizki vključenosti ljudi z izkušnjo zdravljenja v skupnost in premajhno vključenost v odločanje v procesih pomoči (McDaid in Ni Bhera, 2017, Jacob, 2015, Videmšek, 2011). Raziskovalno delo sem utemeljevala in razvijala na podlagi teorij socialnega dela, ki upoštevajo koncept krepitve moči, okrevanja, prepoznavajo pomen družbene emancipacije uporabnikov, kritično ocenjujejo procese marginalizacije in stigmatizacije (Dominelli, 2002, Wehbi in Parada, 2017, Rogers, 2012) ter teorij, ki razlagajo univerzalnost in relativnost človekovih potreb (Doyal in Gough, 1991, Grebenc, 2005, Starnino, 2009, Rapp in Goscha, 2012, Webber in Joubert, 2015, Jacob, 2015).

3.1.1. Raziskovalna vprašanja in teze, izpeljane iz problematike preučevanja

Socialne delavke v bolnišnici delujejo v sistemu zdravstva, za katerega je značilna hierarhična organiziranost dela in upoštevanje medicinskega modela obravnave uporabnikov. Socialne delavke in njihovi uporabniki so v tem okolju v odnosu do medicinskih profilov v

podrejenem položaju (Zaviršek, 2003, Ule, 2012, Salleeby, 1997, Parker in Doel, 2013, Olsen, 1994, Jones, Cooper in Ferguson, 2008, Golightley, 2006, Corcoran in Walsh, 2006). Delo socialnih delavk se v procesu zdravljenja izgubi, prav tako tudi ključna vloga, ki jo imajo oz. bi jo morale imeti pri načrtovanju odpusta. Na podlagi teh izhodišč sem postavila prvo tezo.

T1: Socialne delavke v času zdravljenja sistematično ne načrtujejo odpusta, posamezne priprave na odpust so skrite v procesu zdravljenja, potrebe in želje uporabnikov so pogosto prezrte.

Tezo sem utemeljila na podlagi podatkov, ki sem jih pridobila s pomočjo raziskovalnih vprašanj:

Kako v psihiatrični bolnišnici poteka načrtovanje odpusta?

Katere službe so vključene v načrtovanje odpusta v bolnišnici?

Kako pri načrtovanju odpusta sodelujejo uporabniki?

Kako socialne delavke, ki so vključene v načrtovanje odpusta, upoštevajo splošne in dejanske potrebe uporabnikov?

Tezo sem preverjala s primerjavo v obstoječih dokumentih predvidenih postopkov odpusta in opisi praks socialnih delavk, ki sem jih zbrala z intervjuji. Rezultate prikazujem v poglavjih 3.3.1 in 3.3.2.1.

Socialno delo je v institucionalnem okolju bolnišnice skrito, socialne delavke se ukvarjajo z vprašanji odnosa do lastne profesionalnosti (nemoč), hkrati pa tudi z vprašanji odnosa do uporabnikov (moč). Ta pozicija hkratne nemoči in moči je lahko izvor številnih etičnih dilem. Kot opozarjajo avtorice in avtorji, ki raziskujejo mehanizme družbenega nadzorovanja in elemente družbenih neenakosti, ki izvirajo iz različnih pozicij moči (Foucault, 1998, Zaviršek, Rommelspacher in Staub-Bernasconi, 2010, Walsh, Farmer, Floyd Taylor in Bentley, 2003, Reamer, 1990, Beckett in Maynard, 2013, Banks in Gallagher, 2009), je značilnost vseh pomagajočih poklicev razpetost med nasprotujočimi si silami – med nadzorovanjem in osvobajanjem (Freire, 2005). Socialne delavke so kot predstavnice moči v instituciji potisnjene v vlogo odločanja o uporabnikih, medtem ko jih zavezanost načelom in etiki socialnega dela nagovarja k postavljanju odločitev skupaj z uporabniki. Po načelih socialnega dela mora načrtovanje odzivov na potrebe potekati skupaj z uporabniki, vendar izvajalci socialnega dela v bolnišnicah nimajo vzpostavljenega sistematičnega načina izvajanja prakse socialnega dela in ta praksa se med bolnišnicami razlikuje (Eržen, 2012). Na podlagi teh okoliščin in glede na učni načrt Fakultete za socialno delo (2017) sem postavila drugo tezo.

T2: Socialne delavke se po končanem študiju ne čutijo dovolj usposobljene za delo na področju zdravstva, še posebej psihiatrije. Pri delu se srečujejo z mnogimi etičnimi dilemami

in negotovostjo, saj so pri prevajanju metod socialnega dela v prakso prepuščene same sebi, obstoječi zdravstveni sistem jim tudi ne omogoča v celoti upoštevati perspektive moči uporabnika.

Tezo sem preverjala z analizo praks socialnih delavk v bolnišnici glede na obstoječe koncepte dela v socialnem delu in jo utemeljila na podlagi podatkov, ki sem jih pridobila s pomočjo raziskovalnih vprašanj in jih prikazujem v poglavjih 3.3.2.3:

Katera znanja (koncepte, metode dela), ki so jih socialne delavke pridobile pri študiju, uporabljajo pri načrtovanju odpusta?

Na kakšen način so ta znanja prilagodile delu v psihiatrični bolnišnici in kako jih uporabljajo pri načrtovanju odpusta?

V katerih situacijah se pri delu z uporabniki soočajo z etičnimi dilemami?

Koliko avtonomije imajo socialne delavke pri delu v psihiatrični bolnišnici?

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) in načela etičnega socialnega dela socialnim delavkam v praksi nalagajo, da pri delu sledijo uporabniški perspektivi (Videmšek, 2011, Čačinovič Vogrinčič, 2010, Društvo socialnih delavcev in delavk Slovenije, 2021, Flaker, Mali, Kodele, Grebenc, Škerjanc in Urek, 2008). Visoka stopnja vključevanja še ne pomeni tudi visoke stopnje krepitve moči (Boškič, 2003), strokovnjaki v resnici pogosto delujejo na podlagi programov in ne na podlagi potreb ljudi (Grebenc, 2005, Grebenc, 2014). Ta dejstva povzemam v tretji tezi.

T3: Kljub jasno deklarirani zahtevi po uporabniški participaciji in emancipaciji pri načrtovanju odpusta se načela krepitve moči in normalizacije na področju socialnega dela z ljudmi z izkušnjo zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, dejansko le redko upošteva in dopušča.

Tezo sem utemeljila na podlagi podatkov, ki sem jih pridobila s pomočjo raziskovalnih vprašanj:

Kako so socialne delavke pripravljene na avtonomijo uporabnikov oziroma na njihovo vključevanje v načrtovanje odhoda iz bolnišnice?

Kako se pri obravnavi in pri načrtovanju odhoda iz bolnišnice upošteva želje in potrebe uporabnikov?

Kaj bi se v praksah različnih strokovnih služb v psihiatrični bolnišnici moralo spremeniti, da bi prekinili s pokroviteljskimi praksami in bi lahko resnično govorili o emancipaciji uporabnikov?

Tezo sem preverjala z analizo dokumentov (zakonov, smernic, resolucij) in analizo različnih izkušenj uporabnikov, pridobljenih z intervjuji. Rezultate prikazujem v poglavju 3.3.3.1.

3.2. Uporabljena metodologija

3.2.1. Opis in utemeljitev raziskovalne metodologije in raziskovalnih metod

Na raziskovalna vprašanja sem odgovarjala s pomočjo kombinirane kvalitativno-kvantitativne metode. Uporaba različnih metod zbiranja podatkov se je izkazala kot metodološko ustrezna predvsem pri raziskovanju kompleksnejših in manj raziskanih problematik, saj pristopa dopolnjujeta drug drugega (Dudley, 2011, Tashakkori in Teddlie, 2003, Hlebec in Mrzel, 2012). Predmet raziskovanja je praksa socialnega dela pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice. Situacija odpusta je imela na ravni raziskovalne strategije in metodološkega pristopa lastnost časovne enote (z začetkom in koncem), znotraj katere sem preučevala dogajanje z vidika nalog socialnih delavk in vidika umestitve uporabnikov v procesu načrtovanja odpusta. Uporabila sem obstoječe dokumente (spisi socialne službe, ki so bili pregledani in besedno analizirani, dokumentacija o skupinskem delu, popise bolezni), podatke, zbrane z intervjuji s socialnimi delavkami, zaposlenimi v vseh šestih psihiatričnih bolnišnicah, ter podatke, zbrane z intervjuji z uporabniki, ki končujejo zdravljenje v psihiatrični bolnišnici. Vzorčenje uporabnikov in vzorčenje dokumentacije sem izvedla v Psihiatrični bolnišnici Idrija, ki je glede na tip uporabnikov, ki jih pokriva, primerljiva z ostalimi psihiatričnimi bolnišnicami v Sloveniji, ima tudi več kot deset let dolgo prakso delovanja v skupnosti.

Pri raziskovanju sem upoštevala zakonodajo, anonimnost, pravičnost, zaupnost in etiko pri raziskovanju. Raziskavo sta odobrila Etična komisija Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani (7. 9. 2018) in strokovni direktor Psihiatrične bolnišnice Idrija (2. 4. 2020).

3.2.2. Dokumentacije socialne službe

3.2.2.1. Populacija in vzorčenje

V vzorec sem vključila dokumentacijo 100 moških in 100 žensk, ki so bili sprejeti na zdravljenje v Psihiatrično bolnišnico Idrija in ostali na zdravljenju vsaj 48 ur, od naključno

izbranega datuma dalje (1. 10. 2019). Oddelek za zdravljenje odvisnosti v ta del raziskave ni bil vključen. V letu 2019 so bile na zdravljenje v PBI sprejete 1704 osebe (884 moških in 820 žensk). Vzorec 200 dokumentacij, ki obsega popise bolezni (dokumentacija je hranjena v centralnem arhivu in vključuje dokumentacijo vseh uporabnikov, ki so se zdravili v psihiatrični bolnišnici), spise socialne službe (hranjene v arhivu socialne službe) in dokumentacijo o skupinskem delu (hranjeno v arhivu socialne službe), v letu 2019 tako predstavlja 11,7 % vseh sprejetih na zdravljenje. Vzorec 100 moških predstavlja 11,3 % vseh sprejetih moških, vzorec 100 žensk predstavlja 12,2 % vseh na zdravljenje sprejetih žensk v letu 2019. V administrativni službi Psihiatrične bolnišnice Idrija sem dobila podatke o vseh sprejemih od izbranega datuma dalje. Na podlagi seznama sem iz arhiva socialne službe pridobila dokumentacijo (spise) socialne službe, teh je bilo 172. Dokumentacijo socialne delavke vodijo samo za uporabnike, s katerimi sodelujejo. V letu 2019 je bilo v socialni službi odprtih 1080 spisov (za delo na psihiatričnih oddelkih), kar je 72 % vseh sprejetih na zdravljenje na te oddelke. Dokumentacija socialne službe vsebuje naslednje dokumente: zaznamke socialne delavke, fotokopije vlog, prošenj, mnenj o zdravstvenem stanju, psihiatrična mnenja in priporočila, socialna poročila, ki jih je pripravila socialna delavka v psihiatrični bolnišnici, in priporočila, ki so jih pripravili v drugih institucijah (CSD, SS, DU, SVZ, druga dokumentacija s terena).

Tabela 3.1: Število sprejemov v PBI v letih 2013–2022

Leto	Število sprejemov v PBI	Leto	Število sprejemov v PBI
2013	1675	2018	1664
2014	1648	2019	1704
2015	1706	2020	1371
2016	1741	2021	1339
2017	1674	2022	1601

Vir: PB Idrija, 2023

3.2.2.2. Zbiranje podatkov

Pripravila sem obrazec, v katerega sem kratko povzemala vsebine iz dokumentacije. Zanimalo me je načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice z vidika potreb uporabnikov in na ta načrt vezane prakse socialnega dela v psihiatričnih bolnišnicah. Zanimalo me je naslednje: spol, starost, stan, status, urejenost zdravstvenega zavarovanja, število hospitalizacij, dolžina zdravljenja, morebitne naknadne rehospitalizacije, kdo je bil pobudnik za zdravljenje, kdo je

bil pobudnik za načrtovanje odpusta, kdaj se je začelo načrtovanje odpusta, za kakšno obliko načrtovanja odpusta je šlo (osnovno, specializirano), število srečanj (uvodno, redna, zadnje), kdo je sodeloval pri načrtovanju odpusta, sodelovanje z zunanjimi službami, ocena potreb, zastavljeni cilji, število poslane dokumentacije, kam je bila poslana dokumentacija, kam je bil uporabnik odpuščen, kam se je vključil po odpustu, kdo je bil ključna oseba pri načrtovanju odpusta, aktivno/pasivno sodelovanje uporabnika pri načrtovanju odpusta, timsko delo, vključenost v skupinsko delo, izdelan krizni načrt, vključitev v program psihiatričnega zdravljenja v skupnosti, koordinirano obravnavo v skupnosti in centre za duševno zdravje (obrazec je v prilogi).

3.2.2.3. Obdelava in analiza podatkov

Ko je bil narejen pregled dokumentacije vseh 200 uporabnikov, sem povzetke združila v podkategorije in jih vpisala v tabelo. Podatke sem uredila v frekvenčne porazdelitve po demografskih in socialno-ekonomskih kazalcih in značilnostih poteka načrtovanja odpusta, za podatke v frekvenčnih tabelah sem izračunala odstotke. Številčne podatke sem opisala z aritmetičnimi sredinami in standardnimi odkloni. Povezave med spremenljivkami sem prikazala v kontingenčnih tabelah. Podatki so bili obdelani v programu GNU PSPP, verzija 1.4.1 [računalniški program] (2019). Analiza dokumentacije socialne službe je bila v pomoč pri oblikovanju smernic za intervjuje s socialnimi delavkami in uporabniki.

3.2.3. Pogledi socialnih delavk, ki so zaposlene v psihiatričnih bolnišnicah, in uporabnikov, ki končujejo zdravljenje v psihiatrični bolnišnici

3.2.3.1. Populacija in vzorčenje

V letu 2019 je bilo v vseh šestih psihiatričnih bolnišnicah zaposlenih 43 socialnih delavk. Vzorec socialnih delavk in socialnih delavcev, vključenih v raziskavo, je bil namenski (pogoj je bil, da sodelujeta vsaj dve socialni delavki ali delavca iz vsake od šestih bolnišnic), končno število enot vzorca socialnih delavk in delavcev je bilo določeno z doseženo točko saturacije podatkov. Opravljenih je bilo petnajst intervjujev (v obdobju med 1. 9. in 6. 11. 2020), kar predstavlja 34,9 % vseh zaposlenih. V raziskavo sta bila vključena dva socialna delavca in trinajst socialnih delavk, s povprečno delovno dobo v psihiatrični bolnišnici 18 let. Pogoj za

sodelovanje je bil zaposlitev v socialni službi psihiatrične bolnišnice vsaj dve leti. Izobrazbena struktura je bila naslednja: ena VIII/1, enajst VII., dve VI/2 in ena VI/1 stopnja izobrazbe.

Vzorec intervjuvanih uporabnikov je bil neslučajnostni in priložnostni, vključeni so bili uporabniki, ki so bili dva dni pred odpustom, kar pomeni, da je bilo zdravljenje praktično končano. Končno število enot vzorca je bilo določeno s točko saturacije podatkov. Intervju sem opravila s sedemnajstimi uporabniki (osmimi ženskami in devetimi moškimi). Število odpustov je bilo v letu 2019 1704 (povsem enako kot sprejemov) (PBI, 2020), kar pomeni, da je bilo v obdobju izvajanja intervjujev okrog 71 odpustov. Vzorec 17 uporabnikov tako predstavlja 23,9 % vseh odpustov v tem časovnem obdobju. Povprečna starost intervjuvanih uporabnikov je bila 49,7 let (starostne skupine: pod 25 – en uporabnik, 25–44 – pet uporabnikov, 45–54 – pet uporabnikov, 55–64 – pet uporabnikov, 65–74 – nihče, 75–84 – en uporabnik, 85 in več – nihče). Po statusu je sodelovala ena študentka, trije redno zaposleni, šest brezposelnih, eden redno upokojen in šest invalidsko upokojenih. Pogoji je bil enakomerna razporejenost uporabnikov glede na oddelke (izvzet je bil Oddelek za zdravljenje odvisnosti) in spol. Nihče od zaprošenih uporabnikov sodelovanja ni odklonil, strinjanje so potrdili s svojim podpisom na soglasju za sodelovanje (Etična komisija Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani).

3.2.3.2. Teme

Vlogo socialnega dela sem raziskovala na podlagi naslednjih tem: obstoječi postopki odpusta iz bolnišnice, vidne in skrite prakse socialnega dela, sodelovanje s strokovnimi službami, etične dileme, usposobljenost za delo, metode dela.

Za raziskovanje perspektive uporabnikov sem upoštevala naslednje: potrebe in želje uporabnikov, vsakdanje situacije pri načrtovanju odpusta, značilnosti hospitaliziranih uporabnikov, možnosti participacije uporabnikov pri načrtovanju, ekspertno znanje iz izkušenj, preživetvene prakse, upoštevanje načel emancipacije in normalizacije.

3.2.3.3. Zbiranje podatkov

Na podlagi rezultatov analize spisov in sem izdelala polstrukturiran odprt vprašalnik za intervjuje s socialnimi delavkami. Za vsako socialno delavko in socialnega delavca sem imela vnaprej pripravljena ista vprašanja, ki pa sem jih med posameznim intervjujem sproti prilagajala glede na smer in temo pogovora ter zastavljala podvprašanja. Namen je bil, da bom šla na teren in izvedla intervjuje s socialnimi delavkami v prostorih vseh psihiatričnih bolnišnic

v Sloveniji. Zbiranje podatkov se je v tej fazi nekoliko spremenilo, razlog za to je bila situacija, povezana z novim koronavirusom, saj so bile iz varnostnih razlogov bolnišnice za zunanje obiskovalce zaprte. Zaradi časovne negotovosti glede trajanja teh pogojev sem del intervjujev izvedba prek telefona oziroma prek spletnih komunikacijskih orodij (Zoom, Skype) (vprašalnik je v prilogi 9.1). Deset intervjujev je bilo izvedenih v živo, štiri prek videokonference in eden prek telefona. Pogovori so trajali med štirideset in petdeset minut. Dlje so trajali pogovori, ki so bili izpeljani v živo, najkrajši je bil intervju prek telefona. To lahko razumemo na način, da osebni stik vpliva na poglobljenost same izpeljave intervjuja. Drugih razlik med različnimi izvedbami ni bilo zaznati, prav tako v tem času ni bilo drugih motečih dejavnikov.

Na podlagi rezultatov analize spisov sem izdelala polstrukturiran odprt vprašalnik za intervjuje z uporabniki. Za vsakega uporabnika sem imela vnaprej pripravljena ista vprašanja, ki pa sem jih med posameznim intervjujem sproti prilagajala glede na smer in temo pogovora ter zastavljala podvprašanja. Intervjuji so bili izvedeni v obdobju med 1. 7. 2020 in 15. 7. 2020. Potekali so v pisarni socialne službe, trajali so med 30 minut in 45 minut. Uporabniki so bili seznanjeni, da lahko pogovor kadarkoli prekinejo, si vzamejo odmor, poskrbljeno je bilo za okrepčilo. Med pogovorom ni bilo nobenih motenj ali prekinitev, nihče se ni odločil za prekinitev pogovora (vprašalnik je v prilogi 9.2).

3.2.3.4. Predstavitev faz analize podatkov

Analiza podatkov, ki so bili zbrani v pogovorih s socialnimi delavkami in socialnima delavcema v vseh šestih psihiatričnih bolnišnicah in uporabniki v psihiatrični bolnišnici Idrija glede uporabniške participacije in emancipacije pri načrtovanju odpusta, temelji na večfaznem postopku kvalitativne vsebinske analize (Mesec, 1998). Analiza dokumentacije socialne službe je bila v pomoč pri oblikovanju smernic za intervjuje s socialnimi delavkami in socialnimi delavci ter uporabniki (vprašalnik je priložen prilogam).

V prvi fazi analize sem pridobljene podatke oziroma zvočne posnetke intervjujev transkribirala. Intervjuje sem zaradi lažjega razumevanja preuredila v knjižno slovenščino, pri tem sem pazila, da nisem posegala v vsebinsko bistvo izraženih mnenj intervjuvank. Zato sem pri prepisovanju zvočnih posnetkov izpuščala le mašila ali besede, ki so jih sogovorniki ponavljali in na sam vsebinski pomen izraženih izjav izpuščeni deli nimajo vpliva. V fazi urejanja gradiva sem v vsakem transkriptu, torej za vsako intervjuvanko, označila izjave.

V drugi fazi sem označene izjave vseh petnajstih socialnih delavk in socialnih delavcev, ki so se nanašale na prvo tezo, vnesla v kodirno tabelo (priloga 9.3). Podatke, ki so se nanašali na

drugo tezo sem vnesla v kodirno tabelo (priloga 9.6). V drugi fazi sem označene izjave vseh sedemnajstih intervjuvanih uporabnikov vnesla v kodirno tabelo (priloga 9.9). V kodirne tabele sem vnesla tudi vprašanja, ki sem jih zastavila sodelujočim v raziskavi in odgovore oziroma izjave vseh intervjuvank na zastavljena vprašanja. Vsebino kodirne tabele sem razdelila na vsebinske sklope, ki so se neposredno nanašali na raziskovalna vprašanja.

Tako sem kodirno tabelo za prvo tezo razdelila v štiri vsebinske sklope. V prvi sklop so bili zajeti podatki, ki so se navezovali na prvo raziskovalno vprašanje prve teze in so pojasnjevali, kako v psihiatrični bolnišnici poteka načrtovanje odpusta. V drugi vsebinski sklop sem vključila podatke, vezane na identifikacijo (strokovnih) služb, vključenih v načrtovanje odpusta v bolnišnici. Tretja kodirna enota ali vsebinski sklop je obsegala podatke, vezane na načine sodelovanja uporabnikov pri načrtovanju odpusta. Četrty vsebinski sklop pa se je nanašal na načine socialnih delavk pri upoštevanju splošnih in dejanskih potreb uporabnikov. Sinteza vsebinskih tem oziroma podatkov v kodirni tabeli pa mi je omogočila uvod v razumevanje prve teze raziskave.

Kodirno tabelo za analiziranje podatkov, vezanih na drugo tezo, sem prav tako razdelila na štiri vsebinske sklope. V prvem sklopu so bili zajeti podatki, ki so se nanašali na znanja, ki so jih socialne delavke pridobile pri študiju in jih zdaj uporabljajo pri načrtovanju odpusta. Drugi vsebinski sklop je zajemal podatke glede načinov prilagoditve znanj delu v psihiatrični bolnišnici. Tretji vsebinski sklop je bil usmerjen v etične dileme, s katerimi se soočajo socialne delavke pri delu z uporabniki. Zadnji vsebinski sklop je bil namenjen ugotavljanju stopnje avtonomije, ki jo imajo socialne delavke pri delu v psihiatrični bolnišnici. Sinteza vsebinskih tem v kodirni tabeli pa mi je omogočila uvod v razumevanje druge teze raziskave.

Kodirno tabelo za analiziranje podatkov, vezanih na tretjo tezo, sem razdelila v tri vsebinske sklope. V prvi sklop so bili zajeti podatki, ki so se navezovali na prvo raziskovalno vprašanje tretje teze in so pojasnjevali, kako so, po mnenju uporabnikov, socialne delavke pripravljene na avtonomijo uporabnikov, oziroma na njihovo vključevanje v načrtovanje odhoda iz bolnišnice. V drugi vsebinski sklop sem vključila podatke, vezane na načine, kako socialne delavke upoštevajo želje in potrebe uporabnikov pri obravnavi in pri načrtovanju njihovega odhoda iz bolnišnice. Tretji vsebinski sklop je obsegal podatke, vezane na predloge spremembe praks različnih strokovnih služb v psihiatrični bolnišnici, da bi prekinili s pokroviteljskimi praksami in bi lahko dejansko govorili o emancipaciji uporabnikov. Sinteza vsebinskih tem oziroma podatkov v kodirnih tabelah mi je omogočila uvod v razumevanje tretje teze raziskave.

V tretji fazi kvalitativne vsebinske analize sem zbrane podatke odprto kodirala. Odgovorom ali izjavam intervjuvank sem sprva pripisovala pojme (drugi stolpec v kodirni tabeli) z metodo

nevihte možganov. Pojme Mesec (1998) opredeljuje kot osnovne ali najmanjše enote analize, na kateri je zgrajena interpretacija podatkov. Pojmom sem v drugem koraku odprtega kodiranja določala kategorije (tretji stolpec v kodirni tabeli), ki so na višji ravni in bolj abstraktne kot pojmi. Kategorije sem oblikovala tako, da sem med vsebinsko sorodnimi pojmi iskala vsebinske podobnosti. Vsebinsko sorodne kategorije sem nato grupirala oziroma združevala v nadkategorije (Mesec, 1998) v četrtem stolpcu kodirne tabele. Nadkategorije sem v zadnjem koraku odprtega kodiranja umeščala v teme, katerih izhodišče je bilo raziskovalno vprašanje znotraj prve in druge teze raziskave. V določenih delih sem rezultate podatkov osvetlila tudi s citati intervjuvank. Citate sem uporabljala v primerih, ko sem želela dodatno pojasniti svoje ugotovitve (Mesec, 1998).

V odnosu do raziskovalnih vprašanj sem v četrti fazi kvalitativne vsebinske analize izvedla osno kodiranje relevantnih kategorij. Relevantne kategorije v kodirnih tabelah sem razvrščala v teme in jim pripisovala (nad)kategorije, ki so bile označene tudi z oznakami intervjuvank. Z osnim kodiranjem sem pridobila vpogled v pogostost pojavljanja (nad)kategorij v analiziranem gradivu, kot tudi vsebinsko strukturo posamezne teme.

V zadnji fazi analize gradiva je sledilo tudi odnosno kodiranje. Za vsako raziskovalno vprašanje v sklopu tez sem izdelala lasten prikaz odnosov kategorij (odnosno kodiranje).

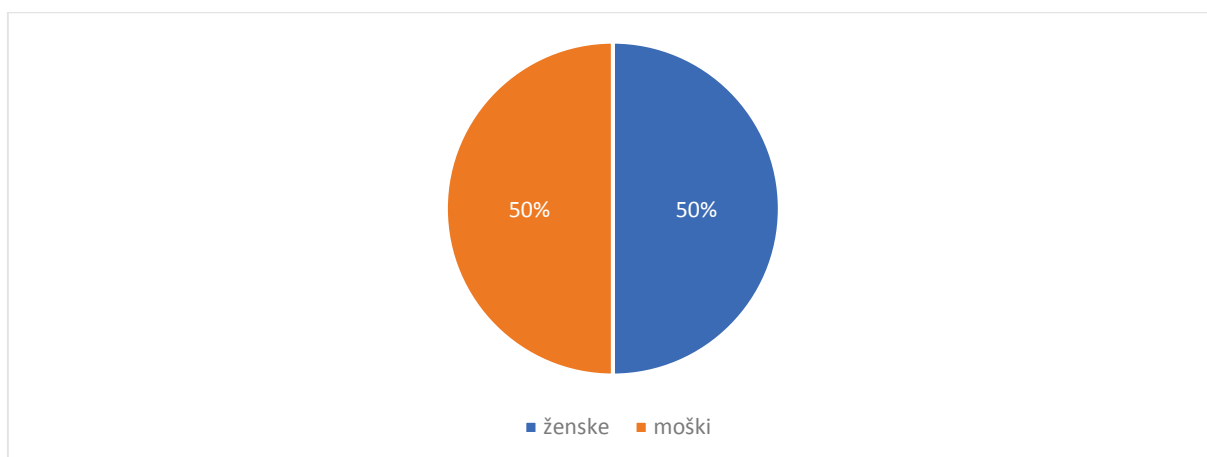
3.3. Rezultati raziskave

3.3.1. Potek načrtovanja odpusta glede na dokumentacijo

V raziskavo je bila vključena dokumentacija 100 moških in 100 žensk.

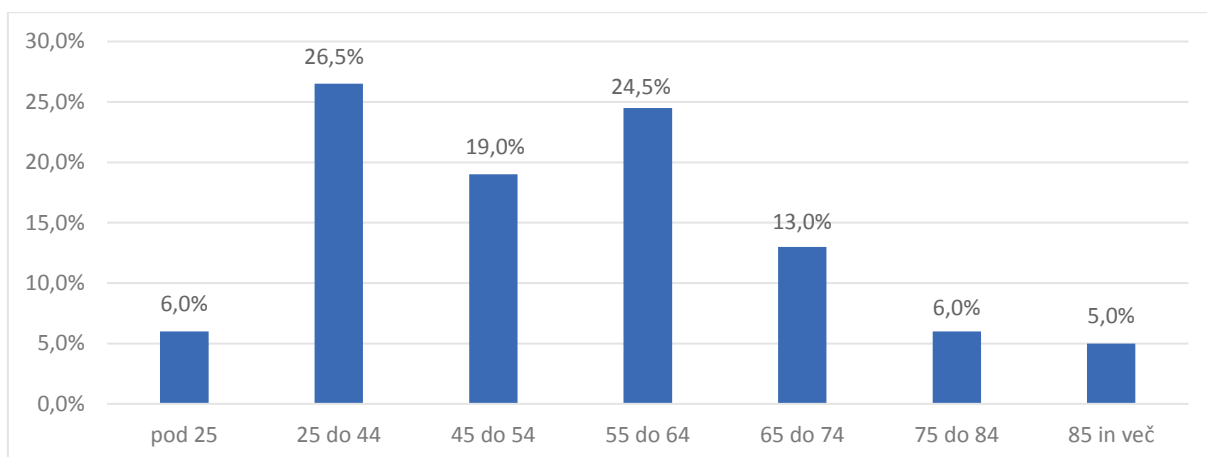
Pri analizi dokumentacije sem za vsakega uporabnika, na čigar dokumentacijo se je analiza nanašala, preverila v računalniškem programu Birpis njegovo enotno matično številko, ki mi je opredelila spol. V programu sta sicer kot možnosti navedena samo moški in ženski spol, kar v nobenem primeru ne zajame vseh spolov in bi bilo treba temu prilagoditi tudi računalniški program.

Graf 3.1: Struktura v dokumentaciji glede na spol



Povprečna starost uporabnikov, vključenih v raziskavo, je dobrih 53 let. Največji delež v dokumentaciji analiziranih oseb je bil v starostni kategoriji med 25 in 44 let (26,50 %), sledijo pa kategorije 55–64 (24,50 %), 45–54 (19 %), 65–74 (13 %), pod 25 (6 %), 75–84 (6 %) in 85 in več (5 %).

Graf 3.2: Struktura v dokumentaciji glede na starost

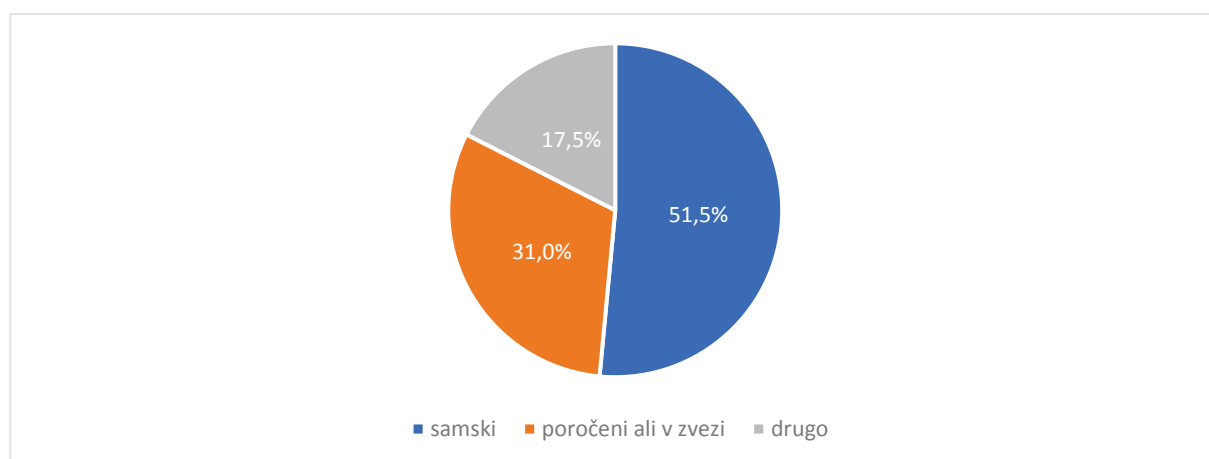


Poudariti je treba, da so se glede na stan uporabniki ob sprejemu v psihiatrično bolnišnico opredeljevali sami in je bilo tako tudi zabeleženo v dokumentaciji in v tem primeru analizirano.

Analiza je razkrila, da je bila več kot polovica ljudi, katerih dokumentacija je bila predmet raziskave, po stanu samskih ($n = 103$ osebe, 51,5 %), kar morda nakazuje na dejstvo, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju iz različnih razlogov redkeje v partnerski zvezi. Rezultat nakazuje, da samski ljudje pogosteje iščejo pomoč v bolnišnici, saj ne dobijo zadostne podpore v osebni socialni mreži. Poročenih ali v zvezi je bilo v raziskavi 62 oseb (31 %), 17,5 % ($n =$

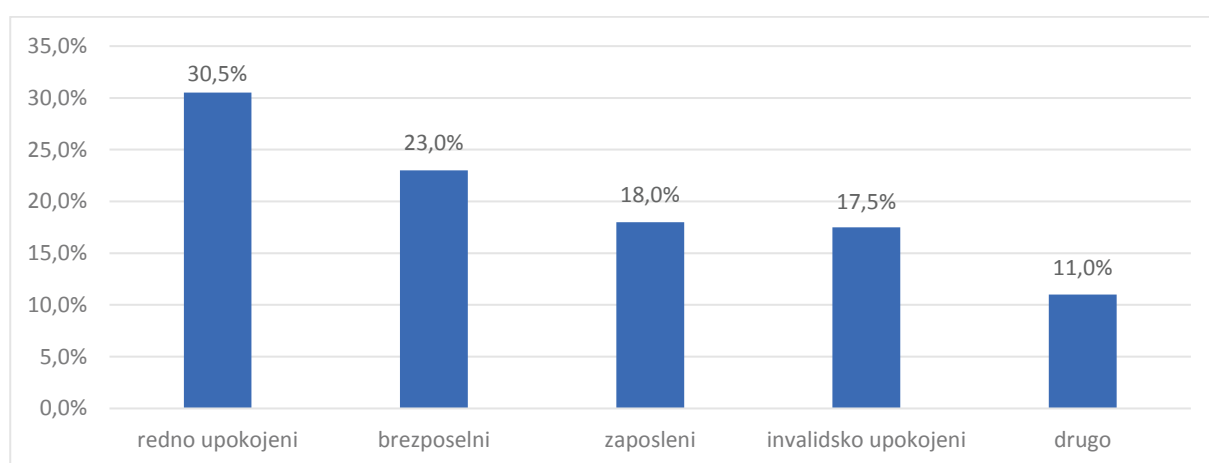
35) uporabnikov pa se je opredelilo kot »drugo«. Prikaz vsekakor opozarja k razmisleku socialnih delavk o nadaljnjem ravnanju in beleženju v dokumentaciji, in sicer v smeri zavedanja, da je pomembno povprašati in govoriti o tem, koga imajo v smislu podpore v svojem okolju in ne v smislu formalne opredelitve stanu.

Graf 3.3: Struktura v dokumentaciji glede na stan



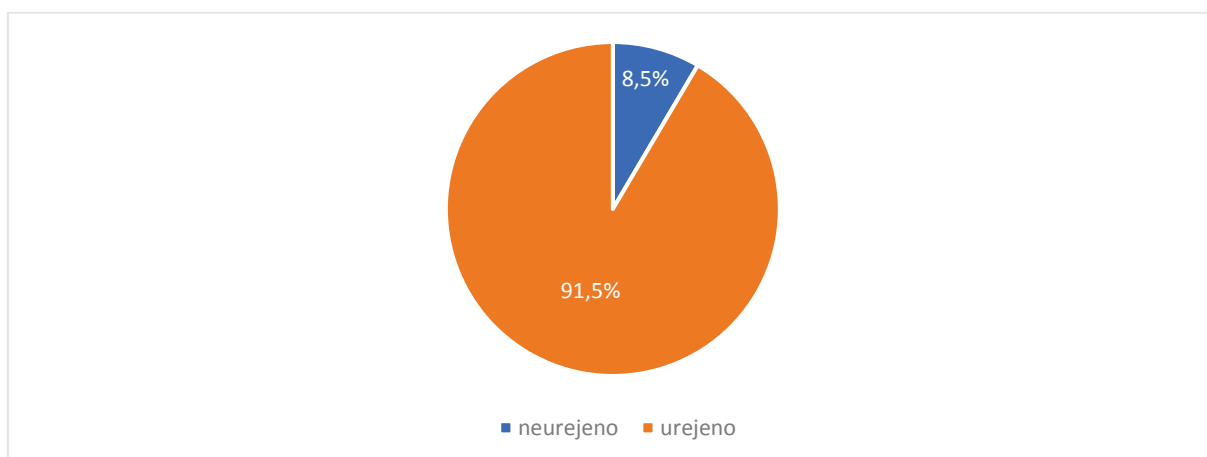
Pregled 200 popisov dokumentacije je pokazal, da največji delež predstavljajo uporabniki, ki so redno upokojeni ($n = 61$, 30,5 %), sledijo brezposelne osebe ($n = 46$, 23 %), zaposleni, ki so bili v času zdravljenja v bolniškem staležu ($n = 36$, 18%), in invalidsko upokojeni ($n = 35$, 17,5 %). Ostalih 11 % ($n = 22$) pa so dijaki, študentje in uporabniki, ki so bili v času sprejema na zdravljenje brez statusa (teh je bilo šest).

Graf 3.4: Struktura v dokumentaciji glede na status



Pomembno je, da imajo osebe, ki so vključene v obravnavo, urejeno zdravstveno zavarovanje. Obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju določata Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2006) in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Zavod za zdravstveno zavarovanje, 2021). Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje za primer bolezni in zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Obseg pravic do zdravstvenih storitev je določen v odstotku od vrednosti storitev, kar pomeni, da se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja financirajo nekatere storitve v polnem obsegu, druge pa le v določenem odstotku od vrednosti storitve. Razliko do polne vrednosti morajo plačati zavarovane osebe iz lastnih sredstev, lahko se za doplačilo zavarujejo s prostovoljnim (dopolnilnim) zdravstvenim zavarovanjem. V tem primeru doplačilo krije zavarovalnica, pri kateri ima oseba sklenjeno takšno obliko zavarovanja. V analizi dokumentacije vseh 200 uporabnikov se je pokazalo, da je bilo brez zdravstvenega zavarovanja na zdravljenje sprejetih kar 8,5 % ($n = 17$) oseb. Urejanje zdravstvenega zavarovanja je ena prvih in najpomembnejših nalog socialne delavke v bolnišnici, ki, glede na pogovor z uporabnikom, poišče možne načine pristopa k ureditvi zdravstvenega zavarovanja. Pomembno je, da se, če je to le možno, zdravstveno zavarovanje uredi na način, da je zajet tudi dan sprejema, torej za nazaj. V tem primeru uporabnik ni nosilec stroškov zdravljenja.

Graf 3.5: Vključenost v zdravstveno zavarovanje



3.3.1.1. Pobuda za sprejem v psihiatrično bolnišnico

Sprejem v psihiatrično bolnišnico je možen z napotnico ali brez napotnice (36. člen Zakona o duševnem zdravju, 2008). Pobudnik hospitalizacije je tako lahko vsakdo. Od dežurnega zdravnika psihiatra je odvisno, ali bo uporabnika, ki da svoje soglasje k zdravljenju, sprejel na zdravljenje ali ne, če bo presodil, da za to ni indikacije. Zdravljenje na oddelku pod posebnim nadzorom se izvaja bodisi s privolitvijo osebe ali brez njene privolitve pod pogoji, ki jih določa Zakon o duševnem zdravju (2008). Zdravljenje na oddelku pod posebnim nadzorom brez privolitve je dopustno le, če so izpolnjeni vsi pogoji iz 39. člena omenjenega zakona. Podatek, ki sem ga uspela pridobiti, je, da je bilo v letu 2022 takšnih sprejemov 446 in vključuje tako uporabnike, ki ne soglašajo z zdravljenjem, kot tudi uporabnike, ki niso sposobni izraziti svoje volje (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2023). To oceni psihiatrinja na podlagi pogovora oziroma pregleda v sprejemni ambulantni. Iz dokumentacije socialne službe ni bilo v nobenem primeru moč razbrati, kdaj je šlo za tovrstne sprejeme.

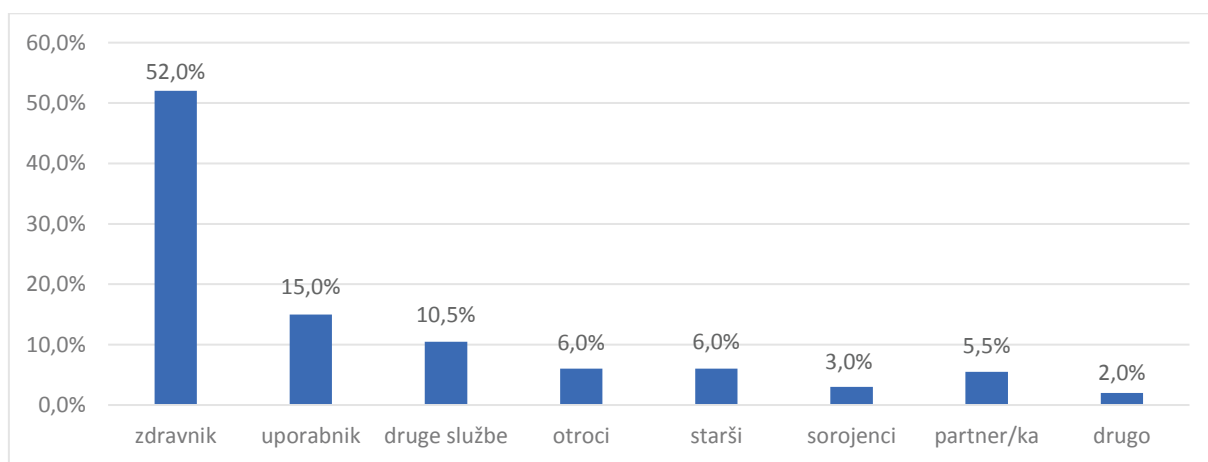
Iz dokumentacije socialne službe je bila razvidna pobuda za hospitalizacijo. Podatki kažejo, da se je največ uporabnikov ($n = 104$, 52 %) za zdravljenje odločilo na pobudo zdravnika (splošnega zdravnika, lečečega ambulantnega psihiatra, premestitev iz druge bolnišnice) in na pobudo uporabnika samega ($n = 30$, 15 %). Rezultat me napelje k razmišljanju, da je bila v nekaterih primerih pobuda za zdravljenja že predhodno izražena od uporabnika ali svojcev splošnemu zdravniku, psihiatru ali zdravniku druge specializacije, ki ga je nato z napotnico usmeril na sprejem v psihiatrično bolnišnico. Izstopajo še pobude za zdravljenje od drugih služb in organizacij ($n = 21$, 10,5 %), kot so domovi starejših, socialnovarstveno zavodi in centri za socialno delo. Podrobnejša analiza dokumentacije nam pokaže, da je pobuda za hospitalizacijo v obeh izstopajočih primerih (pobuda uporabnika, pobuda zdravnika) največja pri samskih osebah. Med tistimi, ki se za zdravljenje odločijo sami, prevladujejo uporabniki med 55 in 64 let (takih je kar 40 %), medtem ko v skupini vseh uporabnikov predstavljajo nekaj manj kot 25 %.

Glede tega, kdo je dal pobudo za zdravljenje, ni statistično pomembnih razlik med spoloma. Pri delitvi uporabnikov po zaposlitvenem statusu na eni strani izstopajo ustanove, ki praktično ne nastopajo kot predlagatelji zdravljenja pri aktivni populaciji (pri zaposlenih 0 % in pri brezposelnih 6,5 % v primerjavi z 10 % v celotnem vzorcu). Na drugi strani so predlagatelji, ki so bolj pogosti predvsem pri zaposlenih: partner (13,9 % proti 5,5 % v celotnem vzorcu) in sam (30,6 % proti 15,0 % v celotnem vzorcu). Starši so predvsem predlagatelji za zdravljenje svojih še ne zaposlenih otrok (pri tistih z drugimi statusi 18,2 % proti 6,0 % v celotnem vzorcu), otroci

pa svojih upokojenih staršev (pri upokojenih 18,0 % proti 6,0 % v celotnem vzorcu; kar 91,7 % od vseh otrok predlagateljev je predlagalo zdravljenje za upokojenega starša). Morda je razlog v tem, da starejši uporabniki zaradi zdravstvenih težav (na primer demence) ne zmorejo več samostojnega življenja, kar svojci opazijo in se zato obrnejo na zdravnika.

Glede zakonskega stanu so razlike predvsem vezane na vloge v družini. Otroci so v primerjavi s samskimi (1,9 %) več kot štirikrat bolj pogosto pobudniki za zdravljenje tistim, ki so v zvezi (9,7 %) in petkrat bolj pogosto tistim, imajo drug status (11,4 %). Partner je pobudnik za zdravljenje samo tistim v zvezi (17,7 % tistih v zvezi, pri drugih dveh skupinah 0 %). Tudi starši so pobudniki za zdravljenje le pri samskih (11,7 %), pri drugih dveh skupinah (0 %) pa ne. Sorojenci so najmanj pogosto pobudniki za zdravljenje samskih (1,0 %) in najbolj pogosto tistim z drugimi statusi (8,6 %, osemkrat bolj pogosto), medtem ko je delež sorojencev pobudnikov zdravljenja pri tistih v zvezi povprečen (3,2 %). Pri ostalih pobudnikih izstopa nižji delež ustanov pri tistih v zvezi (4,8 %) v primerjavi s samskimi (13,6 %) in drugimi (11,4 %), ostali pobudniki pa imajo pri vseh skupinah približno enake deleže.

Graf 3.6: Pobudnik za vključitev v zdravljenje



Zanimalo me je, katera hospitalizacija po vrsti je ta, ki je vključena v raziskavo. Število zdravljenj uporabnikov je bilo zelo različno. Nekateri so bili na zdravljenju prvič, pri uporabniku, ki je bil v bolnišnici največkrat, je šlo že za enainsemdeseto hospitalizacijo. Ta podatek sicer zelo izstopa, zato je prikazana mediana (3).

Tabela 3.2: Podatki o številu in dolžini zdravljenja, rehospitalizacijah in začetku načrtovanja odpusta

Spremenljivka	N	Povprečje	Std. odklon	Minimum	Mediana	Maksimum
Osební podatki starost	200	53,19	17,41	19,00	53,50	96,00
Katera hospitalizacija po vrsti	200	8,35	11,80	1,00	3,00	71,00
Dolžina zdravljenja	200	38,09	36,02	2,00	30,00	270,00
Rehospitalizacija	200	,35	,65	,00	,00	4,00
Kdaj začetek NO	200	5,30	6,28	,00	3,00	46,00
Št. srečanj redna	200	3,84	4,30	,00	2,00	26,00

Približno tri četrtine vseh uporabnikov, katerih dokumentacija je bila del raziskave, po končanem zdravljenju ni več potrebovalo hospitalne obravnave, enkrat se jih je vrnilo 19 %, dvakrat 6,5 %, ena oseba je bila na zdravljenju še štirikrat. Podatek žal ne pokaže, v kolikšnem času je prišlo do ponovne hospitalizacije, kar je pomemben podatek.

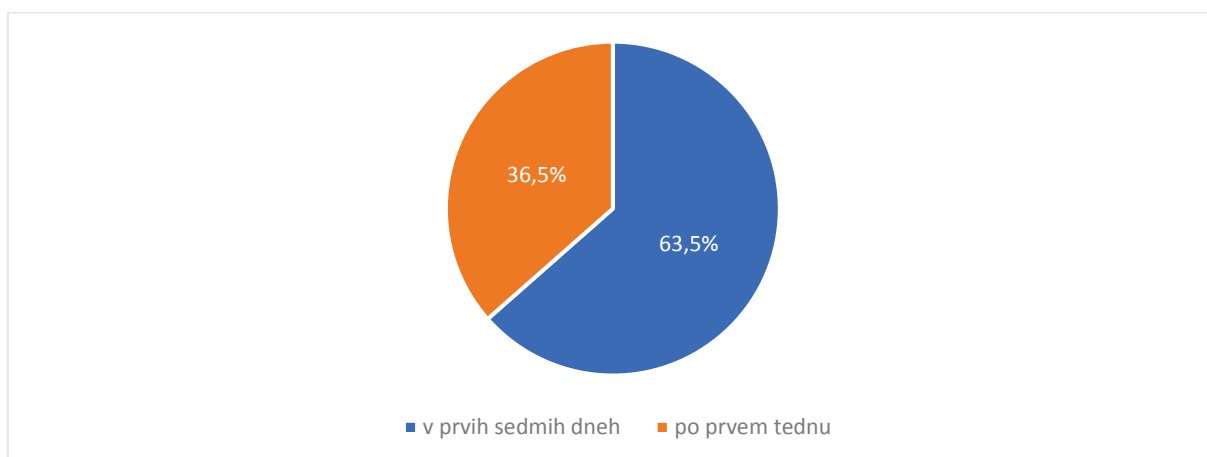
Ležalna doba v analizirani dokumentaciji je bila povprečno 38 dni (standardni odklon je 36,02), kar je celo šest dni več, kot je bil podatek za Slovenijo, pridobljen v raziskavi CEPHOS-LINK. Ti podatki v primerjavi z ostalimi državami niso spodbudni (npr. Avstrija 15, Italija 11, Romunija 12 dni) (Šprah in Dernovšek, 2017). Spodbuden je podatek, da se ležalna doba krajša. Zadnji podatki za leto 2022 pokažejo, da je bila povprečna ležalna doba vseh sprejetih v akutno bolnišnično obravnavo 22 dni.

3.3.1.2. Načrtovanje odpusta

Pregled spisov kaže, da se je začela neka oblika sodelovanja z uporabnikom v razponu vse od trenutka, ko je bil uporabnik sprejet na zdravljenje (kar je opredeljeno kot dan 0), do 46. dne (povprečje je 5,30, standardni odklon je 6,28). Pokazalo se je, da so se najhitreje začeli postopki v sklopu načrtovanja odpusta v primerih, ko je bil uporabnik na zdravljenje sprejet brez osnovnega zdravstvenega zavarovanja.

Teorija načrtovanja odpusta narekuje, da se mora načrtovanje odpusta začeti čimprej, v prvih dneh po sprejemu v bolnišnico (Alghzawi, 2012). Raziskava je pokazala, da so temu socialne delavke sledile v 63,5 % (n = 127), 36,5 % (n = 45) uporabnikov pa je prvo srečanje s socialno delavko imelo po prvem tednu zdravljenja.

Graf 3.7: Začetek načrtovanja odpusta



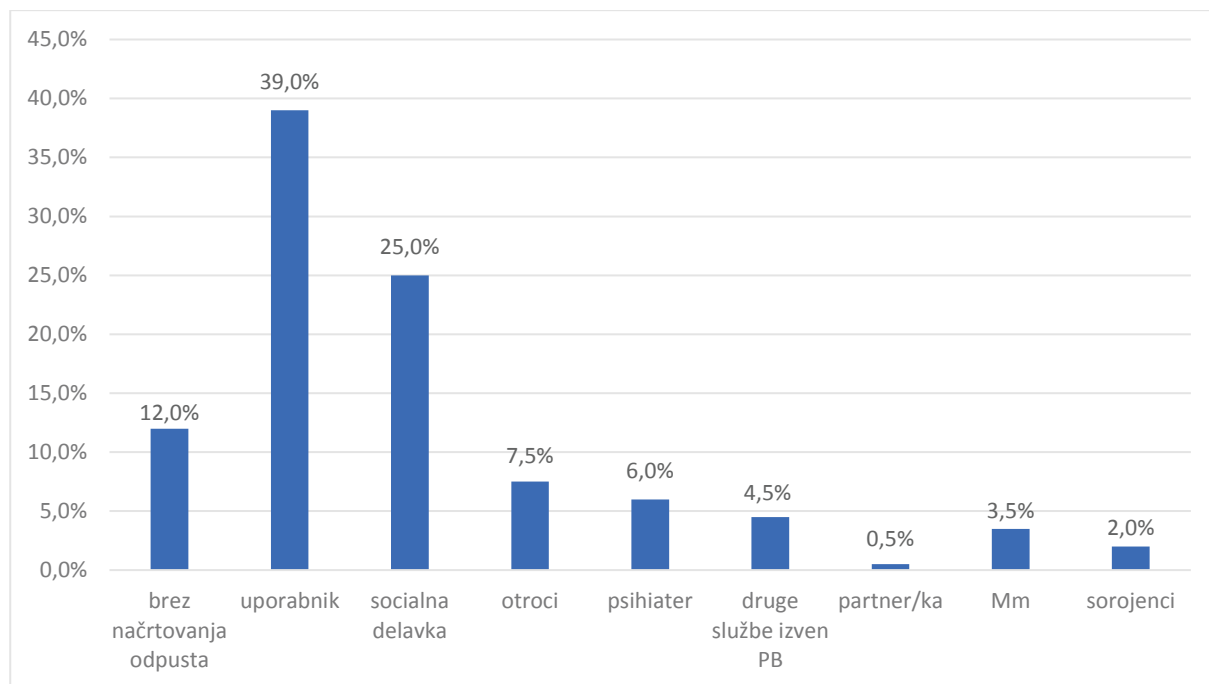
3.3.1.3. Pobuda za začetek procesa načrtovanja odpusta

V kontekstu sprejema sem preverjala, kdo je bil pobudnik za začetek načrtovanja odpusta. Največkrat so pobudo izmed vseh 200 oseb v vzorcu (12 % jih s socialno delavko sploh ni sodelovalo pri načrtovanju odpusta) dali uporabniki sami ($n = 78$, 39 %), in je bilo to jasno razvidno iz dokumentacije socialne službe. V 25 % je bila to pobuda socialne delavke. Izrazitejši je delež pobud otrok ($n = 15$, 7,5 %), v teh primerih gre večinoma za starejšo populacijo in se na socialno službo obrnejo potomci, pretežno s prošnjo po informacijah in usmeritvah ter s ciljem urejanja namestitev v institucionalno varstvo, saj za očeta ali mamo v domačem okolju ne zmorejo več skrbeti. Na tem mestu se pokaže pomanjkanje oblik podpore za stare ljudi v skupnosti, ki bi jim omogočila varno in kakovostno preživljanje vsakdana, svojcem pa bi to pomenilo občutno razbremenitev v njihovem vsakdanu. Izstopa še pobuda psihiatra ($n = 12$, 6 %), ki je v individualnem razgovoru ali med dnevnimi vizitami zaznal potrebo po aktivnem urejanju socialne problematike. Na tem mestu omenim primere, ko je bila pobudnica za začetek načrtovanja odpusta mama ($n = 7$, 3,5 %). Delež teh pobud je sicer nizek, vendar zadosten pokazatelj, da je mama še vedno tradicionalno tista, ki, pogosto ob odsotnem očetu, skrbi za otroke, ne glede na njihovo starost.

Med tistimi, ki so pobudo za načrtovanje dali sami, izstopajo samske osebe, ($n = 48$, 61,5 %), medtem ko v skupini vseh uporabnikov predstavljajo nekaj več kot polovico vseh. Prav tako pomoč in podporo ponudi socialna delavka največkrat samskim osebam ($n = 27$, 54 %). Podatek o stanju je razviden iz sprejemne dokumentacije in nam le malo pove o tem, ali osebe resnično nimajo nobenega bližnjega. Drugi podatki razkrijejo še, da uporabniki največkrat dajo pobudo v starostnih skupinah med 55 in 64 ($n = 25$, 32,1 %) let, podobno med 45 in 54 let ($n =$

22, 28,2 %) in med 25 in 44 let (n=17, 21,8 %). Uporabniki, ki so bili sami pobudniki za načrtovanje odpusta, so v največjem deležu brezposelni (n = 23, 29,5 %), sledijo invalidsko upokojeni (n = 19, 24,4 %) in zaposleni (n = 18, 23,1 %).

Graf 3.8: Pobudnik za načrtovanje odpusta

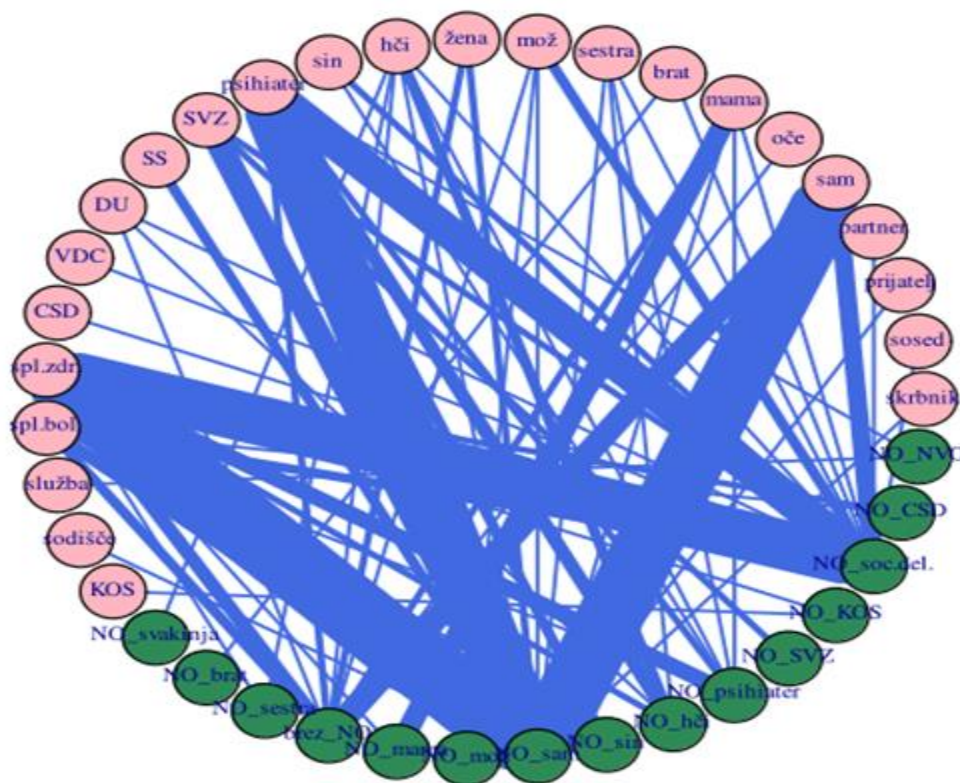


Rezultati so pokazali, da je bilo sprejetih na zdravljenje na pobudo osebnega zdravnika, med hospitalizacijo pa so pobudo za načrtovanje odpusta dali sami, 21 uporabnikov (10,5 %). Rezultat lahko razumem tako, da se je uporabnik z določeno težavo obrnil na splošnega zdravnika, hospitalizacija je bila prepoznana tudi kot priložnost za urejanje socialne problematike. Podobno lahko sklepam v primeru, ko se je za zdravljenje odločil sam (n = 18,9 %) in je bil hkrati tudi pobudnik za načrtovanje odpusta ter v primeru, ko v psihiatrično bolnišnico pride prek osebnega ambulantnega psihiatra (n = 16, 8 %). Tudi v tem primeru je pobudnik za načrtovanje odpusta najpogosteje uporabnik sam, pri čemer je njegova motivacija najmočnejša. Visok delež je razviden tudi v primeru, ko je uporabniku zdravljenje svetoval splošni zdravnik, pobudo za načrtovanje odpusta je dala socialna delavka, in sicer na podlagi podatkov, ki jih je dal uporabnik sam, ali na podlagi heteroanamnestičnih podatkov, pridobljenih od svojcev ali služb na terenu.

Grafika na sliki 3.1 je podrobneje razdelana (kategorije sem sicer naknadno združila) in prikazuje relacijo med pobudo za zdravljenje in pobudo za načrtovanje odpusta. V grafiki so rožnate elipse vrsta pobudnika za zdravljenje, zelene pa pobudnika za načrtovanje odpusta.

Širina povezave (modre črte) je proporcionalna številu parov pobude za zdravljenje in pobude za načrtovanje odpusta.

Slika 3.1: Relacije med pobudo za zdravljenje in pobudo za načrtovanje odpusta



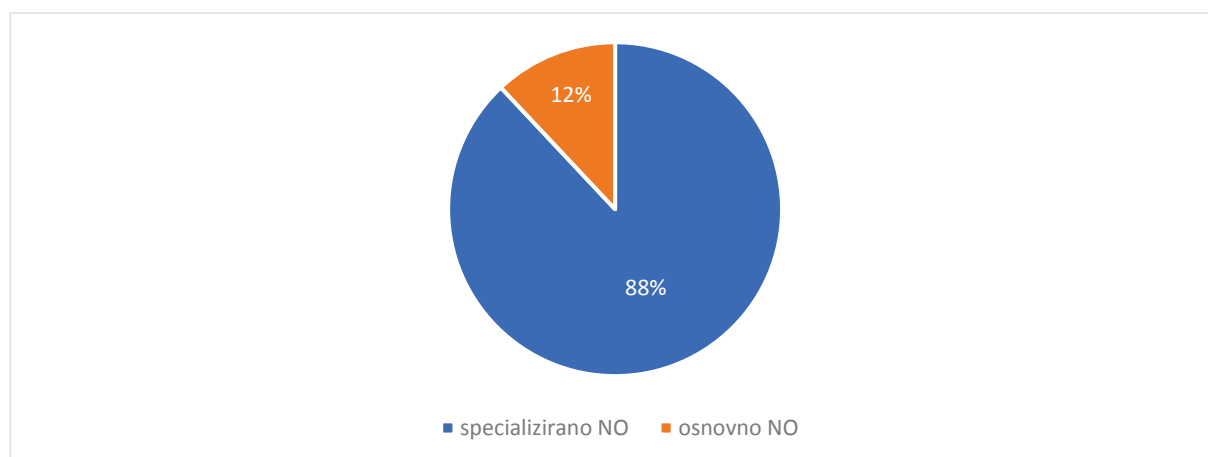
3.3.1.4. Potek načrtovanja odpusta

Teorija načrtovanja odpusta opredeljuje dve obliki: osnovno načrtovanje in specializirano načrtovanje odpusta (Lin, Cheng, Shih, Chu inTjung, 2012). Načrt odpusta v prvem primeru vključuje zdravstvene informacije in napotke od odpustnega psihiatra (odpustnica) in po potrebi oddelčne diplomirane medicinske sestre. V specializirano ali interdisciplinarno načrtovanje odpusta je vključen bolnišnični tim, prisotna je tudi socialna delavka, k sodelovanju so povabljene tudi uporabniku pomembne osebe. V tovrstno načrtovanje je bilo vključenih 88 % (n = 176) uporabnikov, katerih spisi in dokumentacija o skupinskem delu so del analize. V primeru osnovnega načrtovanja odpusta (n = 24, 12 %), pri katerem sodelujeta samo medicinska sestra in zdravnik, je prevladoval delež oseb, ki so v razmerju, iz česar lahko sklepamo, da pomoč in podporo za urejanje dobijo pri zakonskem ali zunajzakonskem partnerju ter pri svojih potomcih. Glede na spol ni bistvene razlike med moškimi in ženskami pri nobeni od oblik načrtovanja odpusta. Ob dejstvu, da je bila morda na ta način spregledana določena

uporabnikova potreba, ki bi se izkazala šele sčasoma, pa je dejstvo tudi naslednje. Primeri, ko gre samo za zdravstveno obravnavo in pri tem socialna delavka aktivno ne sodeluje, spodbudno nakazujejo na to, da ostajajo socialne delavke na polju delovanja po socialnem in ne medicinskem modelu.

Iz podatkov o zaposlitvenem statusu v povezavi z načrtovanjem odpusta je razvidno, da je bilo specializirano načrtovanje odpusta najbolj intenzivno pri uporabnikih, ki so trenutno brez zaposlitve (26,1 %, v celotnem vzorcu 23 %) oziroma redno upokojenimi (29,0 %, v celotnem vzorcu 30,5 %) ali invalidsko upokojenimi (18,8 %, v celotnem vzorcu 17,5 %). Podatki nakazujejo, da je tako s statusom brezposelne osebe kot invalidsko oziroma redno upokojenim povezanih mnogo stisk, saj sta obe skupini iz socialno-ekonomskega vidika ogroženi, kar ima nedvomno pomemben vpliv tudi na psihično počutje uporabnikov in s tem na morebitno potrebo po hospitalizaciji.

Graf 3.9: Število uporabnikov, vključenih v osnovno in specializirano NO

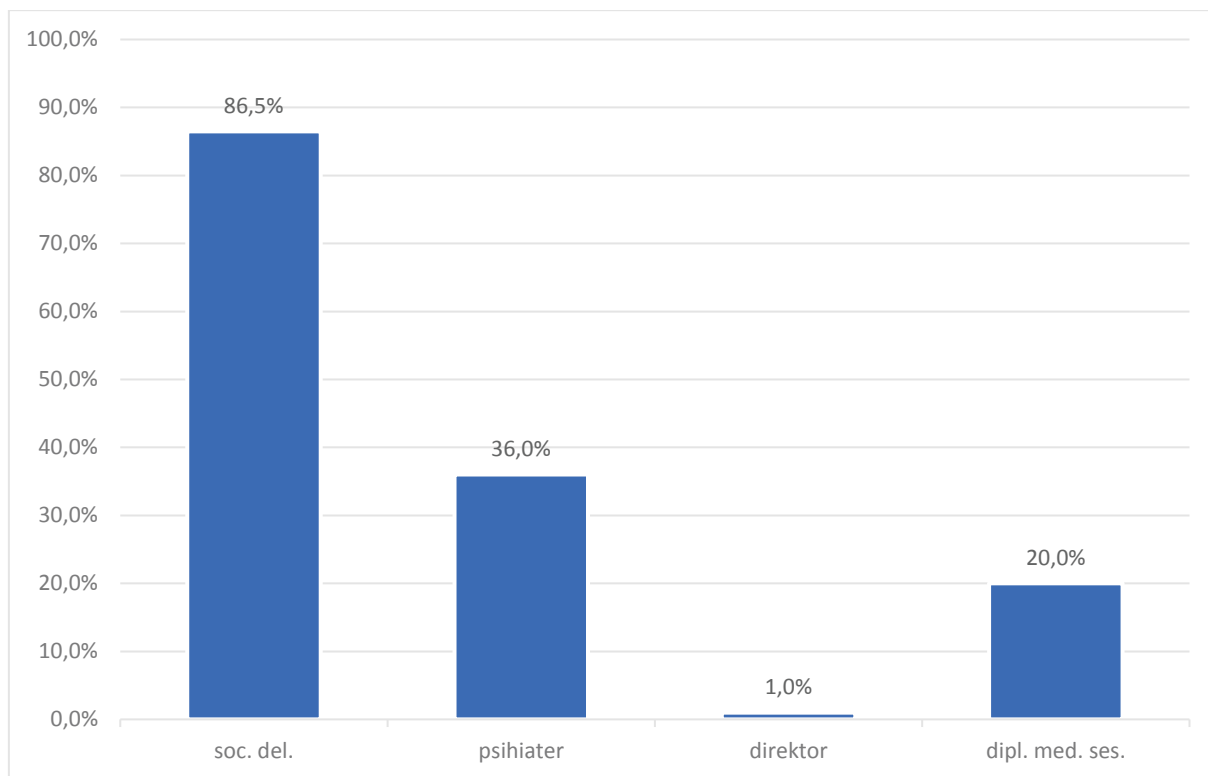


3.3.1.5. Strokovni tim, vključen v načrtovanje odpusta

Zanimalo me je, ali je iz spisov, ki so bili predmet analize, moč razbrati, kateri strokovni profili so sodelovali s svojim prispevkom pri obravnavi uporabnika v času zdravljenja. V tem primeru gre seveda za raziskovanje potreb in iskanje odgovorov nanje od socialne službe, zato ne preseneča podatek, da je bila socialna delavka vključena kar v 86,5 % (n = 173) izmed vseh 200 sprejetih uporabnikov, katerih dokumentacija je bila vključena v raziskavo. Pri tem je v 36 % (n = 72) potrebovala sodelovanje psihiatra, predvsem v smislu pisanja zdravniških mnenj in priporočil, diplomirana medicinska sestra je bila vključena v 20 % (n = 40) (pisanje dela v mnenju o zdravstvenem stanju, ki se nanaša na zdravstveno nego in kontakti s patronažnimi

službami). V dveh primerih oziroma v 1 % je bil v postopek vključen direktor psihiatrične bolnišnice, šlo je za sprožitev postopka namestitve proti volji po Zakonu o duševnem zdravju (2008).

Graf 3.10: Strokovni delavci, vključeni v načrtovanje odpusta

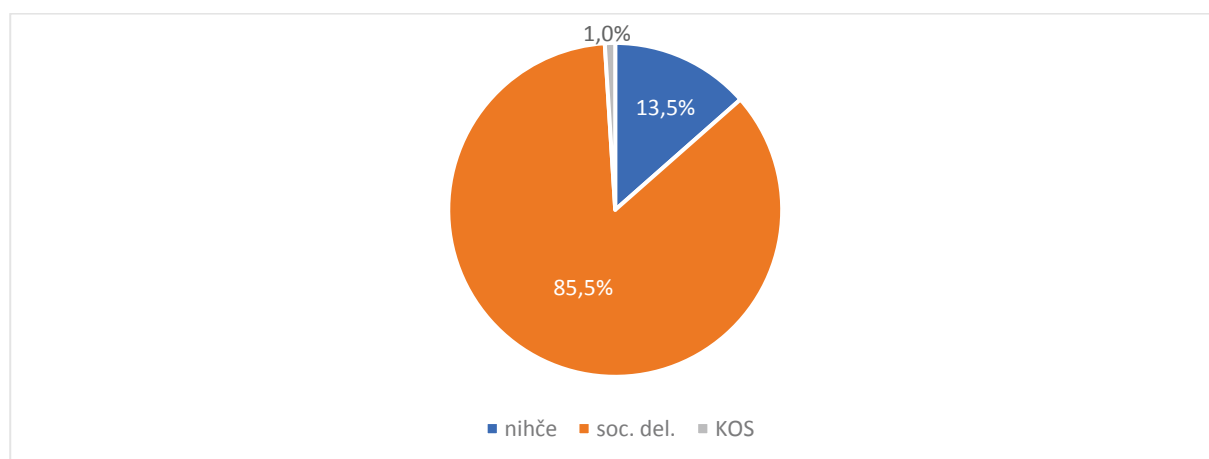


Teorija načrtovanja odpusta jasno nakazuje potrebo po ključni osebi v samem procesu načrtovanja odpusta. Po meni dostopnih podatkih v Sloveniji ne poznamo koordinatorja odpusta iz psihiatrične bolnišnice, zato to eksplicitno tudi ni bilo razvidno iz nobene bolnišnične dokumentacije, tudi ne iz dokumentacije socialne službe, ki sem jo analizirala. Zato sem kot kriterij vzela zapise, kjer je bilo moč razbrati ključno osebo, »nosilko primera« pri načrtovanju odpusta.

Popolnoma objektivna ocena v tem primeru ni bila mogoča. Ugotavljam, da ključne osebe ni bilo mogoče definirati v 13,5 % ($n = 27$). Nesporno dejstvo je zagotovo to, da je glavni odločevalec glede sprejema na zdravljenje, poteka zdravljenja in samega odpusta zdravnik psihiater, ki bi ga v tem pogledu seveda lahko označili za ključno osebo. Če pa se osredotočim na druge vidike obravnave v bolnišnici, potem je v dveh primerih (1 %), čeprav ni zaposlena v psihiatrični bolnišnici, ključno vlogo imela koordinatorica obravnave v skupnosti (KOS), kar v 85,5 % ($n = 171$) pa je bila ključna oseba pri načrtovanju odpusta socialna delavka, ki je dajala

pobude, koordinirala delo oddelčnega tima v kontekstu načrtovanja odpusta, sodelovala z uporabnikom in njegovo družino ter bila most med bolnišnico in službami v skupnosti. Ob tem je potreben kritičen razmislek o visokem deležu socialnih delavk kot koordinatork, ki ga je mogoče pripisati dejstvu, da gre za analizo dokumentacije socialne službe in je pričakovano prav prispevek socialnega dela najbolj razviden in podrobno dokumentiran.

Graf 3.11: Ključna oseba pri načrtovanju odpusta

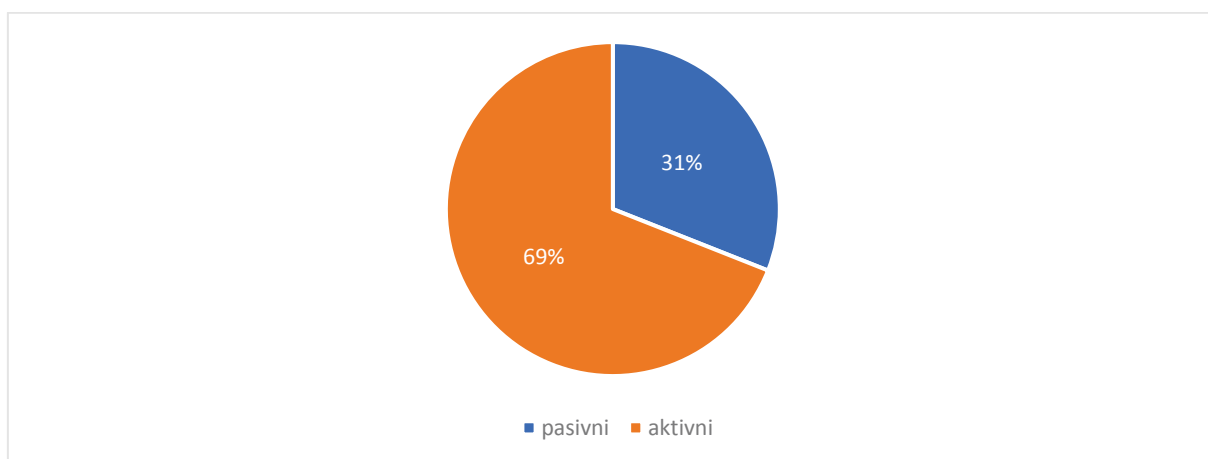


3.3.1.6. Sodelovanje uporabnikov pri načrtovanju odpusta

Preverjala sem aktivnost uporabnikov pri samem načrtovanju odpusta. Aktivnost sem definirala kot pisanje vlog, ogled in razgovore v društvih, nevladnih organizacijah, domovih za starejše, socialnovarstvenih zavodih, pisanje prošenj, vključenost v skupinsko delo v času zdravljenja, telefonski klici uporabnikov. Pri tem gre morda za nekoliko subjektivno oceno, pa vendar je bilo iz samega delovnega odnosa mogoče razbrati prispevek uporabnika, na primer pisanje vlog, ogled in razgovor v društvu, pisanje prošenj in na drugi strani uporabniki, ki tega predvsem zaradi zdravstvenih razlogov niso želeli ali zmogli, ali pa ni bila izkazana potreba po sodelovanju s socialno delavko. V času zdravljenja je bilo aktivnih 69 % ($n = 138$) uporabnikov, kot pasivne pa sem glede na dokumentacijo opredelila 31 % ($n = 62$) vključenih v raziskavo. Glede na to, da je bilo v specializirano načrtovanje odpusta vključenih 88 % uporabnikov in iz sodelovanja lahko izločim uporabnike, pri katerih je šlo samo za osnovno načrtovanje odpusta (12 %), potem lahko ugotovim, da aktivno ni sodelovalo samo 19 % uporabnikov, pri katerih se je izvajalo načrtovanje odpusta; bodisi zaradi zdravstvenih razlogov ali zato, ker tega niso želeli.

Ugotavljam, da ni pomembne razlike med spoloma, in sicer pri obeh skupinah, tako pri aktivnih kot tudi pri neaktivnih v tem procesu. Glede na starost ni bistvenih razlik med neaktivnimi, medtem ko pri aktivnih ponovno izstopata starostni skupini med 25 in 44 let ($n = 43$, 31,2 %) ter 55 in 64 let ($n = 39$, 28,3 %); ponovno gre za delovno aktivno populacijo (predvsem v prvem primeru), v drugem primeru pa že za potrebo po spremembi statusa, pogosto kot posledico zdravstvenih težav (na primer invalidski postopek).

Graf 3.12: Pasivna in aktivna vloga uporabnika pri načrtovanju odpusta



Sodelovanje uporabnikov pri načrtovanju odpusta ponazarjam z izseki iz spisov, ki prikazujejo prakse sodelovanja med socialno delavko in uporabnikom. Podatke, ki bi lahko kakorkoli identificirali uporabnike in uporabnice, so izpuščeni.

Primer 1:

Datum: ... Gospa ... se obrne na socialno službo, prosi za pogovor. Pove, da je v finančni stiski, banki dolguje 83 € in da so ji zato zablokirali račun. Poskusiva vzpostaviti telefonski stik z banko, vendar so neodzivni. Ponovno poskusiva jutri (tel. št XXXX).

... predstavim možnost uveljavljanja denarne socialne pomoči, za kar se odloči. Predhodno o tem ni bila informirana. Izpolniva vlogo za DSP, pošljem na CSD ...

Datum: ... Kličemo NLB glede vprašanja aktivnega računa pri gospe, ki ga potrebuje za nakazilo DSP. Povejo, da račun ni aktiven, da je bil zaprt z dnem ...

Telefonsko kontaktirava mamo, predlagamo možnost nakazila sredstev mami, dokler se ne uredi zapleta z zaprtim bančnim računom. Ob tem mama poudari, da je doma zelo težko, da sami težko zmoreta tako finančno kot tudi glede gospodinjskih opravil.

Dogovor: stik pristojnega CSD v zvezi z možnostjo finančne pomoči (IDS)) in eventualno pomoči na domu.

Datum: ... v pogovoru pove, da ji primanjkuje oblačil, kontaktiram RK, konf.: 40; noga št: 39.
Bodo pripravili in poslali po vozniku – prejela dne ...

Primer prikazuje urejanje materialne stiske – urejanje denarne socialne pomoči, ki pa je razkrilo kompleksnejšo situacijo (blokada računa) in iskanje različnih možnosti, da je bila realizacija možna. Uporabnica je bila ves čas v aktivni vlogi, aktivno je bila udeležena tudi mama. Stik je bil vzpostavljen s tremi službami na terenu. Socialna delavka je bila v vlogi informatorke in koordinatorke. Prepoznamo svetovanje, preskrbo in oskrbo. Sodelovanje se je začelo na pobudo uporabnice.

Primer 2:

Datum: ... Do gospe pristopim na oddelku na pobudo oddelčne zdravnice, ki ji je gospa ... izpostavila svoje skrbi. V pogovoru pove, da jo je strah, boji se vsega, sosedje ji kradejo, tudi hči jo preganja. Prosi, da pokličeva hči ..., vendar sama z njo ne želi govoriti. Telefon ima vključen zvočnik, hčeri povem, da mama prosi za higienski pribor, denar, obleko in perilo. Hči pove, da bo morda sama pripeljala. Gospa ... vztraja, da ne želi obiska, kar je upoštevano.

Dogovor: Hči bo potrebščine in denar pustila na receptorski službi, ostanemo v stiku.

Datum: ... Gospa ... pove, da je treba najti njeno denarnico, ki je v nahrbtniku, ki ga je pustila doma, ne ve točno, kje, zdi se ji, da v hlevu. Pokličemo hči, bo preverila.

Datum: ... Pokliče hči, pove da so našli mamin nahrbtnik pri ..., tako da ni preklicala bančne kartice.

Pobudo za sodelovanje je dala lečeča zdravnica, na katero se je obrnila uporabnica, nakazano je timsko delo. Sklepamo lahko, da ni bila informirana o možnosti sodelovanja s socialno delavko. Sprejme sodelovanje, vzpostavita stik s hčerjo. Socialna delavka jo vključi v urejanje (telefon da na mikrofoni) ter pri tem upošteva, da hči ne želi osebno govoriti z mamo. Socialna delavka je bila v vlogi informatorke in koordinatorke. Prepoznani načini ravnanja so svetovanje, preskrba in oskrba, v delu sodelovanja s svojci tudi zastopnica. K sodelovanju so bili povabljeni svojci, pri tem se upošteva želje uporabnice, v kolikšnem obsegu so vključeni. Nakazano je nadaljnje sodelovanje.

Primer 3:

Datum: ... Gospa ... želi pogovor, pove, da se je odločila, da se v staro službo ne vrne več, išče novo. Skrbi jo, ker so ji vzeli vozniško dovoljenje, ga bo morala delati ponovno. Delala bi kot osebna asistentka invalidnim osebam. Še raje bi bila frizerka za pse, vendar še nima licence.

Dogovor: Prvi njen cilj je, da se odloči, kje bo živela, saj bo v tistem okolju iskala novo zaposlitev. Pove, da bo partner ostal v stanovanju v ..., ona pa se bo verjetno preselila nazaj k staršem v Ima tudi sestro, s katero se dobro razume. Ko dobi službo, bo lahko pridobila še

licenco za frizerja psov. Še enkrat bo delala izpit za avto. Ponovno bo poklicala dne ... da bo sporočila, kako je uredila in če še kaj potrebuje.

Sodelovanje socialne delavke in uporabnice se je začelo na pobudo zadnje. Prikazuje primer urejanja službene problematike. Socialna delavka je podprla uporabnico pri tem, da si poišče novo zaposlitev, se dodatno izobražuje. Socialna delavka je v vlogi svetovalke, ki skupaj z uporabnico raziskuje, kakšne so njene možnosti. Razvidna je postavitev ciljev in iskanje načinov za uresničitev – stalno bivališče, zaposlitev, nadaljnje izobraževanje.

Primer 4:

Datum: Gospoda --- obiščem na moškem sprejemnem oddelku, leži v svoji postelji. Pogovor je na pobudo lečečega psihiatra, v zvezi z vključitvijo v terapevtski program za urejanje odvisnosti – dvojne diagnoze. Pove, da se domov ne more vrniti, starši so postavili pogoj zdravljenje odvisnosti. Je brezposeln, prijavljen na Zavodu za zaposlovanje, prejema denarno socialno pomoč. Bil je že v CZOPD, programa ni končal.

Predstavim mu možnost vključitve v in – program za dvojne diagnoze. Bo razmislil.

Datum: pove, da se je odločil za vključitev v program ..., prosi, če lahko začnemo z izpeljavo postopka. Skupaj pokličeva strokovno delavko ..., dogovorimo se za razgovor. Govorim z lečečim psihiatrom, napisal bo zdravniško mnenje.

Dogovor: Popolne bo napisal prošnjo z življenjepisom, ponudim papir in svinčnik.

Datum: ... celotna dokumentacija je bila priporočeno poslana na naslov

Sodelovanje med socialno delavko in uporabnikom se začne na pobudo lečečega zdravnika, ki je zaznal potrebo po urejanju odvisnosti. Uporabnik se s sodelovanjem strinja. Razvidno je timsko delo in avtonomija socialne delavke. Socialna delavka je bila v vlogi svetovalke, informatorke in koordinatorke celotnega postopka. Uporabnik je bil pri tem aktiven, postavljeni so bili cilji, s službo v skupnosti je bil v stiku, aktivno je sodeloval tudi sicer, glede na izkušnje, značilno za programe urejanja odvisnosti. Napisal je prošnjo z življenjepisom. Socialna delavka je vso dokumentacijo poslala priporočeno na njihov naslov. Svojci v tem primeru niso sodelovali, kar nakazuje na slabe odnose, s katerimi pa se med zdravljenjem ni ukvarjalo, niti niso bile k sodelovanju povabljene druge osebe iz njegove socialne mreže.

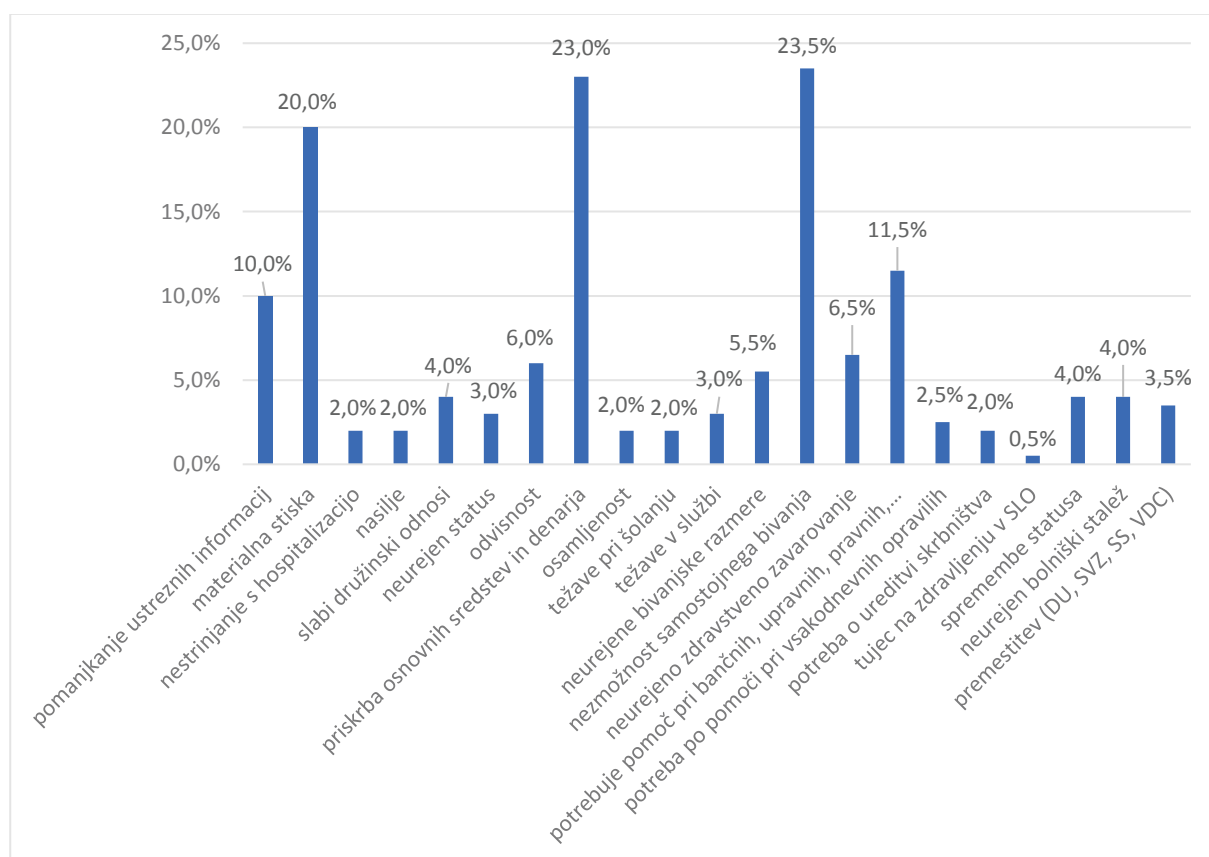
3.3.1.7. Ocena potreb in zastavljeni cilji v procesu načrtovanja odpusta

Zanimalo me je, katere potrebe so bile razvidne iz dokumentacije socialne službe. Pri mnogih uporabnikih je bilo ugotovljenih več potreb, nekatere so se pokazale šele med zdravljenjem, oziroma v procesu načrtovanja odpusta. Kot je prikazano v stolpičnem diagramu,

je največ potreb povezanih z nezmožnostjo samostojnega bivanja iz zdravstvenih razlogov ($n = 47$, 23,5 %), sledijo potrebe, povezane s preskrbo osnovnih sredstev in denarja (46 ali 23 %). Na tretjem mestu so potrebe, povezane materialno stisko ($n = 40$, 20 %). Veliko uporabnikov je potrebovalo pomoč pri urejanju bančnih, upravnih in pravnih zadev ($n = 23$, 11,5 %). Pokazala se je tudi potreba po nujenju ustreznih informacij, ki jih uporabniki potrebujejo v vsakdanjem življenju ($n = 20$, 10 %), sledi potreba po urejanju zdravstvenega zavarovanja ($n = 13$, 6,5 %). V nadaljevanju si prepoznane potrebe sledijo takole: potreba po ureditvi zasvojenosti ($n = 12$, 6 %), neurejene bivanjske razmere ($n = 11$, 5,5 %), potreba po spremembi statusa, neurejen bolniški stalež in slabi družinski odnosi ($n = 8$, 4 %), potreba po premestitvi iz ene ustanove v drugo se je pokazala pri sedmih uporabnikih (3,5 %), neurejen status in težave v službi ($n = 6$, 3 %), potreba po pomoči pri vsakodnevnih aktivnostih ($n = 5$, 2,5 %), potreba po urejanju skrbništva, težave pri šolanju, osamljenost, nestrinjanje s hospitalizacijo in ugotovljeno nasilje v domačem okolju ($n = 4$, 2 %), potrebe, povezane z vračanjem tujca nazaj v domovino ($n = 1$, 0,5 %).

Razvidno je, da je bilo največ potreb ugotovljenih s področja bivanjske problematike in materialne stiske in z njo povezanimi problemi.

Graf 3.13: Ocena ugotovljenih potreb v procesu načrtovanja odpusta



Na podlagi ugotovljenih potreb so bili v procesu načrtovanja odpusta skupaj z uporabniki postavljeni tudi cilji, ki naj bi bili doseženi že med hospitalizacijo ali po končanem zdravljenju in vrnitvi v skupnost.

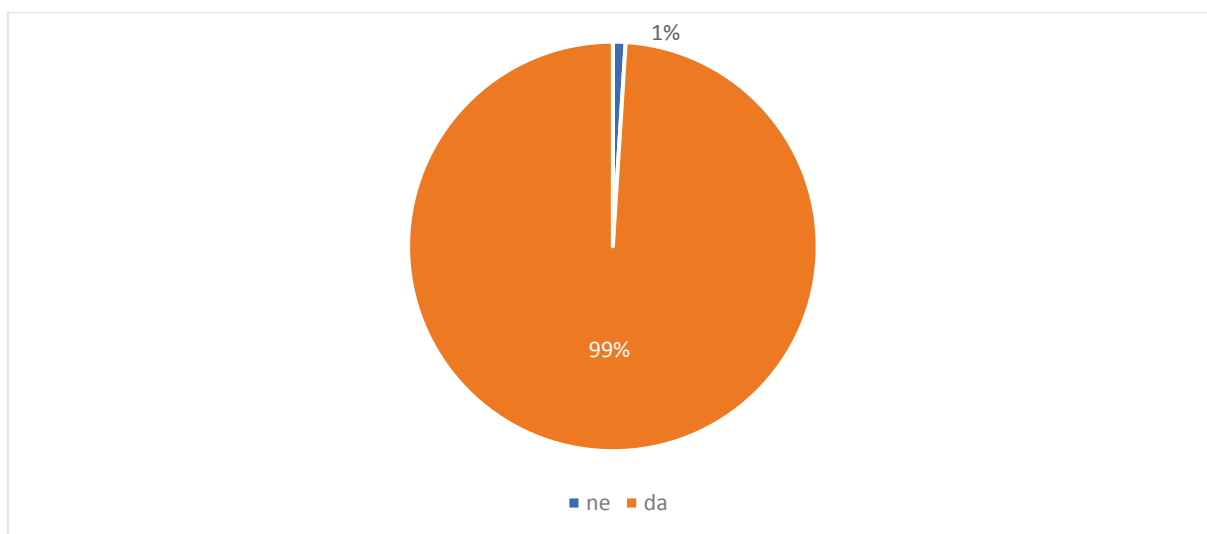
Največkrat postavljen cilj je bil vključitev v eno izmed oblik pomoči in podpore v skupnosti (n = 34, 17 %). Za katere službe gre in koliko je teh služb, sem preverjala posebej. Sledijo cilji, povezani z nameščanjem v domove za starejše ljudi, socialnovarstvene zavode in varstveno delovne centre (n = 27, 13,5 %). Na tretjem mestu je urejanje pravnih, upravnih in bančnih zadev (n = 23, 11,5 %). Edukacija kot cilj je bila postavljena v 20 primerih (10 %), sledi preskrba osnovnih potrebščin (n = 18, 9 %), urejanje zdravstvenega zavarovanja (n = 15, 7,5 %), pomoč pri urejanju izrednih denarnih socialnih pomoči (n = 13, 6,5 %), pomoč pri urejanju rednih denarnih socialnih pomoči in pomoč pri urejanju zasvojenosti (n = 12, 6 %), pomoč pri prijavi na urad za delo in pomoč pri urejanju bolniškega staleža (n = 8, 4 %), pomoč pri urejanju skrbništva in urejanje pomoči na domu (n = 7, 3,5 %), pomoč pri urejanju nameščanja proti volji po Zakonu o duševnem zdravju (2008) (n = 5, 2,5 %), pomoč pri urejanju osebne asistence, sodelovanje pri urejanju invalidskega postopka in namestitev v stanovanjsko skupnost (n = 4, 2 %), dogovor o pogojih dela v službi, dogovor o nadaljevanju šolanja in namestitev v zasebna bivališča (n = 3, 1,5 %), urejanje varstvenega dodatka, krizne namestitve zaradi nasilja v domačem okolju in vključitev v družinsko obravnavo zaradi slabih odnosov (n = 2, 1 %) ter v enem primeru (0,5 %) cilji, povezani z namestitvijo v zavetišče za brezdomce, vrnitev tujca v svojo državo ter ureditev svojega domačega okolja zaradi neustreznih bivalnih pogojev.

Ukrepi	Procent
edukacija o možnih virih pomoči v skupnosti	10,0%
uređitev IDSP	6,5%
uređitev varstvenega dodatka	6,0%
uređitev varstvenega dodatka	1,0%
uređitev varstvenega dodatka	1,0%
uređitev varstvenega dodatka	1,0%
uređitev varstvenega dodatka	6,0%
uređitev varstvenega dodatka	9,0%
uređitev varstvenega dodatka	17,0%
uređitev varstvenega dodatka	1,5%
uređitev varstvenega dodatka	1,5%
uređitev varstvenega dodatka	2,0%
uređitev varstvenega dodatka	13,5%
uređitev varstvenega dodatka	2,5%
uređitev varstvenega dodatka	0,5%
uređitev varstvenega dodatka	1,5%
uređitev varstvenega dodatka	7,5%
uređitev varstvenega dodatka	11,5%
uređitev varstvenega dodatka	3,5%
uređitev varstvenega dodatka	2,0%
uređitev varstvenega dodatka	3,5%
uređitev varstvenega dodatka	0,5%
uređitev varstvenega dodatka	2,0%
uređitev varstvenega dodatka	4,0%
uređitev varstvenega dodatka	4,0%
uređitev varstvenega dodatka	0,5%

3.3.1.8. Faze načrtovanja odpusta

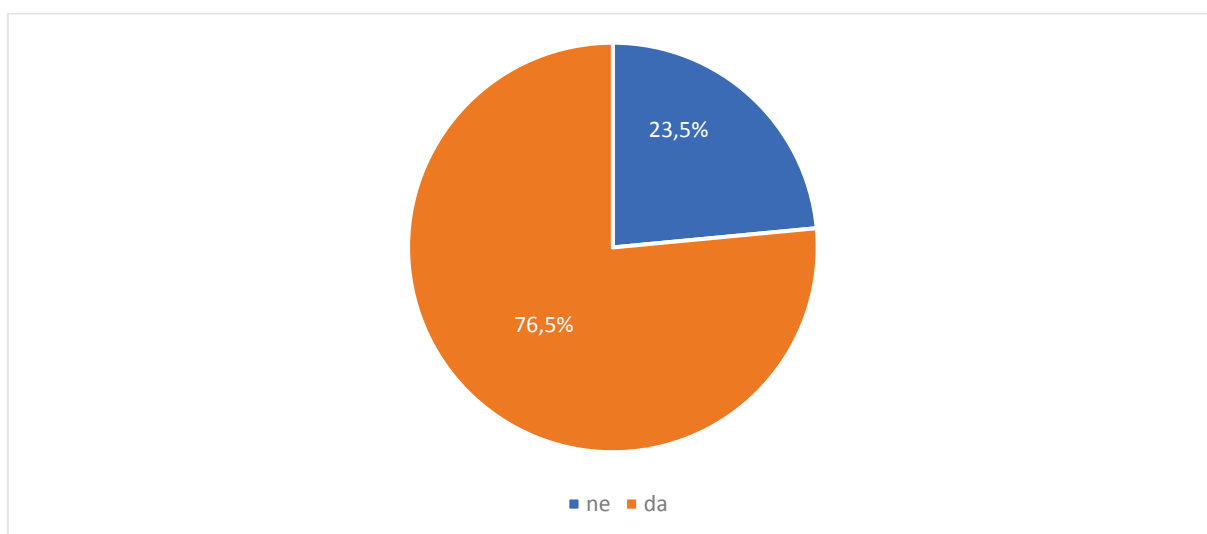
Načrtovanje odpusta poteka v več fazah: začetno (uvodno) srečanje, redna srečanja in zadnje srečanje. Za drugo fazo (redna srečanja) je običajno potrebnih več srečanj, število in čas trajanja nista vnaprej določena (Alghzawi, 2012). Trajanje je delno povezano z intenzivnostjo situacije in potreb (Flaker, 2015). Raziskava je pokazala, da je socialna delavka opravila uvodni razgovor skoraj z vsemi, katerih dokumentacija je bila vključena v raziskavo, z izjemo dveh uporabnikov (99 %). V tem primeru je šlo za slabo zdravstveno stanje, ki tega ni dopuščalo.

Graf 3.15: Izvajanje uvodne faze NO



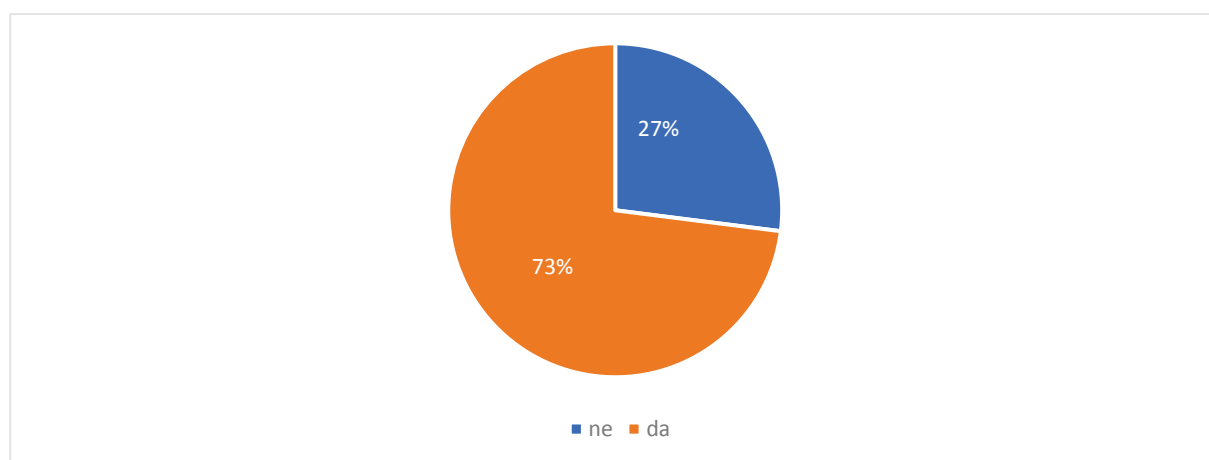
V redna srečanja običajno niso vključene osebe, pri katerih niso bile ugotovljene potrebe, ki se jih je obravnavalo v okviru načrtovanega odpusta, in je šlo v večini primerov za osnovno načrtovanje odpusta zdravnika in medicinske sestre, oziroma je bil odgovor na ugotovljene potrebe najden že med prvim ali po prvem, uvodnem srečanju. Raziskava je razkrila, da je bilo v redna srečanja s socialno delavko vključenih 153 uporabnikov, kar je 76,5 % vseh oseb, katerih dokumentacija je bila vključena v raziskavo. V okviru redne faze načrtovanja odpusta je največkrat prišlo do srečanja med socialno delavko in uporabnikom v razponu med enim in šestimi srečanji. Izstopa primer uporabnice, ki je s socialno delavko imela kar devetindvajset srečanj.

Graf 3.16: Izvajanje redne faze NO



Analiza spisov socialne službe je razkrila, da je ob koncu zdravljenja oziroma načrtovanja odpusta imelo zaključno srečanje s socialno delavko 146 (73 %) uporabnikov, katerih dokumentacija je bila vključena v raziskavo. Večinoma je zadnje srečanje potekalo na odpustni dan, ni pa nujno, lahko že kakšen dan prej, ko se njuno sodelovanje konča. Iz dokumentacije socialne službe je bilo razvidno, da je bila narejena evalvacija opravljenega dela, dogovori za nadaljnje sodelovanje s službami v skupnosti, ali pa je šlo samo za dvig vrednostnih predmetov in denarja iz oddelčnih blagajn, ki jih upravljajo in zanje skrbijo socialne delavke.

Graf 3.17: Izvajanje zadnje faze NO

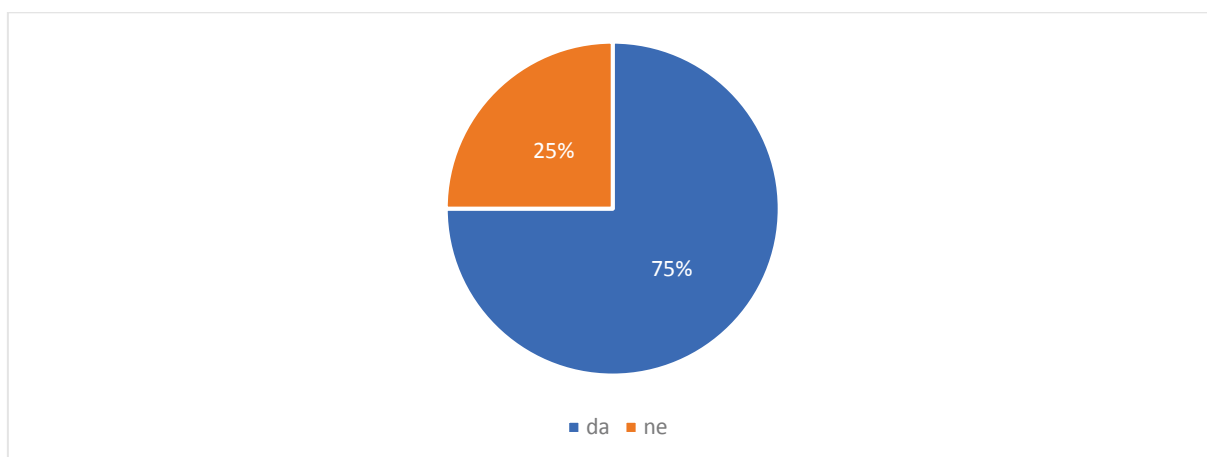


3.3.1.9. Metode dela pri načrtovanju odpusta

Metode dela socialne delavke v psihiatrični bolnišnici temeljijo pretežno na delu s posameznikom, aktivno pa sodeluje tudi pri skupinskem delu, kar je razvidno iz dokumentacije socialne službe.

Raziskava je pokazala, da največkrat socialne delavke vodijo treninge socialnih veščin, vaje so vnaprej pripravljene. Uporabniki so vključeni tudi v različne tematske skupine, kjer si temo, o kateri se želijo pogovarjati, izberejo sami. Pomembne so tudi edukativne vsebine, ključnega pomena je opismenjevanje na področju duševnega zdravja. V psihiatrični bolnišnici sodelovanje v skupinskih aktivnostih ni neposredno vezano na načrtovanje odpusta, je pa vsako skupinsko delo pomemben del načrtovanja odpusta. Običajno v skupini ne sodelujejo samo uporabniki, pri katerih gre za zelo kratkotrajne hospitalizacije ali pa jim zdravstveno stanje to onemogoča. Podatki kažejo, da je bilo v eno izmed oblik skupinskega dela vključenih kar 75 % uporabnikov, katerih dokumentacija je bila vključena v raziskavo odpusta iz psihiatrične bolnišnice.

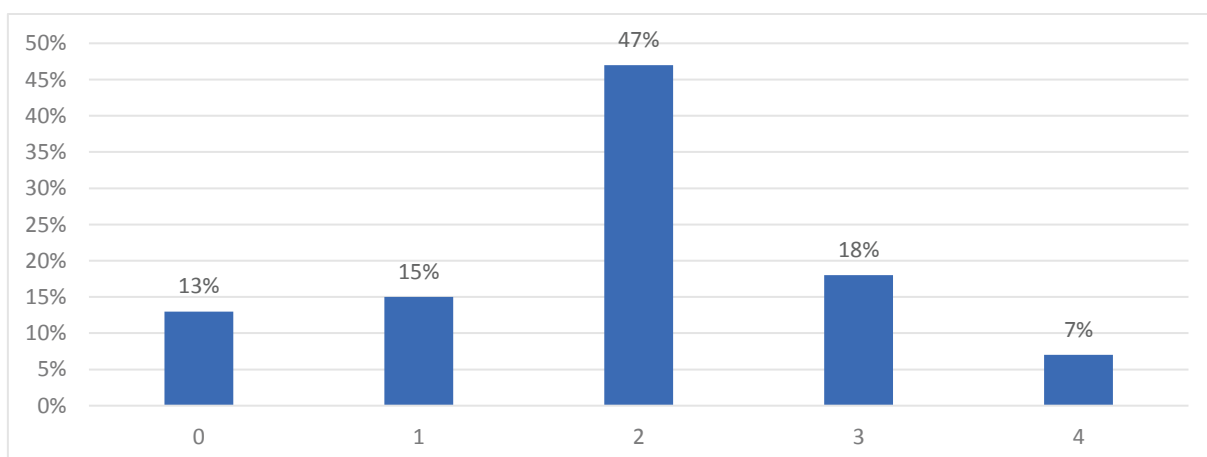
Graf 3.18: Vključenost uporabnikov v skupinsko delo



3.3.1.10. Sodelovanje s službami v skupnosti

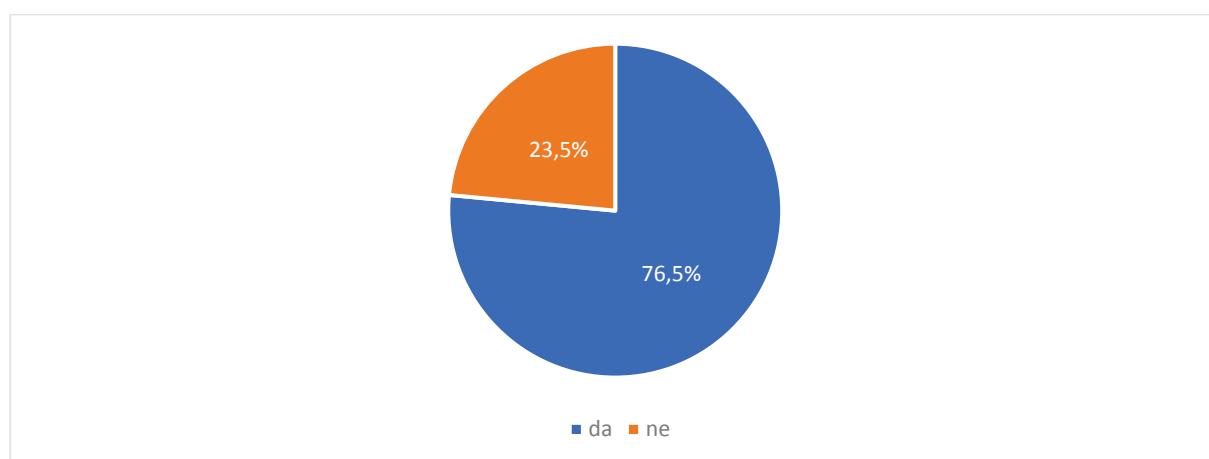
Načrtovanje odpusta torej poteka v več fazah. V drugi fazi socialna delavka in uporabnik že vzpostavita stik s službami v skupnosti, glede na ugotovljene potrebe in postavljene cilje v prvi fazi. Rezultati so pokazali, da je bilo v kar 47 % (n = 94) sodelovanje vzpostavljeno z dvema službama v skupnosti, v 18 % s tremi službami v skupnosti, v 15 % (n = 30) pa z eno službo oziroma ustanovo. V 13 % (n = 26) načrtovanje odpusta ni bilo vezano na nobeno službo v skupnosti in je bilo cilje mogoče doseči brez povezovanja. Kar 7 % (n = 14) je imelo tako kompleksne potrebe, da so bile vključene celo štiri službe. Podatki razkrijejo kompleksnost urejanja socialne problematike v procesu načrtovanja odpusta, saj je bilo v večini primerov potrebno sodelovanje vsaj dveh služb – bolnišnične socialne službe in služb na terenu oziroma v skupnosti.

Graf 3.19: Število zunanjih sodelujočih služb pri načrtovanju odpusta



Zanimalo me je, ali bo iz spisov socialne službe razvidno sodelovanje s skupnostjo, oziroma s službami na terenu, kar naj bi bil nujni sestavni del načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice. Ugotavljam, da je bilo vsaj z enim stikom, bodisi pisnim ali ustnim, prek telefona ali osebno, sodelovanje vzpostavljeno v 153 primerih, kar je 76 %.

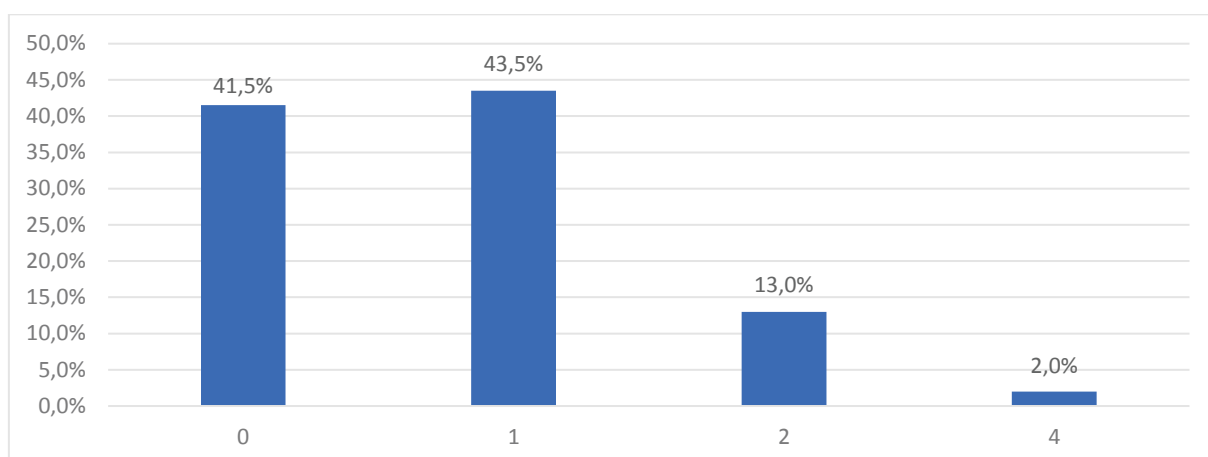
Graf 3.20: Sodelovanje s službami izven psihiatrične bolnišnice



3.3.1.11. Dokumentacija pri načrtovanju odpusta

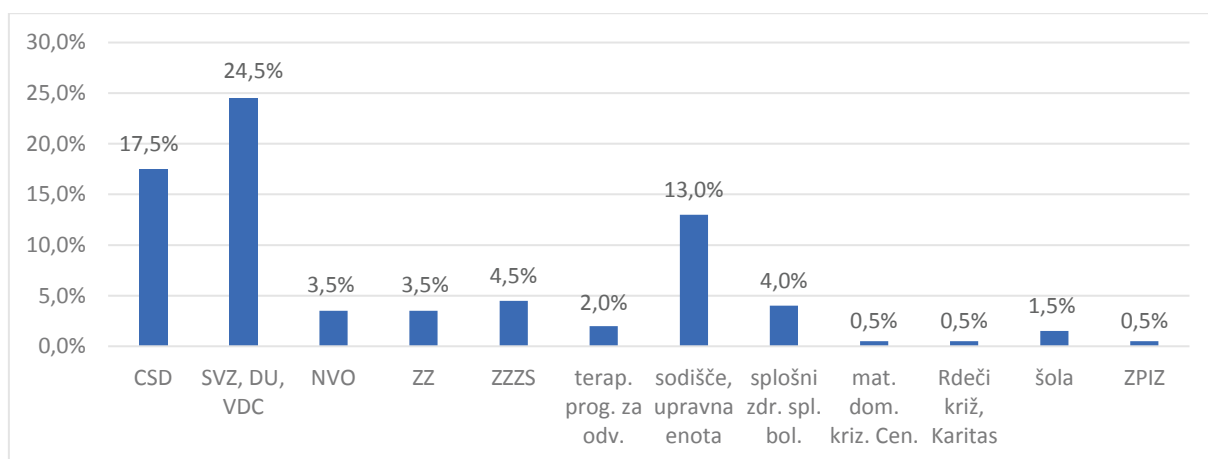
Dokumentacija socialne službe je zagotovo nekaj, s čimer mora socialna delavka ravnati preudarno in previdno. V kontekstu sodelovanja z zunanjimi službami je pogosto potrebno tudi formalno urejanje, ki običajno zajema pisanje prošenj (nameščanje v stanovanjske skupnosti, vključevanje v različne programe urejanja zasvojenosti), pošiljanje vlog (redna in izredna denarna socialna pomoč, varstveni dodatek, zdravstvena zavarovanja, namestitve v domove starejših in socialnovarstvene zavode), različna mnenja (o zdravstvenem stanju, socialna poročila, psihiatrično mnenje). Zanimalo me je, koliko je bilo te dokumentacije pri uporabnikih, katerih spise sem analizirala v tej raziskavi. Večino urejanja je bilo vezanega na eno vlogo ($n = 87$, 43,5 %) ali na nobeno ($n = 83$, 41,5 %). V 13 % ($n = 26$) sta bili poslani dve vlogi, v štirih primerih (2 %) pa so bile poslane tri vloge. Iz spisov je bilo razvidno, da je bil običajno sprva vzpostavljen telefonski stik, v skladu z dogovorom pa naknadno poslana (običajno po navadni pošti, občasno pa po elektronski) še ustrezna dokumentacija.

Graf 3.21: Število poslanih vlog



Največ dokumentacije je bilo poslano v SVZ, DU in VDC, kar 49, kar znaša 24,5 %. Sledi dokumentacija, pripravljena za CSD (n = 35 ali 17,5 %), ZZZS (n = 9 ali 4,5 %), splošnemu zdravniku ali v druge bolnišnice osem (4 %), v nevladne organizacije in na urade za delo je bilo poslano enako število dokumentacije (n = 7 ali 3,5 %), štiri (2 %) vrste papirologije so bile poslano v terapevtske programe za odvisne, tri (1,5 %) v šole, po ena vloga (0,5 %) oziroma druge vrste dokumentacija pa je bila poslana v materinski dom, na Rdeči križ in na ZPIZ.

Graf 3.22: Kam je bila poslana dokumentacija med načrtovanjem odpusta



3.3.1.12. Bivanje uporabnikov po končanem zdravljenju

V raziskavi me je zanimalo, kam so bili, glede na dokumentacijo, uporabniki odpušeni. 66 % (n = 132) se jih je vrnilo v domače okolje, kar 34 % (n = 68) pa je potrebovalo drugo

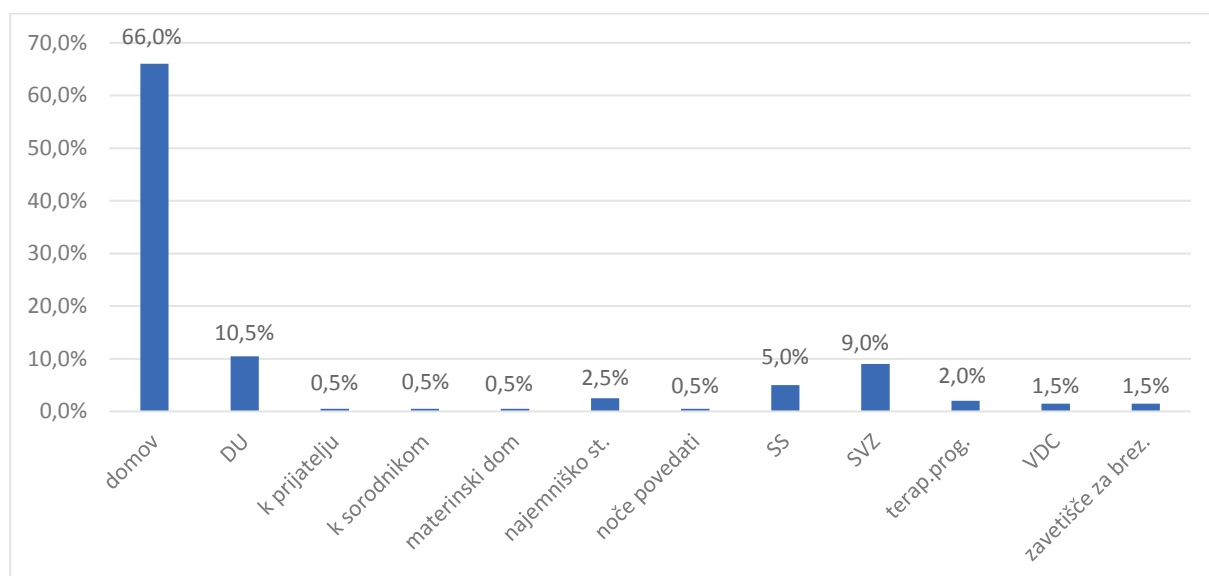
namestitev oziroma pomoč pri iskanju drugih rešitev, če iz različnih razlogov ne morejo nazaj v domače okolje.

Kljub poskusom dezinstitutionalizacije, ki naj bi se izrazila v zapiranju in preoblikovanju socialnih in zdravstvenih institucij, pa raziskava razkrije precejšen delež uporabnikov, ki so bili nameščeni v domove starejših ($n = 21$, 10,5 %) in v socialnovarstvene zavode ($n = 18$, 9 %). Med njimi so tudi uporabniki, ki so bili nameščeni po 75. členu Zakona o duševnem zdravju (2008), ki natančno opredeljuje pogoje za sprejem brez privolitve na varovani oddelek.

Za bivanje v stanovanjskih skupnostih, ki delujejo pod okriljem nevladnih organizacij, se je odločilo 5 % ($n = 10$) uporabnikov, katerih dokumentacija je bila analizirana.

Nekoliko izstopa pomoč pri iskanju najemniškega stanovanja, kjer morata socialna delavka in uporabnik skupaj raziskovati trg nepremičnin, ter vključitev v terapevtske programe, kot so Pelikan, Karitas, Projekt človek, Vrtnica in podobne. Zadnji so programi urejanja odvisnosti, pri katerem v celoti postopek vodi socialna delavka v sodelovanju z uporabnikom. Zdravnik se vključi le s pripravo zdravniškega mnenja, ki je sicer zahtevano za vključitev. Omenim razliko; v tem primeru gre za socioterapevtske programe, ki niso zdravstveni programi, v nasprotju z urejanjem odvisnosti na primer v Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki je del zdravstvene ustanove. V tem primeru sodeluje socialna delavka le v določenih segmentih in ni koordinatorka celotnega procesa, saj gre za nadaljevanje zdravljenja. Več o drugih oblikah namestitev je razvidno iz prikaza v prilogi 9.12.

Graf 3.23: Bivanje uporabnikov po končanem zdravljenju

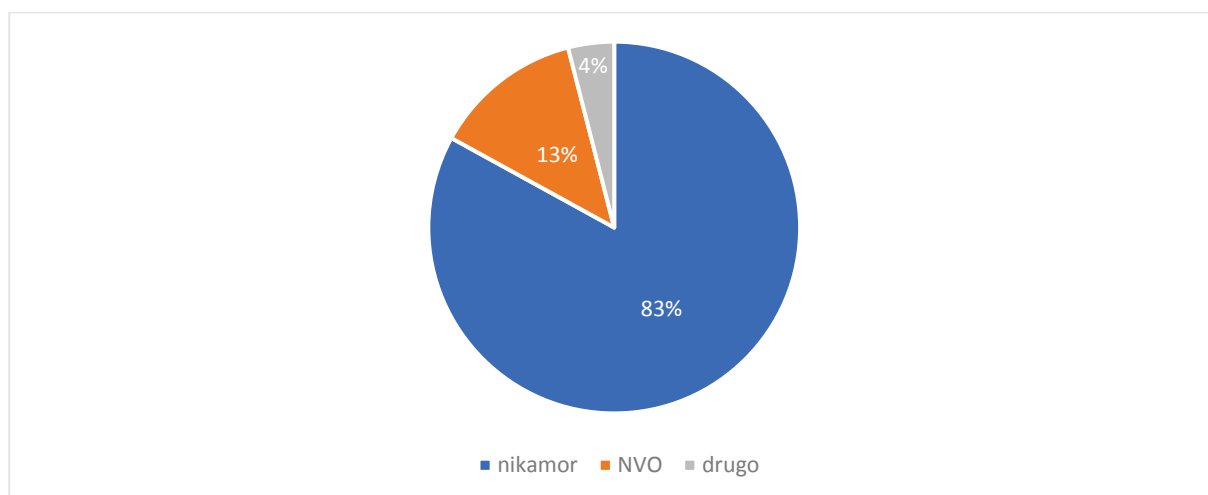


3.3.1.13. Sodelovanje uporabnikov s službami v skupnosti po končanem zdravljenju

Po končanem bolnišničnem zdravljenju je pomembno kontinuirano sodelovanje v skupnosti. Zanimalo me je, koliko se jih je in kam so se vključili po vrnitvi v domače okolje oziroma v druge oblike bivanja. Po končanem hospitalnem zdravljenju opozori podatek, da se jih glede na razpoložljive podatke kar 83 % ($n = 166$) ni vključilo v nobeno obliko podpore v skupnosti. Izstopajo nevladne organizacije s svojimi programi, kamor se jih je izmed 200 uporabnikov vključilo 26 (13 %). V ostalih primerih je šlo samo za posamezne vključitve v programe, ki jih ponujajo službe v skupnosti (AA, KZA, dnevni centri za demenco, dnevni centri za odvisne in drugi).

V kontekstu vključitve me je zanimal vpliv stanu na odločitev za vključitev v neko kontinuirano obliko v skupnosti. Ugotavljam, da je bila po stanu izmed 166 oseb, ki se za to niso odločili, skoraj polovica samskih ($n = 82$, 49,4 %, v celotnem vzorcu je 51,5 % samskih oseb). Prav tako je največji delež samskih oseb pri vključitvi v nevladne organizacije ($n = 16$, 61,5 %). Odločitev morda lahko povežem s tem, da v domačem okolju nimajo ustrezne podpore in pričakujejo, da jo bodo dobili z vključitvijo. Bistveno pri vključitvi v načrtovanje odpusta prevladuje moški spol, med tistimi, ki se niso želeli vključiti v nobeno obliko nadaljevalne podpore, je nekoliko več žensk ($n = 89$, 53,6 %). V nevladne organizacije se je vključila dobra četrtina uporabnikov, med temi so bivajoči v stanovanjskih skupnostih, ki pogosto pogojujejo bivanje pri njih z obiskovanjem dnevnih centrov, ter posamezniki, ki so se odločili za obiskovanje samo enega od programov nevladnih organizacij (dnevni centri, pisarne za informiranje in svetovanje in drugi). V ostalih primerih je šlo samo za posamezne vključitve v programe, ki jih ponujajo službe v skupnosti. Glede na starostno skupino se najpogosteje za vključitev ne odločajo osebe med 25. in 44 letom ($n = 46$, 27,7 %), kar lahko povežem s tem, da gre v tem primeru za populacijo, ki je delovno aktivna in je to med drugim povezano tudi s pomanjkanjem časa, in s pomanjkljivo ponudbo, ki bi ustrezala potrebam in interesom delovno aktivne populacije. Med vsemi vključenimi prevladujejo nevladne organizacije, kamor se skoraj v polovici primerov vključujejo osebe med 55. in 64. letom ($n = 12$, 46,2 %). Največ teh je invalidsko upokojenih ($n = 9$, 34,6 %) ali brezposelnih ($n = 7$, 26,9 %) in jim to druženje omogoča kakovostno preživljanje časa. Zanimiv je podatek, da se za nobeno od oblik, ki jih ponujajo službe v skupnosti, ni odločilo največ redno upokojenih ($n = 55$, 33,1 %), kar terja razmislek, ali je za to populacijo v skupnosti dovolj dobro poskrbljeno.

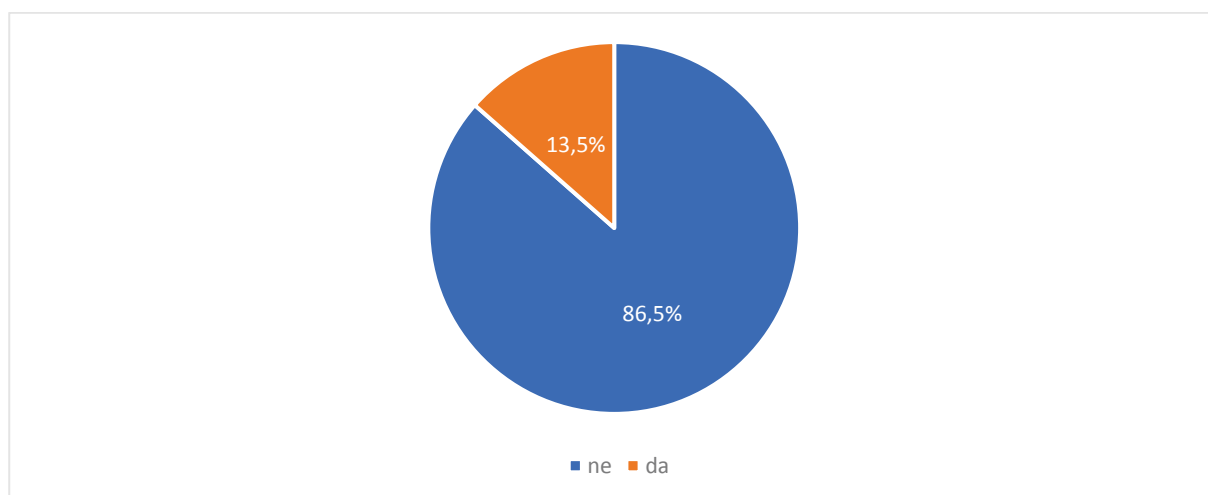
Graf 3.24: Vključitev po končanem zdravljenju



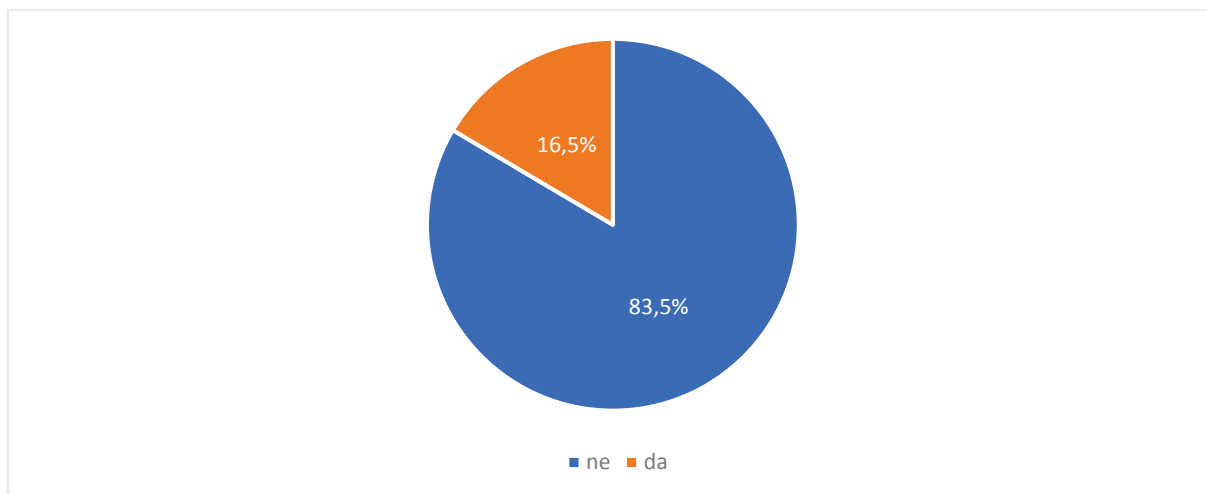
3.3.1.14. Sodelovanje s koordinatorji obravnave v skupnosti in psihiatričnim zdravljenjem v skupnosti

V psihiatrično zdravljenje v skupnosti, ki ga izvaja ekipa, zaposlena v psihiatrični bolnišnici, se je vključilo 27 uporabnikov, kar je 13,5 %. V koordinirano obravnavo v skupnosti, ki jo vodi koordinator, zaposlen na CSD, se je vključilo podobno število uporabnikov (33), kar je 16,5 % vseh vključenih v raziskavo. Iz analiziranih spisov ni bilo v nobenem primeru mogoče razbrati sodelovanja s centri za duševno zdravje, ki so bili v tistem obdobju šele v nastajanju. V času končevanja raziskave sem iz prakse ugotovila, da se je z nastankom in večanjem števila centrov za duševno zdravje sodelovanje z njimi začelo dobro odvijati, uporabniki so za vključevanje zainteresirani.

Graf 3.25: Število uporabnikov, ki so se vključili v psihiatrično zdravljenje v skupnosti



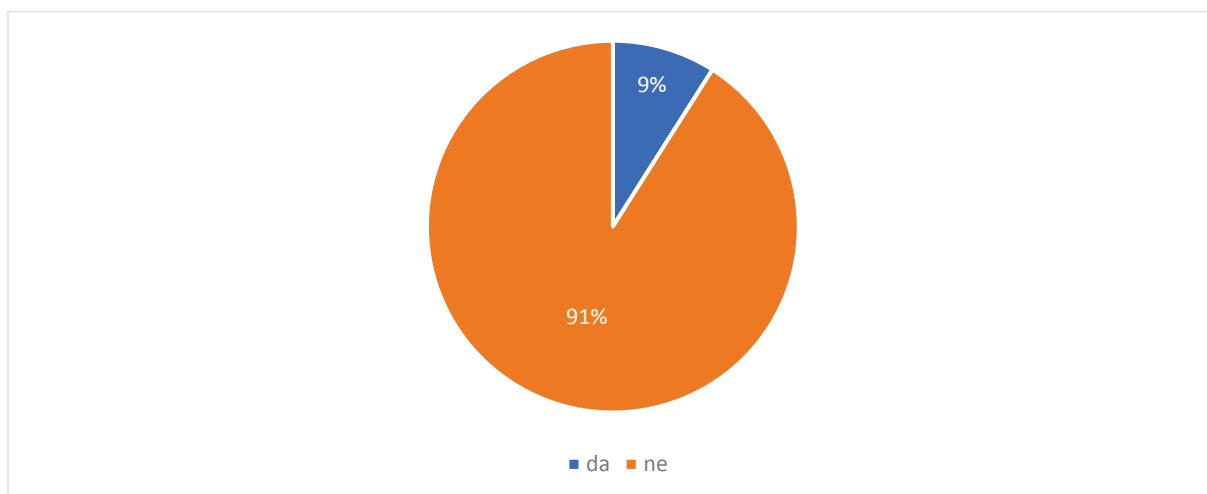
Graf 3.26: Število uporabnikov, ki so se vključili v koordinirano obravnavo v skupnosti



3.3.1.15. Izdelava dokumenta »Načrt odpusta s kriznim načrtom«

»Načrt odpusta« je dokument, ki vsebuje tako imenovani krizni načrt v pomoč in podporo uporabniku, ko ne bo dobro, in vključuje tudi možna tveganja na poti okrevanja, kopijo dokumenta ima tudi uporabnik. Analiza je nedvoumno pokazala, da to ni del običajne prakse v psihiatrični bolnišnici, saj kar v 91 % ($n = 182$) takšnega dokumenta ni bilo v dokumentaciji, ampak so bili vsi dogovori vidni iz dokumentacije, ki jo je vodila socialna delavka in je bil v obliki zaznamka vložen v spis.

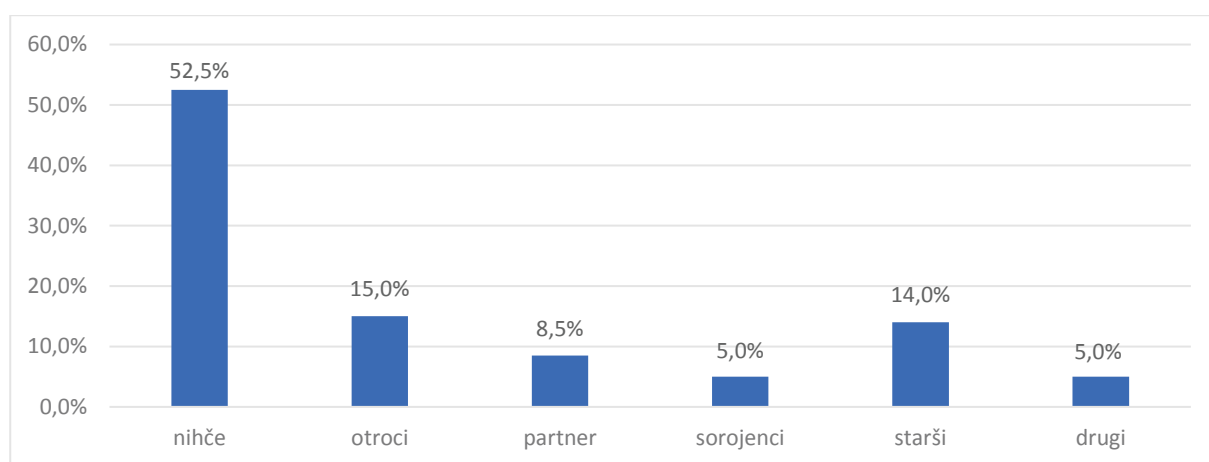
Graf 3.27: Priprava kriznega načrta



3.3.1.16. Sodelovanje svojcev in drugih uporabniku pomembnih oseb pri načrtovanju odpusta

Teorija načrtovanja odpusta poleg uporabnikov poudarja pomen vključevanja svojcev v proces načrtovanja odpusta. Rezultati niso vzpodbudni, saj pri dobri polovici uporabnikov ($n = 105$, 52,5 %) svojci niso sodelovali. Sicer so bili v okviru neformalne mreže v načrtovanje odpusta največkrat vključeni otroci ($n = 30$, 15 %) in starši ($n = 28$, 14 %).

Graf 3.28: Sodelovanje svojcev in drugih uporabniku pomembnih oseb pri načrtovanju odpusta



3.3.1.17. Sklepi analize dokumentacije socialne službe

V raziskavo je bilo vključena dokumentacija 100 moških in 100 žensk, povprečna starost je bila dobrih 53 let, največ v starostni kategoriji med 25 in 44 let.

Po statusu prevladujejo osebe, ki so redno upokojene, sledijo brezposelni, zaposleni in invalidsko upokojeni.

Pregled dokumentacije socialne službe je pokazal velik razpon v številu zdravljenj; od prvega do enainsedemdesetega zdravljenja, pri zadnjem gre za izstopajoč primer.

Približno tri četrtine uporabnikov po končanem zdravljenju ni več potrebovalo hospitalne obravnave, enkrat se jih je vrnilo 19 %, dvakrat 6,5 %, ena oseba je bila na zdravljenju še štirikrat. Podatek ne pokaže, v kolikšnem času je prišlo do ponovne hospitalizacije, kar bi bil pomemben podatek.

Ležalna doba v analizirani dokumentaciji razkrije povprečno 38 dni.

Raziskava je pokazala problem neurejenih zdravstvenih zavarovanj (8 % novo sprejetih na zdravljenje), kar je povezano z neurejenim statusom ljudi, ki pridejo na zdravljenje.

Pregled dokumentacije pokaže, da se je največ uporabnikov za zdravljenje odločilo na pobudo zdravnika (splošnega zdravnika, ambulantnega psihiatra, zdravnika druge specializacije) in na pobudo uporabnika samega.

Največkrat pobudo za začetek načrtovanja odpusta dajo uporabniki, sledi pobuda socialnih delavk.

V specializirano ali interdisciplinarno načrtovanje odpusta, v katerega je vključen bolnišnični tim, v katerem je vedno prisotna tudi socialna delavka, je bilo vključenih 86 % uporabnikov, katerih spisi so bili del analize.

Pregled spisov kaže, da se je v povprečju začela neka oblika načrtovanja odpusta, predvsem v obliki uvodnega razgovora – okrog petega dneva (5,3), v razponu vse od prvega do 46. dne.

V načrtovanje odpusta so bili aktivno vključeni štirje strokovni profili, socialna delavka, diplomirana medicinska sestra, psihiater in direktor psihiatrične bolnišnice. V primeru načrtovanja odpusta gre za raziskovanje potreb in iskanje odgovorov nanje, od socialne službe je bila socialna delavka vključena kar v 86,5 %.

Pri preverjanju aktivnosti uporabnikov pri samem načrtovanju odpusta gre morda za nekoliko subjektivno oceno, pa vendar je bilo iz samega delovnega odnosa moč razbrati aktivno vlogo uporabnika v 69 % primerih, pri čemer pri obeh skupinah ni bilo pomembne razlike med spoloma.

Ključne osebe v samem procesu načrtovanja odpusta v dokumentaciji socialne službe ni bilo mogoče povsem eksplicitno opredeliti, izstopala je sicer vloga socialne delavke.

Ugotovljene potrebe so bile v spisih večinoma jasno in nedvoumno zapisane kot izhodišče oziroma načrt odpusta. Največkrat je bila definirana ena potreba. Dokumentacija socialne službe je pokazala, da je bilo največ potreb povezanih z nezmožnostjo samostojnega bivanja ter s področjem preskrbe osnovnih sredstev in denarja. Sledi potreba po pomoči pri pravnih, upravnih in bančnih zadevah ter pri nudenju ustreznih informacij. V 13 primerih je bila ugotovljena potreba po urejanju zdravstvenega zavarovanja, sledi potreba po urejanju težav z zasvojenostjo. V enem primeru manj se je izkazalo, da uporabniki živijo v neurejenih bivalnih razmerah. Sledi potreba po spremembi obstoječega statusa ter urejanju bolniškega staleža, v istem deležu tudi potreba po urejanju slabih družinskih odnosov. Razvidne so bile tudi potrebe oziroma želje po premestitvah (na primer iz stanovanjske skupnosti v socialnovarstveni zavod). V istem deležu so se pokazale težave v povezavi z delovnim mestom ter neurejenim statusom uporabnika. V petih primerih se je pokazala potreba po pomoči pri vsakodnevnih opravilih, v

posameznih primerih sledijo še potrebe po urejanju zadev, povezanih s šolanjem, izkušnjo nasilja v domačem okolju, nestrinjanjem z zdravljenjem, občutkom osamljenosti ter ugotovljena potreba po ureditvi skrbništva. V enem primeru je bila potrebna pomoč tujcu na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici.

Največ ciljev je povezanih z vključitvijo po odpustu, in sicer v dnevne centre, razna društva, krožke. Vse vključitve niso bile povezane s službami na področju duševnega zdravja, med njimi so bila športna in kulturna društva. Velik del ciljev, postavljenih v načrtu odpusta, je bilo povezanih z namestitvijo v domove za starejše ljudi, socialnovarstvene zavode in varstveno-delovne centre. Pokazala se velika potreba po pridobivanju različnih informacij, zato je bil med načrtovanjem odpusta velik poudarek prav na edukaciji uporabnikov s področja služb in storitev v skupnosti o možnosti vključevanja v različne oblike svetovanj, druženj, usposabljanj in podobno. Velik poudarek je bil tudi na ciljeh, povezanih s preskrbo osnovnih sredstev in denarja, sledilo je urejanje zdravstvenih zavarovanj, pomoč pri pridobivanju rednih in izrednih denarnih socialnih pomoči, vključevanje v terapevtske programe za urejanje zasvojenosti. Po vrsti so si sledili še naslednji cilji: prijava na urad za delo, urejanje bolniškega staleža, urejanje pomoči na domu, predlog za sprožitev postopka skrbništva, namestitev v domove za starejše ali socialnovarstvene zavode po 75. členu Zakona o duševnem zdravju (2008), namestitev v stanovanjsko skupnost, ureditev osebne asistencije, sprožitev postopka za invalidsko upokožitev, pomoč pri urejanju nadaljevanja šolanja, pomoč pri urejanju težav v službi, nameščanje v zasebna bivališča, urejanje varstvenega dodatka, urejanje kriznih namestitev, vključevanje v družinsko obravnavo, svetovanje, nameščanje v zavetišča za brezdomce, urejanje vrnitve tujca v svojo državo, pomoč pri urejanju bivalnega okolja.

Največ dokumentacije je bilo poslano v domove starejših, socialnovarstvene zavode in varstveno-delovne centre, povezano z urejanjem namestitev, ter na centre za socialno delo, prednjači pomoč pri uveljavljanju pravic iz javnih sredstev. Sledijo zavodi za zdravstveno zavarovanje (urejanje zdravstvenih zavarovanj), ambulate splošnih zdravnikov (urejanje bolniških staležev), nevladne organizacije (urejanje namestitev v stanovanjske skupnosti in vključevanje v dnevne centre), zavodi za zaposlovanje (prijava v evidenco brezposelnih in opravičila zaradi neaktivnosti iz zdravstvenih razlogov), terapevtski programi za urejanje odvisnosti (urejanje vključitve v programe). Posamezna dokumentacija je bila poslana tudi v šole (dogovarjanje o pripravi pedagoške pogodbe), posamezna vloga je bila povezana z namestitvijo v materinski dom, uveljavljanjem pomoči Karitasa ter v povezavi s postopkom invalidskega upokojevanja.

V psihiatrični bolnišnici sodelovanje v skupinskih aktivnostih ni neposredno vezano na načrtovanje odpusta, je pa vsako skupinsko delo pomemben del načrtovanja odpusta. Podatki kažejo, da je bilo v eno izmed oblik skupinskega dela vključenih kar tri četrtine uporabnikov.

Vsaj z enim stikom, bodisi pisnim ali ustnim, prek telefona ali osebno, je bilo sodelovanje s službami v skupnosti vzpostavljeno v treh četrtinah primerov.

Raziskava je razkrila, da se jih je 66 % vrnilo v domače okolje, kar 34 % je potrebovalo drugo namestitev oziroma pomoč pri iskanju drugih rešitev. Največ namestitev je bilo v domove za starejše in v socialnovarstvene zavode ter stanovanjske skupnosti, ki delujejo pod okriljem nevladnih organizacij.

Preverjanje vključenosti po vrnitvi v domače okolje oziroma v druge oblike bivanja je razkrilo, da se kar 83 % ni vključilo v nobeno obliko podpore v skupnosti.

»Načrt odpusta« je dokument, ki vsebuje tako imenovani krizni načrt. Analiza je nedvoumno pokazala, da dokument »načrt odpusta« ni del običajne prakse v psihiatrični bolnišnici, saj kar v 91 % takšnega dokumenta ni bilo v dokumentaciji socialne službe.

Raziskava je pokazala nizko število vključitev v programe nadaljnje podpore po končanem bolnišničnem zdravljenju (PZS, KOS). CDZ niso bili omenjeni.

Ključno je v načrtovanje odpusta vključiti svojce oziroma osebe, ki so uporabniku blizu. Rezultati niso vzpodbudni, saj pri več kot polovici uporabnikov svojci niso sodelovali.

3.3.2. Izkušnje socialnih delavk z načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice

3.3.2.1. Rezultati prve teze, vezani na izkušnje socialnih delavk z načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice

3.3.2.1.1. Potek načrtovanja odpusta v psihiatrični bolnišnici

Poteki načrtovanja odpusta uporabnikov v psihiatričnih bolnišnicah se razlikujejo. Na razlike v praksi vpliva že samo terminološko poimenovanje odpusta. Socialna delavka opozarja, da imajo v nekaterih bolnišnicah zaposleno osebo – načrtovalca odpusta, ki ni socialna delavka – in ta ureja uporabnikov odpust iz bolnišnice. Prav tako socialna delavka omenja, da se v nekaterih bolnišnicah ne uporablja izraz načrtovanje odpusta, temveč socialna obravnava uporabnika. Razlike v poteku načrtovanja odpustov se razlikujejo tudi glede na oddelke znotraj bolnišnice. *Je razlika med oddelki, Na forenziki je drugače kot na drugem oddelku. (H2). Na geriatrici je moja naloga načrtovanje odpusta in poročanje zdravniku o tem, kam gre geriatrici*

pacient po odpustu. Že drugi dan kontaktiram svojce, se informiram in potem to informacijo predam in pravzaprav delam na tem, kam gre pacient. ... Na ženskem oddelku nimam toliko vpliva. Zdravnik naroči obravnavo ali pacient prosi zanjo, jaz naredim načrt, kaj lahko naredim. Odpust je stvar zdravnika, razen pri namestitvah, ki jih jaz načrtujem in uskladim časovno (J1)). Izjave govorijo o tem, da je ves čas prisotno tehtanje med željami uporabnikov in možnostmi v okolju.

Razlike pri načinu poteka načrtovanja odpusta se pojavljajo tudi zaradi različnih zdravstvenih stanj uporabnikov (na primer psihotična stanja, depresije, različne oblike odvisnosti) in možnosti, ki jih ima uporabnik v svojem (domačem) okolju. Socialne delavke omenjajo, da se med uporabniki pojavljajo razlike glede njihovega zdravstvenega stanja, saj med njimi zaznavajo posameznike, ki so zmožni vključevanja in samostojnega načrtovanja odpusta ter si tega želijo. Tem uporabnikom odpust predstavlja motivacijsko sredstvo za predano sodelovanje pri zdravstveni obravnavi. Ti uporabniki se tudi zavedajo odgovornosti za svoje odločitve pri načrtovanju odpusta in so pripravljeni sprejeti tveganja, ki bi se lahko pojavila zaradi njihovih odločitev. Med uporabniki, ki jim njihovo zdravstveno stanje omogoča vključenost v potek načrtovanja odpusta, pa intervjuvanke prepoznavajo tudi posameznike, ki ne izkazujejo zavzetosti in želje za sodelovanje pri poteku načrtovanja njihovega odpusta. Ti uporabniki zavzemajo stališče, da je dolžnost strokovnih služb, da upoštevajo želje in potrebe uporabnika in potek načrtovanja odpusta pripravijo skladno s temi željami in potrebami, ne da bi v proces načrtovanja odpusta vključevali uporabnika. Na drugi strani socialne delavke spoznavajo uporabnike, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja ne zmorejo sodelovati v poteku načrtovanja odpusta. Gre za uporabnike, ki imajo oslABLJENE kognitivne miselne procese (na primer demenca) ali predstavljajo visoko tveganje za samopoškodbe ali se pri njih opaža večkratna hospitalizacija. V teh primerih socialne delavke ne morejo ali težje upoštevajo želje in potrebe uporabnika ter se zavedajo, da je uporabnikom v poteku načrtovanja odpusta okrnjena avtonomija. Avtonomija je okrnjena predvsem v postopkih namestitve po 75. členu Zakona o duševnem zdravju (2008) po sklepu sodišča. V enem primeru je socialna delavka izpostavila še uporabnike, ki jim bolnišnica predstavlja zatočišče, bodisi pred nasilnimi družinskimi odnosi bodisi pred delovno preobremenjenostjo. Ti uporabniki imajo po mnenju socialne delavke cilj oziroma željo po dolgotrajni hospitalizaciji in kakovostni ureditvi življenjskih razmer po odpustu iz bolnišnice. Glede na zdravstveno stanje uporabnika, ki ga ugotavlja zdravstveni tim, socialne delavke prilagajajo potek načrtovanja odpusta.

Načrtovanje odpusta intervjuvane socialne delavke začnejo bodisi ob sprejemu uporabnika v bolnišnico bodisi tik pred odpustom uporabnika iz bolnišnične oskrbe. Začetek načrtovanja

odpusta je spet pogojen z zdravstvenim stanjem in zmožnostmi uporabnika. Večina intervjuvank omenja, da je potek načrtovanja odpusta vključen v proces zdravljenja že s tem, ko je socialna delavka, katere osrednja naloga je prav načrtovanje odpusta, članica oddelčnega tima.

V primerih, ko pri uporabniku socialne delavke identificirajo bivanjsko problematiko (brezdomstvo): *Če gre za ljudi, ki nimajo kam, se to ureja že veliko prej. Že takoj po sprejemu pridobimo informacijo, da bo treba urejati nameščanje, tako da potem urejamo njemu primerno namestitev (C3)* ali nezmožnost samostojnega življenja: *Če se potreba že prej pokaže, potem to delamo dolgoročno, predvsem v primeru, ko uporabnik ni sposoben samostojnega življenja, začnemo že prej (O3)*. Takrat se načrtovanje odpusta začne ob sprejemu uporabnika na zdravljenje. Pri tem gre za pomoč pri urejanju najrazličnejših namestitev: institucionalno varstvo (DU, SVZ), stanovanjske skupine, materinski domovi, varne hiše, neprofitna stanovanja in drugo.

Potek načrtovanja odpusta je po pripovedovanjih intervjuvanih socialnih delavk sprva usmerjen v identifikacijo potreb in želja uporabnikov. Ta identifikacija se lahko začne že ob sprejemu ali kmalu po sprejemu, ko socialne delavke izvedejo informativni pogovor z uporabnikom in/ali njegovimi svojci ter pregledajo njegovo dokumentacijo. Pri identifikaciji potreb in želja uporabnikov se pri poteku načrtovanja odpusta upoštevajo vse informacije in mnenja članov strokovnega tima, ki obravnava uporabnika, kot tudi mnenje samega uporabnika. Socialne delavke poudarjajo pomembnost sodelovanja uporabnika pri načrtovanju odpusta, za kar pridobijo njegovo soglasje. Med zdravljenjem socialne delavke (in ostale strokovne službe) preverjajo in spremljajo zastavljeni načrt odpusta glede na aktualno stanje uporabnika ter po potrebi načrt odpusta tudi korigirajo (spreminjajo, dopolnjujejo).

Po mnenju socialnih delavk je cilj poteka načrtovanja odpusta opolnomočenje uporabnika. *Načrtovanje odpusta je zelo pomembno, ker zaključuje cikel zdravljenja. Cilj načrtovanja odpusta je dobro funkcioniranje po odpustu iz kliničnega okolja (D1)*. Dve intervjuvani socialni delavki pa menita, da je ravno odpust uporabnika cilj zdravljenja. *Načrtovanje odpusta nikoli ne pomeni določitve, kdaj bo pacient odpuščen, ampak je odpust želeni cilj nas vseh, ki smo tu zato, da pacientu pomagamo (G7). Delo v bolnici ima neke specifične, odpust je logični del hospitalizacij (H3))*.

Potek načrtovanja odpusta uporabnika se med večino intervjuvanih socialnih delavk izvaja v timu. Tim so lahko člani različnih strokovnih služb, ki sodelujejo pri obravnavi uporabnika. Prav tako so lahko v tim vključeni (s pogovorom) svojci uporabnika, da jih člani tima informirajo o posledicah in spremembah uporabnikovega življenja zaradi njegovega

zdravstvenega stanja. Nenazadnje se v timsko obravnavo vključuje tudi zunanje institucije. Po mnenju intervjuvank je vloga socialne delavke v timu usmerjena v koordinacijo ali povezovanje različnih strokovnih služb v bolnišnici in povezovanje z zunanjimi institucijami (komune, NVO, stanovanjski skladi, CSD in drugo), z namenom urejanja uporabnikovih razmer po odpustu iz bolnišnice. Primer prakse sodelovanja bi bil, ko socialna delavka v psihiatrični bolnišnici naveže stik s strokovno delavko na pristojnem CSD in ji predstavi ugotovljene materialne potrebe uporabnika. Klic je opravljen na podlagi soglasja, ki ga poda uporabnik zaradi varstva osebnih podatkov. Socialna delavka, zaposlena na CSD, predstavi možnosti, ki jih uporabnik ima (na primer uveljavljanje redne denarne socialne pomoči) ter da socialni delavki v bolnišnici informacijo, kako se izpelje prvi del postopka. Socialna delavka bo skupaj z uporabnikom pripravila ustrezno dokumentacijo (vlogo za uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, bančne izpiske) ter jo poslala na pristojni CSD, kjer se bo začel postopek ugotavljanja upravičenosti do denarne socialne pomoči. Socialna delavka se v soglasju z uporabnikom dogovori, da odločbo pošljejo na naslov bolnišnice (s pripisom uporabnikovega imena), da jo bo uporabnik čim hitreje prejel. V posameznih primerih socialne delavke ohranjajo stik z uporabnikom tudi po končani zdravstveni oskrbi. Uporabniki jih informirajo o svojem delovanju v vsakodnevem življenju.

3.3.2.1.2. Službe, vključene v načrtovanje odpusta

Prevladujoča praksa pri poteku načrtovanja odpusta uporabnika je timski pristop. V tim so navadno vključeni: socialna delavka, diplomirana medicinska sestra, zdravnik, delovni terapevt in psiholog. Timski pristop je ključnega pomena zaradi transparentne in ažurne izmenjave informacij med člani tima, ki omogočajo iskanje optimalne rešitve za uporabnika in zagotavljanje kakovostne oskrbe v času hospitalizacije uporabnika kot tudi po odpustu. Izmenjava informacij članom strokovnega tima omogoča tudi modifikacijo načrta odpusta glede na aktualno stanje uporabnika. Po mnenju socialnih delavk je njihova vloga v strokovnem timu vezana na dva segmenta. Prvi je ta, da socialna delavka v timu koordinira sodelovanje članov tima v bolnišnici, kot tudi sodelovanje tima z zunanjimi institucijami in svojci uporabnika. *Načeloma mi nimamo te ključne osebe, mislim, da bi lahko bila kar socialna služba, ker poznamo te zunanje institucije in sodelujemo z njimi, je neka mreža. Ne predstavljamo si medicinskih sester in zdravnika, da bi bili ključne osebe (L12). Socialni delavec ima pomembno vlogo pri povezovanju, je koordinator, ima podporno vlogo (M5).* Po mnenju intervjuvank ima socialna delavka ključno vlogo v timu tudi zato, ker predstavlja »zagovornico« uporabnikovih

želja in potreb pri obravnavi odpusta drugih strokovnih služb oziroma članov tima. *Potem lahko daš glas za tega človeka, ker na oddelčnih timih on ni prisoten in se mi zdi, da dostikrat drugi profili sprejmejo vse to, da gre potem v pravi smeri odpust. Gre za zagovorniško vlogo (C10); ker v bistvu, ko ti razložiš nek načrt odpusta oziroma neke možnosti, ki jih pacient sam izbere prostovoljno, je treba v timu jasno povedati, kaj je on povedal, kaj si on želi, kakšne so realne možnosti in potem za naprej (D16). Socialni delavci smo, kadar »uporabnik« to potrebuje oz. želi, lahko neke vrste vez med »uporabniki« in »službami«. Tudi v smislu zagovorništva, skrbi za njegove pravice, koristi, svetovanja uporabnikom (G21). Prav tako se socialne delavke pojavljajo v zagovorniški vlogi v odnosu do uporabnika, ko mu na jasen in razumljiv način podajajo mnenje članov strokovnega tima glede njegove nadaljnje obravnave. Ključno vlogo v timu ima socialna delavka predvsem v primerih, ko se pri uporabniku rešuje socialna problematika. V teh primerih intervjuvanke poročajo, da se zdravnik, ki ima načeloma v timu vlogo odločevalca, prilagodi ali upošteva mnenje socialne delavke.. *Socialni delavci smo pomemben člen pri tem, sploh v primerih namestitev, ko nekdo ne more več bivati doma. V tem primeru je ključna oseba sicer zdravnik, ampak se prilagodi nam (I4). Ključno vlogo in največjo težo odgovornosti nosi seveda oddelčni zdravnik, ki je odgovoren za zdravljenje pacienta, kar je ključna naloga bolnišnice (G11). Zdravnik je vodja tima kot tudi vodja zdravljenja. Zdravnik določi oziroma predvidi časovni okvir zdravljenja, ki sočasno predstavlja članom tima orientacijo, koliko časa imajo za urejanje uporabnikove situacije. Sigurno je vodja zdravljenja zdravnik, on tudi predvidi časovnico, koliko časa potrebuje za zdravljenje. To je za nas en okvir, orientacija, koliko časa imamo, da se določene storitve uredijo, npr. iskanje bivališča ali pa dodatna organizacija pomoči na domu. Ključna oseba je zdravnik, ki nam da časovnico (I3). Iz citatov je razvidno, da je socialnim delavkam težko biti zagovornice uporabnikom znotraj ustanove, kot je bolnišnica, kjer so po hierarhiji nadrejeni drugačnega mnenja.**

Katere službe se vključujejo v načrtovanje odpusta, je pogojeno z uporabnikovo situacijo. Če se med procesom zdravljenja ugotovi, da ima uporabnik namestitveno oziroma bivanjsko problematiko, se v postopek načrtovanja odpusta vključi predvsem socialna delavka. *Če urejamo namestitev, socialni delavec napiše vloge, psihiater in diplomirana sestra mnenje, potem jaz kontaktiram z zavodi oziroma ustanovami, kamor so bile poslane vloge (B6). Če je odpuščen domov in potrebuje obisk patronažne sestre ali pa datum za ambulantni pregled, potem to uredi služba zdravstvene nege (B7).*

Dve socialni delavki omenjata nesoglasja v službah, ki so vključene v načrtovanje odpusta. Najpogostejše so intervjuvane socialne delavke v nesoglasju z medicinsko stroko. *Včasih smo z medicinsko stroko v nasprotju. Če zdravnik vztraja, da mora pacient v zavod, tukaj nimaš kaj.*

Oni gledajo v smislu zakona, varovanja pacienta, drugih in premoženja (H9). Ta mnenje socialne delavke upošteva ali tudi ne. Ta nesoglasja so predvsem v primerih, ko socialna delavka vidi možnost za samostojno življenje, zdravnik pa (po njegovi strokovni oceni) meni, da ne zmore. V teh primerih se zdravnik lahko odloči za sprožitev postopka namestitve proti volji po 75. členu Zakona o duševnem zdravju (2008) (formalno ga sproži direktor bolnišnice). Dokončni sklep izda sodišče na podlagi izdanega mnenja neodvisnega izvedenca psihiatrične stroke. Zadnji citat daje vtis, da gre v določenih primerih za kršitev človekovih pravic; na primer socialna delavka opazi zmožnost za samostojno življenje, psihiater pa odloči drugače, morda celo na škodo avtonomije uporabnika.

3.3.2.1.3. Vloga socialne delavke v procesu načrtovanja odpusta

Mnenja intervjuvanih socialnih delavk so glede njihovega vpliva na delovanje služb pri njihovem načinu obravnave uporabnika v procesu načrtovanja odpusta deljena. Skupno mnenje vseh intervjuvank je, da ima socialna delavka vpliv na delovanje služb pri obravnavi uporabnika v procesu načrtovanja njegovega odpusta iz bolnišnice. Pri tem večina socialnih delavk meni, da imajo vpliv na obravnavo uporabnika pri načrtovanju odpusta z jasno določeno vlogo socialne delavke v strokovnem timu. *Da je moja vloga umeščena v timsko delo, povem svoje mnenje, kot tim me spoštujejo, upoštevajo mnenje, predloge, tudi nisem imel občutka, da bi ostali silili ljudi k rešitvam, ki se njim zdijo prave, če se pacient s tem ne strinja (I10).* Večina socialnih delavk tudi meni, da ima bolj kot sama socialna delavka na obravnavo uporabnika pri načrtovanju njegovega odpusta vpliv timski pristop dela. V ta tim je socialna delavka vključena in v timih se običajno upošteva mnenje celotnega tima. Vsak član ima možnost izraziti svoje mnenje in podati realno oceno stanja uporabnika. Zdravnik se tudi posvetuje s socialno delavko glede nadaljnje obravnave uporabnika in socialna delavka ob tem pove svoje strokovno mnenje, ki ga zdravstveno osebje (zdravnik) običajno upošteva. Izjeme so situacije, ko zdravnik oceni, da zaradi zdravstvenih razlogov nekaj ni izvedljivo, kar je lahko povod za napetost med strokama (socialno delo vs. medicina).

Intervjuvanke menijo, da ima socialna delavka največji vpliv na delovanje ostalih služb z jasno definirano vlogo v timu. Pri tem prepoznavajo vlogo socialne delavke v smeri zagovornice pravic in želja uporabnika pred člani strokovnega tima, ki uporabnika obravnava. Zagovorniška vloga socialne delavke je pomembna, saj na obravnavah strokovnega tima uporabnik ni prisoten in tako socialna delavka zagovarja njegove želje in potrebe. Na drugi strani pa se zagovorniška vloga socialne delavke nanaša tudi na transparentno dajanje mnenja

in ocene strokovnega tima uporabniku. Socialna delavka uporabniku razloži, kakšne so njegove realne možnosti in načrt odpusta. Uporabnik nato, če mu zdravstveno stanje to dopušča, sam izbere predstavljene možnosti. Lahko rečem, da socialna delavka opravi tudi neke vrste mediacijo in pogajanja med zdravstvenim delom tima in uporabnikom.

Ena socialna delavka zaznava spremembe v praksi glede veljave socialne delavke v procesu načrtovanja odpusta uporabnika iz bolnišnice. Po njenem mnenju se vloga socialne delavke krepi, oziroma sta vloga in mnenje socialne delavke bolj upoštevana, kot sta bila v preteklosti. *Vloga samega socialnega delavca je bolj upoštevana, kot je bila v preteklosti (A8).* Pomembnost vloge socialne delavke se krepi s kompetentnostjo socialne delavke v smislu njene suverenosti pri delu in z natančno seznanjenostjo z uporabnikovo situacijo. *Iz mojega stališča se mi zdi vloga socialnega delavca pomembna, biti moraš samozavesten, veliko poznati, biti seznanjen s pacientovo situacijo (C9).* Strokovno samozavest socialna delavka pridobi s poznavanjem uporabnikove situacije, na podlagi poznavanja delovanja zdravstvenega in socialnega sistema in na podlagi utrjenega znanja s področja socialnega dela.

3.3.2.1.4. Zaznavanje pokroviteljskih praks pri obravnavi uporabnikov

Večina intervjuvanih socialnih delavk poudarja prisotnost pokroviteljskih praks pri delovanju različnih strokovnih služb v psihiatrični bolnišnici. Intervjuvanke se tudi strinjajo, da te prakse zmanjšujejo možnost uporabnika pri načrtovanju odpusta. Pokroviteljske prakse so pogojene z osebo, ki obravnava uporabnika. *Menim, da je to odvisno od človeka do človeka. Če je oseba pokroviteljsko, želi upravljati s pacienti, mu povedati, kaj je zanj dobro, tudi če on ne vidi tako. Od posameznega strokovnjaka je odvisno (A5).* Socialna delavka izpostavlja osebe, ki upoštevajo želje in potrebe uporabnika pri načrtovanju njegovega odpusta, in osebe, ki želijo »upravljati« z uporabnikom in mu vsiljevati zanj najboljšo rešitev, čeprav je uporabnik ne vidi kot tako.

Prisotnost pokroviteljskih praks se predvsem zaznava pri delu zdravstvenega osebja – zdravnikov. Ti pogosteje ne upoštevajo želje uporabnikov. *Ja, mislim, da predvsem zdravniki (C6). Ja, to se mi zdi, da je kar pogosto, vsaj medicinska stroka. Mi malo drugače gledamo na to. Oni rečejo, kaj bi bilo za paciente dobro. Ker človek ne sprejme te rešitve, se v končni fazi izkaže kot slaba rešitev (H10).* Sigurno je prisotno, predvsem gre za psihiatre, zdravstvene delavce, mi smo zdravstveni sodelavci. *Menim, da se to vleče iz nekega preteklega delovanja, ker je bilo to najbolj sprejeto (O8).* Zdravnik predlaga rešitev, vendar če je uporabnik ne

sprejme, se z njo ne strinja, to za uporabnika ne pomeni dobre rešitve. Zadnji citat nakazuje odnos zdravstvene stroke do ostalih strok, ki ima dolgo zgodovino.

Intervjuvane socialne delavke poudarjajo, da se s prisotnostjo pokroviteljskih praks oziroma neustreznega odnosa do uporabnika jemlje moč (so)odločanja pri njegovi obravnavi. Intervjuvanka poudarja, da se pokroviteljske prakse predvsem nanašajo na neustrezen odnos do uporabnika, v smislu neupoštevanja njegove avtonomije in enakopravnega sodelovanja v času zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, s čimer je kršeno eno od pomembnih načel normalizacije.

Ena intervjuvana socialna delavka poroča o zaznavanju sprememb pri izvajanju pokroviteljskih praks. Gre za upad pojavnosti pokroviteljskih praks. *Ja, včasih je to še prisotno, večinoma pa ni več tako, kot je bilo včasih, manj je tega pokroviteljstva (J4).* Intervjuvanka opozarja, da se pokroviteljska praksa izvaja v primeru, ko se uporabniki ne držijo pravil ali določil strokovnega tima. V teh primerih zdravnik odredi odpust uporabnika iz bolnišnice, tudi če si uporabnik odpusta ne želi. *Je res, da če se ne držijo dogovorov, zdravnik odredi odpust, tudi če si pacient tega ne želi (K5).* Ta ugotovitev kaže, da se zdravljenje v psihiatrični bolnišnici vendarle razlikuje od zdravljenja v splošni bolnišnici oziroma v drugih ustanovah.

Večina socialnih delavk omenja različne načine in pristope za blaženje pokroviteljskih praks. Najpogostejši način preprečevanja tovrstnih praks je vključenost socialne delavke v proces načrtovanja odpusta uporabnika. Pri tem se poudarja zagovorniška oziroma zaščitniška vloga socialne delavke *Mi smo pa tisti, ki jih v zvezi s tem zaščitimo. Npr. primer fant, ki je na vsak način hotel klošariti, zdravnica je insistirala, da mu je treba urejati namestitev, npr. stanovanjsko. On je s polno zavestjo in zdrav razlagal, da si takega načina življenja v stanovanjski skupnosti ne želi. Vztrajala sem pri tem in fant je res dejansko šel na ulico. Takšno ravnanje zdravnice se mi zdi pokroviteljsko (C7).* *Mi pa izhajamo predvsem iz tega, kaj on zmore, kaj on želi in smo tukaj ena vez, da to malo zbalansiramo. Poskušamo mu razložiti, kaj je namen v smislu suporta in da se mu vse razloži. Po navadi to sprejmejo in to vidijo potem kot nasvet, odločijo se končno sami (D12).*

Po mnenju intervjuvank tudi timski pristop zmanjšuje prisotnost pokroviteljskih praks pri načrtovanju odpusta. V timu si člani izmenjujejo ključne informacije o uporabnikovem zdravstvenem stanju in njegovih zmožnostih. V kontekst pokroviteljskih praks člani tima drug drugega opozarjajo, če opazijo, da je član tima (ne)hote posegel po pokroviteljski praksi. V tem primeru se v timu izvaja intervizija, ki strokovnemu delavcu pomaga ohranjati strokoven odnos do uporabnika. *V veliko pomoč je timski pristop, kjer lahko ob izmenjavi informacij zaznamo, da je koga zaneslo v pokroviteljstvo in z obravnavo pacientu tako rekoč jemlje moč, namesto da bi deloval v smeri opolnomočenja pacienta. Timski sestanek v takem primeru učinkuje lahko*

kot supervizija in je strokovnemu delavcu v pomoč, da se naravna v pravi odnos. Enako vlogo ima lahko ... tudi vsak notranji delovni posvet s strokovnimi delavci ... strokovni delavec je odgovoren za strokovni odnos z »uporabnikom« in ga je dolžan graditi, popravljati ... (G15). Ta praksa nakazuje sodelovalno obliko tima in predstavlja primer povezanega tima.

Pokroviteljske prakse se od intervjuvanih socialnih delavk blažijo s krepitvijo zavesti, da se uporabniku ponudijo različne (in realne) možnosti ter se odločitev za izbrano možnost prepusti uporabniku. Tudi v tem primeru lahko govorim o obliki pokroviteljske prakse, saj so predlogi narejeni brez uporabnika, predlagan je nabor rešitev, on pa naj zdaj izbira. Po lestvici participacije Sherry Arnstein (1969) bi primer uvrstili med tretjo in četrto ravni, ko uporabniki sicer povedo svoje mnenje, prave možnosti odločanja pa nimajo. V tem primeru samo med vnaprej pripravljenimi možnimi rešitvami. *Jaz sem razbremenjen že s tem, da mu ponudim možnosti, na njem pa je, da zbere ali pa ne (I7); Pacientu ponudiš različne možnosti, več odločajo pacienti (J5). Če želi pacient predčasno zapustiti zdravljenje, mi pa mislimo, da bi še potreboval teden ali dva, ga spodbujamo k temu, ga pa ne silimo. Bolj v smislu motiviranja, spodbud, ne pokroviteljstva (K4).* Pri tem ena intervjuvanka poudarja pomembnost, da se uporabniku zagotovi zadosti časa za sprejetje ponujenih možnosti, oziroma čas za sprejemanje spremembe, ki se bo ali se je pojavila v njegovem življenju.

Pokroviteljske prakse so po mnenju intervjuvanih socialnih delavk pogojene z uporabnikovim položajem. Zaznavajo pogostejšo pojavnost pokroviteljskih praks med starostniki s šibko socialno mrežo, ki niso več zmožni živeti sami v svojem domu, ali med starimi ljudmi, ki se soočajo z demenco. *Največkrat to srečamo pri starostnikih, ko ni svojcev. Takrat iščemo socialni delavci rešitve sami – npr. namestitve v DU, tudi če so oddaljeni od doma (E6). Predvsem bi mogoče to lahko opazili pri pacientih z demenco, oni bi šli domov, svojci te prosijo, če lahko ostane še 3 tedne, težko je to (F3).* V obeh primerih se pokroviteljske prakse nanašajo na bivanjsko problematiko, ko bi starostniki želeli biti odpuščeni v domače okolje, vendar svojci to zavračajo (v primeru demence) ali starostnik več ni zmožen skrbeti sam zase. Ena socialna delavka meni, da pri tem ne gre za pokroviteljsko prakso, temveč iskanje najboljših rešitev za uporabnika, kot tudi za njegove svojce. *Dostikrat je zdravnik tisti, ki reče, da doma več ne gre, da je drug način boljši. Seveda pa tudi so določeni primeri, ko rečemo, da je za človeka nekaj boljše, sploh, če živi v zelo neurejenih razmerah. V tem primeru ponudimo institucionalno varstvo. Tu ne gre za pokroviteljstvo, ampak za iskanje boljše izbire (N5).* Prav tako tri intervjuvanke ne zaznavajo prisotnosti pokroviteljskih praks pri načrtovanju odpusta uporabnika, saj se nenehno skuša za uporabnika identificirati optimalno rešitev njegovega (zdravstvenega/socialnega) stanja. Pri tem se v proces odločanja (če je le možno) vključi tudi

uporabnika in se upošteva njegove želje in potrebe. *Mislim, da pri nas tega ni zaznati. Velikokrat poskušamo osebo odpustiti tja in narediti to, kar si želi. Če se izkaže, da ne zmore, potem gremo v drugačne načrte (M6).*

3.3.2.1.5. Predlagane spremembe za odpravo pokroviteljskih praks

Intervjuvane socialne delavke menijo, da v večini primerov ne gre za pokroviteljske prakse, se pa kot takšne lahko razumejo. *Mislim, da ne gre za pokroviteljske prakse. Včasih je celo nasprotno, treba je postaviti meje uporabniku (E7). Odvisno od tega, zakaj se zdravijo, od diagnoze, obravnavo je treba drugače predstaviti pri različnih ljudeh. Kronični bolniki mogoče nečesa ne zmorejo. Tukaj jih je potrebno malo bolj soočiti z realnostjo, da so bolj objektivni (J6). Strokovni delavec mora biti pozoren, da odgovarja na pacientove potrebe tako, da mu predstavlja strokovno mnenje, stališče, pristojnosti in možnosti, meje (G19).* Tipične situacije, predvsem pri pogostih rehospitalizacijah, so na primer v primeru odklanjanja jemanja terapije, ko jo uporabnik nujno potrebuje (ne gre nujno za psihiatrična zdravila), podhranjenost zaradi nezadostnega in slabega prehranjevanja, zanemarjanje in druge situacije, ko je ogroženo njegovo zdravstveno stanje, ob tem pa odklanja razpoložljive oblike pomoči v skupnosti. Pri tem socialne delavke opozarjajo, da v primerih slabega zdravstvenega stanja uporabnika ne gre za pokroviteljske prakse, ko strokovni tim odloča o načrtovanem odpustu uporabnika, če ta ni zmožen sodelovanja pri tem. V teh primerih intervjuvanke menijo, da ni govora o pokroviteljskih praksah, temveč o oceni, ki je podprta s strokovnimi argumenti. Uporabniku se jasno in strokovno argumentira, zakaj v trenutni situaciji nekaj ni izvedljivo, ali pa je, nasprotno, nujno potrebno (na primer zdravljenje odvisnosti, ki posredno in neposredno ogroža uporabnika in njegove bližnje). V vsakem primeru je odločitev za zdravljenje vezana na prostovoljno odločitev, z izjemo primerov, ko je obvezno zdravljenje oziroma vključitev v programe pogojeno s sklepom sodišča na podlagi Zakona o duševnem zdravju (2008). Intervjuvanka meni, da lahko uporabnik odnos s socialno delavko, ki ima do njega ali nje pokroviteljski odnos, zavrne. *Vendar je res tudi, da je v moči/možnosti vsakega posameznika, tudi »uporabnika«, da bo izbral, ali bo sprejel pokroviteljski odnos in se odzval tako, da bo prepustil odločanje o sebi drugemu, ali pa bo tak odnos prepoznal in zavrnil (G16).*

Izobraževanje oziroma pridobivanje znanja se nakazuje kot možen pristop k preprečevanju pokroviteljskih praks. Gre za krepitev ali ozaveščanje pomembnosti (osebne) odgovornosti strokovnega kadra pri načinu podajanja predlogov in možnosti obravnave uporabnika. *Mislim, da je predvsem, če govorimo o odnosu strokovnjak – pacient, ključno znanje (D13).* V kontekstu

timskega pristopa za preprečevanje pokroviteljskih praks se med intervjuvankami poudarja pomembnost posveta med člani tima glede nadaljnje obravnave uporabnika in vključenost socialne delavke v strokovni tim. *Nikoli se ne odloči zdravnik sam, vedno vpraša za drugo mnenje. Ampak če vidimo, da ne gre v pravo smer, povemo (K6).* Za delovanje tima je ključnega pomena izbor vodje in njegovega stališča glede obravnave uporabnika. *Rekla bi, da žal zavisi od vodje oddelčnega tima, kakšno je njegovo stališče. Mogoče so nekateri bolj tako usmerjeni, predvsem zdravstveni profili. Pri nas je v redu (M17).* S spodbujanjem odprte komunikacije med člani strokovnega tima se lahko presegajo pokroviteljske prakse. *Spreminjati to je zelo težko. Mogoče edino še več komunikacije v timu, da vidimo, kakšen način komunikacije je primernejši, ampak to je stvar posameznika (D14).* Citat nakazuje prakse pogajanja in prepričevanja ter hkrati precej nemoči, saj je dogajanje v timu odvisno od osebnostnih lastnosti in ne toliko od znanja. Pri tem je na eni strani poudarjena graditev dobrih medosebnih odnosov. *Odprtost za komunikacijo, poslušanje, upoštevanje, graditev dobrega odnosa (G18)* in upoštevanje želja uporabnika pri načrtovanju odpusta. Na drugi strani pa spoštovanje temeljnih vrednot. *Če so temeljne vrednote v naših medčloveških odnosih spoštovanje – dostojanstvo (spoštovanje drugega, ki je enkrat in neponovljiv in nikoli do konca poznan, spremenljiv ... in vedno vreden) (G17).*

Kljub spremembi zakonskih ureditev (Zakon o duševnem zdravju, 2008), ki poudarja pomembnost sodelovanja različnih akterjev v procesu zdravljenja uporabnika, ta ni dovolj eksakten. Zato je eden izmed načinov zmanjševanja pojavnosti pokroviteljskih praks v (ponovni) spremembi zakonskih predpisov. *Jaz osebno sem dosti pričakovala od Zakona o duševnem zdravju in kako bodo v skladu z njim vsi sodelovali, v praksi pa povabiš KOS, pride, ampak se nič ne spremeni. Je težko (F4).* V praksi se pogosto izkaže, da se Zakon o duševnem zdravju (2008) ne izvaja dosledno, oziroma se ga izvaja samo do te mere, da je zadoščeno formalnostim, dejanskega prispevka za uporabnika pa ni.

Ob tem se pokroviteljske prakse presegajo s spoštovanjem odločitev uporabnika. Gre za sprejemanje in spodbujanje uporabnikove odgovornosti do svojega zdravljenja in življenja po odpustu iz bolnišnice. *Težko bi rekel, kaj bi bilo potrebno narediti, da bi bilo tega manj. Mogoče to, da se zavedamo, da so posamezniki sami odgovorni za svoje izbire (I8).* A se hkrati ne sme odločati namesto pacienta, kaj od realno možnega, kar lahko v njunem delovnem odnosu nastane, bo »uporabnik« sprejel in koliko bosta sodelovala (G20). Spoštovanje odločitve uporabnika glede njegovega načrtovanja odpusta sovпада tudi z razumevanjem vloge, ki jo ima vsak član strokovnega tima pri obravnavi uporabnika. Intervjuvane socialne delavke izpostavljajo pomembnost prevzemanja podporne vloge članov tima pri uporabnikovem

odločanju o načrtovanju odpusta iz bolnišnice. *Mi smo podporniki, učitelji, informatorji, ki ponudimo možnosti, ampak odločitve so njihove (I9).* Obenem je v tem primeru razviden odmik socialnega dela od podpore pri izpolnjevanju načrta odpusta, kar je del pokroviteljske prakse (drža vsevednega starša). Zadnji citat lahko razumem, da naj se uporabnik sam znajde. Kakor se je odločil, tako naj zdaj naloge uresničuje. Če ne zmore, si je kriv sam, ker se je precenjeval. Socialno delo ima mandat, da se lahko vključi v uresničevanje načrta.

3.3.2.1.6. Načini sodelovanja uporabnikov pri načrtovanju odpusta

Večina intervjuvanih socialnih delavk meni, da se uporabnike vključuje v načrtovanje njihovega odpusta iz bolnišnice na način, da se jim zagotovi možnost in priložnost za sodelovanje (soustvarjanje) pri načrtu odpusta s pomočjo metod, ki so jim na voljo, kar je eno od pomembnih načel normalizacije. *Povejo, kaj si oni želijo ob odpustu, mi prikažemo, kaj lahko zanj uredimo, potem se pogajamo, dogovarjamo, kako bo potekalo, kam bo odpuščen po koncu zdravljenja (A9).* Pri tem pa intervjuvanke izpostavljajo, da med uporabniki obstajajo razlike. Te razlike so najpogostejše pogojene z zdravstvenim stanjem in zmožnostmi ter motivacijo, oziroma potrebo uporabnika pri načrtovanju odpusta. *(Spet odvisno od psihofizične kondicije, pri kognitivnem upadu je težko pričakovati, da bo zmogel, pri drugem pa, ki je sam naklonjen iskanju rešitev, je posluh in sodelovanje večje, boljše. So pa tudi primeri, ko nekritičen npr. odvisnik ne želi nič urejati, tako kot je, je zanj v redu. V tem primeru sicer napeljem pogovor v smeri iskanja rešitev, ne moremo pa v nič siliti (I13). Sodelujejo glede na svoje sposobnosti, poskušamo da so čim bolj aktivni. V primeru demence pa ni za pričakovati, da bo lahko sam izpolnil prošnjo za dom. Če zmorejo, se upoštevajo njihove želje, glede na realne možnosti. Na primer kam bi rad šel, v katero stanovanjsko skupino, v kateri dom. Imajo pa potem od tam možnost, da se preselijo, ko je prosto mesto, če želijo (B12).*

Če zdravstveno stanje uporabniku dopušča možnost sodelovanja pri načrtovanju odpusta, mu strokovne službe glede na njegovo zdravstveno stanje in izražene želje predstavijo vse možnosti, ki so na voljo, med katerimi uporabnik izbere zase najprimernejšo. *Različno – glede na svojo potrebo in glede na svojo osebnost. Nekaterim se odločanje o odpustu zdi zelo pomembno in pogosto v obravnavi izpostavijo to željo, zato se pogovor vrti okrog teme odpusta. Nekateri odpust zahtevajo. Zdravnik v strokovnem timu skuša oceniti možnosti (varnost odpusta, pluse in minuse) in se posledično pogovarja s pacientom – razlaga strokovne razloge in videnja (G22).*

Vključenost uporabnika v načrtovanje odpusta socialne delavke upoštevajo s tem, ko se pri uporabniku spodbuja samostojnost pri načrtovanju oziroma urejanju življenjskih razmer po odpustu iz bolnišnice. Že med zdravljenjem se jim predstavi službe v skupnosti in pomaga pri vzpostavitvi stikov z njimi, da bi po končanem zdravljenju sodelovanje čim lažje steklo. *Predvsem se trudimo v socialni službi, da čim več oni sami participirajo za odpust (C13). Spodbujam jih, da sami poskušajo reševati, saj bodo oni morali na koncu to živeti. Oni se morajo odločiti, mi pa jim ponudimo orodje, vire pomoči v okolju, mislim, da so vpleteni 100 % (H13).* Prav tako strokovne službe spoštujejo in spodbujajo uporabnikovo avtonomnost pri odločanju med predstavljenimi možnostmi odpusta. Uporabnikovo odločitev upoštevajo pri načrtovanju odpusta, tudi če se z odločitvijo uporabnika člani strokovnega tima ne strinjajo. *Pacient lahko svojo zahtevo spremeni. Če je ne, mora zdravnik dopustiti odpust kljub drugačni strokovni oceni (G23).* Nekaj konkretnih situacij: uporabnik želi dati odpoved delovnega razmerja, s čimer izgubi določene pravice, uporabnik se ne želi vključiti v urejanje odvisnosti, kljub že prisotnim posledicam na zdravju in odnosih, uporabnica vztraja pri vrnitvi nazaj k nasilnemu partnerju.

Vključenost uporabnika v načrtovanje odpusta socialne delavke razumejo kot iskanje oziroma določanje konsenza med željami in potrebami uporabnika in realnimi možnostmi, ki jih imajo strokovne službe za uresničitev izraženih želja in potreb. Socialne delavke uporabniku predstavijo možnosti glede na oceno stanja uporabnika. *Jaz mislim, da se kar trudimo prisluhniti, je pa res v skladu z možnostmi, vedno gledamo realne možnosti. Glede na motnje, ki jih ima, in glede na možnosti, ki so na voljo. Je pa res, da če se izkaže, da možnost ni bila uspešna, mogoče celo večkrat, potem delamo v smeri, da se uporabniku predstavi, da njegove izbire ne delujejo, ga spodbujamo v drugo smer (M9).*

Pogosto se načrtovanje odpusta nanaša na urejanje uporabnikovih razmer po končanem zdravljenju v bolnišnici. Pri tem se predvsem izpostavlja bivanjska problematika (npr. deložacija uporabnika). Zato je cilj odpusta pogosto stabilizacija uporabnikovih razmer po končani zdravstveni oskrbi (ustrezni bivalni pogoji, finančna varnost, kontinuirana zdravstvena obravnava). *Sreča je v teh primerih, ko imajo kam iti, ker je vedno več tistih, ki nimajo kam iti, ali pa so deložirani (F6).*

Tudi če si socialne delavke prizadevajo k intenziviranju sodelovanja uporabnika pri načrtovanju odpusta, se pojavljajo primeri, ko je uporabnik iz načrtovanja odpusta izključen. Za izključenost uporabnika iz načrtovanja odpusta sta dva razloga. Prvi se nanaša na zdravstveno stanje uporabnika, zaradi katerega lahko ta ogroža lastno življenje ali življenja drugih. V tem primeru sodno-izvedenska komisija oceni stanja uporabnika in predloge

načrtovanja odpusta, pri čemer se želje in potrebe uporabnika ne upoštevajo vedno. *Če obstaja verjetnost, da bi si pacient lahko zaradi prehitrega odpusta (in še hude bolezni) povzročil večjo škodo – ogrozil življenje ... lahko zdravnik odkloni odpust pacienta, a ob tem prepusti odločanje o ustreznosti te odločitve sodno-izvedenski komisiji, ki bo ocenila, ali pacient potrebuje tovrstno zaščito s hospitalizacijo ali ne (G24).* Drugi razlog izključenosti uporabnika v proces načrtovanja odpusta pa se prepozna v pomanjkanju motivacije uporabnika za sodelovanje. *Eni uporabniki pa pri načrtovanju odpusta ne želijo sodelovati in se želijo prepuščati in jih je proti odpustu potrebno bodriti, jim pomagati za ta korak. Strokovni tim spodbuja sodelovanje »uporabnika« glede odpusta od sprejema naprej (G25).* Te uporabnike intervjuvane socialne delavke nenehno bodrijo za vključevanje v proces načrtovanja odpusta. Tipične situacije, ko uporabnik ni motiviran za sodelovanje pri načrtovanju odpusta, so slabi odnosi doma, nasilje v domačem okolju, želja po dolgotrajnem bolniškem staležu zaradi neustreznih odnosov in razmer v službi, neurejene bivalne razmere. V pogovoru, ki je neke vrste temelj socialnega dela (Flaker, 2003), socialna delavka poskuša ugotoviti, kaj je razlog, da uporabnik ne želi sodelovanja. *Jaz bi rekel, da zelo različno, eni vidijo in čutijo potrebo po pomoči (I11), drugi so čisto nekritični, nimajo nobene težave. So sodelujoči in so nesodelujoči, oboji (I12). Se pa najde tudi: »Kaj boste vi meni narekovali, vi ste zato tu, da mi uredite, to mi pripada. Predvsem pri namestitvah, denarnih pomočeh (J7).* Razmislek o razlogih za nemotiviranost velja tudi v smeri morebitnega nezaupanja uporabnika v strokovnjaka, ki dela z njim.

Večina intervjuvanih socialnih delavk meni, da uporabniki zaznavajo smisel svojega sodelovanja pri načrtovanju odpusta. Pri tem pa intervjuvanke ponovno opozarjajo, da med uporabniki obstajajo razlike. Te razlike se na eni strani nanašajo na njihovo zdravstveno stanje, ki se upošteva oziroma močno vpliva na način vključevanja uporabnika v načrtovanje odpusta. *Nikakor ne moremo posploševati, odvisno od posameznika. Nekaj je tisto, ko sam posameznik ne zmore nič kritičnosti in seveda tudi ne sprejme našega mnenja, svetovanja ali karkoli drugega. Spet drugi si zelo želijo naše pomoči in se tudi sami trudijo, pokažejo motivacijo, vedo, da delajo za sebe in ne za druge. Ne moremo posplošiti (O11).*

Na drugi strani pa na način upoštevanja avtonomije oziroma vključevanja uporabnika v načrtovanje odpusta vpliva njegov odnos do zdravstvene oskrbe. V tem primeru se pojavljajo uporabniki, ki so prepričani, da je dolžnost članov strokovnega tima, ki uporabnika obravnava, da mu uredijo oziroma načrtujejo odpust, skladen z njegovimi izraženimi in zahtevanimi željami ter potrebami. *Različno, eni so zelo zadovoljni, da imajo besedo pri tem in sodelujejo, drugi pa rečejo, da smo jim to in to dolžni priskrbeti (E9). Bolj pogosto je slišati, da smo zato tukaj, da jim to uredimo. Ni pa, da bi to bila stalna praksa (N8).* V skupini uporabnikov, ki ne

izkazuje želje po soustvarjanju oziroma vključevanju v potek načrtovanja odpusta, se pojavljajo tudi uporabniki z željo odgovornost načrtovanja odpusta prepustiti strokovnim službam. *Eni uporabniki pa pri načrtovanju odpusta ne želijo sodelovati in se želijo prepuščati in jih je proti odpustu potrebno bodriti, jim pomagati za ta korak. Strokovni tim spodbuja sodelovanje »uporabnika« glede odpusta od sprejema naprej (G25).*

Smiselnost vključenosti v proces načrtovanja odpusta uporabniki prepoznavajo z vidika možnosti urejanja življenjskih razmer po končanem zdravljenju. *Uporabniki vedno sodelujejo pri načrtovanju odpusta, se usedem z njimi, da vidimo, kako bo po odpustu. Na oddelku se npr. ugotovi, da nima kam iti po odpustu, se potem to ureja (E8). Seveda vidijo smisel v tem, pričakujejo, da se bodo zadeve uredile (F7). Mislim, da ja, ker je že v štartu treba njegovo željo upoštevati, ne glede na to, kaj mi mislimo, da je v redu. Ne vem, npr. če si ne želi urediti neke socialne varnosti, je to njegova odločitev, hkrati pa naša dolžnost, da mu povemo, da se to lahko zakomplicira v nadaljevanju, saj na konec koncev ne moremo nobenega prisiliti. Drugače pa je zelo pomembna komunikacija, da vemo, kakšen je njihov načrt za naprej, doma (D18).* Pri tem je odgovornost socialnih delavk, da uporabnika opozorijo na morebitno neustreznost njegove odločitve in sprejemanje odgovornosti uporabnika. Smiselnost sodelovanja pri načrtovanju odpusta uporabniki prepoznavajo tudi v tem, da se na ta način spodbuja njihova samostojnost za sprejemanje odločitev med in po zdravljenju glede njihovega življenja po hospitalizaciji. Socialne delavke uporabnike spodbujajo k čim bolj samostojnemu iskanju odgovorov na ugotovljene potrebe tako, da so jim v pomoč pri navezovanju stikov s službami v skupnosti in pri informiranju o možnih virih pomoči v skupnosti, pomagajo jim pri izpolnjevanju vlog in pisanju prošenj za vključevanje v različne programe in pri iskanju službe. *Mislim, da kar dosti sodelujejo, vedno izrazijo svoje želje, omogočamo jim in jih spodbujamo, da tudi samo kaj naredijo (N7).* Nenazadnje je vključevanje uporabnika v načrtovanje odpusta smiselno, ker s tem lahko uporabnik zazna vpliv na izboljšanje svojega zdravstvenega stanja. Gre za primere, ko so želje in potrebe uporabnikov ob začetku zdravljenja nedosegljive, z ustrežno obravnavo in pogovori s socialnimi delavkami pa se njihove želje preoblikujejo in postanejo skladnejše z njihovimi zmožnostmi.

Vse intervjuvane socialne delavke menijo, da uporabniki prepoznavajo smiselnost načrtovanja odpusta, če so vanj vključeni kot sooblikovalci in soustvarjalci, v smislu, da lahko jasno izrazijo svoje želje in potrebe, ki jih skušajo socialne delavke v največji meri uresničiti. Skupaj z uporabnikom socialna delavka, ki je obenem tudi informatorka (3. raven participacije po lestvici Arnstein) (Arnstein, 1969), pripravi osebni načrt, v katerem so jasno zapisane ugotovljene potrebe in zastavljeni cilji. *Ta načrt, kot ga jaz vodim, je že zelo na začetku, ko mu*

predstavim različne možnosti in te informacije pustim dan, dva, da to premisli, prebere, dam prospekte in potem se čez dan, dva pogovoriva, kaj mu je najbolj ljubo, lahko se odloči, kam bo šel in vse. Mislim, da o vsem sam odloča, mi smo pa informatorji, kakšne ima možnosti (C11). Z nami vedno sodelujejo, mi jih vključimo, tudi razložimo, kako bodo potekale te skupnostne službe, delo na terenu, kako bomo sodelovali, damo številke. Pa tudi glede bivalnih, pacienti se morajo z vsem strinjati, nič ne moremo mimo njih. Tudi če za zavod pošljemo, se morajo s tem strinjati, tudi če potem, ko je že sprejet, reče ne, je to njegova odločitev. Vedno delamo s soglasjem, nič mimo njih. Še tiste proti volji vprašamo kam. Tudi če se pacient še ne počuti, ga ne damo kar nekam. Celo obratno. Včasih smo prav malo jezni, ko vemo, da pacient nima kam, pa noče povedati, kam bo šel. Še takrat se potrudimo, da mu damo vsaj kontaktne številke (L4).

3.3.2.1.7. Načini upoštevanja želja in potreb uporabnika

Način upoštevanja želja in potreb uporabnika je po mnenju intervjuvank v veliki meri pogojen z njihovim zdravstvenim stanjem in zmožnostmi. Med uporabniki se namreč pojavljajo razlike v zmožnostih aktivnega vključevanja v načrtovanje odpusta zaradi njihovega zdravstvenega stanja. Nekateri uporabniki v sodelovanju in podpori socialnih delavk samostojno načrtujejo odpust, medtem ko drugi tega ne zmorejo in odločitve prepuščajo strokovnim službam. Tudi pri teh uporabnikih skušajo intervjuvanke spodbujati njihovo samostojnost pri vključevanju v načrtovanje odpusta.

Večina socialnih delavk, s katerimi je bil opravljen intervju, skuša pri načrtovanju odpusta upoštevati želje in potrebe uporabnikov. Pri tem se intervjuvane socialne delavke soočajo z izzivom identifikacije optimalne rešitve za uporabnika. Gre za iskanje konsenza med oceno, ki je bila narejena v času zdravljenja od več strokovnjakov (ocena potreb socialne delavke skupaj z uporabnikom, rezultati različnih testov, ki so bili narejeni – npr. KPSS, psihološkim pregledom, pogovora z zdravnikom in oceni delovnega terapevta), in izraženimi željami ter, občasno, tudi z zakonskimi določili. Ta določila intervjuvanke vključijo v načrtovanje odpusta, če ocenijo, da bi lahko uporabnik ogrožal lastno življenje. *Smo pa dolžni povedati, če te želje in potrebe niso v skladu z zakonodajo ali kakorkoli ali pa z njegovimi prejšnjimi izkušnjami. Če se iste stvari ponavljajo, je fino, da se jasno in glasno pove, da se mu svetuje, poda kontakte, da se kasneje ne zakomplicira (D19). Glede želja in potreb – če nam je kristalno jasno, da nekaj ne bo šlo (npr. da si želi uporabnik v svoje domače okolje, pa to ni mogoče zaradi različnih razlogov), mu skušamo seveda priti naproti, ampak včasih se ne da (O12).* Intervjuvanke pri

načrtovanju odpusta poudarjajo pomembno vlogo uporabnika s tem, da naj bi bil ta aktiven soustvarjalec načrtovanega odpusta, saj bodo morali uporabniki uresničevati svoje odločitve po odpustu. *Seveda, ker tudi vemo, da zunaj ne bodo imeli vedno enega pri sebi, se spodbuja, da že v tem času zdravljenja čim več sami urejajo, mi smo jim na voljo za vprašanja in usmerjanja (K9).* Intervjuvanke upoštevajo želje in potrebe uporabnikov in te včasih zahtevajo tudi sodelovanje zunanjih institucij. To sodelovanje je običajno vezano na zagotavljanje podpore uporabnikom po odpustu iz bolnišnice.

Pogovor je najpogostejši način, s katerim lahko intervjuvane socialne delavke prepoznajo želje in potrebe uporabnikov in jih lahko pri načrtovanju odpusta upoštevajo. *Skušam pač upoštevati, kar uporabnik želi, čeprav se meni ne zdi realno, preverim, če se izkaže drugače, se skušava dogovoriti, kako bi to predrugačila (A11).* Strokovni delavci želimo upoštevati pacientove želje, kolikor smemo in kolikor znamo. *Osnovno orodje za to, da prepoznamo njegove želje in odgovarjamo, kaj lahko naredimo zanje, pa je pogovor (G26).*

3.3.2.1.8. Pripravljenost socialnih delavk na avtonomijo uporabnikov

Vse intervjuvanke menijo, da priznavajo avtonomijo uporabnikov pri načrtovanju odpusta. Zdi se jim nedopustno, da bi socialna delavka brez soglasja uporabnika odločala o načrtovanju njegovega odpusta. To se lahko zgodi le v primeru, ko uporabnik zaradi zdravstvenega stanja ni zmožen sodelovanja pri načrtovanju odpusta ali ogroža lastno življenje. *Če so neke večje socialne zadeve, organiziramo tim, npr. s CSD, tudi svojci sodelujejo pri tem. Samo pri določenih tveganjih, npr. pri samomorilnih mislih, takrat ne, ampak ukrepamo (K11),* ali ko je pri uporabniku veliko rehospitalizacij zaradi neustrezno sprejetih odločitev glede načrtovanja življenja po odpustu. V teh primerih intervjuvanke priznavajo nagnjenost k pokroviteljskemu odnosu oziroma okrnjeni avtonomiji uporabnika pri načrtovanju (ponovnega) odpusta. *Če je le možno, se jim gre naproti. Je pa tako, da pri tistih pacientih, ki so že dolgoletni, čez čas ne prisluhnemo čisto vsemu več. To je po večjih poskusih, tudi desetkrat bi nekaj probal, takrat smo malo pokroviteljski (H15).*

Intervjuvanke izražajo različne oblike pripravljenosti na zagotavljanje avtonomije uporabnikov pri načrtovanju odpusta iz bolnišnice. Večina socialnih delavk poudarja pomembno vlogo njihovega visokošolskega izobraževanja. V času visokošolskega izobraževanja so socialne delavke ponotranjile spoštovanje vrednote avtonomije uporabnika. *Po mojem mnenju odlično. Šola za socialno delo vzgaja kader v spoštovanje avtonomije posameznika in to nam »pride v kri« (G27).* Mislim, da smo mi zelo odprti, že ko študiramo

pridobivamo znanja in tudi sicer smo že osebno nekako, mogoče posplošujem, ampak naše lastnosti so nas usmerile na to pot. Mislim, da zelo upoštevamo uporabnika (O13). Prav tako je formalno izobraževanje iz psihoterapije intervjuvanki omogočilo razumevanje vloge socialne delavke pri načrtovanju odpusta iz bolnišnice. Socialna delavka je v tem procesu svetovalka, spodbujevalka samostojnosti uporabnika in informatorka uporabnika pri prevzemanju odgovornost za svoje odločitve. To se navezuje na vlogo socialne delavke, da uporabnika seznani s tveganji njegove odločitve in ga tudi pripravi na sprejemanje teh tveganj. *Jaz mislim, da ja. Kot sem rekel, psihoterapija mi je dala veliko tega oziroma, da je pacient odgovoren za svoje ravnanje, mi smo svetovalci, učitelji, informatorji. Daleč od tega, da bi ga silili v to, kar noče (I15).* Po drugi strani pa intervjuvana socialna delavka ugotavlja, da so jo na zagotavljanje avtonomije uporabnika pri načrtovanju odpusta pripravile delovne izkušnje in ne visokošolsko izobraževanje. *Fakulteta nas ni pripravila, naučiš se ob delu, ko dobiš izkušnje (B15).*

Socialna delavka lahko upošteva avtonomijo uporabnika v procesu načrtovanja odpusta, če uporabnika obravnava celostno z zavedanjem, da se lahko stanje uporabnika hitro spremeni. Zato je potrebno formativno spremljanje uporabnikove situacije. *Gledamo trenutno stanje, kar je prav, saj se situacija spreminja. Mi gledamo celostno na uporabnika (D22).*

Intervjuvanke opozarjajo na zaznavanje razlik glede zagotavljanja avtonomije uporabnika pri načrtovanju odpusta med različnimi profili zaposlenih v bolnišnici. Po opažanjih socialnih delavk je zdravniško osebje pogostejše pokroviteljsko do uporabnikov, oziroma ni pripravljeno na zagotavljanje avtonomije uporabnikov pri načrtovanju odpusta. *Socialni delavci smo bolj pripravljeni na avtonomijo uporabnikov kot zdravniki, mislim celo, da smo edini (D20).* Zato intervjuvanke poudarjajo, da je treba okrepiti ozaveščenost zdravstvenega osebja, kako pomembno je zagotavljanje avtonomije uporabnika pri načrtovanju odpusta.

3.3.2.1.9. Opredelitev načrtovanja odpusta v perspektivi socialnega dela

Intervjuvane socialne delavke različno opredeljujejo načrtovanje odpusta uporabnika iz bolnišnične oskrbe. Najpogostejše načrtovanje odpusta razumejo kot urejanje uporabnikovih razmer po končani hospitalizaciji. Pri tem se osredotočajo na urejenost bivanjskih pogojev (varnost in ustreznost), podporne mreže in na finančno stabilnost ali samostojnost ter dosledno prejemanje predpisane zdravstvene terapije. *(Pri načrtovanju odpusta hospitaliziranih oseb nas najbolj zanima, če ima od česa živeti in če ima kje živeti. Pri skupnostni obravnavi pa nas zanima, če ima ambulantnega psihiatra,, če prejema depo terapijo, zdravila, kako živi (E11). Ja, najprej, kam bo odpuščen, da so urejene te stvari, neka mreža pomoči, da ima neko dovolj*

razširjeno mrežo (K12). Ja, to najbolj pomislim, kje bodo živeli, v kakšno okolje se vračajo, kako bodo funkcionirali, kakšen je njihov finančni plan za skozi mesec. Mene zanima, ali bo jemal zdravila, ko bo šel domov, ko bo šel v domače okolje – je tudi to problem, ko nekdo noče domov, ne pa da jih zapiramo v bolnice (L6). Gre za celostno obravnavo uporabnika pri načrtovanju odpusta, s pomočjo katere se bo uporabniku zagotovilo ali vzpostavilo dostojno življenje.

Intervjuvane socialne delavke razumevanje načrtovanja odpusta vežejo na delo socialne delavke z uporabniki. Pri tem intervjuvanka izpostavlja timski pristop in vlogo socialne delavke kot koordinatorke med socialno službo v bolnišnici, člani tima in zunanjimi službami kot podporo uporabniku pri načrtovanju odpusta. Nenazadnje v tem kontekstu intervjuvanka omenja tudi kompetentnost socialne delavke za delo z uporabniki.

Intervjuvana socialna delavka opozarja, da je načrtovanje odpusta vezano na individualizacijo obravnave uporabnika in ne na oblikovanje univerzalnega načrta odpusta. Vendar po mnenju intervjuvank na načrtovanje odpusta vpliva tudi politika zdravljenja v državi in življenjske oziroma socialne okoliščine uporabnika. *Vpliva nenazadnje tudi politika zdravljenja v posamezni državi, možnosti zdravljenja, plačilo zdravljenja, okvirni dovoljeni čas hospitalizacij, vrsta in obseg dovoljenih storitev ... (G32).*

Tri intervjuvane socialne delavke načrtovanje odpusta razumejo kot pogovor z uporabnikom glede njegovih želja in potreb, kar je zanje način za reševanje uporabnikove problematike. *Pogovor z uporabnikom, kakšne so njegove želje, raziskat realne možnosti, ustvarjanje kakšnih novih možnosti, rešitev. Zelo širok pojem (M15).* Pri tem je ključnega pomena usmerjenost socialne delavke v razumevanje, da je načrtovanje odpusta dogovor med uporabnikom in strokovnim timom. *Načrtovanje odpusta je dogovor med pacientom in strokovnim timom (B16).*

Intervjuvanka se zaveda, da se načrtovanje odpusta ne konča z uporabnikovim odpustom iz bolnišnice, temveč je treba uporabniku zagotoviti pomoč in podporo pri sledenju zastavljenim ciljem tudi po končani hospitalizaciji. Ta intervjuvanka načrtovanje odpusta razume kot dolgotrajen pristop k reševanju uporabnikove problematike (*... ki največkrat ni končana z pacientovim odpustom, ampak je potrebno nadaljevati z zastavljenimi cilji tudi naprej po odpustu (B18).*

Intervjuvane socialne delavke imajo različna mnenja glede cilja načrtovanega odpusta. Na eni strani menijo, da je cilj načrtovanja odpusta vezan na izboljšanje stanja uporabnika. *Pravzaprav odpust kam, ali je to varno okolje in s kom. Poskušam misliti na to, da pacient mora iti na boljše. Tudi če pride nazaj, se samo korigira terapijo (J10).* Da je zdravljenje čim krajše,

to so tudi nove smernice zdravljenja, da se čim prej vrnejo v domače okolje, z eno podporo (D24) in njegovih svojcev z informiranjem (... da sodelujejo tudi svojci, da so tudi oni podučeni (K13) o posledicah ali spremembah, ki jih bolezen vnaša v vsakodnevno življenje uporabnika, ter o oblikah podpore, ki jo lahko svojci nudijo uporabniku. Načrtovanje odpusta nenazadnje vključuje tudi sodelovanje z zunanjimi institucijami.

3.3.2.1.10. Postopek načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice

V načrtovanje odpusta se uporabnik vključi na pobudo različnih deležnikov. Če uporabnik ne želi, se sodelovanje ne vzpostavi. *Če npr. uporabnik želi odpust, potem je odpuščen. Odvisno torej od pacienta, nismo prisotni pri vsakem. Če gre samo za urejanje terapije, potem je to zadeva zdravnika (F2). Socialna služba je vključena v obravnavo pacientov, ne ravno pri vseh, pri večini pa že v času zdravljenja (O1).*

Načrtovanje odpusta ne pomeni dejanskega dne, ko uporabnik zapusti bolnišnico, temveč gre za proces, ki poteka med celotnim zdravljenjem. *Načrtovanje odpusta nikoli ne pomeni določitve, kdaj bo pacient odpuščen, ampak je odpust želeni cilj nas vseh, ki smo tu zato, da pacientu pomagamo – radi bi pomagali v čim krajšem času in čim bolje (G7). Praktično poteka načrtovanje odpusta vse od prve obravnave pacienta pred sprejemom do odpusta samega (G1).*

Potek načrtovanja odpusta določajo trije dejavniki: strokovni delavci, ki sodelujejo pri načrtovanju odpusta, zdravstvena politika in sistem, ki določata pogoje in načine zdravljenja, okoliščine uporabnika, ki je vključen v proces zdravljenja. *Vpliva to, da je vsak strokovni delavec, ki ga obravnava, kompleksno živo bitje; strokovnjaki so ljudje, ki se med seboj razlikujejo tudi po znanju, zavzetosti, doslednosti, kompleksnosti obravnav ... (G30). Vpliva nenazadnje tudi politika zdravljenja v posamezni državi (možnosti zdravljenja, plačilo zdravljenja, okvirni dovoljeni čas hospitalizacije, vrsta in obseg dovoljenih storitev ... (G32). Vplivajo življenjske/socialne okoliščine pacienta (G31).*

Načrtovanje odpusta poteka v treh fazah: uvodno srečanje, redna srečanja in zaključno srečanje. Če uporabnik ostane v stikih z bolnišnico tudi po končanem zdravljenju, govorimo o četrti fazi načrtovanja odpusta (Alghzawi, 2012). V prvi, uvodni fazi je socialna delavka predvsem v vlogi informatorja. Uporabniki se v tem obdobju soočajo z mnogimi vprašanji, dilemami, ki so vezane na načrtovanje odpusta, pa tudi na sam potek zdravljenja. Informativni razgovor ob sprejemu oziroma kmalu po sprejemu na zdravljenje omogoča socialni delavki in uporabniku več maneverskega prostora v sodelovanju, ki sledi ... *že v sprejemni ambulanti jih marsikaj zanima, ko je pred odločitvijo, ali sprejeti hospitalizacijo ali ne, poleg ostalih*

vprašanj, sprašuje tudi, če bo ostal tu, kako dolgo bo to ... Kadar gre za hospitalizacijo proti volji, pa sploh pacienta najbolj od vsega zanima, kaj lahko naredi, da bo čim prej odpuščen (G4). Dobro je, da se že ob sprejemu pridobi določene informacije, da imamo potem več maneverskega prostora in možnosti usklajevanja pogovora, da česa ne zamudimo (D7). Mi si že lahko predstavljamo, kaj bi bilo za njega boljše, ampak moja naloga je, da paciente seznanimo z možnostmi, moj namen ni, da njega v nekaj silim (I6).

Odločitev o sodelovanju temelji na prostovoljni odločitvi uporabnika. Druga faza načrtovanja odpusta vsebuje dogovor o sodelovanju – vzpostavitev socialnodelavskega delovnega odnosa, ki temelji na odprti komunikaciji. Posamezne faze načrtovanja odpusta niso natančno opredeljene, sodelovanje je omejeno na čas zdravljenja v psihiatrični bolnišnici (... v dogovoru z njim naredimo načrt odpusta, oziroma kako se bo sodelovanje odvijalo (A3). Seveda vse v soglasju z uporabnikom (D4). Odprtost za komunikacijo (poslušanje, upoštevanje graditev dobrega odnosa (G18).

Zdravnik določi dolžino zdravljenja, kar je tudi čas, ki ga imata uporabnik in socialna delavka na voljo za načrtovanje odpusta. V primeru, da je za načrtovanje odpusta potrebnega več časa, socialna delavka to izpostavi. *Sigurno je vodja zdravljenja zdravnik, on tudi predvidi časovnico, koliko časa potrebuje za zdravljenje. To je za nas en okvir, orientacija, koliko časa imamo, da se določene storitve uredijo, npr. iskanje bivališča ali pa dodatna organizacija pomoči na domu (I3). Za socialno delo imamo odmerjen čas, ki ga zunaj nimajo (npr. na CSD, kjer lahko nadaljujejo s srečanji), mi smo časovno omejeni, lahko se spreminja iz dneva v dan. Načrtovanje odpusta je zagotovo zelo pomembno (H4). Spet odvisno od situacije ... predlagaš, da je v bolnici še nekaj časa, da lahko določene zadeve urediš (F5). Ob želji uporabnika, da predčasno zapusti zdravljenje, ga socialna delavka spodbuja k nadaljevanju zdravljenja. Če želi pacient predčasno zapustiti zdravljenje, mi pa mislimo, da bi še potreboval teden ali dva, ga spodbujamo k temu, ga pa ne silimo. Bolj v smislu motiviranja, spodbud, ne pokroviteljstva (K4).*

Socialna delavka mora prepoznati, kakšna vrsta obravnave bi bila za uporabnika najbolj primerna, pri tem mora prepoznati, kdaj gre za situacije, pogojene z zdravstvenim stanjem, kdaj pa gre za delo, v katerega je vključena socialna delavka. Pri tem so ji v pomoč različne metode socialnega dela. *V takem primeru ima strokovni tim obsežnejšo nalogo – v še bolj kompleksnih obravnavah (svetovanju, informiranju, delu tudi z družino, sodelovanju z drugimi službami izven bolnišnice, ...) pomagati pacientu do uvida v to, kakšne težave ima in posledično razvrstiti jih v prave obravnave (poenostavljeno povedano: probleme se rešuje, bolezni se zdravi) – v tem primeru se ne načrtuje le zdravljenje, ki mu na koncu sledi odpust, ampak naredimo tudi načrt*

reševanja težav – katere bo potrebno reševati med zdravljenjem in/ker vplivajo na zdravljenje, katere bo lahko reševal po odpustu, kje ... (G10). V primeru nizke motivacije za sodelovanje, uporabi metodo motivacijskega intervjuja. Eni uporabniki pa pri načrtovanju odpusta ne želijo sodelovati in se želijo prepuščati in jih je proti odpustu potrebno bodriti, jim pomagati za ta korak. Strokovni tim spodbuja sodelovanje »uporabnika« glede odpusta od sprejema naprej (G5). Pri nas je specifično delo z družino, pa svetovalno delo, motivacijske tehnike (J2). V pogovoru, ki je nujna spretnost socialnega dela, socialna delavka pridobi čim več informacij, pomembnih za ugotavljanje uporabnikovih potreb. Seveda socialna služba posreduje tisto, kar je jasno razvidno iz informacij, razgovorov, informacij, ki jih imamo na voljo, kje so težave (O6). Kadar se pacient pogovarja s socialno delavko o odpustu, se vsebina navadno vrti okrog raziskovanja pogojev – ali ima pogoje za življenje (glede na njegovo funkcionalnost, odnose, ekonomske pogoje). Posledično socialni delavec pomaga pripravljati pogoje, če jih ni. Pri tem pa ne gre brez konkretnih poznavanj vseh oblik in vrst pomoči v skupnosti (G4). Ko je izdelana podrobna ocena stanja, socialna delavka in uporabnik naredita načrt odpusta, cilji so postavljeni v skladu z možnostmi v skupnosti. Pogovor z uporabnikom, kakšne so njegove želje, raziskati realne možnosti, ustvarjanje kakšnih novih možnosti, rešitev, zelo širok pojem (M15). Zdravstveno stanje vpliva na način dela v procesu načrtovanja odpusta. Skupaj naredimo načrt, če je oseba zmožna izraziti želje, jih upoštevamo, hkrati pa zelo upoštevamo realne in možne rešitve v povezavi z zdravstvenim stanjem in možnostmi v okolju (M3). Odvisno od tega, zakaj se zdravijo, od diagnoze, obravnavo je treba drugače predstaviti pri različnih ljudeh (J6).

Sodelovanje temelji na krepitvi moči uporabnika (Jaz bi rekla, pogovarjati se o tem, kakšne spremembe bo naredil po odpustu, vse je potrebno začeti že v času zdravljenja, mi pa mu pri tem pomagamo, da najdemo neke vire moči. Ko je odpuščen, se načrt začne uresničevati, mi mu damo orodje za spremembe (H16). Poleg dela s posameznikom, v katerem se izdelata individualni načrt, ki je v jeziku načrtovanja odpusta »načrt odpusta«, pa so uporabniki vključeni tudi v skupinsko delo, znotraj tega potekajo edukativne delavnice. Največ je individualnega dela z uporabniki, skupinsko delo se izvaja, edukacija svojcev, predavanja na različne teme, npr. o socialnih transferjih (F2). ... metode dela s skupino, posameznikom, individualni načrt (K2).

Socialna delavka ponudi in predstavi možnosti, ki so na voljo, odločitev pa je uporabnikova. Pri tem upošteva uporabnikovo zdravstveno stanje ... pacienti se morajo z vsem strinjati, nič ne moremo mimo njih. Tudi če za zavod pošljemo, se morajo s tem strinjati, tudi če potem, ko je že sprejet, reče ne, je to njegova odločitev. Vedno delamo s soglasjem, nič mimo njih. Še tiste proti volji vprašamo kam. Tudi če se pacient še ne počuti, ga ne damo kar nekam (L4). Jaz mislim,

da se kar trudimo prisluhniti, je pa res v skladu z možnostmi, vedno gledamo realne možnosti. Glede na motnje, ki jih ima in glede na možnosti, ki so na voljo. Je pa res, da če se izkaže, da možnost ni bila uspešna, mogoče celo večkrat, potem delamo v smeri, da se uporabniku predstavi, da se njegove izbire ne delujejo, ga spodbujamo v drugo smer (M9). Dosledno prepuščanje odločitev uporabnikom nakazuje obliko pokroviteljske prakse. Socialna delavka dopušča tveganje, uporabniki nosijo posledice svojih odločitev *Ker so polnoletni, opravilno sposobni, morajo nositi tudi posledice svojih napačnih odločitev. To je povezano s tveganjem (A14).* ... *nevarnost, da se to malo izgubi, zdravstveno okolje, sistem ima drugačen vidik in je pomembno, da se to ozavešča, da se na to spominjamo (M11).* Socialna delavka je v procesu načrtovanja odpusta v vlogi koordinatorja. *Socialni delavec je vez med oddelčnim timom, zdravnikom, pacientom, svojci in drugimi institucijami v okolju (M4).*

Ocene stanja, ki jih prispevajo različne službe, vplivajo na potek zdravljenja oziroma obravnave uporabnika. *Vendar v modelu timskega dela to pomeni posledično odgovornost za vsakega člana strokovnega tima – vsaka posamezna obravnava pacienta (v zdravstveni negi, delovni terapiji, socialni službi, psihološki službi) vpliva na pacientovo stanje in okoliščine in posledično vse vpliva na načrtovanje odpusta (G12).* Socialna delavka posreduje svojo oceno stanja *(Seveda socialna služba posreduje tisto, kar je jasno razvidno iz informacij, razgovorov, informacij, ki jih imamo na voljo, kje so težave (A5)).* Med zdravljenjem socialne delavke preverjajo in spremljajo zastavljeni načrt odpusta glede na aktualno stanje uporabnika ter po potrebi začasni načrt odpusta korigirajo (spreminjajo, dopolnjujejo). *Zato je tako zelo pomembna odgovorna in ažurna izmenjava informacij med sodelavci v timu, prava klinična pot obravnave pacienta in še kaj. Vsak strokovni delavec v timu potrebuje zbir vseh aktualnih informacij, ob katerih se preverja okvirni načrt zdravljenja in se po potrebi spreminja, dopolnjuje (G13).*

V končni fazi, ki ni nujno na odpustni dan, socialna delavka obvesti vključene službe v skupnosti *(... skupaj z zdravnikom se dogovorimo, kateri dan se načrtuje odpust, jaz obvestim CSD, KOS, skratka zunanje službe, ki so vključene v obravnavo, tudi patronažo. Odvisno, s kom sodelujemo (N1)).* V primeru, ko čaka na neko obliko institucionalnega varstva ali dokončno ureditev razmer v domačem okolju, uporabnik ostaja na zdravljenju dlje, kot bi bilo to potrebno iz zdravstvenih razlogov. *Ni pa to pogosto, predvsem takrat, ko vemo, kaj hočemo doseči. Takrat kljub že dobremu zdravstvenemu stanju, zaradi katerega bi lahko šel domov, ostane v bolnici, ker čaka neko mesto (H6).* V določenih primerih uporabniki nadaljujejo sodelovanje z bolnišničnim timom tudi po končanem zdravljenju. *Velikokrat nas pacienti kontaktirajo še po zaključenem zdravljenju in nam povedo, kako funkcionirajo (D6).*

Sodelovanje s svojci je pomemben del procesa načrtovanja odpusta. Pri tem socialna delavka uporablja različne metode dela. *Pomislim na svojce, kako jim pomagati, da odložijo svoje breme, edukacija o bolezni, kaj pomenijo spremembe v komunikaciji (J11). ... da sodelujejo tudi svojci, da so tudi oni podučeni (K13). ... potem obilo pogovorov s svojci, načrtovanje, tudi podpora, timsko delo (M13). Informiranje, organiziranje, koordiniranje (M14).*

Celoten proces načrtovanja odpusta socialna delavka beleži v svojo dokumentacijo, pri tem dogajanje prevaja v jezik socialnega dela. *Se da, še kar se da, če se malo poglobiš. Napišeš zapisnik s svojim besedami, potem ga pa prevedeš v socialno delavski jezik (A6).*

Intervjuvana socialna delavka je kritična do termina »načrtovanje odpusta«, saj deluje nerodno in preveč tehnično za tako posebno področje socialnega dela. *Zato je »načrtovanje odpusta« neroden izraz. Deluje tehnično, kar pa pri delu z ljudmi nujno odpove – ker ne delujemo po tehnični logiki, ampak po neki drugi kompleksni, celostni in enkratni logiki. Lahko imamo univerzalen načrt za npr. gradnjo hiše in po enakem načrtu bo nastala soseska enakih hiš, ne moremo pa imeti univerzalnega načrta za odpust bolnika, ki se zdravi za točno določeno boleznijo, kajti bolnik je enkratno bitje in se na zdravljenje odziva na svoj enkratni način. Zato je potreben oseben pristop. Tudi pri t. i. načrtovanju odpusta. Zato je potrebna odprtost načrta v t. i. »neskončnost« – kajti živo bitje lahko vedno preseneti (G33).*

3.3.2.2. Sklepne ugotovitve prve teze

Potek načrtovanja odpusta

- Načrtovanja odpusta, ki je vezano na individualizacijo obravnave uporabnika in ne na oblikovanje univerzalnega načrta odpusta, poteka med celotnim zdravljenjem in se v različnih psihiatričnih bolnišnicah razlikuje. Načrtovanje odpusta (NO) je razumljeno kot urejanje uporabnikovih razmer po končani hospitalizaciji, pri čemer se osredotočajo na urejenost bivanjskih pogojev (varnost in ustreznost), podporno mrežo in finančno stabilnost ali samostojnost ter dosledno prejemanje predpisane zdravstvene terapije.
- Potek načrtovanja odpusta določajo naslednji dejavniki: zdravstvena politika in sistem, ki določata pogoje in načine zdravljenja, strokovni delavci, ki sodelujejo pri načrtovanju odpusta in okoliščine uporabnika, ki je vključen v proces zdravljenja in načrtovanja odpusta.

- Načrtovanje odpusta poteka v treh fazah: uvodno srečanje, redna srečanja in končno srečanje. Če uporabnik ostane v stikih z bolnišnico tudi po končanem zdravljenju, govorimo o četrti fazi načrtovanja odpusta.
- Razlike pri načinu poteka načrtovanja odpusta se pojavljajo zaradi različnih zdravstvenih stanj uporabnikov in možnosti, ki jih imajo uporabniki v svojem (domačem) okolju.
- Potek načrtovanja odpusta, ki je zabeležen v načrtu odpusta, je sprva usmerjen v identifikacijo potreb in želja uporabnikov ter se začne na pobudo različnih akterjev že ob sprejemu ali kmalu po sprejemu, po opravljenem informativnem pogovoru z uporabnikom in/ali njegovimi svojci ter pregledom morebitne že obstoječe dokumentacije uporabnika.
- Med zdravljenjem poteka sprotna evalvacija opravljenega dela.

Službe, vključene v načrtovanje odpusta

- Načrtovanje odpusta uporabnika iz bolnišnice je nujno povezano s timskim pristopom; na eni strani vključenost strokovnega tima in prepletanje vlog različnih članov strokovnega tima znotraj psihiatrične bolnišnice, na drugi strani pa socialne delavke s timskim pristopom zajamejo tudi sodelovanje z različnimi zunanjimi deležniki (nevladne organizacije, CSD in drugimi), kot tudi sodelovanje s svojci uporabnika.
- V strokovni tim, v katerem je pomembna odgovorna in ažurna izmenjava informacij, so običajno poleg socialne službe vključene še zdravstvene službe z diplomirano medicinsko sestro in tehnikom zdravstvene nege, delovnim terapevtom in zdravnikom (psihiatrom).
- Socialna delavka je v timu v vlogi koordinatorke med vsemi udeleženi deležniki in v zagovorniški vlogi.
- Strokovno osebje se posvetuje s socialno delavko glede nadaljnje obravnave uporabnika in socialna delavka ob tem da svoje strokovno mnenje, ki ga zdravstveno osebje (običajno zdravnik) po navadi upošteva.

Pokroviteljske prakse

- Pokroviteljske prakse zmanjšujejo možnost uporabnika pri načrtovanju odpusta, s čimer se mu jemlje moč (so)odločanja pri njegovi obravnavi. V primeru slabega zdravstvenega stanja uporabnika ne gre za pokroviteljske prakse.
- Te pokroviteljske prakse se predvsem zaznavajo pri delu zdravstvenega osebja – zdravnikov, ki pogosteje ne upoštevajo želje uporabnikov.

- Najpogostejše so pokroviteljske prakse zaznane v primerih, ko je posredi zakonodaja, ko se uporabniki ne držijo pravil ali določil strokovnega tima. Pokroviteljske prakse so pogostejše med starostniki s šibko socialno mrežo.
- Možni načini in pristopi za blaženje pokroviteljskih praks so: vključenost socialne delavke v proces načrtovanja odpusta uporabnika, timski pristop in spodbujanje odprte komunikacije med člani strokovnega tima, supervizija, ozaveščanje o pomembnosti (osebne) odgovornosti strokovnega kadra pri obravnavi uporabnika, prevzemanjem podporne vloge (ne nadzorne) članov tima in s spoštovanjem odločitev, ki jih sprejmejo uporabniki.

Načini sodelovanja uporabnikov pri načrtovanju odpusta

- Socialne delavke poudarjajo pomembnost sodelovanja uporabnika v poteku načrtovanja odpusta, za kar pridobijo njegovo pisno ali ustno soglasje.
- Uporabniki so vključeni v načrtovanje njihovega odpusta iz bolnišnice na način, da se jim zagotovi možnost sodelovanja in soustvarjanja načrta odpusta, upoštevajoč zdravstveno stanje in zmožnosti ter motivacijo oziroma potrebo po iskanju pomoči.
- Vključenost uporabnika v načrtovanje odpusta socialne delavke razumejo kot iskanje oziroma določanje konsenza med željami in potrebami uporabnika in realnimi možnostmi, ki jih imajo strokovne službe za uresničitev izraženih želja in potreb.
- Socialne delavke so pripravljene uporabnikom nuditi avtonomijo pri načrtovanju odpusta, z izjemo v primeru slabega zdravstvenega stanja, ob pogostih rehospitalizacijah kot posledicah neustrezno sprejetih odločitev v preteklosti ali ko je posredi zakonodaja glede načrtovanja življenja po odpustu. V teh primerih socialne delavke priznavajo nagnjenost k pokroviteljskim praksam.

Načini upoštevanja želja in potreb uporabnikov:

- Socialne delavke menijo, da uporabniki prepoznavajo smiselnost načrtovanja odpusta, če so vanj vključeni kot sooblikovalci in soustvarjalci in imajo možnost izražanja svojih želja in potreb.
- Pogovor je najpogostejši način, s katerim lahko intervjuvane socialne delavke prepoznajo želje in potrebe uporabnikov.
- Pri identifikaciji potreb in želja uporabnikov v procesu NO se upoštevajo vse informacije in mnenja članov strokovnega tima, ki obravnava uporabnika, kot tudi mnenje samega uporabnika.
- Strokovne službe uporabniku predstavijo možnosti glede na oceno, ki jo v skladu s svojimi metodami dela dajo strokovnjaki različnih poklicev (psihiatrično mnenje, ocena

psihologa, poročilo delovnega terapevta, diplomirane medicinske sestre in ocena potreb, ki jo pripravita socialna delavka in uporabnik).

- Ob tem se soočajo z izzivom iskanja najboljše rešitve za uporabnika in iskanjem konsenza med ocenjenimi potrebami uporabnika in izraženimi željami, dejanskimi možnostmi ter občasno tudi z zakonskimi določili.
- Upoštevanje uporabnikovih želja in potreb je vezano na sodelovanje z zunanjimi institucijami.

3.3.2.3. Rezultati druge teze, vezane na usposobljenost socialnih delavk za načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice

3.3.2.3.1. Ustreznost študijsko pridobljenih znanj za izvajanje postopka načrtovanja odpusta

Socialne delavke so izpostavile pomembno vlogo, ki jo ima socialno delo v zdravstvu, saj imajo znanja, ki so lastna samo njim. *Se mi pa zdi, da ni bilo socialno delo nikjer tako v ospredju, kot ravno v zdravstvu. Na CSD so vse socialne delavke, tu pa se mi zavedamo, da smo socialne delavke, drugi profili prepoznajo, da imamo nekaj, kar oni nimajo. Tu se vidi, da smo mi socialna služba, vsak brani svoj profil, izhaja iz svojega vidika, smo stroka s svojimi metodami, ki nam jih nihče ne more vzeti (H3).* Večina intervjuvanih socialnih delavk meni, da so za delo na področju zdravstva pomanjkljivo opremljene, oziroma da znanja, ki so jih pridobile med visokošolskim izobraževanjem, niso uporabna pri delu v psihiatrični bolnišnici. Pri tem identificirajo dva ključna dejavnika, ki ustvarjata primanjkljaje v znanju socialnih delavk pri delu v psihiatrični bolnišnici. Prvi naj bi izhajal iz neustrezne zasnovanosti vsebin visokošolskega študijskega programa socialnega dela. *Če gledam, ko pridejo s fakultete, slabo, ker ni predmeta, ni nečesa, kar bi ga usmerjalo v to delo. V zdravstvu je to malo bolj specifično, kot na terenu. Obvezno bi bilo treba v študij vnesti te vsebine (a.1). Jaz mislim, da bi morali več poudariti, fakulteta da včasih preveč znanja, ampak jaz opažam, ko pride kakšen pripravnik, da imajo pomanjkljivo znanje, drugega znanja ogromno, ne pa tega za delo v zdravstvu (j.1). Znanja, ki jih študentke socialnega dela pridobivajo v času visokošolskega izobraževanja, ne obsegajo določenih znanj, potrebnih za delo v zdravstvu ... prav nič nisem vedel o tem, kot študent pa verjameš, da je res tako znotraj inštitucij, kot se govori (l.1).*

Intervjuvanke predlagajo dopolnitev ali spremembo visokošolskega študijskega programa, ki bi študentke opolnomočil z znanjem in veščinami, na kakšen način ustrezno pristopiti k

uporabniku na področju duševnega zdravja. Intervjuvane socialne delavke izpostavljajo primanjkljaj vsebin s področja psihiatričnega zdravljenja, ki bi ga lahko Fakulteta za socialno delo študentkam, bodočim socialnim delavkam, ponudila kot izbirni predmet. *Za delo v zdravstvu moraš imeti posebne veščine, in to zelo izrazite ... Določeno medicinsko znanje potrebuješ tudi, da razumeš, zakaj se določene stvari dogajajo. In potem vse to dodatno znanje povežeš s socialnim delom (D1) ... z razločevanjem, kdaj gre za bolezen, ki potrebuje zdravljenje, in kdaj za neustrezno vedenje, ki se ga da spremeniti z drugimi metodami pomoči (G2). Bi bilo smiselno imeti psihiatrične vsebine, vsaj dokler sistem ni drugače zastavljen za življenje zunaj. Ok bi bilo, da bi ljudje živeli zunaj, seveda z več kadra, ni pa to za vse (N1).* Tovrstna znanja so socialne delavke v preteklosti pridobivale v času študija, dokler se ni spremenil študijski program in so bile te vsebine iz študijskega programa izločene in obravnavane kot irelevantne za delo socialne delavke. *Stara generacija smo imeli psihiatrijo, niso bili usmerjeni proti, potem se je to spremenilo, se je zavrlo to dragoceno znanje, kar je škoda (j.1).* Med intervjuvankami je primanjkljaj visokošolskega znanja socialnih delavk, zaznan tudi v nepoznavanju zdravstvene zakonodaje. *Na eni strani zdravstvena zakonodaja, zdravstveni sistem, na drugi strani pa je pomembna tudi specifika uporabnikov, s katerimi delaš, to znanje je zelo pomembno (M1) in specifike delovanja zdravstvenega modela, ki se izrazito razlikuje od socialnega modela delovanja. Poznavanje specifike delovanja obeh modelov je za uspešno načrtovanje odpusta pomembno, saj v psihiatričnih bolnišnicah prevladuje predvsem medicinski model delovanja oziroma obravnave. Mislim, da smo zelo veliko se izobraževali na to temo, zelo veliko sem odnesla iz faksa. Ampak po drugi strani pa je to teorija. Ko prideš delat, pa vidiš primanjkljaj. Ker se osredotočamo predvsem na socialni model, tu pa prevladuje zdravstveni (o.1). V bolnici je vseeno drugače. Bolnica ima tudi svoja pravila, mi imamo svoje postopke. Tu je težko manevrirati med tem v tem smislu (n.1).* Nenazadnje se intervjuvanim socialnim delavkam kot pomoč pri načrtovanju odpusta izkazuje potreba po znanjih in veščinah, vezanih na psihoterapijo, pravo, komunikacijo in mediacijo. *Področja duševnih bolezni, komunikacije, mediacije, psihoterapije ... (B5); ... mislim, da moramo imeti veliko pravnega znanja (C5); ... znanja o komunikaciji, zakonodaja, psihoterapevtska znanja ... (D3).*

Drugi dejavnik, ki je kriv za pomanjkljivo znanje s področja psihiatričnega zdravljenja za uspešno načrtovanje odpusta, socialne delavke prepoznavajo v okrnjenem institucionalnem sodelovanju. *Slabo so opremljene, ne morejo biti, ni sodelovanja s FSD. Se je že v preteklosti zataknilo zaradi plačevanja praks, gre v slepo ulico. Antipsihiatrična usmeritev. Naučiti se je*

potrebno delati z uporabniki na področju duševnega zdravja, povsod se srečujejo z njimi, ne samo v bolnici, tudi na CSD. Osnove bi morali poznati (e.1).

Zaradi pomanjkanja znanja se socialne delavke pri prvih delovnih izkušnjah soočajo z nerealnimi predstavami o načinih zdravljenja v psihiatričnih bolnišnicah in značilnostih uporabnikov ter njihovih potrebah. *Tu moram povedati, da psihiatričnega zdravljenja ne poznajo. Prihajajo z nerealnimi predstavami o tem, kako se zdravi v psihiatrični bolnišnici, kakšni so sploh pacienti, kaj potrebujejo, kako se kažejo težave, kaj pomaga (g.1).* Pomanjkanje znanja o psihiatričnih boleznih se kaže tudi v komunikacijski neizkušenosti socialnih delavk z uporabnikom in težavnem razločevanju med bolezenskimi znaki in neustreznim vedenjem uporabnika (neselektivnost). *Ne poznajo psihiatričnih bolezni in se ne znajdejo v komunikaciji, niti med razločevanjem, kdaj gre za bolezen – ki potrebuje zdravljenje in kdaj za neustrezno vedenje – ki se ga da spremeniti z drugimi metodami pomoči (g.2).*

Intervjuvane socialne delavke pomanjkanje znanja pri načrtovanju odpusta rešujejo z dodatnimi (ne)formalnimi izobraževanji. *A kljub temu mislim, da so socialni delavci, ki vstopijo v zdravstvo, zelo učljivi in se z dodatnimi in rednimi usposabljanji primerno okrepijo, kjer se je pač za kvalitetno socialno delo v zdravstvu še treba (g.3).* Specializacijo sem naredila iz odvisnosti pa iz družinske terapije in iz svetovalnega dela. *Pridobiš znanja, pristope, ki ti olajšajo delo. Potem ko sem končala pripravništvo, sem se spraševala, kako vsa znanja iz različnih področij zožati za posameznega pacienta in mu pomagati. Po pripravništvu sem se dodatno izobraževala (j.3).*

Intervjuvanke se samoizobražujejo (z iskanjem literature) na področjih, za katera so ocenile, da jim primanjkuje znanja in jih pri svojem delu potrebujejo, še posebej, ker se zavedajo, da je delo socialne delavke zelo kompleksno. Primanjkljaje znanja intervjuvane socialne delavke rešujejo tudi s kolegalnim in izkušnjskim učenjem. *Veliko sem se naučila od kolegic, ko sem začela, veliko sem morala prebrat literature, malo sem pogrešala delavnice v smislu skupinskega dela, drugače pa jaz mislim, da vsak po svoje, če te zanima, lahko najdeš veliko literature (c.1).* Intervjuvanci menijo, da so bolj kot teoretična znanja pri načrtovanju odpusta uporabne pestre delovne izkušnje, saj z njimi najbolj učinkovito dopolnjujejo vrzeli v znanju. Te izkušnje so si intervjuvanke pridobile bodisi z zaposlitvijo v različnih organizacijah – šolstvu, CSD, NVO ipd. *Jaz bi rekla tako: imam srečo, da sem po študiju delala v šolstvu, potem na CSD in v nevladni organizaciji, sedaj pa v bolnici. Vedno se ne strinjamo, sploh ne, ampak najdemo kompromis, kar je za človeka dobro (h.1),* bodisi z opazovanjem sodelavcev v procesih komunikacije z uporabnikom ali med člani tima. Z dodatnim izobraževanjem socialne

delavke predvsem pridobivajo psihosocialna in medicinska znanja, ki jim omogočajo boljše razumevanje poteka zdravstvene in tudi socialne oskrbe uporabnikov z duševnimi boleznimi.

Socialne delavke menijo, da so v času študija na Fakulteti za socialno delo pridobile dragocena znanja in veščine, ki so ključni za uspešno delo in jih uporabljajo pri načrtovanju odpusta in izpostavijo delo s posameznikom, s skupino. *Veliko skupinskega dela je tudi (a2). Verjetno je kaj, metode dela s skupino, posameznikom, individualni načrt (k2).* Ob tem omenjajo tudi poznavanje služb v skupnosti, s katerimi poteka sodelovanje pri načrtovanju odpusta *Kadar se pacient pogovarja s socialno delavko o odpustu, se vsebina navadno vrti okrog raziskovanja pogojev – ali ima pogoje za življenje (glede na njegovo funkcionalnost, odnose, ekonomske pogoje). Posledično socialni delavec pomaga pripravljati pogoje, če jih ni. Pri tem pa ne gre brez konkretnih poznavanj vseh oblik in vrst pomoči v skupnosti (g4).* Pri delu se naslanjajo na različne metode dela in koncepte, pomembne za socialno delo. Pogovor je osnovno orodje socialne delavke. *Osnovna metoda dela socialnega delavca je pogovor – da bi bil kar najbolj učinkovit, so dobrodošla znanja s področja odnosov (g6). Največ pri Gabi, pogovor, delo s posameznikom, skupino, koncepti (e2).* Izpostavijo vzpostavljanje delovnega odnosa, ki je temelj uspešnega sodelovanja med socialno delavko in uporabnikom. *Po drugi strani pa se mi zdi, da smo socialni delavci dobro opremljeni, kjerkoli delamo. Ravno ta vzpostavitev delovnega odnosa, tu smo res dobri, za soustvarjanje, iskanje rešitev, zdi se mi, da dobimo iznajdljivost, širino, empatijo. To so točke, pa stik s človekom. Imamo znanje, iščemo točke moči. Niso konkretno povezana ta znanja, po drugi strani pa so za delo z ljudmi in v tem kontekstu zelo (m2). A se hkrati ne sme odločati namesto pacienta, kaj od realno možnega, kar lahko v njunem delovnem odnosu nastane, bo »uporabnik« sprejel in koliko bosta sodelovala (g20).* Pomembna pri načrtovanju odpusta je motivacija za sodelovanje, za delo na spremembah, pri tem socialne delavke uporabljajo motivacijske tehnike. *Pri nas je specifično delo z družino, pa svetovalno delo, motivacijske tehnike (j2).* Ključna pri načrtovanju odpusta je izdelava individualnega načrta, načrta odpusta. *Verjetno je kaj, metode dela s skupino, posameznikom, individualni načrt (k2), pri katerem socialna delavka in uporabnik opravita oceno potreb in postavita želene cilje ... kjer se na podlagi pacientovih zdravstvenih težav, socialnega položaja in ekonomskih razmer najprej oceni problematiko in nato načrtuje pot reševanja (b17).* Pogovor z uporabnikom, kakšne so njegove želje, raziskat realne možnosti, ustvarjanje kakšnih novih možnosti, rešitev *(m15) ... v dogovoru z njim naredimo načrt odpusta oziroma kako se bo sodelovanje odvijalo (a3).* Pri tem se poslužuje različnih načinov ravnanja, na primer svetovanja, informiranja, *Lüssijevih načel (Osebna pomoč zelo veliko, svetovanje, urejanje pa še marsikaj (a2). Zdaj lahko moje delo povežem z vsemi Lüssijevimi in metodičnimi*

načeli socialnega dela (b3). V takem primeru ima strokovni tim obsežnejšo nalogo – v še bolj kompleksnih obravnavah - svetovanju, informiranju, delu tudi z družino, sodelovanju z drugimi službami izven bolnišnice (g10). Ključna pri tem je krepitev moči uporabnika ... tu je treba upoštevati specifike, kako pristopati. V osnovi pa je treba gledati iste vire moči, ki jih ima, kot bi gledala drugje, na drugem področju (m3).

Socialna delavka k sodelovanju povabi svojce, v tem primeru gre predvsem za edukacijo. Največ je individualnega dela z uporabniki, skupinsko delo se izvaja, edukacija svojcev (f2). Socialna delavka pri načrtovanju odpusta uporablja znanja s področja skupinskega dela. Predvsem so to neke socialne veščine (o2). Socialne delavke izpostavljajo velik pomen poznavanja pravnih znanj, sociologije in psihologije. Zelo se osredotočamo na metode, tudi nekih pravnih osnov, zakonodaje je bilo (o2). Popravni predmeti, psihologija, sociologija, ... (d2).

Poleg znanja, ki so ga študentje pridobili med študijem, jih je ta opolnomočil tudi z oblikovanjem (močne) delovne motivacije in etike. Vendar se študijskih let spomnim kot pomembnih za moje zaupanje vase in v ljudi, pomembnih za ohranjanje in rast navdušenja pomagati drugim, pomembnih za spoštovanje in cenjenje vsakega človeka. Vsa znanja in izkušnje, pa tudi zgledi profesorjev in odnosi med nami so me tedaj okrepili v prepričanju, da lahko ljudem v poklicu veliko dam. To je bila dobra osnova za bodoče dobro delo socialnega delavca (g.7). V prvi vrsti že, če bi se držali kodeksa etike, tu je treba samega sebe opozarjati, kaj je bistvo in da smo tu za pacienta, da ne pozabimo na človeka. Mi smo tisti, ki poskušamo človeka čimbolj vključiti (h.4). To intervjuvanci izpostavljajo v odnosu do uporabnika in upoštevanja njegovih potreb in želja.

3.3.2.3.2. Prilagoditev znanja praksi načrtovanja odpusta

Intervjuvanke nenehno opozarjajo na pomembnost nenehnega dopolnjevanja znanja za delo pri načrtovanju odpusta. Za delo v psihiatrični bolnišnici je potrebno znanja dopolniti, ne prilagoditi (g.10). Pri tem poudarjajo izreden pomen samoiniciativnosti socialne delavke za pridobivanje novih znanj, ki jih uporablja pri obravnavi uporabnika. Ena intervjuvanka meni, da bi bila pri delu socialne delavke nujna supervizija. Tega v obstoječi praksi primanjkuje. Potrebno pa je tudi samoiniciativno izobraževanje, ne samo tisto, kar delodajalec, moraš tudi sam. Seveda potrebna bi bila tudi supervizija, je nimamo. Smo poskušali nekaj na to temo, pa ni blo nič sprejeto (o.3).

Po drugi strani pa socialne delavke izpostavljajo različne vrste znanj in veščine, ki so jih prilagodile pri načrtovanju odpusta. Tako intervjuvanke omenjajo uporabo ustrezne terminologije, ko pišejo zapisnike o obravnavi uporabnika. Pomanjkljivost, ki jo pri tem omenjajo, je ta, da je vsaka socialna delavka prepuščena sama sebi, saj ne obstajajo poenotene smernice za pripravo dokumentacije o uporabniku. Prilagoditev znanja delu pri načrtovanju odpusta je pogojeno tudi z uporabnikovo zdravstveno situacijo. Tako socialne delavke pri uporabnikih, ki se soočajo z izzivi odvisnosti, uporabljajo psihoterapevtska znanja, medtem ko je pri delu z dementnimi uporabniki delo socialne delavke usmerjeno v sodelovanje s svojci.

Dve intervjuvani socialni delavki ugotavljata, da so najbolj prilagodljiva praktična znanja. Pri tem se ponovno izpostavlja socialna znanja, ki so jih intervjuvanke pridobile na predavanjih profesorice Gabi Čačinovič Vogrinčič (empatija, refleksija). Prav tako se izpostavljajo znanja, pridobljena v času delovne prakse. *Praksa me je naredila socialnega delavca (c.6)*. Delovne izkušnje socialne delavke oplemenitijo tudi s sposobnostjo oblikovanja objektivne ocene stanja uporabnika. *Poskušaš biti realen, ne mečeš vsega v isti koš, moraš znat prečitati impulze, to ti dajo delovne izkušnje (e.5)*. Za kakovostno delo socialne delavke so, po mnenju intervjuvancev, relevantna znanja, vezana na poznavanje psihiatrije, ter veščine izvajanja skupinskega dela. *Že sama patologija bolezni marsikdaj v pogovoru svojci in pacienti vprašajo, želijo informacije o svojem napredku, na kaj morajo biti pozorni, tisti, ki to želijo seveda. In seveda jih ti tukaj usmerjaš na zdravnika, pa vseeno so stvari, ki jih moramo znati razložiti. Treba je prepoznati, da lahko usmerjamo ljudi, že v domačem okolju, da bo pravočasno uporabnik odreagirati. Vsak socialni delavec bi moral poznati osnove psihiatrije in skupinskega dela (d.4)*.

3.3.2.3.3. Soočanje socialnih delavk z etičnimi dilemami pri svojem delu

Intervjuvane socialne delavke se pri svojem delu soočajo z različnimi vidiki etičnih dilem. V pogovoru z uporabnikom se soočajo z etičnimi dilemami, ko ugotovijo, da so želje uporabnika neskladne oziroma nerealne glede na njegovo (na primer zdravstveno) situacijo. Etična dilema se pojavi, ali prisluhniti želji uporabnika (odpust v neurejene namestitvene razmere) ali vztrajati pri ureditvi bivalnega okolja (npr. zavod). *Včasih tudi pri samem pogovoru s pacientom. Na primer, pacient želi odpust v domače okolje, kjer nima pogojev. Veliko služb bi bilo potrebno vključiti, kar pa ne gre tako hitro, kot bo zaključeno zdravljenje. V tem primeru bi bila npr. rešitev stanovanjska skupina, medtem se uredijo pogoji doma, kamor se bo vrnila (a.8)*. V primerih, ko se načrtuje odpust, vendar uporabnik (še) nima urejenih bivanjskih/namestitvenih razmer, skušajo intervjuvanke svoje etične dileme preseči s prošnjo v

strokovnem timu, da se uporabniku podaljša čas hospitalizacije ali vključitev uporabnika v neakutno obravnavo. V kontekstu urejanja namestitvenih pogojev oziroma bivanjske situacije intervjuvane socialne delavke izpostavljajo etične dileme, vezane na neurejeno delovanje sistema glede hitrejšega urejanja namestitvenih razmer. Intervjuvanke namreč izpostavljajo pomanjkanje prostora, kot tudi pomanjkanje individualizirane podpore uporabnikov v zavodih. Posledično temu se uporabnike pogosto odpušča v neustrezno domače okolje. Intervjuvanke menijo, da so s tem uporabnikom kršene pravice. *Sistemske so težave, ker ni mesta v domovih, po možnosti, da je oseba še stara 60 let. V bolnici ne more bit, oseba bo odpuščena domov. To bi dala pod ta sklop (m.4).* V kontekstu neustreznega ali neurejenega delovanja sistema intervjuvanke izpostavljajo tudi zakonske predpise kot vir njihovih etičnih dilem (npr. Zakon o varstvu osebnih podatkov), ki omejujejo delo socialne delavke pri vključevanju uporabnika v različne oblike oskrbe. *Mogoče kar nas malo ovira v zadnjem času je Zakon o varstvu osebnih podatkov, bi kdaj kaj želeli, pa koga kam vključiti, pa avtomatično ne gre, ker ne moremo kar reči, da je nekdo pri nas na primer (k.5).*

Pri pogovorih z uporabnikom se socialne delavke soočajo tudi z dilemo glede prepoznavanja, kdaj uporabnik zaradi svojega zdravstvenega stanja resnično ne zmore več trajno in polnomočno sodelovati pri odločanju o sebi, kdaj ne zmore več razumeti posledic svojih odločitev in mora o uporabnikovih zadevah odločati skrbnik, ob tem pa tudi za vprašanje človekovih pravic in avtonomije; ali se nekdo dobro počuti, ali pa se ga sili v nekaj, kar mu/ji povzroča stisko in bolečino. *Torej problem prepoznavanja prave meje, ali oseba res ne more več trajno in polnomočno sodelovati pri odločanju o sebi, ker je zaradi bolezni že toliko okrnjena, spremenjena, oškodovana, da ne zmore več razumeti, prav izbrati, sodelovati pri izbiri in skrbi za pravice, koristi, osebnosti in ni več zmožna razumeti posledic svojih odločitev in mora o določenih zadevah glede te osebe odločati nekdo drug (g.12).*

Etična dilema se pri intervjuvanih socialnih delavkah pojavlja tudi pri stikih s svojci. Na eni strani se pojavljajo primeri, ko uporabnik odklanja stike s svojci (npr. z otroki), ti pa si želijo ohraniti ali navezati stik z uporabnikom ... *da se odloči, da ne bi imel stikov z otroki, čeprav jih drugi želijo (d.6).* Na drugi strani pa se pri intervjuvankah pojavijo etične dileme, ko gre za obravnavo družinskega nasilja.

Etična dilema se pri intervjuvanki pojavi, ko uporabnik odklanja medikamentno zdravljenje in se na socialno delavko obrne po informacije, kdaj lahko in kdaj ne more odkloniti zdravljenja z zdravili. Intervjuvanka izpostavi, da tovrstna oskrba uporabnika ni v njeni strokovni domeni, zato ga samo informira, oziroma mu posreduje stik osebe oziroma organizacije, na katero se lahko uporabnik obrne glede svojih pravic. *Name se obrnejo v zvezi zdravili na primer. Na ta*

del zdravljenja se nimam pravice vtikati, zato jim lahko dam samo informacije, kdaj lahko odklonijo in kdaj ne morejo, to morajo imet in jo od mene dobijo in na koga se lahko obrnejo za svoje pravice. Niti nikoli ne dajem svojega mnenja (c.7). Intervjuvanka omenja etične dileme zaradi kulturne nestrpnosti. *Največkrat se z etičnimi dilemami srečujem na kulturološkem področju, je veliko nestrpnosti (e.6).*

Intervjuvane socialne delavke etične dileme razrešujejo z intervizijo. Intervjuvanka pogreša tudi supervizijo, ki bi lahko pripomogla k obravnavi etičnih vprašanj, s katerimi se soočajo zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah. Etične dileme skušajo intervjuvane socialne delavke preseči s strokovnim delovanjem na način, da se nenehno izobražujejo in nadgrajujejo svoja znanja. *Seveda so etične dileme, po drugi strani pa spet ne toliko, moje mnenje je, da se je treba naslanjat na stroko. Smo socialni delavci in moramo naslanjati na stroko. Tu pa moramo skrbeti za to, da se izobražujemo, nadgrajujemo, dobivamo dodatna znanja (o.4).* Nenazadnje se etične dileme presegajo z informiranjem uporabnika glede njegovih možnosti izbire, zagotovitvijo zadostnega časa za sprejetje odločitve in nenazadnje s spoštovanjem izbire uporabnika glede njegove obravnave in odpusta. *To so take dileme, ko želiš razumet, spoštovat, edina stvar, ki jo lahko narediš, je ta, da mu poveš, ker on mogoče ne pozna druge opcije, ne pozna zakonodaje ali pa da mu daš nek čas za premislek. Spoštovat je treba, prisilit ne smeš (d.7).*

3.3.2.3.4. Stopnja avtonomije socialnih delavk pri delu v psihiatrični bolnišnici

Večina intervjuvank poroča o tem, da imajo avtonomijo pri svojem delu v psihiatrični bolnišnici. V tem pogledu omenjajo, da se počutijo kot enakopravne članice strokovnega tima pri obravnavi uporabnika. *Jaz sem enakopraven član tima (e.7).* Prav tako jim je zagotovljena avtonomija pri skupinskih in individualnih obravnavah uporabnika. *Pri nas – vso avtonomijo in posledično tudi vso odgovornost za vse socialne obravnave, ki jih opravljajo. Delajo s pacienti, svojci (g.13), oziroma pri organizaciji svojega dela. Jaz bi rekla, da mi to dopuščajo, sploh geriatrija, vse je prepuščeno meni, kako bom to izpeljala, pomoč pacientu in družini. Zdravnik me prosi, da čim prej uredim to. Jaz lahko načrtujem, imam avtonomijo ja (j.5).*

Intervjuvanke izpostavljajo, da je stopnja njihove avtonomije pri delu v psihiatrični bolnišnici pogojena s komunikacijo med člani strokovnega tima. *Spet odvisno od funkcioniranja tima na oddelku, mislim, da če znamo na konstruktiven način povedati stvari, se mogoče ta komunikacija razvije v tako, da se razumemo, da si gremo naproti. Mislim, da so pomembne tudi izkušnje, kako komuniciramo v timu, na kakšen način poveš (d.9), kot tudi od*

vodje tima. V primeru tega intervjuvanke izpostavljajo razlike med zdravniki, ki so vodje strokovnih timov. Nekateri zdravniki upoštevajo mnenje socialnih delavk glede načrtovanja odpustov, nekateri pa njihovo mnenje namenoma ignorirajo. *Odkvisno od tistih, s katerimi socialna delavka sodeluje, koliko avtonomije dopuščajo. Odkvisno od sogovornika in njegove osebnosti, razmišljanja (a.10). Ja, v bistvu je odkvisno od vodje tima, najbolj to. Nimam pa avtonomije kar se tiče odpustov, včasih je tu malo problem, ker se zaplete in ga moramo pregovorit. Vendar pa se da delati kompromise (m.5).*

3.3.2.4. Sklepne ugotovitve druge teze

Uporabnost in ustreznost študijsko pridobljenih znanj

- Socialne delavke so se v času študija seznanile z individualnim delom z uporabnikom, delom s skupino, delom s svojci, delom v skupnosti. Ob tem je pomembna študijska smer v času študija na Fakulteti za socialno delo.
- Socialne delavke se pri načrtovanju odpusta naslanjajo na koncept delovnega odnosa, krepitve moči in okrevanja, v primeru nizke motivacije uporabljajo motivacijske tehnike, na zakonodajo in iz nje izhajajoče uporabnikove pravice, pogrešajo zakonodajo s področja zdravstva.
- Študij je socialne delavke opolnomočil z oblikovanjem močne delovne motivacije in etike ter številnimi praktičnimi znanji.
- Socialne delavke največji primanjkljaj identificirajo v pomanjkanju znanja s področja obravnave uporabnika v smislu biopsihosocialnega pristopa.
- Primanjkljaj znanja izhaja iz zasnovanosti vsebin visokošolskega študijskega programa socialnega dela, ki ne obsegajo vsebin s področja zdravstva, ki so jih socialne delavke v preteklosti, pred spremembo programa, že pridobivale.
- Socialne delavke predlagajo dopolnitev z vsebinami s področja zdravstva, vsaj kot izbirni predmet.

Prilagoditev znanja o socialnem delu za prakso v psihiatrični bolnišnici

- Socialne delavke dodatna znanja pridobivajo z delovnimi izkušnjami in kolegalnim učenjem ter opozarjajo na pomembnost nenehnega dopolnjevanja znanja s samoizobraževanjem, dodatnim formalnim izobraževanjem ter prepoznavajo potrebo po superviziji.
- Celoten proces načrtovanja odpusta socialna delavka dokumentira, terminologija v dokumentaciji je tako s področja medicine, kot tudi s področja socialnega dela. Ker ni

poenotenega dogovora, sama odloča, ali bo jezik medicine prevajala v jezik socialnega dela ali ne (na primer pacient – uporabnik).

Soočanje z etičnimi dilemami

- Socialne delavke se pri svojem delu soočajo z različnimi vidiki etičnih dilem:
 - pri zakonskih določilih, ki jih omejujejo pri vključevanju uporabnika v različne oblike podpore,
 - pri stikih s svojci na primer ob ugotovljenem nasilju, urejanju skrbništva, zaščiti otrok (odvzemi, rejništva),
 - ko gre za namestitve v institucijo brez privolitve uporabnika,
 - v primeru, ko uporabnik odklanja medikamentozno zdravljenje,
 - ob prehitro končanem zdravljenju, čeprav uporabnik (še) nima urejenih bivanjskih oziroma namestitvenih razmer,
 - v primeru, ko so želje uporabnika neskladne oziroma nerealne glede na njegove možnosti (na primer odpust v neurejene namestitvene razmere),
 - pri odločanju, kdaj uporabnik zaradi svojega zdravstvenega stanja resnično ne zmore več trajno in polnomočno sodelovati pri odločanju o sebi.
- Etične dileme socialne delavke skušajo preseči z nenehnim izobraževanjem in nadgrajevanjem svojega znanja, z informiranjem uporabnika glede možnosti izbire, zagotovitvijo zadostnega časa za sprejemanje odločitev in s spoštovanjem vsakršne izbire uporabnika.

Stopnja avtonomije socialnih delavk pri delu v psihiatrični bolnišnici:

- Socialne delavke menijo, da prakticirajo avtonomijo pri svojem delu v psihiatrični bolnišnici in se v tem pogledu počutijo kot enakopravne članice strokovnega tima pri obravnavi uporabnika. Zagotovljena jim je avtonomija pri skupinskih in individualnih obravnavah uporabnika oziroma pri organizaciji svojega dela.
- Stopnja njihove avtonomije pri delu v psihiatrični bolnišnici je pogojena s komunikacijo med člani strokovnega tima, lahko je tudi osebno pogojena.

3.3.3. Izkušnje uporabnikov z načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice

3.3.3.1. Rezultati tretje teze, vezane na izkušnje uporabnikov z načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice

3.3.3.1.1. Uporabniška participacija in upoštevanje načel normalizacije pri načrtovanju odpusta

Uporabniki vidijo v načrtovanju odpusta priložnost za boljše življenje. *Da grem nazaj, da se osredotočim na svoje življenje, probam vse vzeti iz bolnice (I10). Da ne greš ven, brez veze, da se načrtuje - K9; Jaz pomislim na to, da grem na boljše (N12). Da se pripravi duševno, socialno, psihično, fizično mentalno, čustveno osebo na to, da bo prišla v stik z zunanjim svetom (O17).* Spet drugi uporabniki so mnenja, da psihiatrična bolnišnica uporabnika ne pripravi na izzive po končanem zdravljenju *Ena sprememba je, tisti, ki so dolgo tu, človek se v bolnici malo odtuji od normalnega življenja, ta monotonija, čas mine nekako. Po drugi strani, ko prideš v normalno življenje po dolgem času je spet sprememba, te vrže malo iz tira (J10).*

3.3.3.1.2. Deležniki načrtovanja odpusta

Izkušnje intervjuvanih uporabnikov glede sodelujočih strokovnjakov v pogovorih o njihovih potrebah in željah pri načrtovanju odpusta ob koncu hospitalizacije so različne in jih lahko razvrstimo v tri sklope. Večina uporabnikov je načrtovala svoj odpust v sodelovanju z ožjim strokovnim timom (prvi sklop izkušenj), ki so ga navadno sestavljali zdravniki in socialne delavke. Pri tem je večina uporabnikov izpostavila dobro informiranost socialne delavke o njihovem socialno-ekonomskem stanju in pogojih bivanja. Prav tako so intervjuvani uporabniki zaznali zavzetost socialne delavke pri prepoznavanju in upoštevanju njihovih potreb in želja ob načrtovanju življenja po končani zdravstveni oskrbi *Vmes pa mi je socialna delavka pomagala, dala mi je tudi kontakte, v stiku smo bili s CSD, da smo uredili pomoč (C3).* Eden izmed uporabnikov tudi izpostavi možnost konsenza pri odločanju načrtovanja odpusta. Uporabniku je bila ob podpori socialne delavke prepuščena odločitev glede kraja bivanja. *V bistvu jaz sem začel urejati že prej, tukaj pa s socialno službo, ker nisem točno vedel, kam bom šel, potem sem se pa odločil. Socialna služba, no (M1).* Dva intervjuvana uporabnika izpostavljata drugi sklop izkušenj uporabnikov glede sodelovanja in vključevanja strokovnjakov v načrtovanje njunega odpusta. Vključena sta bila v celostno obravnavo oziroma so pri njiju sodelovali različni

strokovni profili. O načrtovanju odpusta sta se uporabnika pogovarjala tako z zdravnikom kot s socialno delavko. *Seveda socialna delavka je imela veliko vlogo, ker je treba imeti za odpust rešene tudi finančne probleme, drugače ne vidiš izhoda (A1)*, kot tudi delovno terapevtko. *In tudi z delovno terapevtko, ker je ona imela tudi veliko vlogo, npr., kuhanje, pomivanje, serviranje hrane me je učila (A2)*, in psihologom. *Vsi so bili vključeni, tudi psiholog je sodeloval pri mojih planih po odpustu. Povedal je, da je zadovoljen s tem, da sem se odločila za nakup manjšega avta (A3)*. Zaradi vključevanja in sodelovanja s celotnim strokovnim timom in upoštevanja potreb ter želja uporabnika ta izraža zadovoljstvo pri načrtovanju njenega odpusta. Z intenziviranjem vključevanja potreb in želja uporabnika v proces načrtovanja odpusta se pri uporabnikih krepi tudi njihova avtonomija. Nasprotje drugemu sklopu izkušenj uporabnikov pa je tretji sklop, to so izkušnje (petih) intervjuvancev s pomanjkanjem pomoči oziroma podpore strokovnega tima. Pomanjkanje podpore tima se je odražalo v različnih segmentih. Na eni strani so uporabniki poročali o tem, da jim strokovni tim načrtovanja odpusta ni pojasnil na način, da bi ga razumeli sami, zato tudi njihove želje in potrebe niso bile upoštevane. *Ja nič jasnega mi ni nihče povedal, jaz bi najraje šla domov, za ta zavetišča pa to pa nisem bila preveč navdušena. Zdej grem nekam v dom za stare. Ne vem, kje je to (L1)*. Na drugi strani so uporabniki omenjali odstopanja od začrtanega načrta vključevanja v življenje po odpustu *(nič ni šlo tako, kot smo se pogovarjali. V hostlu sem si najela sobo, sama sem urejala (C2)*, in prepuščenost samemu sebi. Nenazadnje nekateri uporabniki s svojimi stiskami o načrtovanju odhoda niso želeli obremenjevati strokovnega tima in so zato bili raje redkobesedni oziroma zadržani v interakciji z njimi. Dejstvo, da ima uporabnik vtis, da obremenjuje socialno delavko, vsekakor terja razmislek in podrobnejšo analizo. *Nisem hotel veliko obremeniti ljudi. Ene dva meseca nisem mogel spati (H1)*. *Bolj tiho sem bil, bolj za sebe. Ja nič, par besed s tehniki, s terapevtko par besed, nič posebnega (K1)*. Pomoč so iskali in našli v pogovorih z drugimi uporabniki.

3.3.3.1.3. Sodelovanje med uporabnikom in socialno delavko

Sodelovanje med uporabniki in socialno delavko se je vzpostavilo bodisi na pobudo uporabnika: *Nisva imeli takih stikov, če sem kaj rabila, sem se obrnila nanjo (B3)*; *Videla sem jo na oddelku, pa sem vprašala, kdo je, pa mi je potem vse razložila (R2)*, bodisi je bila pobudnica za sodelovanje socialna delavka. *Mislim, da je Marica stopila do mene, vprašala me je, kako stojim glede prihodkov, če imam vse dodatke, če zmorem, ali imam dolgove. Spodbujala me je, ampak ni bilo to takoj na začetku, sem bila preslaba (A4)*. *Na njeno, ona mi je rekla, da mi je na voljo. Potem pa sem ji jaz rekla, da se imam nekatere stvari z njo za zmenit (O3)*. Ne

glede na izvor pobude za sodelovanje je bilo to usmerjeno v urejanje zadev uporabnika po odpustu (npr. preverjanje in urejanje socialno-ekonomskega statusa – dolгови, prihranki, urejenost doma) v smeri krepitve samostojnosti uporabnika po odpustu ali upoštevanja in zadovoljevanja njihovih potreb. Uporabnik lahko ponujeno pomoč zavrne, vendar je to lahko zabeleženo v zdravstveno dokumentacijo, kar lahko vpliva na poznejše možnosti izbire (na primer nedostopnost do drugih oblik pomoči, kot je denarna socialna pomoč) ... *potem mi je doktor napisal v odpustnico, da ne želim nobene pomoči. Jaz sem rekla, da ne rabim sociale, da bom zmogla sama (B4).*

3.3.3.1.4. Počutje uporabnika ob prvem srečanju s socialno delavko

Redki uporabniki ob prvem srečanju s socialno delavko občutijo nelagodje in zavzamejo obrambno pozicijo, ali so odklonilni do pomoči, ki jim jo želi ponuditi socialna delavka. Ob tem se pri enem intervjuvanem uporabniku razkriva, da je bil izvor njegove obrambne pozicije do socialne delavke v njegovem občutenju sramu zaradi številnih težav, s katerimi se je soočal. *Na začetku sem bila v obrambah, bilo mi je nerodno, da imamo toliko problemov (A5).* Večina uporabnikov pa se ob prvem srečanju s socialno delavko počuti dobro, saj intervjuvani uporabniki izražajo zadovoljstvo s prvim stikom s socialno delavko. Njihovo pozitivno počutje in zadovoljstvo so posledica strokovne dostopnosti socialne delavke. *Se mi je zdela vedno zelo odprta, pripravljena na sodelovanje (R3).* Nekateri uporabniki so imeli zadržke pri razkrivanju svojih težav, vendar jih je socialna delavka s pogovorom in postopnim reševanjem težav: *Sproti sva reševali, uredila mi je za plačilo RTV prispevka, da imam zastonj, tudi en dolg mi je uredila, bila sem vesela. Tudi druge stvari, na sodišču je bilo več izvršb, ker imam nizko penzijo (A7)* razbremenila skrbi, ki se nanašajo na življenje po odpustu. *Zelo dobro, ker z njim se pogovarjam o teh zadevah, ker jaz sem imel same skrbi, kako bo doma in to. Mi zelo prija to, da se pogovarjava (P3).* Nenazadnje zadovoljstvo uporabnikov s sodelovanjem s socialno delavko izhaja tudi iz zaznavanja, da se njihove potrebe in želje pri načrtovanju odpusta upoštevajo. En intervjuvani uporabnik izpostavlja zaznano spremembo pri načrtovanju odpusta v smeri, da se zdaj pri načrtovanju bolj upoštevajo želje in potrebe uporabnika, kot so se v preteklosti. Intervjuvana uporabnica meni, da mora socialna delavka v psihiatrični bolnišnici imeti do vseh uporabnikov enak odnos. *Dolžnost in etika je, da prisluhne, to mora. Ni pa, ne vem, no, en ti je bolj simpatičen, to je kot v šoli. Kot učitelj, ko uči, če ti je en bolj simpatičen. Socialna delavka tega pa ne sme. Do vseh mora biti enak odnos – dolžnost, etika (D9).* Uporabniki opisujejo izkušnjo hierarhičnega odnosa, v katerem se prilagajajo, kar ni skladno s konceptom

normalizacije, kjer sta socialna delavka in uporabnik v enakopravnem delovnem odnosu *Ja, prilagodila sem se, kar so drugi rekli (L4). Razreševali sva različne stvari. To je težko, ker nisem taka, da bi se upirala ali pa kaj rekla, sem sprejela določene stvari (E4).*

3.3.3.1.5. Uporabniška ocena potrebe po pomoči po končanem bolnišničnem zdravljenju

Večina uporabnikov ocenjuje, da bodo po odpustu iz zdravstvene ustanove potrebovali različne oblike pomoči. V večini primerov so intervjuvani uporabniki izpostavljali nujnost pomoči koordinatorja obravnave v skupnosti (KOS) zaradi urejanja denarnih socialnih pomoči: *Mislim, da je v pomoč, če so naprej stiki, predvsem s koordinatorko za področje obala, sem jo že srečala, to mi bo v pomoč, da bova pogledali, kako naprej, v zvezi s financami, položnice, enkratna pomoč, da mi direktno pomaga (A11),* ali zaradi pomoči na domu *S koordinatorjem, pomoč na domu, veterani, če mi pripada pomoč, ne pričakujem veliko pomoči (H6),* ali zaradi urejanja bivanjskih pogojev. Poleg naslonitve na pomoč CSD uporabniki poudarjajo tudi potrebnost sodelovanja z uradi za delo in ZPIZ-om, bodisi zaradi urejanja procesa upokojitve bodisi zaradi iskanja dela, skladnega z njihovimi omejenimi zmožnostmi. *Štiri ure sem v pokoju, štiri pa na Zavodu za zaposlovanje. Tam sem iskalka zaposlitve, ne vem, če bom še lahko hodila v službo, so same take službe, ki niso za mene, pa še zdravje mi to ne dopušča (E5).* Poleg formalnih oblik pomoči intervjuvani uporabniki ocenjujejo, da bodo potrebovali pomoč oziroma se bodo vključevali tudi v neformalne podporne oblike. V tem kontekstu omenjajo pomoč nevladnih organizacij (Ozara, Šent, Vezi) in podporo bližnjih ter uporabnikov, ki so jih spoznali v zdravstveni ustanovi *Se mi zdi potrebno tudi druženje, vzela sem veliko tel. števil od pacientk, da se bomo slišale, eno že kličem, me je že povabila k sebi (A12). Zmenil sem se s prijateljico, ki mi veliko pomaga, pa njen partner. Z majhno mrežo bom poskusil, rad bi bil spet normalen človek (H7).*

Med uporabniki, ki so imeli pred zdravniško oskrbo urejen socialno-ekonomski status v smislu, da so bili zaposleni in so imeli urejene življenjske razmere v smislu zaposlitve, bivanja, medosebnih odnosov in socialne mreže, ni zaznati potrebe pomoči po odpustu. *V bistvu še nisem imel te izkušnje. V službo sem hodil, nimam socialne stiske, finančno sem preskrbljen, stanovanje imam, otroci so preskrbljeni. Za neke organizirane oblike druženja pa sem bolj individualist (J5). Nikamor ne, imam doma družbo, imam velik vrt, nimam prijateljev, najbližji sosed je mogoče 300 metrov stran, k meni pridejo drugi (L5).* V to skupino uporabnikov sodijo tudi uporabniki, ki menijo, da pomoči ne potrebujejo, saj je urejanje segmentov njihovega življenja v njihovi pristojnosti in pri tem je potrebna razsodnost posameznika, da se odloči sebi

(ali svojim družinskim članom) v dobro. *Ne, ne, ta služba meni ni bla nikol v oporo. Sam moraš biti razsoden, da narediš prav za otroka (C8).* Nenazadnje ti uporabniki menijo, da je pomoč strokovnih služb javnih zavodov (npr. CSD, ZRSZ) samo formalnost in da morajo uporabniki sami poskrbeti za svoj socialno-ekonomski status: *Itak si sam iščem službo (M5).*

3.3.3.1.6. Upoštevanje želja in potreb uporabnika v pogovoru s socialno delavko

V pogovoru s socialno delavko so vsi uporabniki poročali o upoštevanju njihovih želja in potreb. Pri tem nekaj intervjuvanih uporabnikov izpostavlja, da zaznavajo spremembe pri upoštevanju njihovih potreb in želja v primerjavi s preteklimi izkušnjami. *Sedaj pa se bolj posluša naše želje (B8).* *Od leta 2013 se je marsikaj spremenilo, takrat nisem bil zadovoljen. Itak, da se spreminja. Boljše je, pač pogovor je najbolj važen (M6).* Pri tem večina intervjuvancev poudarja pomembnost odprte komunikacije in pogovora s socialno delavko, saj le s tem lahko tako socialna delavka kot uporabnik sam prepoznavata želje in potrebe: *Vsekakor sem bila povprašana in upoštevana. Niso šli mimo mojih želja in potreb. So, so upoštevali (A13), in avtonomno izbira možne rešitve zadovoljevanja teh identificiranih potreb ali želja. Predstavila mi je, jaz pa sem se odločila. Nekaj sem tudi odklonila in je bilo upoštevano. Nič mimo mene (A14); Vse upošteva, tisto, kar upošteva, tisto tudi naredimo. Ja, išče rešitve (I6).* S tovrstnim pristopom imajo intervjuvani uporabniki občutek slišnosti. Pri tem se tudi zavedajo meja pooblastil in pristojnosti socialne delavke v sklopu pravil zdravstvene ustanove. Gre za to, da če so želje in potrebe uporabnika neskladne s pravili zdravstvene ustanove, jim socialna delavka ne more nuditi pomoči pri njihovi uresnitvi. *V glavnem me je upošteval, sam za uro sem ga prosu, to me pa ni upošteval. Verjetno so taka pravila na oddelku (N7).* Nenazadnje je intervjuvani uporabnik upoštevanje svojih želja in potreb prepoznal tudi v tem, da sta s socialno delavko razgrnila njegove ovire oziroma primanjkljaje pri vsakodnevnih opravilih (na primer osebna higiena). S socialno delavko sta pripravila načrt izvajanja teh opravil v krajšem času.

3.3.3.1.7. Zavzetost socialne delavke pri iskanju rešitev in načrtovanju odgovorov na želje in potrebe uporabnikov

Večina intervjuvanih uporabnikov omenja zavzetost socialne delavke pri iskanju rešitev njihovih potreb in želja. Socialna delavka se skuša pri svojem delu približati željam in potrebam uporabnikov. Najpogostejše potrebe ali želje so ureditev bolniškega staleža in bivanjske

problematike ter pridobitev zaposlitve. Ob tem intervjuvanci poročajo o hitri odzivnosti: *Tudi bolniško mi je tik, tak uredila, takoj (C10). Ja in zaenkrat jo je tudi najdla, čeprav sva prvič govorile šele prejšnji teden, pa jo je že najdla, to je brzinska hitrost (O10)* in o vsakodnevnem sodelovanju s socialno delavko. Zato tudi nekateri intervjuvanci omenjajo zadovoljstvo s sodelovanjem in izkušnost socialne delavke *Pomagala mi je s svojimi izkušnjami (E7)*. Le dva intervjuvana uporabnika opozarjata na pomanjkanje zavzetosti in sodelovanja s socialno delavko in kot razlog navajata preobremenjenost zaposlenih. *Dostikrat je pasivno vse skupaj, ker so preobremenjeni, toliko je za nardit, nisi sam na svetu, da bi te rihtali (H9)*.

3.3.3.1.8. Uporabniška ocena sodelovanja s socialno delavko in pomanjkljivosti

Sodelovanje s socialno delavko večina intervjuvanih uporabnikov ocenjuje kot zelo dobro in so s sodelovanjem zadovoljni. *Prov neč, Marica je super, jaz ji dam oceno deset od deset (D8), s socialno delavko je pa vse v redu, vse v redu (F8). Sem bila zelo zadovoljna, kar mi je ponudila, predvsem v zvezi z denarno pomočjo. Zelo dobro opravlja svoje delo (R9)*. Pozitivna ocena sodelovanja pri intervjuvancu temelji na dostopnosti socialne delavke: *Nič nisem pogrešal, zmeraj so mi bli na voljo (M8)* in različnih oblikah sodelovanja. *Sodelujem osebno, preko maila, npr. klical sem na CSD, poslani so mi papirje, pa sem preposlal socialnemu delavcu (M9)*. Nekateri intervjuvanci celo izpostavljajo, da je sodelovanje s socialno delavko preseglo njihova pričakovanja: *na lestvici od 10, zelo v redu, nad mojim pričakovanjem (O11)*, saj so s pomočjo in spodbudami socialne delavke v času hospitalizacije rešili svoje (finančne, bivanjske, zaposlitvene ipd.) težave. *Ma veste kaj, boljše si ne predstavljam, ker je bilo vse rešeno, kot nisem pričakovala. Nisem vedela, da je to tako (A16)*. Zato ti intervjuvani uporabniki ne zaznavajo primanjkljaja pri sodelovanju s socialno delavko oziroma nimajo predlogov izboljšav za tovrstno sodelovanje. Po drugi strani pa sta dva intervjuvana uporabnika zaznala pomanjkanje stikov s socialno delavko. Ti uporabniki si želijo, da bi si socialna delavka vzela več časa za individualni pogovor z njimi, kot tudi za skupinsko delo. Ocenjujejo, da bi bilo sodelovanje še boljše, če bi se stiki med uporabniki in socialnimi delavkami intenzivirali, torej da bi bili pogostejši, na voljo pa bi bilo več časa. Uporabnica izpostavi, da ni prejela zadostnih informacij. O tem, kaj je zanjo najboljše, so odločali drugi, kar nakazuje na prisotnost pokroviteljskih praks. *Ja, nič jasnega mi ni nihče povedal, jaz bi najraje šla domov, za ta zavetišča pa to nisem bila preveč navdušena. Zdej grem nekam v dom za stare. Ne vem, kje je to (L1)*. Uporabniki istočasno prepoznajo prednost sodelovanja s socialno službo psihiatrične bolnišnice, saj imajo socialne delavke možnost hitre, neposredne komunikacije in sodelovanja

s strokovnjaki drugih strok – celostna obravnava. *Mislim, da so tu bolj pomembni, kot zunanji, v smislu, da lahko več pomagata. Greste v stik z zdravnico, da se kaj pomenite (K8).* Ob tem pa drug uporabnik meni, da se socialne delavke zelo trudijo, pa vendar psihiatrična bolnišnica predstavlja omejitev v možnostih pomoči: *Meni, se zdi, da največ pomagata, kar se da, verjetno ste omejeni tu (I9).*

3.3.3.1.9. Upoštevanje perspektive uporabnikov kot etična zaveza ali kot osebna zavzetost socialne delavke

Po mnenju večine intervjuvanih uporabnikov je dolžnost socialne delavke, da prisluhne željam in potrebam uporabnikov. Pri tem nekateri uporabniki izpostavljajo etično dolžnost socialne delavke. *Mislim, da je to dolžnost, neke vrste etika, da se prisluhne. Ker če je odvisno od dobre volje, vprašanje, kaj bi prišlo ven (A18).* Dolžnost in etika je, da prisluhne, to mora (D9). Večina izmed njih pa ocenjuje, da je zavzetost socialne delavke, da pri svojem delu upošteva želje in potrebe, njena delovna obveznost. Uporabniki menijo, da delovno mesto socialne delavke zahteva, da prisluhnejo tiskam in potrebam uporabnikov. *Mislim dolžnost, v taki službi so, da se to pričakuje (K7).* Jaz mislem, da glede na službo in znanje, podatke, ki jih ima, je to dolžan, ker je to njegova služba (P10). Po drugi strani pa intervjuvani uporabniki opazajo, da je zavzetost socialnih delavk pri upoštevanju želja in potreb uporabnika pogojena z njihovo osebno odločitvijo, v smislu, da bodo naredile vse, kar je v njihovi moči, in ne le tisto, kar funkcija od njih zahteva, oziroma gre za sledenje njihovem poslanstvu. Med temi socialnimi delavkami pa intervjuvanci zaznavajo razlike pri sodelovanju z uporabniki. Tako so na eni strani socialne delavke, ki se izjemno zavzamejo za reševanje težav uporabnika: *Mislim, da je moja socialna delavka, pripravljena več narediti, kot bi morala, da gre dlje, kot je to, kar bi morala. Odvisno, kot je pripravljen človek vložiti v svoj prosti čas (R10),* in na drugi strani opazajo socialne delavke, ki so v odnosu do uporabnikov nezainteresirane. *Mislim, da se držite tega, so pa eni, ki se ne, so pasivni, se jim fučka (H12).* Eden izmed intervjuvanih uporabnikov opozarja tudi na določanje pristojnosti zaposlenih v zdravstvenih ustanovah, saj so določene delovne naloge, ki niso v pristojnosti socialne delavke, temveč se nanašajo na delovno obvezo zdravnika. En intervjuvanec izpostavi, da je uresničevanje potreb in želja uporabnika predvsem v domeni uporabnika in ne zaposlenih v zdravstvenih ustanovah. Po njegovem mnenju je uporabnik dolžan poskrbeti za svoje potrebe in želje v smeri čim hitrejšega okrevanja: *Jest mislem, da je dolžnost pacienta, da poskrbi sam zase, da čimprej okreva (O12).*

3.3.3.1.10. Omejitve in ovire za strokovno delo socialne delavke

Po mnenju vprašanih uporabnikov socialne delavke pri svojem delu nimajo omejitev pri upoštevanju želja, potreb in predlogov uporabnikov glede njihovega zdravljenja in življenja po odpustu. Po mnenju teh intervjuvancev je delo socialne delavke ne glede na ustanovo, kjer je zaposlena, usmerjeno v zagotavljanje in nudenje pomoči, svetovanje in podporo uporabnikom. *Mislim, da še bolj, da imate še bolj proste roke in da tudi drugi v bolnici zaupajo socialnim delavcem in jih usmerjajo k njim (R11)*. Po drugi strani pa večina intervjuvanih uporabnikov opaza določene omejitve socialne delavke pri upoštevanju želja, potreb in predlogov uporabnikov glede njihovega zdravljenja in življenja po odpustu. Dva vprašana kot razlog omejitve dela socialne delavke izpostavljata zdravstveno stanje uporabnika. Gre za zdravstveno stanje uporabnika, ko temu (v trenutnem položaju) pomagajo samo zdravila. *Pomagajo samo zdravila, nič drugega ne, uleš se, pa nč misl (N11)*. Pri tem drugi uporabnik omenja, da se omejitve nakazujejo tudi v primeru, ko zaradi zdravstvenega stanja uporabnik prejema zdravila in te povzročajo stranske učinke v smislu, da ne more izraziti svojih želja in potreb ali si s težavo priključ v spomin dogodke in pogovore s socialno delavko ... *ker je bolnik takrat manj sposoben zaradi ravnokar preživetega stanja, zaradi zdravstvenega stanja, pacienti ne zmorejo izraziti vseh svojih potreb, se vsega spomniti razložiti, tukaj so še zdravila, stranski učinki, zaradi katerih ne moreš. In če dobiš takega človeka v obravnavo, mu težko pomagaš, tudi če si usposobljen, motiviran in krasen človek (O16)*. Dva intervjuvana uporabnika kot omejitev dela socialne delavke pri interakciji z uporabniki poudarjata preobremenjenost socialne delavke glede na število uporabnikov. To naj bi bilo po mnenju intervjuvanca še bolj prisotno v urbanih okoljih: *Ja, ker se mi zdi, je kvaliteta storitev v Ljubljani višja. Ljudje, ki so res dobri, izobraženi, mogoče je to samo moj predsodek, ampak se mi zdi, da rinejo tja, kjer je večja urbanost (O14)*, in nadaljuje: *Na podeželju, bolj ko greš v neko vas, pa zakotnost, maš sicer osebni stik, pa komunikacijo, stik, lepo naravo, sonce, gibanje, več pravic, več prostora (O15)*. Ostali intervjuvani uporabniki med omejitve pri sodelovanju s socialno delavko navajajo še nerealne želje uporabnika: *So omejitve, sem videla, da so, ker sem se zanimala glede posvojitve otroka, malo večjega. Sem prosila socialno delavko, eno drugo, ker Marice takrat ni bilo, če mi lahko pomaga pri tem, pa je rekla, da žal tega v bolnici ne more urejati. Takrat sem videla, da vsega pa ne morejo, kar bi mi radi (A19)*, in koronavirus: *V času koronavirusa pa. Če jaz nimam spodnjih hlač, mi jih nihče ne bo šel kupiti v mesto. Tu ste omejeni (H13)*.

3.3.3.1.11. Iskanje odgovorov na ugotovljene potrebe

Za uspešno delovanje uporabnika po končanem zdravljenju je ključnega pomena urejenost primarnih eksistenčnih potreb. V tem kontekstu večina intervjuvancev omenja urejene bivanjske razmere *streha nad glavo (N13)* in prehrano. *To je najbolj važno, da sploh lahko preživiš (A21). (Ja, da ima človek za preživetje, to je najbolj važno (D11) Jaz ne tražim puno, malo mi je dovolj, da imam streho nad glavo in en obrok na dan, več ne rabim (K10) Poskrbljeno, da imaš postlo, približno hrano in streho nad glavo (L10).* Pri urejanju teh osnovnih potreb intervjuvancem pomaga socialna delavka ali CSD. *Streha nad glavo in hrano. Socialna služba pri tem pomaga. Če nimaš strehe nad glavo, briga mene za avto, briga mene za denarje, da imaš osnovo za preživetje, da greš v trgovino, pa rečeš zdej pa ne bom kupu za 5,5, ampak za 10 evrov (M12).* V okvirju urejenosti osnovnih potreb intervjuvani uporabniki izpostavljajo tudi skrb za lastno higieno: *Prehrano, zdravje, da bi bil čist (F10)* in urejeno zdravstveno zavarovanje. En uporabnik poudarja skrb za redno in ustrezno prehranjevanje oziroma zasledovanje zdravega življenjskega sloga. Gre za uporabnika, ki se sooča s težavami uživanja prepovedanih drog in alkohola. *Sistem hranjenja je zelo pomemben, ni treba veliko jesti, bazirana na sadju, zelenjavi, da ne uživam drog in alkohola, da jem zdravila, ki so predpisana (H15).* Intervjuvani uporabniki pri uresničevanju svojih želja in osnovnih potreb izražajo skromnost. En intervjuvani uporabnik si želi urejene bivanjske in finančne razmere, ki bi mu omogočale živeti človeku dostojno življenje.

Štirim intervjuvancem je za ustrezno delovanje po odpustu iz zdravstvene ustanove pomembna tudi socialna vključenost in poudarjajo pomembnost dobrih medosebnih odnosov in s tem možnost vključevanja v ožjo ali širšo skupnost, *da kam greš, da imaš prijatelje (A22); se vključevati v Ozaro, Šent, da smo v stiku, da se ne zapiramo vase, da smo socialna bitja (I11).* Dva uporabnika omenjata tudi urejen status zaposlitve, saj bosta s tem lahko zadovoljevala tudi ostale potrebe za urejeno življenje po odpustu. *Še največ se mi zdi del službe, da imaš vse urejeno, to je glavno, potem pa vse drugo pride (G15).* Enemu uporabniku pa je pomembna možnost svobodne izbire pri odločitvi načina življenja po odpustu, pod pogojem, da s to svojo odločitvijo ne škoduje drugim ... *mislem, da je prav, da tudi če nekdo hoče bit brezdomc, da se mu to omogoči, če pri tem ne omejuje in ne škoduje svobodi drugega ali tretjega. Če pa hoče sebi škoditi, je pa to njegova pravica. Da se mu omogoča tudi dostop do ilegalnih drog, če si on to želi (O21).* Nenazadnje en uporabnik meni, da je za urejeno življenje pomembno učenje tehnik samonadzora oziroma tehnik za samoumiritev. Pri tem opozarja, da se teh tehnik udeleženci ne naučijo od zdravstvenega osebja, temveč od drugih uporabnikov. Intervjuvani

uporabniki spregovorijo o togih pravilih, vezanih na njihove osebne predmete, ki si jih želijo in potrebujejo tudi v času zdravljenja. *Nič nisem pogrešal, zmeraj so mi bli na voljo. Takrat sem bil še na zaprtem oddelku, pa brez telefona, ampak to je najbrž del hišnega reda. To se podrediš (M8). V bistvu v tej bolnici mal razčlovečijo človeka s tem, ko mu poberejo vse dokumente, to se ti ne dogaja v normalnem življenju, pa tudi v drugih bolnicah ne. Tu ti vse vzamejo, vzeli so mi brivski aparat, sedaj moram težiti tehnikom. Imam občutek, da ko prideš, so vsi prijazni, potem pa vedno manj (J15). V glavnem me je upošteval, sam za uro sem ga prosu, to me pa ni upošteval. Verjetno so taka pravila na oddelku (N7).*

3.3.3.1.12. Zaznavanje stigme zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici

Izkušnje intervjuvanih uporabnikov glede stigmatizacije zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici so deljena. Večina intervjuvanih uporabnikov omenja, da so zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici stigmatizirani in ta stigmatizacija se v njihovih življenjih kaže na različne načine. Najpogosteje gre za etiketiranje uporabnika v smislu norosti. *Ko greš nazaj domov, družba misli, da si nor. Še vedno mislim, da je v Sloveniji velika stigma. Potem se te to vedno drži kot ena velika črna pika (A24). Stigma pa mislim, da se ne manjša, če si ti, mislijo, da si nor. Še veliko je treba ozaveštit, da nisi nor, če si tu (C14). Vsi vejo, vsi vejo, po celi Novi Gorici vejo, to je malo večja vas, vejo, da sem največji norec v Gorici, kaj čem. Sedaj nisem več tak, ljudje ne spremenijo mnenja tako hitro. Blagovna znamka, ki jo težko spreminjaš (H16).* Stigmatizacija je po mnenju intervjuvanke vpeta v predsodke ljudi, prisotna je v obliki »pregovorov« oziroma komentarjev neprimernega vedenja. *To je umska bolnica, ja. Prej dok sem bla prov zdrava, so vsi rekl, če boš neumna, boš šla v bolnico, ali pa če si kašno neumnost naredu, so vsi rekl, uf, ti si pa glih za v Idrijo, kot naš domači izrek je bil to (L11).* Intervjuvanka sama pa se s tovrstnim razmišljanjem ne strinja in meni, da je psihiatrična bolnišnica tista bolnišnica, v katero se vključi nezdrava oseba. Ena izmed intervjuvank priznava, da če bi vedela za negativne posledice (stigmatizacijo) zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, se za to (pred dvema letoma) ne bi odločila. Tudi danes je z odločitvijo za zdravljenje v psihiatrični bolnišnici odlašala, predvsem zaradi posledic, ki jih bo najverjetneje imela na delovnem mestu. Kljub strahu pred stigmatizacijo zaradi zdravljenja v bolnišnici pa uporabnica izraža zadovoljstvo, saj je v tem času (prvič v svojem življenju) uspela doseči pozitivne spremembe v svojem delovanju. Etiketiranje intervjuvani uporabniki zaznavajo predvsem od oseb, ki nimajo (ne)posrednih izkušenj z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici. Gre za osebe, ki bodisi nimajo bližnjih s tovrstnimi težavami, bodisi niso dovolj osveščeni o tem: *Jaz lahko rečem, da sem se že večkrat*

srečal s stigmo, ker sem bil tu večkrat (G16), in nadaljuje: *Potem so pa eni, ki niso imeli še nobenega prijatelja, znanca, oni pa ne razumejo /.../ So pripombe. Imajo stigmo o bolnici, si predstavljajo, da je norišnica (G17).*

Prisotnost stigme zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici uporabniki zaznavajo tudi v spremembi svojih socialnih stikov. Predvsem poročajo o okrnjenosti ali izgubi stikov s prijatelji. Prijatelji se jih izogibajo in se jim ne odzivajo na telefonske klice ali si za druženje z njimi ne vzamejo časa. *Jaz sem zgubila vse prijateljice, ker sem bila v bolnici zaradi zdravja, ni več isto. Pokličem, prijateljice nimajo časa ali pa se ne javijo. Se ne spreminja, ostaja isto (I12).* Izjemen primer okrnjenosti socialnih stikov pa navaja ena intervjuvana uporabnica, ki je zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici izgubila starševske pravice. V primeru te intervjuvanke se je za njeno zdravljenje v psihiatrični bolnišnici odločila njena mama in z vključitvijo v proces zdravljenja je intervjuvankina mama prevzela skrb nad njenim otrokom. Intervjuvanka tudi pove, da je njen partner jokal, ko se je odločila za zdravljenje v psihiatrični bolnišnici, saj se je bal, da bo s tem njuna družina stigmatizirana in etiketirana. *Da je tako jokal, da bomo imeli pečat (D13).* Sama se s tovrstnimi skrbmi ni obremenjevala, temveč z mislijo, da ni bila prisotna pri odraščanju svojega otroka. *Ko me je najbolj rabila, me ni bilo (D13).* Navezujoč se na osebne stike z bližnjimi intervjuvani uporabniki poročajo tudi o tem, da so se zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici spremenili odnosi z njihovimi bližnjimi. To zaznavajo kot stigmo zaradi zdravljenja v bolnišnici. Uporabniki med bližnjimi zaznavajo nelagodje, obupanost, jezo ali pretirano zaskrbljenost zaradi njihovega zdravstvenega stanja. Pri tem en uporabnik meni, da je takšen odziv bližnjih povezan z mislijo, da se bodo spremenili. *Ne bo več ta, kot je bil pred boleznijo al pa da se stanje poslabšuje (O23).* Tudi intervjuvanka poroča o popačenih predstavah svojcev o zdravljenju v psihiatrični bolnišnici. Omenja, da je bila mama proti zdravljenju, saj ni mogla sprejeti misli, da bo v pižami in bo prejemale tablete, čeprav je bilo takrat njeno zdravstveno stanje njej neznosno in je z zdravljenjem odlašala. *Jaz prvič, ko sem bila 15 let nazaj, mi je bilo tako, da je bilo neznosno, mama me ni pustila, ker bom v pižami in natabletana. Sem toliko časa odlašala, da sem bila že na koncu (E11).* Nenazadnje ena uporabnica izpostavlja tudi stigmo do same sebe. Ta vodi v samokritičnost in nezmožnost odpuščanja sami sebi, ker je zbolela. Še več, intervjuvanka meni, da si ne zasluži pravične in enakopravne obravnave v primerjavi z nekom, ki nima zdravstvenih težav, kot jih ima sama. Zaradi samostigmatizacije se umika v osamo, težko prosi za pomoč bližnje in s prijatelji ne vzpostavlja stikov. Intervjuvani uporabniki zaradi stigmatizacije – etiketiranja in okrnjenosti ali sprememb socialnih stikov svoje zdravstveno stanje prikrivajo. Menijo namreč, da je njihovo zdravstveno stanje njihova osebna zadeva in se ne čutijo dolžni razlagati svojih

težav drugim. *Ne smeš vsakemu rečt, kje si bil, si stigmatiziran s penzijo, na invalidskem. Nimaš teh pravic kot drugi (N16). Jaz ne razlagam, ljudi to ne zanima, da bi govoril znancem okoli, da si v bolnici, to ne bi bilo pozitivno (P14).*

Intervjuvani porabniki skušajo predvsem svoje zdravstvene težave prikriti na delovnem mestu, saj si ne želijo, da bi njihovi sodelavci izvedeli zanje. *Jaz da sem šel v bolnico, mi je moj ravnatelj pomagal takrat in zdej upam, da ni širil tega, ker meni bi bilo neprijetno, da pridem v kolektiv, pa bi čisto vsi vedeli. Jaz sem bil tri tedne tu, pa sem šel domov in se spet vrnil. Upam, da ni imel materiala za širit (J14). Ja itak je, imaš pomisleke, v nekem zdravem duhu, načinu pristopu do neke službe. Potem rečeš: »Pizda, kaj pa če bo un zvedu« (M13).* Po mnenju intervjuvanke je stigma ali diskriminacija oseb, ki se zdravijo v psihiatrični bolnišnici, prisotna zaradi neosveščenosti družbe. *Men se zdi, da je družba zlo slabo izobražena in na podlagi tega diskriminira, tut če se tega ne zaveda v 95 % je v podzavesti. Kot rečejo: »Jaz nisem rasist, ampak ...«, potem sledi rasistična izjava (O22).* Po mnenju uporabnikov bi se lahko stigmatizacija oseb, ki so poiskali zdravstveno oskrbo v psihiatrični bolnišnici, zmanjšala s krepitvijo informiranosti družbe od medijev. En intervjuvanec meni, da bi se moral spremeniti način obravnave uporabnika v psihiatrični bolnišnici. *Gre predvsem za to, da uporabnikom v psihiatričnih bolnišnicah vzamejo njihove osebne predmete in dokumente. V bistvu v tej bolnici mal razčlovečijo človeka s tem, ko mu poberejo vse dokumente, to se ti ne dogaja v normalnem življenju, pa tudi v drugih bolnicah ne. Tu ti vse vzamejo, vzeli so mi brivski aparat, sedaj moram težiti tehnikom /.../ Enkrat ko sem šel domov na štiri dni dopusta, nisem dobil nobenega dokumenta, pa še avto sem vozil. To se mi ne zdi prav. Itak se bom vrnil, če se pa ne bom, bi pa dokumente tu pustil (J15).*

Po drugi strani pa nekateri intervjuvani uporabniki ocenjujejo, da se stigma zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici v družbi zmanjšuje. Dva vprašana uporabnika zaznavata spremembe v odnosu do oseb, ki so poiskali zdravniško pomoč v psihiatrični bolnišnici. Tako intervjuvanka omenja, da je zaznala spremembo v odnosu do zdravljenja v psihiatrični bolnišnici od svoje mame. *Odziv mame, ki je sprva nasprotovala tovrstni zdravniški oskrbi, je po mnenju uporabnice izhajal iz strahu. Ob ugotovitvi, da intervjuvanki zdravljenje v psihiatrični bolnišnici pomaga, pa je mama postala tej zdravniški pomoči bolj naklonjena. Drugi uporabnik meni, da je do spremembe v odnosu do pacientov v psihiatrični bolnišnici prišlo zaradi odprtosti v odnosih, saj se ljudje zdaj pogovarjajo o pomembnosti duševnega zdravja posameznika in si med seboj izmenjujejo izkušnje o krepitvi ali ohranjanju. Ljudje so postali bolj občutljivi na pomen duševnega zdravja posameznika. Tudi dve intervjuvanki ugotavljata, da se zdravljenje v psihiatrični bolnišnici v današnji družbi intenzivira. Mislim, da to ni več*

problem, toliko ljudi je bilo na zdravljenju v bolnici ali pa samo pri psihiatru. Mislim, da če bi bila stigma prisotna, ljudje ne bi šli k zdravniku (A23). Ma po moje ni tako hudo, tempo življenja je takšen, ali je alkohol ali psiha, to je normalno. Nimam problema povedati, bolnica kot bolnica, tu sem srečal veliko super ljudi (K11). Uporabniki, ki ne zaznavajo stigme zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, tudi odkrito priznavajo zdravniško obravnavo tako prijateljem, sosedom ali sodelavcem. Ti intervjuvanci tudi spremenjenega odnosa med svojimi bližnjimi ne opažajo in so jim odkrito predstavili svoje zdravstvene težave.

Močan vpliv na stigmatizacijo ima tudi ustanova sama s svojim videzom, dostopnostjo in poimenovanjem. *To je umska bolnica, ja. Prej dok sem bla prov zdrava, so vsi rekl če boš neumna, boš šla v bolnico, ali pa če si kašno neumnost naredu, so vsi rekl uf ti si pa glih za v Idrijo, kot naš domači izrek je bil to. Ja sej je to bolnica, kot vsaka, če si bolan, nimaš kej odmikati (L11). Ne razlagam teh stvari, itak nimam dosti stikov z ljudmi (P14).*

Uporabniki imajo z načrtovanjem svojega odpusta pozitivne izkušnje. Zadovoljstvo uporabnikov izhaja iz tega, da se pri načrtovanju odpusta upoštevajo njihove želje in potrebe. Pri tem uporabniki zaznavajo spremembe v primerjavi s preteklostjo, ko se je njihove želje in potrebe manj izpolnjevalo. Pozitivne izkušnje oziroma zadovoljstvo z načrtovanjem odpusta se nanaša tudi na uspešno reševanje različnih težav uporabnika. Izpostavljajo dostopnost socialnih delavk in njihovo hitro odzivnost na reševanje težav, ki so jih uporabniki zaupali socialni delavki, oziroma so se pokazale med zdravljenjem. Pri tem nekatere socialne delavke celo presegajo pričakovanja uporabnikov in z njimi sodelujejo vsakodnevno, kar morda lahko razumemo že kot pokroviteljsko prakso, saj socialna delavka daje vtis, da je uporabnik nemočen, ona pa njegova rešiteljica. Upoštevanje potreb in želja uporabnikov in njegovo vključevanje v načrtovanje odpusta je sicer etična dolžnost in delovna obveznost socialne delavke.

Če je socialna delavka neodzivna oziroma izkazuje nezavzetost za reševanje težav uporabnika, naj bi to izhajalo iz njene preobremenjenosti. Uporabniki se zavedajo lastnih zmožnosti in omejitev pri vključenosti v načrtovanje svojega odpusta iz bolnišnice.

Pri načrtovanju odpusta uporabnika iz psihiatrične bolnišnice se pojavljajo tudi omejitve. Na eni strani slabo zdravstveno stanje uporabnika in s tem njegova nezmožnost aktivnega vključevanja v obravnavo odpusta. Na drugi strani preobremenjenost socialnih delavk in nerealne želje uporabnika.

3.3.3.2. Sklepne ugotovitve tretje teze

Pripravljenost socialnih delavk na avtonomijo uporabnikov oziroma na njihovo vključevanje v načrtovanje odhoda iz bolnišnice:

- Načrtovanje odpusta se začne na pobudo različnih akterjev. Če je pobudnik sodelovanja socialna delavka, je interakcija usmerjena v krepitev samostojnosti uporabnika. Če je pobudnik sodelovanja uporabnik, gre za željo po informiranosti o možnostih urejanja njegovega življenja po odpustu.
- Uporabnik lahko ponujeno pomoč zavrne, kar je zabeleženo v zdravstveno dokumentacijo in lahko vpliva na poznejše možnosti izbire.
- Intenziteta vključevanja uporabnika v NO variira med uporabniki in je odvisna predvsem od zdravstvenega stanja, stopnje motiviranosti za vključevanje.
- Uporabniki, katerih zdravstveno stanje še ni dobro ali pa morda tudi zaradi stranskih učinkov zdravil, se v načrtovanje svojega odpusta (še) ne vključujejo in ključne odločitve prepuščajo strokovnemu timu, oziroma zaupajo le farmakoterapiji.

Upoštevanje želja in potreb uporabnikov pri obravnavi in načrtovanju odhoda iz bolnišnice:

- Želje in potrebe uporabnikov socialna delavka upošteva, pri čemer uporabniki opažajo pozitivne spremembe glede na pretekle izkušnje.
- Socialna služba naj bi bila usmerjena v zadovoljevanje in uresničevanje potreb uporabnikov. Izpostavijo zdravo prehranjevanje, urejene bivanjske razmere, osebno higieno, finančno varnost in potrebo po socialni vključenosti.
- Omejitve pri delu socialne delavke z uporabniki se nanašajo na zdravstveno stanje uporabnikov, nerealne želje uporabnikov, obremenjenosti socialne delavke s številom uporabnikov ter na v letu 2020 aktualno epidemiološko stanje (covid-19).
- Uporabniki izpostavljajo toga pravila, vezana na njihove osebne predmete, ki si jih želijo in potrebuje tudi v času zdravljenja.

Spremembe za prekinitev pokroviteljskih prakse in krepitev emancipacije uporabnikov:

- Uporabniki uspešno načrtovanje vidijo kot celostno obravnavo, ki upošteva zdravstveno stanje, je usmerjeno v uporabnikovo krepitev obvladovanja vsakodnevnih življenjskih situacij, zadovoljevanje potreb, uresničevanje zastavljenih ciljev ter krepitev socialne vključenosti.
- O prekinitvi pokroviteljskih praks in krepitev emancipacije uporabnikov bo govora takrat, ko ne bodo več drugi odločali o tem, kaj je zanje najboljše.

- Večja emancipacija uporabnikov bo mogoča takrat, ko se bo zmanjšala stigmatizacija oseb, zdravljenih v psihiatrični bolnišnici. Stigmatizacijo bi lahko presegali z okrepljenim informiranjem širše javnosti o težavah na področju duševnega zdravja in skrbi za duševno zdravje v vsakdanu posameznika.
- Že sama ustanova s svojim videzom, dostopnostjo in poimenovanjem močno vpliva na stigmatizacijo.

4. DISKUSIJA IN SKLEP

Raziskovanje o načrtovanju odpusta s perspektive socialnega dela iz psihiatrične bolnišnice je potekalo na dva načina; z analizo dokumentacije socialne službe v izbrani psihiatrični bolnišnici in s poglobljenimi intervjuji s socialnimi delavkami in socialnima delavcema, zaposlenimi v psihiatričnih bolnišnicah ter intervjuji z uporabniki in uporabnicami, ki so končevali zdravljenje v izbrani psihiatrični bolnišnici.

Totalna ustanova je za raziskovanje zanimiva ravno zato, ker je, kot pravi Goffman (2019), »družbeni hibrid«, saj je deloma bivanjska skupnost in deloma formalna organizacija. Opravljena raziskava je ponudila možnost raziskovanja manj slišanih ali neslišanih glasov, ki jih zdravstveni sistem ne zmore ali noče zaznati. Kot raziskovalci imamo možnost ostati v varni poziciji distanciranega kritika zdravstvenega sistema ali se aktivno vključiti v interdisciplinarne zdravstvene projekte ter poskušati spreminjati zdravstveni sistem od znotraj, kljub številnim kompromisom, ki jih moramo kot raziskovalci sprejeti (Lipovec Čebren, 2019). Mickan in Rodger (2005) govorita celo o treh možnostih, ki jih ima raziskovalec kot opazovalec v bolnišnici; da se pridruži osebju, uporabnikom ali obiskovalcu. Občutek je, da se večina raziskovalcev odloči za prvo vlogo, zato takšna raziskava bolj predstavlja vidik zaposlenega kot uporabnika. Ta raziskava je poskušala zajeti tako perspektivo socialnih delavk kot tudi uporabnikov.

Avtorica disertacije sem bila med raziskovanjem in pripravo tega dela deležna bolj ali manj očitnih sugestij, da bo delo težko objektivno opravljeno, saj sem zaposlena v psihiatrični bolnišnici. Raziskovalka, ki raziskuje lastno okolje, kjer deluje, ima veliko prednosti; poznavanje, izkušnje, vednost. Lastne izkušnje dela pripomorejo, da glas socialnih delavk in uporabnikov postane slišen in pravilno interpretiran. Takšno raziskovanje ima lahko tudi določene omejitve (slepe pege, težko je pogledati izven rutinskega razmišljanja, lahko ima nekdo močan pristranski interes, koga vključiti in izključiti iz raziskave).

Beresford (2016) piše o tem, da v vsakdanjem življenju dojemamo in dajemo velik pomen znanju iz prve roke. Pri raziskovanju pa je tovrstno znanje označeno kot slabše in manj kredibilno in gre v nos tradicionalnem pozitivističnemu raziskovanju, ki naj bi bilo nevtralno in objektivno. Večja, kot je razdalja med neposrednimi izkušnjami in interpretacijo, večje in bolj zanesljivo naj bi bilo pridobljeno znanje. Izvedena raziskava hkrati ponuja možnost vpogleda v socialno delo v zdravstvu, v katerem primanjkuje primerljivih raziskav, katerih nosilke so socialne delavke v psihiatriji. To je bila priložnost za nastanek novih znanj, ki so sinteza temeljnih znanj in izkušenj iz prakse. Razlogi za to, da v raziskovanje v zdravstvu

vstopajo raziskovalci mnogih profesij, je več. Faulkner (2016) piše, da različni partnerji vstopajo v raziskovalne aktivnosti z različnimi interesi. Raziskovalci, ki obenem delujejo v kliničnem okolju, so motivirani tako za povezavo s kariernimi ambicijami in potrebo po doseženih uspehih z raziskavami, kot tudi z željo po prispevku k praksi. Uporabniki želijo spremembo in napredek na področju duševnega zdravja. Raziskave na področju duševnega zdravja so pomembne in, kot pravi Urek (1988, str. 39), psihiatrija je izpostavljena stalni kritiki, kar je dobro, ker je to pogoj za njeno demokratizacijo, odpiranje navzven ter pripravljenost za dialog z zunanjim svetom (prav tam).

Iz sistematično zbranih in analiziranih podatkov sem pridobila odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja in potrdila, delno potrdila ali ovrgla postavljene teze.

4.1. Prva teza

T1: Socialne delavke v času zdravljenja sistematično ne načrtujejo odpusta, posamezne priprave na odpust so skrite v procesu zdravljenja, potrebe in želje uporabnikov so pogosto prezrte.

Glede na odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja, pridobljene iz analize dokumentacije, ter rezultate, pridobljene z intervjuji s socialnimi delavkami, lahko prvo postavljeno tezo potrdim v prvem delu. Socialne delavke v času zdravljenja sistematično ne načrtujejo odpusta, priprave na odpust so skrite v procesu zdravljenja, le redko se uporablja izraz »načrtovanje odpusta«. Načrtovanje odpusta je vezano na individualizacijo obravnave uporabnika in ne na vnaprej določene postopke dela pri načrtovanju odpusta. Načrtovanje odpusta se v različnih psihiatričnih bolnišnicah razlikuje, ponekod poteka med celotnim zdravljenjem, nekatere socialne delavke pa načrtovanje odpusta vežejo na odpustni dan. Načrtovanje odpusta se začne na pobudo različnih akterjev, že ob sprejemu ali kmalu po sprejemu. Socialne delavke poudarjajo pomembnost sodelovanja uporabnika v poteku načrtovanja odpusta, pridobivanje soglasja za sodelovanje ni poenoteno. Načrtovanje odpusta, ki sicer poteka v treh fazah, v psihiatričnih bolnišnicah ni strukturirano na ta način, socialna delavka sama prilagaja potek dela okoliščinam. V določenih primerih, ko uporabnik to želi, ostane v stikih s socialno delavko še naprej (četrti faza načrtovanja odpusta).

Teze ne potrjujem v drugem delu. Raziskava je pokazala, da so socialne delavke pripravljene uporabnikom nuditi avtonomijo pri načrtovanju odpusta na način, da se jim zagotovi možnost sodelovanja in soustvarjanja načrta odpusta, pri čemer imajo možnost izražanja svojih želja in potreb. Izjeme so v primeru slabega zdravstvenega stanja, ob pogostih

rehospitalizacijah kot posledici neustrezno sprejetih odločitev v preteklosti ali ko je posredi zakonodaja. V teh primerih socialne delavke priznavajo nagnjenost k pokroviteljskim praksam.

Z raziskavo sem podrobneje ugotovila še:

Osrednji cilj načrtovanja odpusta je skupaj z uporabnikom raziskati njegove potrebe in nanje poiskati ustrezne odgovore, zato je nujen razvoj in implementacija sistema načrtovanja odpusta, ki bi pomenil most med bivanjem v bolnišnici in bivanjem v skupnosti. Dhooper (2012) vidi v načrtovanju in koordinaciji odpusta ključno vlogo bolnišničnih socialnih delavk, ki poskušajo preoblikovati pomen odpusta in narediti premik od občutka izgube na reševanje problemov in načrtovanje prihodnosti (prav tam). Glede na izkušnje socialnih delavk in uporabnikov je premoščanje vrzeli med bolnišnicami in podporami v skupnosti ključno za uspešno vrnitev v skupnost, pri čemer končano zdravljenje pomeni dejanski odhod iz psihiatrične bolnišnice in odpustno pismo ni več le simbolna vstopnica za naslednjo hospitalizacijo. Zahteva po učinkovitem načrtovanju odpusta je razvidna tudi iz Mednarodnega akreditacijskega standarda AACI (American Accreditation Commission International, 2017), izvajanje v praksi preverjajo na letnih mednarodnih akreditacijskih presojah.²

V nadaljevanju pogledjmo, kaj se pravzaprav sploh dogaja v času pred samim formalnim začetkom zdravljenja.

Sprejem uporabnika v bolnišnico poteka po ustaljenih protokolih, pobudo dajo različni posamezniki in službe v skupnosti, torej deležniki, ki so prepoznali psihiatrično bolnišnico kot primerno obliko reševanja duševne krize človeka, ki ga pošiljajo na zdravljenje. Goffman (2019) jih je imenoval »agenti«. Pregled dokumentacije pokaže, da se je največ uporabnikov za zdravljenje odločilo na pobudo splošnega zdravnika, na pobudo lečečega ambulantnega psihiatra in na pobudo uporabnika samega. V prvih dveh primerih gre za tako imenovane »posrednike«, h katerim napotijo predbolnike, kot ljudi s težavami v duševnem zdravju v fazi, ko še niso hospitalizirani, imenuje Goffman (2019). Mednje spadajo policija, zdravniki splošne medicine, ambulantni psihiatri, osebje splošnih bolnišnic, socialne delavke, osebje v raznih ustanovah, kot so domovi starejših in socialnovarstveni zavodi. V zadnjih dveh primerih je napotitev v psihiatrično bolnišnico pogosto disciplinske narave kot kazen za neupoštevanje pravil institucije, v kateri sicer živijo. Ko se posredniki umaknejo s prizorišča, uporabniki, do zdaj predbolniki, postanejo bolnišnični bolniki (prav tam). Ljudje s težavami v duševnem

² V ta namen je bila psihiatričnim bolnišnicam naložena priprava Klinične poti načrtovanja odpusta. Člana delovne skupine sta bila tudi socialna delavca, zaposlena v psihiatrični bolnišnici, kjer je potekala glavnina te raziskave.

zdravju se za zdravljenje sicer velikokrat odločijo sami, vendar pogosto pod pritiski svojcev, ki jih Goffman (2019) imenuje najbližji-v-odnosu in za katere uporabnik meni, da bi se lahko v težavnih časih nanje najlažje zanesel in je v tem primeru zadnji, ki bi podvomil o njegovi prisebnosti, a hkrati prvi, ki bi mu prihranil usodo, ki se mu obeta (prav tam). V postopke so vključeni v primeru sprejema proti volji, ki je opredeljen v Zakonu o duševnem zdravju (2008). Zgodi se, da se socialna delavka ujame v zanko razmišljanja, kako jo pri delu usmerja zakonodaja in da kakršnokoli poseganje ni smiselno ali celo ni dovoljeno, kar je potrdila tudi raziskava.

Sprejem na zdravljenje

Socialne delavke v psihiatriji poleg uporabnikov, ki so vodeni ambulantno, prek psihiatričnega zdravljenja v skupnosti ali obiskov na domu sodelujejo z uporabniki, ki so na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici. Dela in naloge socialnih delavk so opisani v Dokumentih splošnega pomena (DSP) in Standardnih operativnih postopkih (SOP) (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022b). Sprejem na zdravljenje je možen s soglasjem ali proti volji posameznika (Zakon o duševnem zdravju, 2008). Prav kriterij prostovoljne vključitve na zdravljenje je z vidika človekovih pravic zelo pomemben. Kriterij, ki ga določa zakon, je zelo ohlapen, obenem pa omogoča različne interpretacije, s tem pa veliko diskrecijsko moč tistih, ki odločajo (Flaker, Mali, Kodele, Grebenc, Škerjanc in Urek, 2008). Navajam nekaj konkretnih podatkov Psihiatrične bolnišnice Idrija za leti 2019 in 2021. V letu 2019 je bilo na zdravljenje brez privolitve po 39. členu Zakona o duševnem zdravju (2008) sprejetih 397 oseb (1704 sprejemov), v letu 2021 pa 382 (1339 sprejemov) (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2020, 2021b). Podatki kažejo, da je število sprejemov brez privolitve v zadnjih letih podobno, vključuje pa tako uporabnike, ki ne soglašajo z zdravljenjem, kot tudi uporabnike, ki ne morejo izraziti svoje volje.

Za sprejemi brez privolitve stojijo postopki prek sodišča, ki ob že tako težki situaciji, povzročajo uporabniku dodatno stisko. Obstoj vseh teh postopkov je v nasprotju z obstojem »duševne bolezni« dobro dokumentiran, preučen, in splošno znan, vključno s posledicami (Lamovec, 1998). Toresini (2017) piše o tem, da soglasje za zdravljenje osebje lahko pridobi z bolj humano metodo, ki pa terja od osebja več truda in potrpežljivosti, in sicer z vzpostavitvijo odnosa. Predlaga politiko odprtih vrat, ki pa ne pomeni, da prepustimo ljudi njihovim usodam in s popolnim nerazumevanjem do najbolj akutnih primerov. To pomeni, da se sami postavimo ob vhodna vrata in spremenimo prisilo v pogajanja (prav tam).

Da nekdo dobi nalepko duševnega bolnika, je po eni strani potrebno določeno vedenje osebe, po drugi strani pa odziv drugih, zlasti ljudi iz neposredne okolice in strokovnih delavk na to vedenje. Flaker, Mali, Kodele, Grebenc, Škerjanc in Urek (2008) so zapisali, da hospitalizacija kot dejanje in dogodek najprej vzpostavi identiteto duševnega bolnika in zaznamuje človekovo usodo tako za druge kot zanj samega. Hkrati je hospitalizacija za človeka z duševno stisko tisto najbolj prepoznavno in usodno znamenje, da je uporabnik psihiatrije (prav tam). Hospitalizacija je za uporabnike psihiatrije skupna realna osnova, dogodek, ki definira dominanten okvir skupne izkušnje. Brez hospitalizacije je diagnoza duševne bolezni le hipoteza, izgovor ali opravičilo. Brez nje hipoteza duševne bolezni nima materialne podlage (prav tam).

Hospitalizacija

Raziskava je pokazala, da je potek zdravljenja in načrtovanja odvisen od zdravstvenega stanja, oziroma je vezan na diagnozo, ki jo človeku postavi zdravnik, specialist psihiatrije. Diagnosticiranje postavi okvir, v katerem medicina deluje, slavi in poudarja avtoritativno vlogo zdravnika in medicine (Jutel, 2009).

Značilnost psihiatričnih bolnišnic je, da so tradicionalne in temeljijo na medicinskem pojmovanju duševnega zdravja, z zdravili zdravijo telo, vanje pa se pogosto zatekajo ljudje z najrazličnejšimi težavami, ki nimajo medicinskega izvora. Zaviršek (1994) piše, da na medicinskem modelu utemeljene institucije pogosto opravljajo vlogo zavetišč in azilov (prav tam). Ležalna doba uporabnikov, vključenih v raziskavo, je bila 38 dni. Dolžina bivanja v ustanovi je gotovo ena od ključnih značilnosti za določanje stopnje njene institucionaliziranosti – tako glede na učinek in posledice, ki jih ima na človeka, kakor tudi glede potrebe po tem, da jih odpravimo. Nekatere ustanove imajo lahko veliko močno izraženih značilnosti totalnih ustanov, pa niso toliko usodne za ljudi, ki vanje stopijo, saj jih tudi kmalu zapustijo. To velja za veliko zdravstvenih ustanov, v katerih imajo precej stroga pravila, jasno delitev na osebje in tiste, ki so na zdravljenju, enotno ideologijo, a jih bolniki po nekaj dneh zapustijo (Rafaelič in Flaker, 2021). V primeru, ko uporabnik čaka na neko obliko institucionalnega varstva ali dokončno ureditev razmer v domačem okolju, ostaja na zdravljenju dlje, kot bi bilo to potrebno iz zdravstvenih razlogov. Voden je v tako imenovani neakutni obravnavi. Neakutna bolnišnična obravnava je oblika bolnišničnega zdravljenja po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov ni možen odpust v domače okolje, ali ni več možna nega v domačem okolju (Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023, 2023).

Načrtovanje odpusta kot timski proces

Načrtovanje odpusta je nujno timski proces, v katerem strokovnjaki različnih profilov, vedno tudi socialna delavka, sodelujejo in pomagajo drug drugemu z namenom pomoči uporabniku ali družinskemu članu (Beder, 2006, Aviram, 2002). Glede na raziskavo lahko ugotovimo, da so v psihiatričnih bolnišnicah prevladujoči multidisciplinarni timi, ki izvirajo iz tradicionalnega medicinskega modela, v katerem so medicinske diagnoze in zdravljenje primarni fokus, zdravnik pa najpomembnejši v tem procesu. Vsak strokovnjak v multidisciplinarnem timu dela vzporedno z jasno definiranimi vlogami, jasno hierarhijo, specificiranimi nalogami in visoko stopnjo profesionalne avtonomije. Strokovnjaki se pogosto posvetujejo z uporabniki individualno in kreirajo njihove lastne cilje (Mickan in Rodger, 2000).

Raziskava je pokazala, da poleg socialne delavke, oddelčni tim sestavljajo še zdravnik, specialist psihiatrije, klinični psiholog, delovni terapevt, diplomirana medicinska sestra in tehniki zdravstvene nege. Socialne delavke so izpostavile vključenost strokovnega tima in prepletanje vlog tako zdravstvenega osebja kot tudi socialne službe oziroma socialne delavke, ki po Zakonu o zdravstveni dejavnosti (1992) smejo samostojno opravljati delo v zdravstveni dejavnosti po končani pripravniški dobi, ki traja šest mesecev, in opravljenem strokovnem izpitu na Ministrstvu za zdravje. Raziskava je potrdila, da so socialne delavke postale enakovredne članice oddelčnih strokovnih timov in da pri določanju načina poteka načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice v timu prevzemajo vlogo koordinatorik ali povezovalk vseh akterjev, vključenih v ta proces, in skrbijo za odprto komunikacijo in ažurno izmenjavo informacij o stanju uporabnika med strokovnimi člani tima, pri čemer so jim v pomoč znanja različnih strok, ki jih znajo ustrezno povezovati.³ V raziskavi sem ugotovila, da socialne delavke sicer menijo, da je komunikacija znotraj tima pogojena z osebnostnimi značilnostmi vodje, kar nakazuje prakse pogajanja in prepričevanja ter hkrati precej nemoči, saj je dogajanje v timu odvisno od osebnostnih lastnosti in ne toliko od znanja. Glede na rezultate raziskave ugotavljam, da je dobra komunikacija ključna tako med zdravstvenimi delavkami in socialnimi delavkami, ki delajo skupaj v multidisciplinarnih timih, ter med vsemi strokovnimi delavkami in ljudmi, ki imajo težave v duševnem zdravju, ter njihovimi družinami oziroma skrbniki. Dobra komunikacija vodi k boljše koordinirani skrbi in k boljšim izkušnjam, ki jih imajo ti ljudje. Izkušnje anketiranih socialnih delavk so večinoma pozitivne. Socialne delavke povedo, da

³ Vloga socialne delavke kot koordinatorke je sicer prepoznana že v tradicionalnem, kliničnem modelu, z elementi katerega je socialno delo v zdravstvu še vedno močno prežeto in že leta 1917 opisano v knjigi Mary Richmond *Social Diagnosis* (2017) v poglavju, ki je namenjeno zdravstvu.

postajajo enakopravne članice oddelčnih timov. Razmišljanje o tem, da je stroka socialnega dela v timu podrejena in ne dovolj cenjena, bolj nakazuje težave na področju poklicne identitete socialnih delavk, kot prikazuje dejansko stanje, kar je sicer lahko razumljiva posledica zgodovinske pozicije socialnega dela v zdravstvu. Še več, razmišljanje socialnih delavk, da je vsakršen pristop, ki ni pristop socialnega dela, napačen, prav tako nakazuje pokroviteljski odnos socialnega dela do drugih poklicev, ki so v zdravstvu nepogrešljivi.

Prav tako se razlike pojavljajo glede samega načina obravnave odpusta uporabnika. Mnenja glede vpliva socialne delavke na delovanje timov pri obravnavi uporabnika v procesu načrtovanja odpusta so deljena. Večina socialnih delavk meni, da bolj kot sama socialna delavka na obravnavo uporabnika pri načrtovanju njegovega odpusta vpliva timski pristop dela. V ta tim je socialna delavka vključena in v timih se običajno upošteva mnenje celotnega tima. Vsak član ima možnost izraziti svoje mnenje in dati realno oceno situacije, kot jo z vidika svoje profesije vidi sam. Ob tem se dotaknem vprašanja pozicije socialne delavke in v tem kontekstu tudi vprašanje stopnje neodvisnosti službe, ki jo opravlja; ali gre za neodvisno službo, kjer ima socialna delavka možnost biti zagovornica uporabnikov ali pa je v tesni povezavi z ustanovo kot tako, oziroma Ministrstvom za zdravje, ki je njen delodajalec. Multidisciplinarno znanje sicer daje prednost socialnim delavkam v primerjavi z drugimi skupinami pri pridobivanju, mobilizaciji virov in koordinaciji služb duševnega zdravja. Znanje socialnih delavk je še posebej dragoceno v primerih, ko so ključni pri natančni in uspešni obravnavi težav in iskanju ustreznih rešitev prav socialni dejavniki (Flaker, 2012). Iz raziskave je razvidno, da je bilo največ potreb ugotovljenih na področju bivanjske problematike in materialne stiske ter z njo povezanimi problemi. Corcoran in Walsh (2006) pišeta, da se medicina osredotoča na motnje v osebi, kar pomeni, da mora posameznik narediti spremembo pri sebi (namesto sprememb v okolju), da bi spet lahko veljal za normalnega (prav tam). Avtorja nadaljujeta, da je za socialno delo značilen sistemski pristop, ki upošteva vzajemni vpliv ljudi in njihovih okolij na posameznikovo vedenje (prav tam). To lahko razumemo tako, da medicina zdravi na podlagi diagnoze, socialno delo pa ne postavlja diagnoz, ampak se osredotoča na okoliščine in izvore duševne stiske ter postavi delovno definicijo problema. Raziskava je pokazala, da se zdravniki posvetujejo s socialnimi delavkami glede nadaljnje obravnave uporabnika in one ob tem povejo svoje strokovno mnenje, ki ga zdravstveno osebje običajno upošteva. Odločevalec oziroma odgovorna oseba za potek zdravljenja, ki je zdravnik, prilagaja načrtovanje odpusta tudi oceni, ki jo da socialna delavka v zvezi z ugotovljenimi potrebami, ki jih ima uporabnik. Vendarle pa je raziskava razkrila, da je v nekaterih timih mnenje socialne delavke o časovni zahtevi priprave odpusta in o namestitveni rešitvi uporabnika po končani hospitalizaciji prezrta in se zdravstveno

osebje ravna po vnaprej določeni sistematizirani obravnavi uporabnika. Flaker in Urek (1988) pišeta, da je psihiater v psihiatrični bolnišnici uradna osebna, ki bdi nad vsem, kar bi lahko uporabnik dobil, ali za kar bi bil lahko prikrajšan. Psihiatru ni treba upoštevati nobenih pisanih birokratskih pravil. Vse, kar prizadeva uporabnika v njegovem vsakodnevnem življenju, lahko psihiater spremeni, če ima za to psihiatrično razlago. Taka vloga je enkratna med vsemi služnostnimi delavci (prav tam). Institucija je organizirana tako, da primarni disciplini omogoča kar najučinkovitejše delovanje. Socialne storitve se v bolnišnici opravljajo na predlog zdravnikov, ki delajo z uporabniki. Bolnišnice kot področje medicinske prakse so usmerjene k dejavnosti zdravnika in so organizirane tako, da ne ovirajo časovnega razporeda in dela medicine (Poštrak, 2022). Praksa pokaže, da se delo ostalih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev prilagaja delu zdravnika. Do podobnih ugotovitev so v raziskavi o tem, kateri strokovnjaki koga čakajo v bolnišnici, prišli Long, Forsyth, Iedema in Carroll (2006), ki je pokazala še, da imajo socialne delavke čas za opravljanje svojega dela takrat, ko ga drugi končajo, oziroma medtem ko čakajo delavce, ki so višje po hierarhični lestvici (prav tam).

Izrazita hierarhična struktura v bolnišnici se sicer v zadnjih letih spreminja zaradi priznanja sodobne medicine, da obstajajo pri zdravju in bolezni tudi določene psihosocialne razsežnosti, ki se odtegujejo medicinsko tehnični diagnostiki (Ule, 2012). Ugotavljajo, da ljudje, ki so bili obravnavani zaradi duševne bolezni na psihiatriji, kažejo tudi težave, ki niso izključno vezane na medicinsko diagnozo (Kvaternik in Grebenc, 2008). Socialne delavke razumejo, da je vodja primera v bolnišnici zdravnik, s čimer pa se ne minimalizira pomena in vloge socialnih delavk oziroma na drugih področjih ostalih strokovnjakov. Strokovnjaki različnih profesij morajo znati in biti sposobni delati skupaj in preseči tako fizične kot tudi profesionalne meje.

Če želimo delovati v skladu z načeli socialnega dela, potem je nujno, da socialna služba ponudi uporabnikom možnost izbire socialne delavke, s katero želi sodelovati, kar bi sicer v praksi pomenilo, da morajo socialne delavke biti pri svojem delu fleksibilne, iznajdljive in prilagodljive. To bi lahko pomenilo, da bi ena socialna delavka imela več dela kot druga, kar lahko povzroči določena trenja znotraj kolektiva. Hkrati to lahko privede do občutka manjvrednosti druge socialne delavke, ker uporabnik z njo ne želi sodelovati, kar ima lahko pomemben vpliv na strokovno samozavest in identiteto socialne delavke. Zagato je možno odpraviti z odprtim dialogom ter porazdelitvijo drugih nalog, ki so sicer del delovnih nalog socialne službe ter z vpeljavo redne supervizije v delo socialne službe.

Sodelovanje z zunanjimi ustanovami

Ključna je vloga socialne delavke kot koordinatorke pri usklajevanju načrtovanja odpusta uporabnika z zunanjimi institucijami pri iskanju odgovorov na ugotovljene potrebe. Zaradi tega ima socialna delavka v timu tudi vlogo urejanja nadaljnjih stikov po odpustu iz bolnišnice, pri čemer nima lahkega dela, saj, kot ugotavlja WHO (Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo, 2020), službe duševnega zdravja in socialne službe ostajajo razdrobljene, zanašajo se predvsem na institucionalne načine zagotavljanja storitev. Izboljšanje je mogoče s povečanjem zmogljivosti, vključno s tesnejšim medsektorskim načrtovanjem in koordinacijo, prizadevanji za preprečevanje, z izboljšanim dostopom do storitev ter z razvojem kadra. Raziskava je potrdila, da se v bolnišnici s timskim pristopom zajame tudi sodelovanje z različnimi zunanjimi deležniki, kot so centri za socialno delo, uradi za delo, socialnovarstveni zavodi, zavodi za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, nevladne organizacije, podjetja in šole. Podatki iz dokumentacije razkrijejo kompleksno urejanje socialne problematike v procesu načrtovanja odpusta, saj je bilo v večini primerov potrebno sodelovanje vsaj dveh služb – bolnišnične socialne službe in službe na terenu oziroma v skupnosti. Podatki so sicer spodbudni, zanimati pa nas morajo primeri, ko se socialna služba ni povezala z nikomer. Pomanjkljivost pridobljenih podatkov je v tem, da tega iz dokumentacije socialne službe ni bilo moč razbrati. Razlogov je več, naj omenim samo nekatere: res ni bilo potrebe po vključevanju drugih služb, uporabnik ni dovolil povezovanja z drugimi službami, v skupnosti ni na voljo storitev, ki bi odgovarjale potrebam uporabnika, socialna delavka je primer vodilo površinsko, urejalo se je le najnujnejše zadeve. Premislek je pomemben za razpravo o tem, ali bi socialne delavke iz bolnišnice potrebovale in si želele več sodelovanja z okoljem, predvsem pa, ali bi si želeli in potrebovali več vključevanja socialnih delavk iz okolja uporabniki sami. Uporabniki v skupnosti potrebujejo drugačne storitve kot v bolnišnici, oblikovane na podlagi ugotovljenih potreb, ki se ne podvajajo, ampak se v svojih programih in izvajanju dopolnjujejo in po potrebi prilagajajo. Ali kot so zapisali Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc (2013), oskrbo, ki ne obsega le posamičnih izsekov življenja (problemov, nalog, odnosov), temveč obsega podporo v celotnem življenju (celostno) in dostop do številnih storitev različnih izvajalcev (prav tam). Raziskava je pokazala, da socialne delavke pri načrtovanju odpusta potrebujejo tudi informacije o tem, kaj je na razpolago zunaj služb duševnega zdravja. To ne vključuje samo namestitev in storitev na področju duševnega zdravja, ampak tudi informacije o tem, kaj je na voljo vsem prebivalcem. Pomembni so programi, ki podpirajo in krepijo uporabnika in njemu pomembne osebe ter so integrirani v mrežo drugih služb. Poleg tovrstnih programov je treba zagotoviti dostop do zdravstvenih služb, ki niso nujno povezane z bolnišnico, na primer psihiatrični dispanzerji,

centri za duševno zdravje odraslih in drugi. V tem kontekstu Repper in Perkins (2003) opozarjata, da se morajo socialne delavke, če naj imajo uporabniki dostop do lokalnih ponudb, povezovati s temi službami in organizacijami. Učinkovito mreženje je več kot le poznavanje služb, ki so na voljo, ampak glede na rezultate raziskave pomeni redno vzdrževanje stikov socialnih delavk v bolnišnici z osebami, ki so ključne na tem področju in poznajo delovanje ustanov in služb. Poznavanje virov v skupnosti pomembno prispeva h kompetentnosti socialne delavke in s tem na stopnjo vključenosti v timski proces. Spoznavanje služb v skupnosti in vzdrževanje stikov zahteva čas in fleksibilnost strokovnjakov na področju duševnega zdravja. Povezano je tudi z določenimi stroški, na primer potnimi stroški.

Socialna delavka kot zagovornica

Ta raziskava potrjuje Flakerju (1997, 2012), ki piše, da socialne delavke delujejo kot tolmačke, ki tolmačijo sklepe strokovnjakov uporabnikom in svojem ter poskrbijo za to, da člani tima slišijo uporabnikov glas. Socialna delavka opravi tudi neke vrste mediacijo in pogajanja med zdravstvenim delom tima in uporabnikom (prav tam). Raziskava je pokazala, da je ključna vloga socialne delavke v timu vezana na vlogo zagovornice z namenom krepitve moči in zaščite interesov in pravic uporabnika. Socialne delavke so ob tem izpostavljale težavno vlogo zagovornice uporabnikom znotraj ustanove, kot je bolnišnica, kjer so po hierarhiji nadrejeni drugačnega mnenja. Socialna delavka namreč pred člani strokovnega tima zagovarja pravice in želje uporabnika. Po mnenju v raziskavi sodelujoči socialnih delavk je zagovorniška vloga socialne delavke pomembna, saj na obravnavah strokovnega tima uporabnik ni prisoten in tako socialna delavka zagovarja njegove želje in potrebe. Na drugi strani pa se zagovorniška vloga socialne delavke nanaša tudi na transparentno podajanje mnenja in ocene strokovnega tima uporabniku. Socialne delavke prevzamejo neke vrste tajniško vlogo in poskrbijo za stalen pretok informacij med udeleženi.

Socialna delavka v psihiatrični bolnišnici opravlja zagovorniško vlogo v okviru svojih del in nalog, pa vendarle ne more biti v vlogi zagovornika, kot ga določa zakonodaja.⁴ Zakon o duševnem zdravju (2008) je uvedel profil zastopnika na področju duševnega zdravja, s čimer se je odmaknil od dosedanje rabe izraza zagovornik.

⁴ V 23. členu Zakona o duševnem zdravju (2008) je zapisano, da ima oseba v postopkih obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi pravico do zastopnika. Naloge zastopnika so opredeljene v 24. členu zakona o duševnem zdravju (2008).

Urek (2012c) piše, da na področju duševnega zdravja zastopnik opozarja predvsem na izgubo pogodbene moči ljudi v vsakdanjem in institucionalnem življenju. Ljudje na zdravljenju potrebujejo nekoga, ki mu lahko zaupajo in ki bo ščitil njegove interese in pravice, in zagovornik je pogosto edina oseba, ki je vsestransko na njegovi strani in poskuša doseči, da se uresniči tisto, kar osebi legitimno pripada, posreduje želje in potrebe osebju v službah duševnega zdravja kot tudi sorodnikom, delodajalcem, sosedom, mimoidočim in vsem, ki so tako ali drugače vpeti v življenje tega človeka, z drugimi besedami. Človeku pomaga, da si ponovno pridobi moč in vpliv nad lastnim življenjem (prav tam). Podatki so nazorni, v letu 2019 je bilo obiskov zastopnice v Psihiatrični bolnišnici Idrija 78, v letu 2020 65, v letu 2021 pa 66. Praviloma je bil pogovor z več uporabniki opravljen v istem dnevu (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2022b).

Postopek načrtovanja odpusta

V nadaljevanju strnjeno povzemam postopek načrtovanja odpusta, kot so ga v raziskavi predstavile izvajalke – socialne delavke v psihiatričnih bolnišnicah. Izpostavljena je bila kritika termina »načrtovanje odpusta«, ki deluje nerodno in preveč tehnično za tako posebno področje socialnega dela, ki zahteva osebni pristop in odprtost v »neskončnost«, saj so spremembe vedno mogoče. Socialne delavke so poudarile, da je treba poskrbeti za primeren tempo, da uporabniki ne bi imeli občutka, da socialna delavka zavlačuje z namenom daljšega zdravljenja ali nasprotno, da ne bi imeli občutka, da je njihov odpust nenaden ali prezgoden. Avtorji Lin, Cheng, Shih, Chu in Tjung (2012) pišejo, da proces načrtovanja odpusta obsega zgodnjo prepoznavo uporabnikov, ki potrebujejo pomoč pri načrtovanju odpusta, oceno potreb, sodelovanje z uporabnikovo družino in strokovnimi timi za boljše načrtovanje odpusta, priporočila za nadaljnjo oskrbo, nastanitvene zmogljivosti, programe ali storitve, ki ustrezajo uporabnikovim potrebam in željam ter povezovanje s službami in ustanovami v skupnosti s ciljem boljše in lažje dostopnosti uporabnikom ter odprave vrzeli na področju služb in storitev v skupnosti (prav tam).

Trajanje načrtovanja odpusta

Rafaelič in Flaker (2021) pišeta, da je dolžina bivanja v ustanovi ena od ključnih značilnosti za določanje stopnje njene institucionaliziranosti, tako glede na učinek in posledice, ki jih ima na človeka, kakor tudi glede na trdnost in trdost ustanove. Avtorja nadaljujeta, da imajo nekatere ustanove lahko veliko močno izraženih značilnosti totalnih ustanov, pa niso toliko usodne za ljudi, ki vanje stopijo, saj jih tudi kmalu zapustijo. Mednje spada tudi veliko

zdravstvenih ustanov (prav tam). Trajanja načrtovanja odpusta ni mogoče vnaprej opredeliti, saj je, kot piše Flaker (2015), povezano z intenzivnostjo situacij in potreb, ki jih uporabniki doživljajo (prav tam), in ni natančno opredeljeno; sodelovanje je omejeno na čas zdravljenja v psihiatrični bolnišnici. Raziskava je pokazala še, da zdravnik določi dolžino zdravljenja, kar je tudi čas, ki ga imata uporabnik in socialna delavka na voljo za načrtovanje odpusta. V primeru, da je za načrtovanje odpusta potrebnega več časa, socialna delavka to poudari. Ob uporabnikovi želji, da predčasno zapusti bolnišnico, ga socialna delavka spodbuja k nadaljevanju zdravljenja.

Načrtovanje odpusta je proces, ki poteka med celotnim zdravljenjem. Raziskava je pokazala, da potek načrtovanja odpusta določajo trije dejavniki: zdravstvena politika in sistem, ki določa pogoje in načine zdravljenja, strokovni delavci, ki sodelujejo pri načrtovanju odpusta, ter okoliščine uporabnika, ki je vključen v proces načrtovanja odpusta. Raziskava je razkrila nesistematičnost pri pristopu k postopku načrtovanja odpusta uporabnika, saj se v izbranih bolnišnicah začne izvajati različno. Nekatere socialne delavke potek načrtovanja odpusta začnejo že ob sprejemu uporabnika v bolnišnico, nekatere socialne delavke pa priprave na odpust uporabnika iz bolnišnice urejajo na dan (ali nekaj dni) pred odpustom. Raziskava je pokazala, da se je v povprečju začela neka oblika načrtovanja odpusta predvsem v obliki uvodnega razgovora okrog petega dneva. Socialnim delavkam se zdi pomembno, da se s postopki načrtovanja odpusta začne kmalu po sprejemu v bolnišnico, to ne sme biti dejavnost, ki se izvaja dan ali dva, preden uporabnik zapusti bolnišnico, saj ne omogoča ustreznega pristopa, zbiranja potrebnih informacij in pravilne ocene potreb. Alghzawi (2012) je ugotovil, da so se uporabniki, pri katerih je bilo načrtovanje odpusta šele ob končevanju zdravljenja ali pa načrtovanje odpusta sploh ni bilo del obravnave, slabše vključili v podporni sistem v skupnosti (prav tam). Čeprav je načrtovanje odpusta uporabnika iz psihiatrične bolnišnice vezano na njegovo zdravstveno stanje, naj bi se s tovrstnim načrtovanjem začelo takoj ob sprejetju uporabnika v bolnišnico. Raziskava je pokazala, da so se najhitreje začeli postopki v sklopu načrtovanja odpusta v primerih, ko je bil uporabnik na zdravljenje sprejet brez osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Ob nespornem dejstvu, da se je postopek začel takoj tudi iz razloga, da se ne bi človeku na zdravljenju ustvarjali stroški, pa je dejstvo tudi, da je ta del prav tako pomemben s finančnega vidika bolnišnice. V primeru neurejenega zdravstvenega zavarovanja zdravstvena zavarovalnica (ZZZS) ne krije stroškov tako imenovanega primera. Uporabnik je sicer v tem primeru samoplačnik, vendar bolnišnica zagotovila, da bo storitev plačana, nima (na primer zaradi materialne ogroženosti). V tem primeru je plačilo zavarovalnice bolj zanesljiva rešitev in zato se od socialnih delavk pričakuje, da k reševanju »finančnega primera« pristopijo čimprej.

Učinkovito načrtovanje odpusta s perspektive socialnega dela v psihiatrični bolnišnici je proces, ki ima v ideji in namenu največ elementov socialno-konstruktivističnega modela, saj se vprašanje duševnega zdravja obravnava celovito, začne pa se iz perspektive in izkušnje uporabnika in v povezavi z njegovim okoljem (Flaker, 1997, Poštrak in Milošević Arnold, 2003, Poštrak, 2022). Raziskava je, nasprotno, pokazala, da se načrtovanje odpusta v izbranih bolnišnicah ne izvaja sistematično in v skladu z idejami modela. K tovrstni ugotovitvi me vodijo različno izpostavljeni segmenti opisanih praks. Ob tem se tudi stroka socialnega dela znajde na razpotju dveh vlog, ki jih ima psihiatrična bolnišnica; to je zdraviti in nadzirati.

Pobuda za načrtovanje odpusta

Socialne delavke povedo, da se v načrtovanje odpusta, ki mu one po večini pravijo »sodelovanje«, uporabnik vključi na pobudo različnih akterjev. Če uporabnik ne želi, se sodelovanje ne vzpostavi. Načrtovanje odpusta se lahko začne na pobudo strokovnjakov različnih poklicev, uporabnika samega, svojcev in drugih. Razmislek zahteva podatek, da si samski ljudje pogosteje želijo sodelovanja pri načrtovanju odpusta, pri čemer je pomanjkljiva socialna mreža eden od dejavnikov, vendar zagotovo ne edini. Pri tovrstnih opisih gre za nekoliko zastarel format opisa sodobnih intimnopartnerskih razmerij, saj vsa niso formalizirana. Tu se upravičeno sprašujem, ali ni bolj pomemben podatek, če nekdo živi sam, če živi z drugimi bližnjimi osebami, morda v neki obliki organiziranega bivanja, kot so stanovanjske skupnosti, in ali gre v primeru, ko nekdo nima partnerja, ima pa prijatelje, družinske člane, dejansko za samske osebe. Weber in Fendt-Newlin (2017) pišeta o pomenu socialnega okolja in opozarjata, da so, ne glede na to, za kakšne odnose gre v formalnem smislu, pomembni tisti odnosi, v katerih se človek počuti nekemu blizu. Takšni odnosi igrajo pomembno vlogo na področju telesnega in duševnega zdravja (prav tam). Pozornost socialnih delavk bi bila potrebna v smeri skupnega raziskovanja potreb na področju morebitne materialne ogroženosti (izhajajoč iz statusa brezposelnih in invalidsko upokojenih), saj se stroški pri ljudeh, ki živijo sami, običajno ne delijo, sami pa finančnega bremena ne zmorejo. Pomembna je morebitna brezposelnost, ki je eden ključnih dejavnikov pri socialnem vključevanju, nezanemarljive so tudi težave pri strukturiranju dnevnih aktivnosti, ki izhajajo iz tega. Rezultati raziskave so pokazali precej višji delež brezposelnih oseb med ljudmi, ki so bili na zdravljenju, kar lahko razumemo na način, da so osebe s težavami v duševnem zdravju na trgu delovne sile neenakopravno obravnavane, oziroma imajo zaradi svojih zdravstvenih težav manjše možnosti zaposlovanja in ohranitve delovnega mesta. Visok delež invalidsko upokojenih bi lahko pomenil dvojje: da osebam, ki se soočajo s tovrstnimi težavami, dejansko zdravstveno stanje ne

dopušča vključitve na trg dela, ali pa da gre v določenih primerih za prehitra upokojevanja, sicer z dobrim izhodiščnim namenom zagotovitve vsaj minimalne finančne varnosti. Podatek terja razmislek v smeri spremembe zakonodaje, ki bi tudi ljudem s statusom invalida I. kategorije, omogočila vključevanje na trg dela v skladu z zmožnostmi. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012) v 63. členu namreč določa, da invalid I. kategorije ni več zmožen opravljati organiziranega pridobitnega dela ali ni zmožen opravljati svojega poklica in nima več preostale delovne zmožnosti (prav tam). Isti zakon še določa, da mora upravičenec, če želi spremembo statusa, ponovno v oceno oziroma ugotavljanje stanja invalidnosti. Tu je, ob dejanski pomoči pri iskanju odgovorov na ugotovljene potrebe, ključna vloga socialne delavke kot informatorke in koordinatorke, saj uporabniki nimajo zadostnih informacij o možnih virih pomoči v skupnosti. Socialne delavke bi se pri načrtovanju odpusta morale ves čas spraševati, kako naj delo poteka, da bo uporabnik v delovnem odnosu lahko raziskal svoje potrebe in nanje iskal ustrezne odgovore. Takšen pristop je nasproten tistemu, ko se socialne delavke v skladu z medicinskim pristopom sprašujejo, kateri uporabniki so sploh primerni, da se v obravnavo vključijo (Flaker, 2015).

Faze načrtovanja odpusta

Učinkovito načrtovanje odpusta temelji na treh ključnih fazah: uvodno srečanje, ki se mora zgoditi v prvih dneh po sprejemu, redna srečanja, ki jih je običajno več, in zadnje srečanje, ki ni nujno na odpustni dan. Raziskava pokaže, da socialne delavke posamezne faze načrtovanja odpusta sicer razločijo, nobena pa jih ni poimenovala skladno s teorijo načrtovanja odpusta iz bolnišnice. Pri tem je zaznati pomanjkanje ustrezne terminologije na tem področju dela v zdravstvu. Socialne delavke ponovno prepoznajo, vendar ne poimenujejo s terminom »osnovno načrtovanje odpusta«, delo, pri katerem sodelujeta samo medicinska sestra in zdravnik. Če je v načrtovanje odpusta vključen celoten oddelčni tim, govorimo o »specializiranem načrtovanju odpusta« (Alghzavi, 2012), kisopet ni bilo obravnavano na ta način.

Delovni odnos

Raziskava je pokazala, da prva faza načrtovanja odpusta vsebuje dogovor o sodelovanju – vzpostavitev socialnodelavskega delovnega odnosa, ki temelji na odprti komunikaciji. Če se uporabnik ne more pogovarjati, je še toliko bolj pomembno, da pri načrtovanju sodelujejo drugi ljudje, ki ga dobro poznajo. To ne pomeni izključevanja uporabnika samega, ki je vedno soudeležen. Tudi uporabnik, ki boleha za demenco, lahko pri načrtovanju odpusta sodeluje v obsegu svojih zmožnosti. Socialne delavke so v raziskavi poudarile, da je treba upoštevati voljo

uporabnikov v največjem možnem obsegu, kot na primer, če želi bivati sam v sobi, v katerem domu starejših bi rad živel in podobno. Sodelovanje in upoštevanje uporabnikove volje je v tem primeru nujno, ne glede na to, ali je urejanje namestitve izrecna volja uporabnika, ali pa je posredi postopek namestitve v institucionalno varstvo proti njegovi oziroma njeni volji. Menijo, da je to strokovna in etična dolžnost socialnih delavk, zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah. Pri tem se opirajo na Kodeks etike socialnih delavk in socialnih delavcev Slovenije (Društvo socialnih delavk in delavcev Slovenije, 2021).

Projekt pomoči v socialnem delu se začne z jasnim in izrečenim dogovorom o sodelovanju, ki šele omogoči vzpostavljanje delovnega odnosa (Čačinovič Vogrinčič, 2006), kar je praksa pri načrtovanju odpusta. Načrtovalec in uporabnik skleneta dogovor o sodelovanju pisno ali ustno (Flaker, 2015). Pogodbeno moč posameznik črpa iz svojega formalnega statusa, iz svojega nastopa in vlog, ki jih opravlja in igra. Za načrtovalca je ključno, kakšen je formalni status uporabnika in kako ga izboljšati. (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013). Nekaj primerov iz raziskave: zdravstveno nezavarovan posameznik pridobi zdravstveno zavarovanje, brezposelni dobi službo, mlad človek brez urejenega statusa se ponovno vključi v izobraževanje in pridobi status študenta.

Iz pogovorov s socialnimi delavkami je bilo razbrati, da je v prvi, uvodni fazi socialna delavka predvsem v vlogi informatorja. Raziskava potrjuje avtorjem Flaker, Mali, Kodele, Grebenc, Škerjanc in Urek (2008), ki so zapisali, da je prva informiranost, saj uporabniki morda ne vedo, kakšna je ponudba v skupnosti (prav tam). Uporabniki se v tem obdobju soočajo z mnogimi vprašanji, dilemami, ki so vezane na načrtovanje odpusta, pa tudi na sam potek zdravljenja. Informativni razgovor ob sprejemu oziroma kmalu po sprejemu na zdravljenje omogoča socialni delavki in uporabniku več maneverskega prostora v sodelovanju, ki sledi. Po mnenju socialnih delavk odločitve o sodelovanju pri načrtovanju odpusta temelji na prostovoljni odločitvi uporabnika, pri čemer uporabniki sicer povedo svoje mnenje, vprašanje pa je, ali imajo tudi dejansko moč odločanja.

Načrtovanje odpusta s sodelovanjem in brez sodelovanja uporabnika

Raziskava je pokazala, da se sposobnost soustvarjanja načrta odpusta interpretira/ocenjuje z zdravstvenimi kriteriji, kar je v nasprotju s tem, kako participacijo, avtonomijo, razumemo v socialnem delu. Ključen pri učinkovitem načrtovanju odpusta je namreč prav enakovreden, partnerski odnos med uporabnikom in socialno delavko oziroma timom, ki je vključen v načrtovanje odpusta, kar je v skladu s konceptom normalizacije, o katerem pišem v nadaljevanju. Model okrevanja, na katerem temelji učinkovito načrtovanje odpusta, je nastal

kot odgovor na ozka in omejena pojmovanja v medicinskem modelu, ki je tradicionalno videl uporabnike kot pasivne prejemnike in osebe kot strokovnjake in nosilce znanja (Anthony, 1993, Deegan, 1996, 2011, Hyde, Bowles in Pawar, 2014, Farkas, 2007). Uporabniki so zahtevali drugačne pristope, možnost izbire služb in storitev, ki bi odgovarjali na njihove potrebe (Hyde, Bowles, Pawar, 2014, Tait in Lester, 2005). Avtorica Grebenc (2023) je zapisala, da moramo okrevanje povezati z doseganjem večje kakovosti življenja, z več avtonomije v življenju, s priložnostmi za spremembo in upanjem. Dojemanje procesa okrevanja in človekovo občutenje dobrega počutja je izrazito individualna, telesna, duševna in duhovna izkušnja, povezana z medsebojnimi odnosi ter kulturnim in političnim okoljem (prav tam). Celostna paradigma okrevanja potrebuje integrirane sisteme storitev, ki imajo različne cilje za različne ljudi z različnimi potrebami (prav tam).

Urek (2003) piše o tem, da je še nedolgo nazaj veljalo, da je beseda strokovnjaka ena in edino veljavna, dandanes se zavedamo, da gre za medsebojni delovni odnos, pri čemer je socialna delavka strokovnjakinja iz stroke, uporabnik pa strokovnjak iz izkušenj. V narativnih terapevtskih praksah je osrednja oseba, protagonist in udeleženec svojega sveta (prav tam). Čačinovič Vogrinčič (2006) poudarja pomen raziskovanja in iskanja rešitev skupaj z uporabnikom tako dolgo, da je ta zanj dobra in uresničljiva. Glede na osemstopenjsko lestvico Arnstein (1969), ki jo je oblikovala z namenom boljšega uvida v moč, ki jo imajo državljani, v našem primeru uporabniki na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici, lahko ugotovim, da je v psihiatrični bolnišnici pri načrtovanju odpusta v sodelovanju s socialno delavko večja stopnja participacije uporabnikov kot pri sodelovanju z drugimi službami, predvsem medicinskimi, kjer so postopki vnaprej določeni. Uporabnik jih sicer formalno lahko odkloni, v praksi pa nekoliko težje, saj lahko osebe uporabi druge prijeme.⁵ V tem primeru bi v veliki meri lahko govorili o aktivnostih, ki jih Arnstein (1969) imenuje s skupnim imenovalcem »manipulacija in terapija« in ne vsebujeta elementov participacije in je cilj zdravljenje in obravnava uporabnikov. Glede na sodelovanje s socialno delavko bi stopnje aktivnosti uvrstili vse od tretje pa do osme stopnje. »Obveščanje«, »posvetovanje« in »podajanje mnenja« so sicer aktivnosti, v katerih uporabniki povedo svoje mnenje, vendar moči odločanja nimajo. V procesu načrtovanja so prisotni tudi

⁵ Primer: sprejem na zdravljenje brez privolitve, ki je opredeljen v 39. členu Zakona o duševnem zdravju (2008).

elementi »partnerstva«, »poverjene moči« in »nadzora«, v katerih imajo uporabniki tudi moč odločanja.⁶

Pri preverjanju aktivnosti uporabnikov pri samem načrtovanju odpusta (sodelovanje pri oceni potreb, postavitvi ciljev, pisanje prošenj, pisanje vlog, telefonski klici, ogledi in razgovori s službami v skupnosti, vključenost skupinsko delo) je bilo iz samega delovnega odnosa moč razbrati aktivno vlogo uporabnika v skoraj treh četrtinah primerov. Tew (2005) piše, da nekateri vidijo medicinski model kot problematičen prav v smislu predaje odgovornosti zdravniku, medtem ko uporabnik pasivno čaka čudežno ozdravitev (prav tam). Glede na raziskavo ti uporabniki prevzemajo stališče, da je dolžnost strokovnih služb brezpogojno upoštevanje želja in potreb uporabnika in potek načrtovanja odpusta pripraviti skladno s temi željami in potrebami, ne da bi v proces načrtovanja odpusta vključevali uporabnika. Pri teh uporabnikih socialne delavke skušajo zasledovati načela avtonomnosti s tem, da spodbujajo uporabnika k soustvarjanju načrta odpusta in njegove samostojnosti. Raziskava sicer ne potrjuje ugotovitev Brandon in Brandon (1994), ki sta zapisala, da imajo socialne delavke težave s tem, da bi uporabniki sami odločali oziroma opredeljevali svoje potrebe.

Socialne delavke so v raziskavi izpostavile še uporabnike z dobrim zdravstvenim stanjem in s tem z možnostjo soustvarjanja načrtovanja odpusta, ki jim bolnišnica predstavlja zatočišče bodisi pred slabimi družinskimi odnosi, nasiljem v družini, neurejenimi finančnimi zadevami, neurejenim zdravstvenim zavarovanjem bodisi pred delovno preobremenjenostjo. Možna razlaga, zakaj se uporabniki ne želijo vključiti v načrtovanje svojega lastnega odpusta, bi bila, da so na zdravljenju v stanju liminalnosti, kar pomeni, da niso več v situaciji pred hospitalizacijo in niso še v situaciji in v spremembah, ki se bodo zgodile, ko bodo odpuščeni iz bolnišnice. O tem več pišem v diskusiji tretje teze. Uporabniki so torej v situaciji, ko je njihova pasivnost upravičena, logična, sprejemljiva. Bolnišnica je v tem primeru prostor čakanja in pričakovanja, kaj se bo zgodilo; bodisi z njihovo ali proti njihovi volji. Socialne delavke in tudi drugo osebje to lahko razumejo kot nemotiviranost, nasprotovanje ali slabo zdravstveno stanje.

⁶ Aktivnosti državljanov organizira Arnsteinova (1969) v osem stopenj participacije in v tri skupine s skupnimi značilnostmi izkušnje v aktivnostih participiranja. Aktivnosti iz prve skupine (aktivnosti s skupnim imenovalcem manipulacija) in druge skupine (aktivnosti, ki jih poimenuje terapija) ne vsebujejo elementov participacije. V tretji, četrti in peti stopnji lestvice je zbrala vrste aktivnosti, za katere je značilno, da v njih udeleženi sicer povedo svoje mnenje, vendar nimajo moči odločanja. V tipih participacije, kot so partnerstvo, poverjena moč in nadzor državljanov, pa imajo udeleženi moč odločanja.

V teh primerih se s perspektive socialnega dela zdi še bolj pomembno, da uporabniki sodelujejo pri odpustu, čeprav je komunikacija težja in se metode ustrezno prilagodi. Socialna delavka se mora v skladu s konceptom krepitve moči zavedati, da je uporabnikova pravica sodelovati pri načrtovanju odpusta ali pa ne, ter v kolikšnem obsegu in s kakšno intenzivnostjo bo soudeležen. Vprašanje je, ali je ukvarjanje s tem, ali uporabnik ne zmore ali noče, resnično naloga socialne delavke, in se ob tem sprašujem ali zdravnik resnično tako zlahka in nedvoumno prepozna to razliko in če je diagnoza edino merilo in kriterij te ocene. Če je tako, potem je to v nasprotju s socialnim modelom, kjer socialna delavka skupaj s človekom raziskuje, nepokroviteljsko, s poudarkom na zmožnostih, močeh, z mehanizmi odločanja s podporo.

Omejitve so tudi pri socialnih delavkah, kar uporabniki pogosto interpretirajo kot preobremenjenost. Ob tem se zbuja vprašanje, ali gre dejansko samo za preobremenjenost, čemur ne gre oporekati, saj ima Delovna skupina pri Sekciji socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti (Socialna zbornica, 2021) podatek o kadrovski podhranjenosti, oziroma je dokazala potrebo po enem socialnem delavcu na dvajset postelj oziroma na en zdravniški tim. Vendar pa je na mestu razmislek tudi o drugih razlogih, ki preprečujejo aktivnejše in bolj učinkovito načrtovanje odpusta, ki bi bilo v skladu s potrebami in željami uporabnikov. To so lahko etične dileme, lastni predsodki, ocena, da gre za preveliko tveganje (na primer samostojno življenje), socialna delavka s konkretnim uporabnikom ne zmore sodelovanja, zakonske ovire, neustrezni in nedostopni viri v skupnosti.

Koncepti in metode dela pri načrtovanju odpusta

Flaker (2015) opozarja, da je klasična delitev metod socialnega dela na delo s posameznikom, delo s skupino in skupnostno socialno delo nezadostna in zavajajoča. Taka trojna delitev ponazarja izvirno dvojnost socialnega dela, ki išče vzvode za boljše življenje bodisi v podpori in pomoči posamezniku v družbenem okolju, bodisi v izboljšanju delovanja v skupnosti, in mednju umesti skupinsko delo kot vmesno stopnjo (prav tam). Socialna delavka mora prepoznati, kakšna vrsta obravnave bi bila za uporabnika najbolj primerna. Pri tem mora prepoznati, kdaj gre za situacije, pogojene z zdravstvenim stanjem, ki je v domeni zdravstvene stroke, kdaj pa gre za ugotovljene potrebe, ko lahko podporo v procesu okrevanja in iskanja ustreznih odgovorov ponudi socialna delavka. Pri tem so ji v pomoč različne metode socialnega dela. V primeru nizke motivacije za sodelovanje uporabi metodo motivacijskega intervjuja. V pogovoru, ki je nujna spretnost socialnega dela, socialna delavka pridobi čim več informacij, pomembnih za ugotavljanje uporabnikovih potreb; narejena je podrobna ocena stanja, ki jo socialna delavka posreduje oddelčnemu timu.

Socialne delavke se pri načrtovanju odpusta opirajo na koncept krepitve moči, ki je pomemben iz več razlogov. Upošteva se perspektiva posameznika, da je sogovorniku omogočeno pridobiti občutek lastne vrednosti in občutek soudeležnosti v procesu soustvarjanja in iskanja rešitev. Tu koncept črpa podlago iz koncepta perspektive moči (Videmšek, 2008). To, kar v okviru medicinskega modela pomeni pojem ozdravitve, v psihosocialnem modelu pomeni pojem krepitve moči. Posameznik, ki ga gledamo skozi prizmo tega modela, ni žrtev skrivnostne, nikoli dokazane bolezni, temveč sklopa okoliščin ali kot pravi Goffman (2019), kontingenc, ki določajo, kdo bo hospitaliziran, diagnosticiran, stigmatiziran, diskriminiran in komu bodo odvzete vse pravice. Še vedno so aktualna vprašanja, o katerih je pisala Škerjanec (1996), in o katerih mora imeti možnost odločanja uporabnik sam: kje bo živel, kaj bo delal in kdo ga bo pri tem podpiral. Tudi drugi državljani nimajo popolne možnosti odločanja o teh treh ključnih vprašanjih, razlika je v tem, da imajo glede tega določeno stopnjo izbire, ki je uporabniki nimajo (prav tam). To so obenem ključna vprašanja, na katera uporabnik in socialna delavka v procesu načrtovanja odpusta skušata najti odgovore. Avtorica Škerjanc (1996) nadaljuje, da je tretje vprašanje treba razumeti širše, saj vključuje tudi možnost vpliva na ustanavljanje služb, ki bodo celostno in individualizirano podpirale svoje uporabnike pri uresničevanju samostojnega življenja. Šele ko bo to doseženo, pravi avtorica, bodo ustvarjeni pogoji za razpravo o tem, kako te službe izboljšati (prav tam). Raziskava je pokazala, da so uporabniki po končanem zdravljenju nameščeni v stanovanjsko skupnost, ki bi bila sicer, z drugačnim konceptom in pravili, lahko odlična možnost prehodnega obdobja med bolnišničnim zdravljenjem in samostojnim, neodvisnim življenjem. Zgodi se, da so uporabniki tja nameščeni po sili razmer, saj nimajo kam, domači, običajno zaradi predhodnih slabih izkušenj, pa bivanja doma ne dovolijo. Poglavitni razlog, da se uporabniki odločijo za bivanje v stanovanjski skupnosti, za kar so dali soglasje, napisali prošnjo in opravili razgovor, pa je pogosto finančni. Samostojnega življenja, ki si ga sicer želijo, si ne morejo privoščiti. Bivanje v stanovanjski skupnosti sofinancira občina. Problematično je, da so odgovorni institucionalno logiko prenesli v delovanje stanovanjske skupnosti, kar pomeni za uporabnike le še več istega. Postavljeni so visoki kriteriji, ki jih morajo uporabniki izpolnjevati, če želijo bivati v stanovanjski skupnosti, kjer se od uporabnika, poleg spoštovanja hišnih pravil, pričakuje tudi obiskovanje dnevnih centrov, kar pogosto doživijo kot prisilo, saj ponudba ne ustreza njihovim interesom. Ob dejstvu, da ne sprejmejo oseb, ki imajo težave z odvisnostjo, že v izhodišču veliko ljudi odpade, med njimi uporabniki z dvojnimi diagnozami, ki so na področju duševnega zdravja še posebej ranljiva skupina, ob dodatnih razlogih, kot so pomanjkanje sredstev in kadra. V primeru dvojnih

diagnoz je, kot pišeta Kvaternik in Grebenc (2008), ključni problem strokovnjakov ta, da ne vedo, kaj naj z njimi delajo, oziroma kam naj jih usmerijo.

Ocena potreb in upoštevanje želja

Ko je dogovor o sodelovanju sklenjen, socialna delavka zbere čim več za reševanje problemov pomembnih podatkov in informacij. Ocena potreb v procesu načrtovanja odpusta, narejena skupaj z uporabnikom, mora zajeti področje moči in prizadevanj, klinične potrebe in splošne potrebe uporabnika, pri čemer ni treba, da je ocena globinska, včasih je celo dobro, da dobimo površinsko, zato pa toliko bolj celostno sliko (Ministry of Health New Zealand, 1993, Flaker, 2003, Flaker, Mali, Kodele, Grebenc, Škerjanc in Urek, 2008). Na osebo usmerjena skrb omogoča celostni pristop ter temelji na boljšem prepoznavanju težav in potreb uporabnikov ter ustrezno obravnavo teh potreb v kontekstu drugih potreb (Starfield, 2011). V sodelovanju z uporabnikom člani strokovnega tima iščejo najustreznejše rešitve za doseg zadane cilja zdravljenja kot tudi rešitve za stabilizacijo življenja uporabnika po odpustu. Pri tem se poudarja praksa, v kateri se skušajo upoštevati želje in potrebe ter izbire uporabnika v največji možni meri. Najpogosteje se načrtovanje odpusta nanaša na urejanje uporabnikovih razmer po hospitalizaciji, v raziskavi je bilo največ potreb povezanih z nezmožnostjo samostojnega bivanja, s preskrbo osnovnih sredstev, potrebe, povezane materialno stisko, ter potreba po pridobitvi različnih informacij. Mali in Grebenc (2021) pišeta, da raziskovanje vsakdanjega življenja ljudi, odkrivanje in ustvarjanje odgovorov skupaj z ljudmi so temeljni procesi dela v socialnem delu ne glede na to, ali sodelujemo s posamezniki, različnimi skupinami in skupnostmi (prav tam). Avtorici nadaljujeta, da mora socialno delo, ki vsakodnevno v svojih praksah prihaja v neposredni stik z ljudmi, znati odkriti in razumeti subtilne in pogosto nevidne procese, ki so del vsakdanjega sveta, in izkušnjo ljudi, ki v tem svetu živijo (prav tam). Gre za vprašanja, kako prepoznati in razumeti telesne in biološke značilnosti, duševna in duhovna občutja, abstraktne konstrukcije vrednot, norm, kulture in povsem materialne in fizične značilnosti naravnega in umetnega okolja (prav tam). Avtorja Repper in Perkins (2003) opisujeta primer ženske, ki je verjela, da je članica kraljeve družine. Pomembno je pogledati kontekst njenega življenja. Izgubila je vse, nikoli ni imela občutka, da nekomu pripada, večkrat je bila razvrednotena in zavrnjena. Ko to vemo, je njeno prepričanje, da je članica kraljeve družine, nekdo, ki je vreden in spoštovan, morda razumljivo (prav tam). Za premik v odnosu do slišanje glasov in podobnih pojavov, za drugačno obravnavo in spoštovanje ljudi, ki slišijo glasove ter do izbire oblik pomoči se zavzema mednarodno gibanje Hearing Voices (Slišanje

glasov). Zavzemajo se za priznavanje smiselnosti in pomena, ki ga nosijo glasovi, ki so pogosto v zvezi s preteklimi travmami, ter za normalizacijo pojava slišanja glasov (Dekleva, 2015).

Raziskava je pokazala, da ocene stanja v času zdravljenja v psihiatrični bolnišnici prispevajo tudi druge službe oziroma strokovnjaki drugih profesij, kar vpliva na potek zdravljenja oziroma obravnavo uporabnika. Raziskava je pritrdila ugotovitvam Kadushin in Kulys (1993), da socialne delavke največ časa namenijo pripravi ocene, najmanj pa je bilo porabljenega za dejansko povezovanje uporabnikov z ustreznimi zunajbolnišničnimi storitvami. Pri tem je razumevanje pojma načrtovanja odpusta širše in ne zajema samo priprave oziroma načrtovanje dejanskega dneva odpusta uporabnika iz bolnišnice, temveč se načrtovanje odpusta razume v kontekstu celostne obravnave uporabnika že za časa zdravljenja v bolnišnici, kot tudi načrtovanja ali priprave uporabnika na življenje po končanem zdravljenju v psihiatrični bolnišnici. Ko je izdelana podrobna ocena stanja, socialna delavka in uporabnik naredita načrt odpusta, cilji so postavljeni v skladu z možnostmi v skupnosti. Mali in Grebenc (2021) pišeta, da naj načrt pomoči ne bo vsiljen ali pokroviteljski, ampak dogovorjen in usklajen s potrebami ljudi (prav tam). Kljub temu da načrtovanje odpusta vsebuje večino elementov osebnega načrtovanja, pa jih socialne delavke v raziskavi niso tako poimenovala.

Segment, ki nakazuje na nesistematično načrtovanje odpusta uporabnika iz bolnišnice se dotika razlik v načinih prepoznavanja potreb in želja uporabnika. Flaker in Urek (1988) pišeta o paradoksalnem učinku totalne ustanove, ki v svoji totalnosti in strogosti s tem, ko posameznika oropa običajnih identitetnih načinov, odpre tudi luknjo za izpolnitev želja, ki niso obremenjene z balastom običajnih vkodiranih predpostavk o samem sebi (prav tam). V praksi to pomeni, da v dani situaciji uporabniki morda prvič spregovorijo o svojih željah in potrebah, kar je potrdila tudi raziskava. Načrtovanje odpusta, ki se opira na metodo osebnega načrtovanja, je reflektivna in refleksivna, ker odraža na eni strani posameznikov dejanski svet, njegovo situacijo in okoliščine, na drugi strani pa tudi njegovo usmerjenost, želje in stališča (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013). Na ta način obema, tako socialni delavki kot uporabniku, ponudi prostor in priložnost za raziskovanje možnih poti do uresničenja. Težave z izražanjem želja in ubesedenjem svojih potreb so sicer pri uporabnikih pogoste, predvsem kot posledica slabih izkušenj v preteklosti.

Postavljanje ciljev pri načrtovanju odpusta

Cilji, ki jih skupaj postavita uporabnik in socialna delavka, v konkretnem primeru v procesu načrtovanja odpusta, so vezni člen med pripovednim in izvedbenim delom, so izvleček iz analize situacije in njen sklep, posledica pripovedi in njena projekcija v prihodnost. Gre za

proaktivni pristop. V operacionalizirani obliki so izvedben del načrta (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013). Raziskava je pokazala nesistematičen pristop k poteku načrtovanja odpusta tudi v sami opredelitvi cilja, ki ima pri načrtovanju odpusta velik pomen. Ta je vezan na krepitev uporabnika za življenje po odpustu iz psihiatrične bolnišnice. Gre za cilj, usmerjen v urejanje razmer uporabnika in krepitev samostojnosti uporabnika med in po zdravljenju. Socialna delavka v procesu načrtovanja odpusta krepi moč uporabnika tako, da pomaga in podpira uporabnika pri preusmeritvi fokusa od primanjkljajev na moči in vire, ki jih ima, pri tem je uporabnik ves čas soudeležen; tako pri oceni potreb, kot tudi pri določitvi ciljev in postopkih za njihovo uresničitev. Delo ves čas temelji na krepitvi moči in okrevanju uporabnika. Raziskava je pokazala, da so cilji najpogosteje vezani na vključitev v eno izmed oblik pomoči in podpore v skupnosti. Podatek preseneča, saj je do dejanske vključenosti prišlo v nizkem odstotku, kar me ponovno usmeri k razmisleku, da je morebiti do vključitve prišlo naknadno in potrdilo potrebo po vzpostavitvi stikov s službami v skupnosti že v času zdravljenja in pomenu vloge socialne delavke kot informatorke in koordinatorke. Sledili so cilji, povezani z nameščanjem v domove za starejše in socialnovarstvene zavode. Xie (2013) piše, da so se pristopi na področju duševnega zdravja v službah v skupnosti premaknili v smeri vzpodbujanja uporabnika, naj sledi svojim ciljem. Politike, metode dela in strategije so bile oblikovane tako, da prepoznajo in krepijo moči posameznika. Strokovnjaki verjamejo, da imajo uporabniki moč, ki se jo lahko izkoristi v procesu okrevanja in delajo z uporabnikom v smislu lajšanja te poti (prav tam). Dodajam, da je pri tem potrebna previdnost, da se ne bi pridobljene informacije z oceno stanja interpretirale v skladu s paternalističnim, tradicionalnim, medicinskim pristopom, ki uporabnika prepozna kot nemočnega in nekompetentnega za ocenjevanje svojih potreb in iskanje ustreznih odgovorov nanje. Grebenc (2021) piše, da ni nepomembno, kdo potrebe definira in kdo o njih odloča, kdo dejansko opredeljuje potrebe in presodi, da je nekaj potrebno (prav tam).

V mnogih institucija strokovnjaki za uporabnike izdelujejo načrte brez njihove navzočnosti. V tako izdelanih načrtih sami ocenijo njihove sposobnosti in predvidijo cilje, ki bi bili koristni zanje. S tem uporabniku odvzamejo vpliv na lastno življenje, saj nima možnosti izraziti svojih želja in potreb. Tudi če se cilji, ki si jih uporabnik zastavi, načrtovalcu zdijo nerealni, se lahko pokaže, da so v resnici uresničljivi, ko se načrt začne izvajati. Če niso realni, bo uporabnik spoznal in načrtovalec skupaj z njim, da takšnega cilja ni mogoče uresničiti (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013). Življenjski cilji so obenem pripomoček, s katerim je mogoče ugotavljati oblike pomoči (Flaker, Mali, Kodele, Grebenc, Škerjanc in Urek, 2008). Če socialne delavke pri načrtovanju odpusta delujejo skozi koncept okrevanja, potem morajo stalno

preverjati in evalvirati, v kolikšni meri to, kar se dela, uporabnikom omogoča doseganje ciljev in se zavedati, da zmanjšanje oziroma odsotnost simptomov ne pomeni nujno izboljšanja kakovosti življenja. Avtorji Castillo, Ramon in Morant (2013) opozarjajo, da bodo v praksi, ki je usmerjena na okrevanje, strokovnjaki in uporabniki sicer zasledovali cilje, ki so bili zastavljeni, storitve, ki se bodo dejansko izvajale, pa običajno nadzorujejo ponudniki (prav tam). Če izhajamo iz tega, je jasno, da je ključnega pomena okrepitev služb in storitev na področju duševnega zdravja in na drugih področjih v skupnosti.

Evalvacija načrtovanja odpusta

Raziskava je razkrila, da med zdravljenjem socialne delavke preverjajo in spremljajo zastavljeni načrt odpusta glede na sprotno stanje uporabnika ter po potrebi začasni načrt odpusta korigirajo. Škerjanc (2006) piše, da je lastnik načrta uporabnik, ki ga lahko kadarkoli spremeni, dopolni (prav tam). Uporabnikom je celotna dokumentacija socialne službe na voljo za vpogled, dejstvo pa je, da se za to možnost le redko kdo odloči. Razlog za to je morda v tem, da jih to ne zanima, morda ne želijo vedeti, kaj o njih piše socialna delavka, še najbolj verjetno pa je, da niti ne vedo, da jim ta možnost sploh pripada.

Tveganja pri načrtovanju odpusta

Raziskava je pokazala, da socialne delavke uporabnike seznanjajo s tveganji in jih tudi pripravijo na sprejemanje možnih posledic tveganj. Strokovnjaki, če delujejo podporno, morajo dovoliti tveganja. S tem upoštevajo moč uporabnika in mu priznajo pravico do napak in razpolaganja s svojim življenjem. Naloga socialnega dela z uporabo metode ocenjevanja tveganj je oceniti verjetnost, da se bo nekaj zgodilo, tehtati med tveganjem in profitom za uporabnika in zmanjšati tveganje na razumno mejo, ne da bi onemogočili osebi, da tvega (Deegan, 1996, Flaker, 2003). Ko upoštevamo moč uporabnika, mu s tem priznamo, da ima pravico zmotiti se, torej razpolagati s svojim življenjem (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013).⁷

⁷ Toresini (2017) je uporabil zanimivo prisposodbo s krokodili. Skrbnik krokodilov je kazensko in civilno odgovoren za njihova dejanja, saj se krokodil ne more svobodno odločati in ravno to je zvijača norišnice (prav tam). Ta zvijača je peklenski mehanizem, na katerem so pred več kot dvesto leti utemeljili institucionalno psihiatrijo. Bolnik ne more odgovarjati za svoja dejanja, zato mora zanje odgovarjati psihiatrija.

Toresini (2017) je pisal o paranoji psihiatrov glede njihove odgovornosti, od koder izhaja zaščitniška, pokroviteljska drža zdravstvenega osebja, ki se na vsak način trudi preprečiti tveganja pri uporabnikih in so, če se zanj odločijo, morda celo kaznovani v obliki prepovedi določenih ugodnosti (prav tam). Avtor nadaljuje, da bo premik takrat, ko se bo osebje posvetilo osebi in skupaj z njo prevzelo tveganje, z njo vzpostavilo odnos; delalo se bo to, kar se bo osebi zdelo najbolj smiselno (prav tam). To pomeni, da hierarhija med različnimi strokovnimi službami znotraj psihiatrične bolnišnice vpliva na to, ali je sploh in kolikšno tveganje je dovoljeno uporabnikom. Raziskava je pokazala, da so v izbrani bolnišnici analize tveganja le redko del dokumentacije pri načrtovanju odpusta, kljub siceršnjemu ukvarjanju s tveganji. Možno razlago ponudi Urek (2005), ki opozarja na zapise, ki so kritični element pri ravnanju s tveganimi situacijami, saj ima zapisovanje kritične situacije lahko potencialne posledice v obliki povpraševanja odgovornosti službe, ko se kaj zalomi (Urek, 2005). Tu se pokaže ranljivost strokovnjakov, morebitna nizka strokovna samozavest in pomanjkanje avtonomije v sistemu, kot je psihiatrična bolnišnica. Tega sicer socialne delavke, ki so sodelovale v raziskavi, ne zaznavajo.

Ta raziskava je pokazala, da izdelava kriznega načrta ni del prakse socialnih delavk pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice, kar kaže na pomanjkljivost in nesistematičnost tega procesa. Repper in Perkins (2003) pišeta, da se je mnogim uporabnikom ob nastopu krize težko odločati in zato je vnaprejšnje načrtovanje koristno, saj na ta način okolica ve, kako ravnati v primeru težav. Krizni načrt je lahko zelo pomemben faktor glede strahu pred krizo in bi zato moral biti pomemben sestavni del načrta odpusta (prav tam). Ljudje s težavami v duševnem zdravju običajno prepoznajo, kdaj niso v redu, in so sposobni urejati težave, preden pride do krize. Včasih lahko to uredi uporabnik sam, na primer z zmanjšanjem ali spremembo določenih aktivnosti, zmanjšanjem pitja alkohola, urejenim spanjem, poišče si pomoč prijateljev in družine. So pa tudi situacije, ko je pomoč strokovnjakov nujno potrebna, potrebno je urejanje terapije in zdravljenje (prav tam). Že predhodne raziskave (Adnanes, Cresswell-Smith, Melby, Westerlund, Šprah, Sfetcu, Strassmayr in Donisi, 2020, Šprah in Dernovšek, 2017) so pokazale željo in potrebo uporabnikov po individualnem kriznem načrtu pred odpustom iz psihiatrične bolnišnice. Podatek me napelje k razmišljanju, zakaj v procesu načrtovanja odpusta ta praksa še ni vpeljana, in odgovor bi lahko iskali v treh smereh: v prepričanju, da je bolnišnica dokončno »pozdravila« ljudi, ki so bili na zdravljenju, v mišljenju, da po končanem zdravljenju to, kar se dogaja s človekom, socialnih delavk v bolnišnici ne zanima več, ali pa gre preprosto za nepoznavanje metode izdelave kriznega načrta, ki ga socialne delavke v intervjujih niti niso omenjale.

Pokroviteljske prakse pri načrtovanju odpusta

Kot sicer v psihiatriji, je tudi v delovnem odnosu med uporabnikom in socialno delavko nevarnost pokroviteljstvo. Na pokroviteljsko, namesto dialoške prakse in na prevlado zdravstvenega oziroma medicinskega modela, ki vzdržuje socialno razdaljo in omejuje človeka na njegovo diagnozo, opozarjajo tudi v Skupnih evropskih smernicah (Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2021) (Rafaelič in Flaker, 2021, Rafaelič in Flaker, 2023). Pokroviteljski odnos uporabnike utrjuje v vlogi bolnika, ki so, kot pišejo avtorji Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc (2013), pod stalnim pritiskom, da ne smejo narediti napake, saj drugi pogosto obsojajo in presojujejo njihove odločitve.

Po besedah intervjuvanih socialnih delavk pokroviteljske prakse blažijo s tem, da uporabniku ponudijo različne možnosti in mu prepustijo odločitev za izbiro možnosti, ki mu jih predstavijo v pogovoru ter mu jih predlaga načrt odpusta. Uporabnik glede na predane informacije (če mu zdravstveno stanje to dopušča) sam izbere predstavljene možnosti in optimalne rešitve. Čeprav so ta način dela pri načrtovanju odpusta socialne delavke prepoznale kot prakso, ki blaži pokroviteljstvo, lahko, nasprotno, v tem primeru tudi govorimo ravno o obliki pokroviteljske prakse. Predlogi so dani brez uporabnika, ki je vključen le pri odločanju, kaj iz predlaganega izbora rešitev bo sprejel. Prepuščanje odločitev uporabnikom lahko razumem kot obliko pokroviteljske prakse v smislu prepuščanja odgovornosti in nošenja posledic svojih odločitev. V tem primeru samo med vnaprej pripravljenimi možnimi rešitvami. Razviden je odmik socialnega dela od podpore pri izpolnjevanju načrta odpusta, kar je del pokroviteljske prakse (drža vsevednega starša). V takšnem odnosu se zrcali prikrito sporočilo, da je v primeru, če ne zmore uresničiti izbrane rešitve ali slediti načrtu, kriv sam, ker se je precejeval, kar ga le še utrdi v vlogi bolnika. Ko je socialna delavka zadolžena za spremljanje načrta odpusta, ima mandat, da se lahko vključi v uresničevanje načrta. Mali in Grebenc (2021) pišeta o tem, da je prepričanje, da je vsakdo dolžan sam skrbeti za dostojno življenje, problematično, ker se ne ozira na izvore družbenih neenakosti, revščine in družbenega izključevanja (prav tam). Če takšno prepričanje postane osrednja politika, potem vpliva na odnos javnosti do ljudi, ki teh obveznosti ne morejo izpolniti. Postane način izključitve tistih, ki zaradi različnih osebnih (na primer zdravstvenih ali socialnih) okoliščin ne zmorejo poskrbeti za svoje potrebe.

V raziskavi me je zanimalo, koliko se v bolnišničnem prostoru upošteva (in koliko se sploh lahko upošteva) avtonomija uporabnikov. Avtonomija je opredeljena kot sposobnost posameznika, da se odloča o tem, kako hoče živeti v skladu s svojimi vrednotami, verovanji in sposobnostmi (prav tam). Na področju zdravja in socialnega varstva to pomeni, da se uporabnik

sam odloča o tem, kakšne obravnave, podpore in zdravljenja bo deležen (Health Information and Quality Authority, 2016). Raziskava pritruje ugotovitvam Heerings, van de Bovenkamp, Cardol in Bal (2020), da morajo strokovnjaki uporabnike spodbujati in jim omogočiti avtonomijo ter se pri tem zavedati, da si uporabniki želijo različne stopnje vpliva med obravnavo; nekateri hočejo sodelovati pri odločanju o sebi, spet drugi komajda želijo biti vključeni v soodločanje in v sprejemanje odločitev. Nekateri želijo soodločati samo na določenih področjih, ne pa na vseh (prav tam).

Socialne delavke glede na pripovedi v raziskavi spoštujejo avtonomijo uporabnika. Pri tem poudarjajo pomen določanja mej uporabniku glede njegovih želja z upoštevanjem realne ocene njegove situacije. Določanje mej ali realnih možnosti se v praksi pojavlja kot vodilo, ko pri načrtovanju odpusta socialna delavka na podlagi ocene potreb odloči, da ima uporabnik nerealne želje, oziroma oceni, da te niso uresničljive zaradi njegovega zdravstvenega ali socialno-ekonomskega stanja. V tem je mogoče zaznati segmente pokroviteljske prakse, ki pogosto na nezavedni ravni ostaja del prakse socialne službe v psihiatrični bolnišnici. Flaker (2020) piše, da je socialno delo veda in stroka, ki naj bi premoščala ali celo rušila meje med ljudmi, ne pa jih postavljala. Pri tem gre za vdor strokovnjaštva v socialno delo in pogosto niti ne za postavljanje mej kot takih, temveč za postavljanje sebe kot »strokovnjaka« za ločevanje med »nami« in »njimi« (prav tam). Avtor nadaljuje, da je treba v socialnem delu predvsem graditi mostove in ne postavljati meja, ki jih imajo uporabniki že tako veliko (prav tam). Meje so sicer postavljene tudi v vsakdanjem življenju, vendar pa so fleksibilne; narobe je postavljati meje a priori samo zato, ker je nekdo uporabnik (prav tam).

Socialne delavke so bile jasne, da v primerih, ko zaradi slabega zdravstvenega stanja uporabniki ne zmorejo sodelovati pri načrtovanju odpusta, socialne delavke ne morejo ali težje upoštevajo želje in potrebe uporabnika ter se zavedajo, da je uporabnikom okrnjena avtonomija v poteku načrtovanja odpusta. Pri teh uporabnikih se tudi pogosteje pojavlja prisotnost pokroviteljskih ali pa zaščitniških praks. Kot piše avtorica White (2013), obstaja nevarnost, da socialna delavka preoblikuje »neskladnega posameznika« v »mentalno bolnega« ob altruistični predpostavki, da je to nekaj, kar uporabnik želi ali potrebuje. Uporabnike se opredeli kot »nore« z uporabo medicinskega modela v socialnem delu, z uporabo moči, ki je socialnim delavkam dodeljena (prav tam).

Socialno delo je premalo kritično na področju duševnega zdravja, saj mnoge socialne delavke vidijo vzporednice z načeli socialnega dela, vendar v praksi ne morejo stopiti iz okvirja patologije in pokroviteljskega pristopa (Marley, 2003, po Hyde, Bowles in Pawar, 2014). V raziskavi sodelujoče socialne delavke so mnenja, da se s prisotnostjo pokroviteljskih praks

oziroma neustreznim odnosom uporabnikom jemlje moč (so)odločanja pri njihovi obravnavi. Prisotnost pokroviteljskih praks socialne delavke predvsem zaznavajo pri delu zdravstvenega osebja – zdravnikov. Ti pogosto ne upoštevajo želja in potreb uporabnikov. Dragoš (Dragoš idr., 2008, str. 27) trdi, da imamo opravka z močjo povsod, kjer obstaja verjetnost, da bodo ljudje delovali tako, kot kdo zahteva od njih (prav tam). Iz te definicije izhaja, da se teme moči nanašajo na razmerja in osrednji izziv v povezavi s krepitvijo moči. Treba se je izogniti razmerju »nadzora« med uporabniki storitev in strokovnjaki in se osredotočiti na socialno delo, ki bo delo skupaj z ljudmi in ne delo na ljudeh (Videmšek, 2008). Kecmanović (2014) piše o tem, da se paternalistična pozicija (avtorica dodajam tudi pokroviteljska) opravičuje s potrebo po zaščiti uporabnika pred drugimi in pred njim samim; pri tem je prepoznan kot nemočen, slab, bolj ali manj nekompetenten, z motnjo mu je omejena avtonomija in svoboda. Iz tega razloga mora psihiater zanj skrbeti tako, da ga s terapijo vrača v normalnost, kar pomeni, da poveča njegovo mentalno kompetentnost, svobodo in avtonomijo. Pri vsem tem pa gre za ključno potrebo družbe po nadzoru in ne za pomoč (prav tam).

Socialne delavke v raziskavi omenjajo različne načine in pristope za blaženje pokroviteljskih praks. Eden od načinov je timski pristop z jasno (zagovorniško) vlogo socialne delavke v njem. V timu si člani izmenjujejo ključne informacije o uporabnikovem zdravstvenem stanju in njegovih zmožnostih. Glede pokroviteljskih praks člani tima drug drugega opozarjajo, če opazijo, da je kateri (ne)hote posegel po pokroviteljski praksi. V tem primeru se v timu izvaja intervizija, ki strokovnemu delavcu pomaga ohranjati strokoven odnos do uporabnika. Za blaženje pokroviteljskih praks naj bi se člani strokovnega tima oddaljili od vloge odločevalca. Socialne delavke menijo, da bi bilo izobraževanje in nenehno osveščanje zaposlenih v bolnišnicah primeren pristop k preprečevanju pokroviteljskih praks pri načrtovanju odpusta uporabnika. Kot piše Urek (2005), so socialne delavke v položaju, ki daje veliko moči, ki je lahko uporabljena za krepitev moči uporabnikov, ki so jim zaupali svoje zgodbe, kakor tudi za povečevanje premoči stroke nad ljudmi (prav tam).

V kontekstu pokroviteljstva se dotaknem še namestitvev proti volji. Raziskava je potrdila, da je prevlada medicine še vedno precej izrazita, najpogosteje je mnenje socialne delavke prezrto s sklicevanjem na 75. člen Zakona o duševnem zdravju (2008), ki govori o sprejemu na varovane enote na podlagi sklepa sodišča. Sam postopek je lahko problematičen z vidika varovanja človekovih pravic in tudi etičnega ravnanja socialne delavke, ki v tem postopku sicer ni v vlogi odločevalca. S tovrstnimi postopki so povezane mnoge etične dileme socialnih delavk, zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah. Flaker (2003) piše, da tudi v postopkih, kjer osebi v imenu njene lastne ogroženosti (ali tudi ogroženosti koga drugega) odvezamemo ali

okrnimo moč odločanja, ohranimo dialog z njegovim dejanskim seboj (Flaker, 2003). V takih situacijah bi moralo biti socialno delo ne le instrument učinkovite pomoči, oziroma manj bolečega omejevanja posameznika, temveč je predvsem orodje emancipacije človeka, ki je v obravnavi; zagotovilo, da bo njegov dejanski glas slišan, čeprav mu je bila virtualna moč besede odvzeta. Socialno delo ima potencial, da to protislovje v konkretnem in z dialogom preseže. Dialog je v tem primeru temeljno orodje socialnega dela (prav tam). Toresini (2017) dvomi v to, da bi bil kdorkoli popolnoma nezmožen razumeti naravo svojih dejanj in zato povsem nekompatibilen. S prisilo in zapiranjem ljudi, ki doživljajo duševno stisko, preprosto ponavljamo paradigmo, ki temelji na popolnem zanikanju pravic tem ljudem (prav tam). Ključnega pomena je, da socialna delavka tudi v tem primeru pristopi k uporabniku, mu izkaže pripravljenost za pomoč in podporo ter ga povabi k sodelovanju pri načrtovanju odpusta.

Sodelovanje uporabniku pomembnih oseb pri načrtovanju odpusta

Poštrak (2022) opisuje neformalno socialno mrežo kot povezavo posameznika z drugimi ljudmi v njegovem okolju, ki vključuje stike z družino, sorodstvom, sosedi in prijatelje, na katere se lahko človek v primeru potrebe opre (prav tam). Socialno delo je usmerjeno k spodbujanju in ohranjanju neformalnih socialnih mrež kot pomembnih virov pomoči ljudem v njihovem življenjskem okolju (Poštrak, 2022). Raziskava je pokazala, da v procesu načrtovanja odpusta sodeluje samo dobra polovica svojcev oziroma uporabniku pomembnih oseb. Glede na te podatke je na mestu vprašanje, zakaj tako nizka številka in ali so socialne delavke res naredile vse, kar je v njihovi moči, da bi v delovni odnos povabile uporabniku bližnje osebe. Pa še razmislek, ali pri načrtovanju odpusta socialne delavke dovolj upoštevajo dejstvo, da uporabniku najbližje osebe morda niso z njim v sorodstveni povezavi in ali so ga o tem, s kom živi in koga sam opredeljujejo kot bližnjega, sploh povprašale. Socialno delo je sicer vedno prepoznalo vlogo družine ob bolezni, soočenju z njo, okrevanju posameznika in vzajemni vpliv na družino, zato morajo socialne delavke vložiti vse napore in strokovno znanje v prepoznavo, vključitev in mobilizacijo uporabnikovih bližnjih, ki jih potrebujejo kot vir podpore in krepitev moči (Kelavić, 2007, Dhooper, 2012, Kodele in Mešl, 2016, Čačinovič Vogrinčič, 2006). Tew (2005) vidi družinske člane kot dragocen vir znanja, vezanega na njihovo neposredno izkušnjo (prav tam). Pri tem socialne delavke uporabljajo različne metode dela, prednjači vloga informatorja. Pri sodelovanju z bližnjimi se srečujejo z najrazličnejšimi čustvi in občutki, tako pri uporabnikih, ki so na zdravljenju, kot tudi pri družinskih članih. Iz raziskave je razvidno, da so družine ljudem v veliko podporo, po drugi strani pa sogovorniki poročajo tudi o tem, da je bila bolezen pogosto razlog izključitve iz družine, zato je pri načrtovanju odpusta pomembna

priprava družine na uporabnikovo vrnitev domov oziroma v neko drugo obliko bivanja. Socialne delavke so izpostavile še, da je pri sodelovanju s svojci pomembna empatija, komunikacija, ki pomirja in ne obtožuje. Sprejem svojca na zdravljenje je lahko zelo travmatičen dogodek za družino, še posebej ob prvi hospitalizaciji, zato morajo biti pri svojem delu pozorne tudi na potrebe, ki jih imajo drugi družinski člani. Glede na raziskavo pri načrtovanju odpusta sicer največkrat sodelujejo otroci in starši. Kritika temu delu načrtovanja odpusta je v tem, da je bila iz dokumentacije premalo razvidna morebitna širša neformalna mreža uporabnika in je bil poudarek le na sorodnikih. Posledično to pomeni, da morda ni bilo narejeno vse, da bi se k sodelovanju povabilo druge uporabniku pomembne osebe, ki niso nujno sorodstveno povezane. Že predhodne raziskave (Gowda, Gajera, Srinivasa in Ameen, 2019) so pokazale, da se je višji odstotek uporabnikov vključil v razne oblike sodelovanja po odpustu, če so pri načrtovanju sodelovale tudi uporabniku pomembne osebe.

Avtorici Shears in Ramon (2012) pišeta o pomenu vrstniške podpore, ki lahko odpravi pomanjkljivosti neformalnih socialnih mrež, in povzemata raziskavo Helgeson s sodelavci (2001, po Shears in Ramon, 2012), ki je pokazala, da ženskam z rakom dojke, ki jim partnerji ne zagotavljajo čustvene podpore, bolj koristi vrstniška podpora skupina kot tistim, ki jih partnerji čustveno podpirajo (prav tam). Avtorici nadaljujeta, da se sicer vrstniška podpora na področju duševnega zdravja razlikuje od siceršnje na področju zdravstva, saj se ne osredotoča na bolezen in na diagnozo, ampak na medosebne odnose vrstnikov, ki lahko omogočijo lažje okrevanje v najširšem pomenu. Razvila se je kot nasprotje negativnim izkušnjam, med katere sodi tudi kršenje človekovih pravic v sistemu duševnega zdravja; skupna jim je torej prav negativna izkušnja (prav tam).

Skupinsko delo pri načrtovanju odpusta

Z raziskavo odkrivam, da so uporabniki med celotno hospitalizacijo vključeni tudi v skupinsko delo. Z metodami skupinskega socialne delavke skupini pomagajo, da doseže želene cilje in da tudi posamezni člani skupine dosežejo potrebne spremembe. Spodbujajo tudi medsebojno pomoč in podporo med člani skupine (Postrak, 2022). Na vseh oddelkih se izvajajo se treningi socialnih veščin, ki jih pripravljajo in vodijo socialne delavke. Te skupine so ves čas zdravljenja, kjer že ob vikend odhodih v domače okolje lahko preizkusijo veščine, ki so jih pridobili. Weber in Fendt-Newlin (2017) pišeta, da se težave na področju duševnega zdravja in težave na področju socialnih veščin pogosto prepletajajo. Trening socialnih veščin pomaga posamezniku izboljšati socialne veščine, ki jih bo neobhodno potreboval po vrnitvi v skupnost (prav tam). Glede na rezultate raziskave je v neko obliko skupinskega dela vključenih tri

četrtnine uporabnikov, ki so na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici. Razlogi za nesodelovanje pri skupinskem delu so v tem, da je šlo v teh primerih samo za osnovno načrtovanje odpusta ali pa je bil uporabnik na zdravljenju tako kratek čas, da skupine, glede na urnik, še ni bilo. Dokazano je, da izobraževalne intervencije, usmerjene v obvladovanje težav in vsakodnevnih veščin, zmanjšujejo število rehospitalizacij (Vigod, Kurdyak, Dennis, Leszcz, Taylor, Blumberger in Seitz, 2013). Uporabniki sodelujejo tudi v tako imenovanih tematskih skupinah, kjer si temo, glede na svoje želje in potrebe, izberejo uporabniki sami.

Raziskava je pokazala, da se uporabniki v času zdravljenja udeležijo različnih edukativnih skupin. Ljudem s težavami v duševnem zdravju, ki so v postopku zdravljenja oziroma tranzicije iz bolnišničnega zdravljenja v skupnost, je treba zagotoviti ustrezne informacije o vseh oblikah pomoči in podpore v skupnosti, in sicer v takšni obliki, da jih bodo razumeli in jih lahko uporabljali.⁸ Jorm s sodelavci (1997) je definiral opismenjevanje v duševnem zdravju kot znanje in poznavanje težav na področju duševnega zdravja, kar pripomore k obvladovanju ali preprečevanju težav. Jorm (2000, 2012) ne omejuje opismenjevanje v duševnem zdravju samo na strokovnjake, ki delajo na področju duševnega zdravja, ali uporabnike, pač pa zagovarja pismenost o duševnem zdravju na širši ravni, kar bi spodbudilo skrb za duševno zdravje. Študije pokažejo, da je v okolju z višjo stopnjo pismenosti o duševnem zdravju opaženih manj težav na področju duševnega zdravja in manj posledic, saj je iskanje ustrezne pomoči pravočasno, več je tudi dela na preventivi (prav tam). O pomenu zdravstvenega opismenjevanja za stroko socialnega dela je pisal Liechty (2011). Razlike v zdravstvu so posledica družbenih neenakosti in neenake ozaveščenosti o zdravstvenih vprašanjih (prav tam). Nadaljuje, da kljub obsežnemu znanju in veščinam, ki jih lahko socialne delavke uporabijo za pomoč uporabnikom pri ozaveščanju o boleznih in zdravju, se koncept zdravstvenega opismenjevanja premalo uporablja pri izobraževanju socialnih delavk. Socialne delavke, zaposlene v zdravstvu, pri svojem delu izobražujejo uporabnike, jim nudijo informacije, jih usmerjajo in delujejo v smeri krepitve moči, vendar za te aktivnosti ne uporabljajo tovrstne terminologije, torej »opismenjevanje na področju duševnega zdravja«. Posledično morda zamujajo priložnost, da bi svoje aktivnosti uskladile z institucionalnimi in nacionalnimi prednostnimi nalogami ter možnostmi financiranja (prav tam). Socialne delavke so tudi izvajalke izobraževalnih vsebin, saj je pridobivanje znanja

⁸ Opismenjevanje v duševnem zdravju je sestavljeno iz več komponent, te vključujejo sposobnost za prepoznavanja specifičnih motenj ali različnih vrst psihičnih stisk, znanje in prepričanja o dejavnikih tveganja in vzrokih, poznavanje oblik samopomoči in znanje o možnih oblikah pomoči, ki so na voljo (Jorm idr., 1997, Jorm, 2000, 2012).

in ustreznih informacij povezano z manjšim številom rehospitalizacij in boljšim vključevanjem v skupnost. Krepitev moči uporabnikov in njihovih družin z znanjem, namesto z intervencijami, prinaša številne prednosti. Predvsem osebe, ki so se prvič srečale s tovrstnimi težavami, pričakujejo socialno in psihično podporo, edukacijo in upanje, da se bodo uspešno vrnile v domače okolje (Tyler, Wright in Waring, 2019, Pahor, 2014). Potrebna je previdnost, saj se, kot opozarja Knežević Hočevar (2022, str. 29), opismenjevanje oziroma izobraževanje o duševnem zdravju pogosto opira na predstave in kategorije težav v duševnem zdravju tako imenovanega zahodnega medicinskega modela. Ob razmišljanju o opismenjevanju na področju duševnega zdravja se je nujno dotakniti tudi projekta PROMISE (2009–2012), ki je bil namenjen krepitvi duševnega zdravja, zmanjševanju duševnih kriz ter integraciji in socialnemu vključevanju s pomočjo izobraževanja. Projekt, v katerem je sodelovala tudi Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, je pokazal, da usposabljanje zaposlenih v zdravstvu močno pripomore k destigmatizaciji uporabnikov duševnega zdravja ter da prav vključevanje uporabnikov kot izvajalcev usposabljanj sproži ozaveščanje osebja in ustvarja pozitivne izkušnje (Grebenc, 2012). Promocija zdravja sicer izhaja iz biopsihosocialnega modela zdravja, iz pozitivnih in varovalnih vidikov zdravja ter je nanje tudi usmerjena (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018).

Končevanje zdravljenja – dejansko ali simbolno zapuščanje psihiatrične bolnišnice

Raziskava je pokazala, da nekatere socialne delavke cilj načrtovanja odpusta vežejo neposredno na sam odpust. Pri tem je odpust razumljen kot cilj samega zdravljenja. Gre za tretjo fazo načrtovanja odpusta, ki vključuje eno ali več srečanj, ki niso nujno na odpustni dan. Socialna delavka in uporabnik pogledata, kaj je bilo narejenega, kateri dogovori so bili sklenjeni in kako se bo delo nadaljevalo. Zadnje srečanje je namenjeno tudi oskrbi in priskrbi. Razmislek terja podatek, da se po končanem zdravljenju več kot tri četrtine uporabnikov ni vključilo v nobeno od oblik podpore v skupnosti. Največ je bilo vključitev v nevladne organizacije, predvsem v dnevne centre. Na mestu je vprašanje, zakaj se za tovrstna sodelovanja odloči tako majhno število ljudi in ali je socialna delavka res naredila vse, kar je v njeni moči, da bi uporabnik dobil zadostne informacije o tem, kako sodelovanje poteka, kaj bo z vključitvijo pridobil in kje je tu njegova vloga. Socialna delavka mora biti pozorna tudi na to, ali so vključitve v te programe kakorkoli povezane z drugimi logističnimi zadevami in stroški. Pomembno je, da odločitve za te programe ostajajo na prostovoljni bazi in da se sodelovanje lahko kadarkoli prekine, če se uporabnik za to odloči. Vprašanje, ki bi ga bilo treba obravnavati, pa je tudi to, kako poteka sodelovanje med bolnišnico in omenjenimi službami v skupnosti, ali

gre za konkurenčne programe ali pa je dejansko skupen cilj vsem vključenim brezšivna skrb, ki bo uporabniku zagotovila najlažji prehod iz bolnišničnega okolja v domače okolje.

Podatki sicer prikazujejo stanje ob končanem zdravljenju, ničesar pa ne povedo o tem, ali so se morda uporabniki vključevali pozneje, in če so se, na čigavo pobudo. Teh povratnih informacij socialna služba v psihiatrični bolnišnici nima, izjemoma v primerih rehospitalizacije. To nakazuje na slab pretok informacij med socialnimi delavkami v psihiatrični bolnišnici in službami v skupnosti, po drugi strani pa se zbuja vprašanje, ali so to res podatki, ki bi jih socialna delavka v psihiatrični bolnišnici morala imeti, če se za to ne odloči uporabnik sam. Ključno je, da so uporabniku na voljo informacije o službah podpore v skupnosti že v času zdravljenja. Zavedati se je treba, da v mnogih primerih odločitev za vključitev še ni dovolj zrela, oziroma da potrebe po tovrstnem vključevanju uporabnik v času zdravljenja ne zazna. Ob predhodno ustrezno pridobljenih informacijah bo odločitev za sodelovanje verjetnejša. Poudariti velja, da v smislu socialnega vključevanja niso pomembni samo programi služb duševnega zdravja, pač pa tudi druge aktivnosti v lokalni skupnosti

4.2. Druga teza

T2: Socialne delavke se po končanem študiju ne čutijo dovolj usposobljene za delo na področju zdravstva, še posebej psihiatrije. Pri delu se srečujejo z mnogimi etičnimi dilemami in negotovostjo, saj so pri prevajanju metod socialnega dela v prakso prepuščene same sebi, obstoječi zdravstveni sistem pa jim tudi ne omogoča v celoti upoštevati perspektive moči uporabnika.

Na podlagi teoretičnih izhodišč in odgovorov na raziskovalna vprašanja lahko drugo tezo potrdim. Socialne delavke, ki so sodelovale v raziskavi, so si bile enotne v tem, da študij na Fakulteti za socialno delo, ki sicer bodoče strokovnjake obogati z bogato bero najrazličnejših znanj, ne zadosti potrebam po specifičnih znanjih za delo v zdravstvu. Pogrešajo vsebine s področja obravnave zdravstvenih težav, zdravstvene zakonodaje, psihoterapevtskih pristopov in komunikacije v zdravstvu.

Socialne delavke se pri načrtovanju odpusta naslanjajo na koncept delovnega odnosa, krepitve moči in okrevanja, v primeru nizke motivacije uporabljajo motivacijske tehnike, aktivne so pri skupinskem delu. Opirajo se na zakonodajo s področja zdravstva in socialnega varstva in iz nje izhajajoče uporabnikove pravice. Dodatna znanja pridobivajo z delovnimi izkušnjami in kolegialnim učenjem ter opozarjajo na pomembnost nenehnega dopolnjevanja

znanja s samoizobraževanjem, dodatnim formalnim izobraževanjem ter prepoznajo potrebo po superviziji.

Pri svojem delu se soočajo s številnimi etičnimi dilemami, ki so vezane na zakonska določila. Ta jih omejujejo pri vključevanju uporabnika v različne oblike podpore, pri stikih s svojci, nameščanju v institucijo brez privolitve uporabnika, odklanjanju medikamentoznega zdravljenja, ob prehitro končanem zdravljenju kljub neurejenim razmeram, v primeru neusklajenosti želja z možnostmi v skupnosti ter glede dileme, kdaj uporabnik zaradi svojega zdravstvenega stanja resnično ne zmore več trajno in polnomočno sodelovati pri odločanju o sebi.

Zdravstveni sistem v državi, ki je še vedno večinoma naravnan na delovanje po medicinskem modelu, socialnim delavkam ne omogoča v celoti upoštevati perspektive moči uporabnika. Potek načrtovanja odpusta glede na raziskavo določajo naslednji dejavniki: zdravstvena politika in sistem, ki določa pogoje in načine zdravljenja, strokovni delavci, ki sodelujejo pri načrtovanju odpusta, in okoliščine uporabnika, ki je vključen v proces zdravljenja in načrtovanja odpusta.

Z raziskavo sem podrobneje ugotovila še:

Vsebine s področja zdravstva

Duševne motnje kategorizirata Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB), ki jo uporabljajo evropski in avstralski zdravstveno zavarovalniški sistemi (World Health Organization, 1992a), ter Diagnostični in statistični priročnik (DSM), standardna merila za diagnosticiranje duševnih motenj, ki ga je izdalo Ameriško psihiatrično združenje (American Psychiatric Association, 2013). Te klasifikacije predstavljajo le eno od mnogih perspektiv posameznikovega vedenja, medicinsko perspektivo. V praksi so sicer prisotna trenja med perspektivo in pristopom socialnega dela in pristopom ter zahtevami v določenih okoljih, v katerih socialne delavke v zdravstvu delajo (Corcoran in Walsh, 2006). Kot pravita avtorja, je vsaj okvirno poznavanje tovrstnih klasifikacije pomembno z vidika sodelovanja socialnih delavk z drugimi strokovnjaki na področju duševnega zdravja in da lahko finančno ovrednotijo storitve, ki jih izvajajo. Izziv ostaja uporaba in ravnanje v skladu z vrednotami in načeli socialnega dela, saj so te klasifikacije produkt psihiatrične stroke in kot take ne predstavljajo vrednot socialnega dela (prav tam). Še vedno ga uporabljajo socialne delavke v naslednjih situacijah: pri timskem delu, kjer je potreben skupni jezik, mnogi socialni delavci so zaposleni v službah duševnega zdravja, kjer je pred izbiro ustreznega ukrepanja potrebna klinična diagnoza, pri različnih izobraževanjih na področju duševnega zdravja, ki jih ponujajo strokovnjaki različnih profilov, pri opravljanju

strokovnih izpitov na ministrstvu za zdravje (prav tam). Socialno delo mora biti do teh klasifikacij, ki le redko upošteva vzajemni vpliv ljudi in okolij, kritično.

Občutek socialnih delavk o neusposobljenosti in nekompetentnosti za delo v zdravstvu izhaja iz ugotovitve, da jih študij ne opolnomoči z znanjem in veščinami, potrebnimi za (celostno) obravnavo uporabnika v zdravstvu. Pri tem se izpostavljajo primanjkljaji na področju medicinskih znanj. Podrobnejši pregled učnega načrta Fakultete za socialno delo na dodiplomski ravni in na podiplomskem magistrskem študiju nakaže, da so tovrstne teme vključene, kar je razvidno iz programov (na modulu duševnega zdravja je delež ur, namenjen medicinskim vidikom, predmet Besednjak psihopatologije je na dodiplomskem študiju namenjen vsem). Kot možen razlog za nezadostno usposobljenosti za delo na področju zdravstva socialne delavke vidijo v okrnjenem sodelovanju med psihiatričnimi bolnišnicami in Fakulteto za socialno delo. Na tej točki se je ponovno smiselno vprašati, zakaj anketirane socialne delavke prepoznavajo takšen primanjkljaj, in ali je morda razlog tudi v tem, da je bila povprečna delovna doba sodelujočih v raziskavi osemnajst let, kar pomeni, da morda teh vsebin v času svojega študija niso poslušale. Raziskava je pokazala, da se študijski program z leti spreminja, dopolnjuje, izpopolnjuje in bogati v svoji vsebini. Anketirane socialne delavke so izhajale s svoje pozicije in iz svojih izkušenj. Morda bi bila smiselna podobna raziskava tudi med diplomanti Fakultete za socialno delo, ki so študij končali v zadnjih letih. Iz tega izhaja, da mora socialna delavka svoja znanja sproti preverjati in jih dopolnjevati, naloga Fakultete za socialna delo pa je omogočiti tovrstno poglobljanje znanja.

Socialne delavke menijo, da je temeljna znanja socialnega dela, ki so osnova za delo v psihiatrični bolnišnici, treba dopolniti z vsebinami s področja zdravstva. Določeno medicinsko znanje, tako so prepričane, potrebujejo za lažje razumevanje uporabnikove situacije. Primanjkljaj znanja, ki ga socialne delavke opisujejo kot nepogrešljivo za svoje delo, se kaže že med študijem, ko prihajajo v psihiatrično bolnišnico študentje z nepoznavanjem osnov področja težav v duševnem zdravju (primer: na oddelku za zdravljenje odvisnosti študent prvič sliši za alkoholni delirij). Nepoznavanje področja in s tem zadrege, celo stiske, kako pristopiti k uporabniku, se dopolnjujejo z napačnimi predstavami o tem, kako poteka zdravljenje v bolnišnici.

Zdravstvene vsebine v povezavi z znanjem socialnega dela bi socialnim delavkam omogočile lažje prepoznavanje, kdaj gre za zdravstvene težave, ki potrebujejo zdravstveno obravnavo, in kdaj uporabniki potrebujejo druge metode in oblike pomoči. Pri tej oceni bi jim bilo v pomoč dobro timsko delo, ki bi jim omogočilo posvetovanje s strokovnjaki medicinske stroke. Socialne delavke namreč ne morejo biti prepuščene same sebi pri »ocenjevanju zdravja«

uporabnikov, saj nimajo teh pooblastil in tudi ne ustreznega znanja. Socialne delavke se znajdejo v situacijah, ko uporabniki in svojci želijo določene informacije o težavah, ki jih imajo, o napredku, ki so ga dosegli, in situacijah, na katere morajo biti pozorni. S temi vprašanji jih usmerijo na strokovnjake zdravstvenih strok, vendar pa uporabniki in svojci pričakujejo določene odgovore. Socialne delavke menijo, da določena znanja s področja psihiatrije potrebujejo zato, da lahko uporabnike usmerjajo že v domačem okolju, s čimer pripomorejo k pravočasnemu iskanju pomoči, kar pomembno vpliva na čas okrevanja. Socialne delavke menijo, da bi bile določene vsebine s področja zdravljenja v psihiatrični bolnišnici smiselne vsaj dotlej, dokler sistem kot tak ni drugače zastavljen in bi bile obravnave tovrstnih vsebin obravnavane drugače (na primarni ravni ali v dnevni bolnišnicah), kar pa terja več kadra. Novonastali centri za duševno zdravje so sicer kadrovsko in vsebinsko nadgradili službe za duševno zdravje ter omogočili sodelovanje in povezanost z namenom, da bi se skrb in obravnava ljudi s težavami v duševnem zdravju v vseh življenjskih obdobjih čim bolj oblikovala v skupnosti, to je tam, kjer ljudje živijo (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018).

Kot nujna za učinkovito delo v socialni službi psihiatrične bolnišnice socialne delavke izpostavljajo znanja s področja zdravstvene zakonodaje. Kar precej pravnih vsebin je že v samem študijskem programu dodiplomskega študija, pa vendarle med njimi ni zakonodaje s področja zdravstva, ki mu morajo socialne delavke, zaposlene v zdravstvu, slediti. Socialna delavka mora poznati iz zakonov izhajajoče pravice, ki jih imajo uporabniki, za pravilno usmerjanje, pomoč in podporo pa mora poznati tudi zdravstveni sistem, del katerega je in v katerem se je, pogosto ne po svoji izbiri, znašel uporabnik.

Kot eno bolj pomembnih področij za delo na področju psihiatrije socialne delavke izpostavljajo psihoterapijo, različne smeri oziroma šole, ki usposobijo socialne delavke za terapevtsko delo. Socialne delavke, ki so se usmerile na področje psihoterapije, so sicer že v tridesetih letih prejšnjega stoletja veljala za elitno skupino znotraj socialnega dela, s čimer je bilo zapostavljeno področje načrtovanja odpusta iz bolnišnice (Starnino, 2009). Ta razmišljanja socialnih delavk kažejo tudi na nenehno odprto razpravo o identiteti socialnega dela kot stroki. Staub-Berlusconi (2011) piše o tem, kako pomembno je, da se na temelju znanosti in človekovih pravic utrdi identiteta socialnih delavk (prav tam).

Socialne delavke so izpostavile nujna znanja s področja komunikacije v zdravstvu, ki je osnova vseh aktivnosti socialne delavke. Pogovor pa ena temeljnih spretnosti, na kateri temelji socialno delo, ter vlogo mediatork, za kar potrebujejo določena znanja. Mediatorke so tako v

odnosu med uporabniki in njihovimi družinskimi člani kot tudi v odnosu med uporabniki in strokovnjaki drugih poklicev.

Smiselno si je ponovno zastaviti vprašanje, ali so znanja, ki so medicinskega značaja, res ključna za delo socialne delavke v psihiatrični bolnišnici, ali pa bi bilo bolj pomembno poglobiti znanja, kot so osebno načrtovanje pri kompleksnih situacijah, koordinacija storitev, povezovanje s formalnimi in neformalnimi mrežami, timska konferenca, analiza tveganja v kombinaciji z načrtovanjem odpusta, prevzemanje cenjenih vlog in drugo, na čemer temelji učinkovito načrtovanje odpusta. Socialne delavke so opisovale predvsem manjkajočo opremljenost z medicinskim znanjem, manj so omenjale področja, ki sem jih navedla, kar pa še vedno ne pomeni, da ta potreba po izobraževanju ne obstaja. Možen razlog je tudi to, da teh vsebin niso izpostavile zaradi nepoznavanja obstoja teh vsebin. V nasprotju z medicinskim pristopom se socialni model osredotoča na prepoznavanje in preštovanje ovir, ki preprečujejo ljudem polno participacijo in kakovostno življenje v skupnosti. Socialni model spodbudi strokovnjake k razmisleku o vplivu socioekonomskega ozadja na zdravje in počutje posameznika. V kontekstu načrtovanja odpusta je pomembno poznavanje obeh modelov; tako zdravstvenega kot tudi socialnega, ki nista nujno vedno izključujoča, nasprotno, z ustreznim pristopom do uporabnika, mu prav biopsihosocialni pristop omogoča celostno obravnavo, kar je ključnega pomena za uspešno okrevanje, ki je končni cilj obravnave.

Glede na izpostavljeno potrebo po več vsebin s področja zdravstva se sprašujem, v kolikšni meri zdravstveni profili (zdravniki, klinični psihologi, medicinske sestre, delovni terapevti) zaznavajo pomanjkanje socialnih znanj, socialnodelovne perspektive, socialnih veščin, metod ter kako te potrebe obravnavajo njihove izobraževalne ustanove, delodajalci. Ugotovitve v raziskavi me napeljejo k razmišljanju, da medicinski profili vedno bolj pritrjujejo dejstvu, da je pomemben celosten pristop k obravnavi uporabnikov in da so iz tega razloga socialne delavke nepogrešljive članice oddelčnih timov, da pa se jim ne zdi pomembno, da bi se s temi vprašanji ukvarjali sami. Še več, v primerih, ko so pobude socialnih delavk spregledane in neslišane, lahko to razumem, da psihiatri celo menijo, da oni bolje vedo, kakšne so potrebe uporabnika in kaj bi bilo zanje najboljše, pri čemer govorimo o obliki nevidne hierarhije, na kar socialne delavke prostovoljno pristajajo. Nobena socialna delavka namreč ni izpostavila, da v teh primerih vztraja pri svojih strokovnih argumentih. S tem se utrjuje, vsaj v teh delih, hierarhična struktura znotraj totalnih ustanov, kakršna je psihiatrična bolnišnica. Raziskava je zelo nazorno nakazala področja, s katerimi se socialne delavke v psihiatrični bolnišnici najpogosteje ukvarjajo, situacije, v katerih se morajo znajti, in pri katerih so pogosto prepuščene svoji iznajdljivosti in strokovnemu znanju.

Sodelovanje z drugimi fakultetami

Poleg tega morajo socialne delavke za dobro prakso socialnega dela imeti tudi določena znanja drugih ved, kar jim omogoča boljše sodelovanje in razumevanje znotraj timskega pristopa pri načrtovanju odpusta, kjer vsak strokovnjak po svoje oceni potrebe, kot jih vidi, oziroma kot so se pokazale s pomočjo njegovih instrumentov za ugotavljanje potreb, primanjkljajev. V tej točki se socialno delo ključno razlikuje od ostalih profilov, saj je osnovno orodje socialnih delavk beseda, pogovor. Flaker piše (2003), da socialne delavke potrebujejo znanja o delovanju družbe, znanja o dinamiki medosebnih procesov in doživljanja, pravna in upravska znanja, znanja o organizaciji države, poznavanje delovanja pravnega sistema, osnovne koncepte, prijeme in jezik sorodnih, pomožnih in mejnih strok, kot so pedagogika, medicina, pravo, sociologija (prav tam). Pomembno je interdisciplinarno sodelovanje zdravstvenih delavcev in sodelavcev, kar je študentom že omogočeno v povezavi s Fakulteto za zdravje. Zahteva po vključitvi teh vsebin v strokovno izobraževanje na srednješolski in visokošolski ravni za poklice v zdravstvu, sociali in družini ter vzgoji in izobraževanju je zapisana tudi v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018).

Poznavanje teorij socialnega dela

Ključno za delo socialne delavke na področju zdravstvene dejavnosti je dobro poznavanje teorije socialnega dela in teorij pomoči v socialnem delu ter stalno dopolnjevanje in utrjevanje že pridobljenega znanja. Kot pravi Poštrak (2022), če naj socialne delavke pri svojem delu ravnajo pregledno, kompetentno in koristno, si morajo vedno znati pojasniti, kaj se dogaja, to pomeni, da morajo razmišljati teoretsko. Aviram (2002) opozarja na nujno odgovarjanje na potrebe stroke in pripravo na prihodnost, sicer bodo socialne delavke postale manj relevantne, izgubile bodo moč, legitimnost in pomembnost na področju duševnega zdravja (prav tam). Poštrak povzema avtorje Berger, Federico, in Mc Breen (1991, po Poštrak, 2022), ki navajajo vrste znanj, ki jih potrebujejo socialne delavke: empirično, filozofsko, splošno ali generično, specialistično, razlagalno in intervencijsko. Empirično znanje temelji na merjenju tistega, kar nas zanima, na podatkih in rezultatih raziskav. Raziskave, kot je ta disertacija, so nujne na vseh področjih socialnega dela, tudi v psihiatriji. Filozofsko znanje je temelj za razumevanje univerzalnih in individualnih izkušenj, za spoštovanje sposobnosti vseh človeških bitij in upoštevanje razlikosti ljudi in njihovih življenjskih situacij (Poštrak, 2022). Raziskava je pokazala, da socialne delavke potrebujejo splošno znanje, ki upošteva vsestranske potrebe uporabnikov, kar je del učinkovitega načrtovanja odpusta, in specialistična znanja, ki omogočajo spoznanja o specifičnih vrstah potreb in o specializirani vrsti pomoči, ki jo

uporabniki s težavami v duševnem zdravju potrebujejo. Razlagalno znanje je sinteza vseh znanj, ki lahko pojasnijo konkretno problemsko situacijo uporabnika (Poštrak, 2022). V konkretnem primeru uporabnika, ki je na zdravljenju ali zdravljenje končuje. Na tej podlagi socialna delavka uporabi intervencijsko znanje, ki je rezultat razumevanja konkretnega problema (Poštrak, 2022). Socialna delavka ga razume z uporabo vseh ravni svojega strokovnega znanja in to je znanje za ravnanje, ki ga socialna delavka uporabi v vseh fazah načrtovanja odpusta. Flaker (2003) piše, da je bistvena vloga socialne delavke v javnem sektorju zagotavljanje pristopa do storitev vsem uporabnikom, zato mora biti socialno delo še zlasti v javnem sektorju čisto nizkega praga in se ukvarjati z vsemi uporabniki, ne glede na njihovo težavnost in zahtevnost (prav tam).

Socialne delavke so v raziskavi izpostavile znanja, ki so jih pridobile v času študija in so pomembna za učinkovito obravnavo in načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice: delo s posameznim primerom (ocena potreb, individualno načrtovanje, motivacijski intervju, informiranje), delo z družino (informiranje, svetovanje), delo s skupino (treninki socialnih veščin, edukacija), analizo tveganja, supervizija (intervizija). Izmed konceptov v socialnem delu socialne delavke največkrat omenjajo krepitev moči, pri čemer gre za odkrivanje moči, da se uresničijo konkretne spremembe v nekem konkretnem socialnem kontekstu. Koncept krepitev moči je tesno povezan s konceptom participacije. Socialne delavke omenjajo delovni odnos, znotraj katerega socialna delavka in uporabnik definirata, kako bo sodelovanje potekalo. Raziskava je pokazala, da socialne delavke zelo težko ubesedijo, na katere strokovnoteoretske koncepte se naslanjajo pri svojem delu, bolj kot konkretno poimenovanje so bile opisne. Iz teh je moč razbrati koncepte delovnega odnosa, soustvarjanja rešitev, koncept teorije potreb, koncepte o komunikaciji.

Socialno delo ni stroka, ki bi imela vnaprej kodirane metode (na primer vprašalniki, ki jih pri svojem delu uporabljajo psihologi, odgovori se točkujejo in na podlagi tega postavijo diagnoze), temveč jih prilagaja konkretni situaciji in jih glede na situacijo vedno znova vzpostavlja. Kot je pokazala raziskava, socialne delavke v zdravstvu delujejo ves čas z nekim nedefiniranim, negotovim orodjem, kjer je edino vodilo raziskovanje z uporabnikom, njegova realnost, pri tem se opirajo na svoje strokovno znanje in perspektivo človeka samega. Socialno delo nima jasnega diagnostičnega aparata, kjer bi se življenje poenostavilo na točne relacije diagnoza – rešitev. Izpostavljanje potreb socialnih delavk po znanjih s področja zdravstva lahko razumem tudi kot rezultat frustracij, ki jih povzroči okolje, kot je bolnišnica, in posledično pričakovanje nekega eksaktnega znanja, ki bo socialnim delavkam natančno povedalo, kaj pričakovati od človeka z določeno diagnozo.

Socialne delavke poleg naštetih znanj in spretnosti, ki so jih pridobile v času študija, omenjajo še širino, ki so jo pridobile s študijem socialnega dela, iznajdljivost v vedno novih in posebnih situacijah ter empatijo do ljudi, ki potrebujejo njihovo pomoč in podporo, pri čemer izpostavljajo znanja o odnosih, pomenu in vzpostavitvi varnega prostora, na kar so pri svojem delu pozorne. Socialne delavke izpostavljajo dobre odnose in prijetno vzdušje v času študija, ki so pomembno prispevali k strokovni samozavesti in zavedanju o brezpogojnem spoštovanju vsakega človeka, kar je dobra osnova oziroma izhodišče za prihodnje delo socialnih delavk, k čimer so pripomogli dobri odnosi med profesorji in študenti. V primerih, da so socialne delavke pridobile srednješolsko izobrazbo s področja zdravstva ali so si pred zaposlitvijo v psihiatrični bolnišnici pridobile pestre delovne izkušnje, lažje prevajajo metode socialnega dela, pridobljene v času študija socialnega dela, v prakso. Pri tem so jim v pomoč znanja s področja zdravstva. V nasprotnem primeru se socialni delavci soočajo z velikimi izzivi in imajo občutek, da so pri prevajanju metod socialnega dela v prakso prepuščeni sami sebi.

Zastavlja se vprašanje, ali potem lahko govorimo o novem profilu socialno-medicinskega strokovnjaka in ali bi v tem primeru socialna delavka lahko postavljala diagnoze ter kaj bi to pomenilo v kontekstu kliničnega okolja. Gre za retorično vprašanje, težko si je predstavljati, da bi bilo to uresničljivo in sploh zaželeno. Glede na v raziskavi izpostavljene potrebe socialnih delavk po znanjih s področja zdravstva se sprašujem, ali bi bile zaradi tovrstnega znanja in usmeritve v timu bolj upoštevane in ali bi v tem primeru govorili o kliničnem socialnem delu. Ali bi to pomenilo napredek ali vrnitev v preteklost, ko je v tridesetih leta prejšnjega stoletja psihoanalitično razmišljanje preželo socialno delo, tudi zaradi prestiža in ugleda, ki je bil vezan na to usmeritev, ki je sledila medicinskemu modelu in s tem veljala za znanstveno (Aviram, 2002), in ali gre vendarle za pretirano servilnost medicinski stroki, kar posledično pomeni, da je stroka socialnega dela manj cenjena in upoštevana. To je sicer v nasprotju s socialnim modelom, kjer socialna delavka in uporabnik raziskujeta možnosti, ki sledijo uporabnikovi viziji, željam, potrebam.

Specializacija s področja socialnega dela v zdravstvu

Socialne delavke, zaposlene v psihiatrični bolnišnici, so del zdravstvenega sistema. V Sloveniji specializacija iz kliničnega socialnega dela trenutno ni mogoča. V definiciji kliničnega socialnega dela je zaznati precejšen vpliv medicinskega modela, ki se mu sicer v socialnem delu skušamo izogibati. Klinično socialno delo kot področje posebne prakse socialnega dela se osredotoča na oceno, diagnozo, zdravljenje in preprečevanje duševnih bolezni, čustvenih in drugih vedenjskih motenj. Obravnave so individualne, skupinske in kot

družinska terapija (The National Association of Social Workers, 2023). Socialne delavke so odločne, da je znanje za delo v psihiatrični bolnišnici treba dopolniti in ne prilagoditi, možnost specializacije s področja zdravstva bi bila dobrodošla. Strokovno samozavest socialna delavka pridobi s poznavanjem uporabnikove situacije na podlagi poznavanja delovanja zdravstvenega in socialnega sistema in na podlagi utrjenega znanja s področja socialnega dela. V Sloveniji so več let aktualna razmišljanja o specializaciji s področja socialnega dela v zdravstvu, s tem tudi s področja psihiatrije, kar bi bila vsekakor dragocena dopolnitev strokovnih vsebin, ki jih socialna delavka pridobi na dodiplomskem študiju. Zaradi visoke stopnje specializacije v zdravstveni dejavnosti se povečuje število posebnih nalog in zahtev, s tem pa tudi potreba po posebnih, specializiranih znanjih socialnih delavk. Enako kot v drugih poklicnih skupinah bi bilo, po mnenju članic Sekcije socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti (Socialna zbornica, 2021), treba tudi v socialnem delu upoštevati subspecializacije, saj ima na posameznih področjih zdravstva svoje specifične značilnosti (socialna delavka v psihiatriji potrebuje druga specialna znanja; na primer psihoterapevtska znanja, poznavanje težav v duševnem zdravju, v primerjavi s socialno delavko v splošni bolnišnici, ki potrebuje znanja s področja somatskih težav in rehabilitacije), ob tem pa dopolniti katalog funkcij, delovnih mest in nazivov. Rapoša Tajnšek (1996) piše, da specializacija po eni strani dviguje status in ugled posameznikov na specifičnem delovnem področju, obenem pa slabi ugled in položaj stroke kot celote, saj se specialisti manj identificirajo s socialnim delom kot tako imenovane splošne socialne delavke (prav tam). V raziskavi sodelujoče socialne delavke, zaposlene v psihiatričnih bolnišnicah, svoje znanje nenehno dopolnjujejo s samoizobraževanjem, kolegialnim in izkušenjskim učenjem ter z vključevanjem v formalne oblike izobraževanja.

Etične dileme

V praksi socialnega dela nastajajo številne etične dileme, saj se socialne delavke nenehno srečujejo s konfliktnimi situacijami, ki nastajajo na presečišču odgovornosti do uporabnikov, skupnosti, organizacije, v kateri delajo, sistema, v katerem delujejo (Sobočan, 2011). Za socialno delo je značilno, da ga javnost povezuje z njegovimi uporabniki. Zgodi se, da s katerim od uporabnikov težko dela zaradi pogledov, ki jih ta oseba ima, ali zaradi pogledov, ki jih ima socialna delavka. V socialnem delu lahko prepoznamo najmanj dva tipa konfliktov vrednot; prvi izvira iz dvojnosti identitete socialnega dela, ki poskuša nadzorovati socialne probleme in jih na drugi strani reševati ter konflikti med osebnimi in profesionalnimi vrednotami (Dhooper, 2012, Banks, Sobočan in Wulfekühler, 2011, Čepulionyte in Dunajevs, 2016).

Raziskava prakse je pokazala, da se socialne delavke soočajo z etičnimi dilemami, ki so vezane na to, da jim obstoječi zdravstveni sistem ne mogoča v celoti upoštevati perspektive moči uporabnika. Soočajo se z etičnimi dilemami, ki so povezane na primer z zdravljenjem proti volji, o čemer smo že pisali, in jemanjem zdravil, ki jih uporabnik zavrača. Socialne delavke so poročale tudi o etičnih dilemah, s katerimi se srečujejo pri svojem delu v primerih nameščanja v institucionalno varstvo proti volji uporabnika. Avtorji Flaker, Mali, Kodele, Grebenc, Škerjanc in Urek (2008) pišejo, da imajo strokovnjaki, ki imajo pooblastilo, da odločajo o namestitvi v zavod, dvojna stališča, saj poznajo negativne učinke institucionalizacije. Ko ne morejo kako drugače pomagati, je namestitev izhod v sili, zadnji adut strokovnjaka. Strokovnjaki zlasti zdravstvene stroke zagovarjajo čimprejšnjo institucionalizacijo v smislu lažje prilagoditve na institucionalna pravila. Socialne delavke so v tem kontekstu izpostavile prostorsko stisko kot tudi pomanjkanje individualizirane podpore uporabniku v zavodih.

V raziskavi sem ugotovila, da se z etičnimi dilemami socialne delavke soočajo tudi v drugih primerih, ko uporabnik nima urejenih namestitvenih razmer in zaradi neustreznega delovanja sistema ne najdejo zanj ustrezne rešitve. Pri tem gre bolj za tako imenovano dvotirnost med skupnostnimi in institucionalnimi oblikami oskrbe ter nevarnost transinstitucionalizacije, na kar opozarja Svetovna zdravstvena organizacija (Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo, 2020). Kot pišeta Mali in Milošević Arnold (2011), je lahko tudi uporabnik, ki ima demenco, partner strokovnjaku v procesu pomoči, saj sam najboljše ve, kaj potrebuje, kaj se z njim dogaja in kako se počuti. Pomembna je individualizirana oblika dela in partnerski odnos, ki uporabniku daje občutek ohranjanja nadzora nad svojim življenjem (prav tam).

Raziskava je razkrila etične dileme socialnih delavk v primeru, ko uporabnik ne zmore živeti v domačem okolju, pomanjkanje prostih kapacitet v domovih za starejše in socialnovarstvenih zavodih (kjer sicer zaradi prezasedenosti uporabniki pogosto živijo v človeka nedostojnih pogojih) pa ne dopušča namestitve. V teh primerih se uporabnika, če ne čaka v neakutni obravnavi v bolnišnici, odpušča v neustrezno domače okolje. Socialne delavke menijo, da so s tem uporabnikom kršene njihove pravice. Opozoriti velja, da so pravice po Konvenciji o pravicah invalidov (Organizacija združenih narodov, 2008) uporabnikom kršene tudi z nameščanjem v zavode. Poleg neupoštevanja mnenja socialne delavke med člani strokovnega tima in neustreznem delovanju sistema namestitve uporabnika, se socialne delavke pri svojem delu soočajo še z drugimi etičnimi dilemami. Gre za dilemo socialne delavke, kdaj uporabnik zaradi svojega zdravstvenega stanja resnično ne zmore več trajno in polnomočno sodelovati pri odločanju o sebi, kdaj ne zmore več razumeti posledic svojih odločitev in mora o uporabnikovih zadevah odločati skrbnik, in kdaj uporabnik ne želi prevzeti odgovornosti.

Prav tako socialne delavke, ki so sodelovale v raziskavi, doživljajo etične dileme pri stikih s svojci uporabnika. Gre za primere, ko bodisi svojci (na primer otroci) odklanjajo stike z uporabnikom, ali obratno, ko uporabnik ne želi vzpostaviti stikov s svojci, ti pa si teh želijo, ter v primerih družinskega nasilja. Zavedanje, da se v socialnem delu odloča o koristih ljudi in s svojimi odločitvami odločilno vpliva na življenja ljudi, zahteva od socialnih delavk nenehen etični premislek in odločanje med tistim, kar deluje in je mogoče, in tistim, kar je pravično (Mali in Grebenc, 2021).

Socialne delavke so v raziskavi izpostavile težke situacije, ko imajo preveč dela in premalo virov za pomoč ljudem tako, kot bi si želele. Izkazale so željo in potrebo po superviziji, ki so jo spoznale v času študija, v praksi pa obstaja na tem področju velika vrzel. Realizirana so le posamezna srečanja, ki bi jih lahko prepoznali kot intervizijo in socialne delavke jo izvajajo znotraj svoje službe in svoje poklicne skupine. Vsebina je običajno povezana s konkretnimi vprašanji, ki se pojavljajo na delovnem mestu.⁹

Socialne delavke so glede na število uporabnikov približno enako obremenjene, razlike so zagotovo v tem, koliko se vsaka angažira za reševanje socialne problematike. Vprašanje je, ali gre pri sodelovanju z uporabnikom samo za urejanje najnujnejših zadev, ki so pomembne prav toliko kot za uporabnika tudi za poslovno uspešno delovanje bolnišnice (na primer urejeno zdravstveno zavarovanje), ter za izpolnjevanje naročil medicinskega kadra, najpogosteje zdravnika, pri tem pa se ne ozirajo na uporabnikove potrebe, ali pa je pristop k načrtovanju odpusta zastavljen kot enakopraven partnerski odnos z uporabnikom, ki bo usmerjen na okrevanje in iskanje odgovorov na uporabnikove potrebe, ki jih bo on sam izrazil.

Avtonomija in status socialnih delavk znotraj zdravstvenega sistema

Kot je nedvoumno pokazala raziskava, se status socialnih delavk v zdravstvu spreminja, postale so pomembne članice oddelčnih timov. Ugotovitev nakazuje razvoj in ne pritruje več v celoti ugotovitvam Rapoša Tajnšek (1996) izpred četrto stoletja, da so v organizacijah, ki imajo specifične cilje in so vključene v druge sisteme, kot na primer zdravstvo, kjer so v manjšini, hierarhično podrejeni profesionalcem primarnega področja, njihovo znanje pa daje videz manj pomembnega (prav tam). Socialno delo je bilo v preteklosti pogosto v položaju, v katerem je moralo dokazovati svoj poklicni status, danes pa, kot piše Sobočan (2019), predvsem svojo

⁹ Poštrak (2022) intervizijo opredeljuje kot vrsto supervizije, v kateri sodelujejo strokovnjaki s podobnimi delovnimi izkušnjami in v kateri nihče od sodelujočih ne prevzame stalne vloge intervizorja. Namenjena je podpori, medsebojnemu učenju in izmenjavi mnenj.

poklicno identiteto. Ravno področje poklicne identitete socialnih delavk v zdravstvu je predmet raziskave, ki trenutno poteka v okviru doktorskega študija Fakultete za socialno delo, ugotovitve pa bodo pomembno prispevale k znanosti socialnega dela v zdravstvu.

Raziskava je pokazala, da je socialnim delavkam pri njihovem delu zagotovljena avtonomija, saj si samostojno organizirajo svoje delo z uporabnikom in svojci ter zunanjimi institucijami ter enakopravno sodelujejo v posvetih strokovnega tima. V nadaljevanju se je pokazalo, da stopnjo avtonomije pogojujeta dva dejavnika, ki se lahko v instituciji, kot je psihiatrična bolnišnica in kjer je socialna delavka del birokratske strukture, lahko še bolj izrazi. Avtonomija socialne delavke je odvisna od njenih komunikacijskih veščin in navad drugih članov strokovnega tima (medosebna komunikacija) ter z značilnostmi vodje strokovnega tima, to je z zdravnikom, njegovim pogledom in pripravljenostjo na sodelovanje. Socialne delavke so sicer navajale možnost avtonomnega odločanja, vendar je na mestu razmislek, ali gre pri tem za resnično moč odločanja ali samo za navidezno. Kot je pokazala raziskava, se socialne delavke soočajo s primeri, ko vodja tima upošteva njihovo mnenje glede nadaljnje obravnave uporabnika, pa tudi s primeri, ko vodja tima ignorira njihove predloge obravnave uporabnika, s čimer že vstopamo v polje človekovih pravic. Zgodi se, da socialne delavke prehitro pristanejo na logiko medicinskega modela v smislu »eni so pač za v zavod«, in sicer v primerih, ko postanejo situacije z uporabnikom v skupnosti zapletene in težko obvladljive. Socialne delavke bi se morale, če delujejo v skladu z doktrino socialnega dela, distancirati od takšnega razmišljanja, kar pa ni lahko, predvsem zaradi pomanjkljive skupnostne oskrbe. Kot je zapisal Toresini (2017), je osebje ponosno na humanejše delo s pacienti, ko pa humanejši odnos in odnos, ki temelji na zaupanju in iskrenosti, doživi tudi od nadrejenih, to bistveno prispeva k razbremenitvi (prav tam). Socialne delavke v zdravstvu izhajajo iz vrednot in usmeritev socialnega dela, pa vendar so se kot del širšega zdravstvenega sistema primorane vsaj do neke mere podrežati pravilom ustanove, kjer so zaposlene, in s tem tudi hierarhičnemu ustroju, ki je še vedno precej izrazit.

Allen (2014) piše, da vloge in prioritete socialnih delavk na področju duševnega zdravja pogosto niso dobro opredeljene (prav tam). Vsaka stroka mora v procesu svoje profesionalizacije jasno opredeliti področje svojega zanimanja in delovanja, po katerem se razlikuje od drugih sorodnih strok in disciplin. Opisi so pomembni tudi za uporabnike, saj imajo na ta način možnost, da vnaprej zvedo, kaj od posameznega strokovnjaka lahko pričakujejo.¹⁰

¹⁰ Dolgoletne nevidnosti socialnega dela v zdravstvu in prevlada medicinskega modela je pripomogla k temu, da v sistemu zdravstva standardi in normativi za socialno delo še niso opredeljeni, zato je bila na

Standardi so pomembni tudi za državo oziroma drugega naročnika teh storitev in so osnova za plačevanje profesionalnih storitev. Od strokovnjakov se pričakuje, da te standarde pri svojem delu dosledno upoštevajo (Postrak, 2022). To je zlasti pomembno na področju socialnega dela v zadnjem obdobju, ko so se socialne delavke vključile tudi v delo z uporabniki, ki niso na zdravljenju in morda nimajo sploh nobene predhodne izkušnje z bolnišničnim ali ambulantnim psihiatričnim zdravljenjem. Gre torej za storitve, ki so ovrednotene vsakič znova in niso del tako imenovanega bolnišničnega primera.

V raziskavi se je izkazalo, da je jezik socialnih delavk v zdravstvu še vedno precej prežet z medicinskim besednjakom, čeprav je prav jezik stroke eden najpomembnejših elementov krepitve avtonomije strokovnjakov v vsakem delovnem okolju. Jezik stroke je pomemben tudi v smislu preprečevanja nekakšnega strokovnjaškega žargona, ki ga ni mogoče uvrstiti niti v jezik socialnega dela niti jezik medicine. Mali in Grebenc (2021) pišeta, da so strokovne retorike disciplin, kot so medicina, psihologija, pravo, pedagogika, tudi socialno delo, ustvarile številne ekspertne trditve o ljudeh in pojavih in te trditve počasi drsijo v vsakdanji jezik, v katerem se niti ne opazi uporaba posplošenega in prefiltriranega strokovnega jezika (prav tam). Ne glede na to, ali se strinjamo z realnim obstojem bolezni ali ne, moramo imeti z uporabnikom pogovor o nalepki, ki ga najmanj stigmatizira in pasivizira, če hočemo vzpostaviti kritično distanco do nje (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013).

4.3. Tretja teza

T3: Kljub jasno deklarirani zahtevi po uporabniški participaciji in emancipaciji pri načrtovanju odpusta se načela krepitve moči in normalizacije na področju socialnega dela z ljudmi z izkušnjo zdravljenja v psihiatrični bolnišnici dejansko le redko upošteva in dopušča.

Na podlagi odgovorov na raziskovalna vprašanja tretjo hipotezo delno potrjujem, saj skladno z zahtevo po uporabniški participaciji in emancipaciji pri načrtovanju odpusta socialne delavke sicer poskušajo upoštevati načela krepitve moči in normalizacije, kar pa v praksi zaradi različnih dejavnikov ni vedno mogoče.

Ministrstvu za zdravje leta 2019 oblikovana Delovna podskupina za oblikovanje predloga normativov za področje dela socialnih delavcev v zdravstveni dejavnosti in leta 2021 še Delovna podskupina za nadaljevanje oblikovanja predloga normativov za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti, ki so v zaključni fazi (Socialna zbornica, 2021).

Raziskava je pokazala, da uporabniki zaznavajo pozitivne spremembe glede na pretekle izkušnje pokroviteljskih praks, ki jim jemljejo moč (so)odločanja pri načrtovanju odpusta. Socialne delavke se pri načrtovanju odpusta soočajo z izzivom iskanja najboljše rešitve za uporabnika in iskanjem konsenza med ocenjenimi potrebami uporabnika in izraženimi željami in potrebami, dejanskimi možnostmi ter občasno tudi z zakonskimi določili.

O uporabniški participaciji in krepitvi emancipacije bo govora takrat, ko ne bodo več drugi odločali o tem, kaj je zanje najboljše, in bodo deležni celostne obravnave, ki bo ob upoštevanju zdravstvenega stanja usmerjeno v uporabnikovo krepitev obvladovanja vsakodnevnih življenjskih situacij, zadovoljevanje potreb, uresničevanje zastavljenih ciljev ter v krepitev socialne vključenosti. Večja emancipacija uporabnikov bo mogoča takrat, ko se bo zmanjšala stigmatizacija oseb, zdravljenih v psihiatrični bolnišnici, kar bi bilo mogoče doseči z okrepljenim informiranjem širše javnosti o težavah na področju duševnega zdravja in skrbi za duševno zdravje v vsakdanu posameznika.

Raziskava je podrobneje pokazala še:

Obdobje, v katerem so uporabniki na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici in v katerem se odvija načrtovanje odpusta, bi lahko imenovali kot liminalno fazo prehoda. Njena značilnost je, kot je zapisal Turner (1969), negotovost oseb, saj niso »ne tukaj, ne tam«, ampak so ujete nekje vmes med pozicijami, določenimi s pravili, navadami, konvencijami in obredi. V tej vmesni situaciji so hkrati prisotne sledi značilnosti iz preteklosti in prihodnosti, ki bo sledila po odpustu iz psihiatrične bolnišnice. Marsikateri uporabnik, ki se je za zdravljenje odločil prostovoljno, se na tej stopnji premisli, morda celo zapusti zdravljenje, ravno zato, ker niso bile zahteve jasno izražene že vnaprej, pač pa se je z njimi srečal pozneje, na primer ob podpisu terapevtskega dogovora.

Raziskava je pokazala, da po odpustu iz bolnišnice sledi obdobje, ki je za uporabnika lahko zelo zahtevno, saj morajo vzpostaviti novo rutino, nove odnose, ki ponovno terjajo prilagajanje, ob tem pa se sooča še s posledicami hospitalizacije, to je stigma. Bolj ko celoten prehod prežema vsakdanje življenje, bolj se mora posameznik prilagajati. Schlossberg s sodelavci (1995) je zapisala, da se sposobnost posameznika za soočanje s prehodom ugotavlja z dvema vrstama ocene. Primarna ocena se nanaša na posameznikov pogled na prehod kot pozitiven, negativen ali nepomemben. Sekundarno oceno določa samoocena posameznih virov, ki so na voljo. Ti dve oceni se lahko med izvajanjem postopka spremenita.

Načela normalizacije

Ključno pri delu socialnih delavk v psihiatriji je spoštovanje načel normalizacije pri delu z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, kar jim omogoča vrnitev v vsakdanje sfere življenja in postati enakopraven član družbe, zato bomo v nadaljevanju preverili spoštovanje glede na izkušnjo uporabnikov na zdravljenju in socialnih delavk, zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah.

Uporabniki, ki so sodelovali v raziskavi, so bili jasni, da bivanje v bolnišnici uporabnikov ne pripravi na bivanje v skupnosti, celo nasprotno, vrnitev v skupnost po dolgem času je spet sprememba, »ki te vrže malo iz tira«. Načelo normalizacije bivanja se v socialnem delu razume kot vrednoto in etično izhodišče za oblikovanje storitev v skupnosti. To načelo da vedeti, ali imajo ljudje ne glede na njihovo telesno ali intelektualno oviranost v določenem okolju možnost samostojnega odločanja o svojem življenju (Mali in Grebenc, 2021). Klančar (2012) pravi, da je bistvo koncepta normalizacije prehod iz tradicionalnih okvirjev razmišljanja in delovanja v obravnavo in skrb za posameznike, ki bivajo v totalnih ustanovah, v oblike bivanja, ki izhajajo iz njihovih potreb (prav tam). Brandon (1988) pravi, da normalizacija pomeni enako kot prevrednotenje družbenih vlog, hkrati pa našteje in obrazloži pet principov, ki nam pomagajo ovrednotiti, v kolikšni meri imajo ljudje, tako v instituciji kot drugje, običajno življenje. Z načeli normalizacije lahko zaposleni ocenijo svoje delo in ga izboljšajo (prav tam). Avtor Brandon (1988) poimenuje pet načel normalizacije: poglobljanje odnosov, večanje izbire, razvijanje udeležbe, individualizacija razvoja in stopnjevanje druženja. Spoštovanje načel sem preverila s pomočjo izkušenj uporabnikov.

Poglobljanje odnosov

Pri normalizaciji so socialne delavke pozorne na odnose, saj imajo ljudje s težavami v duševnem zdravju, še posebej tisti, ki potrebuje zdravljenje v psihiatrični bolnišnici, zelo šibko socialno mrežo. Le redki posamezniki opisujejo dober odnos, ki so ga vzpostavili z drugimi ljudmi na zdravljenju. V njihovo socialno mrežo sodijo pretežno osebe, ki so za druženje plačane (osebje), kar so izpostavljali tudi uporabniki, ki so sodelovali v raziskavi. Pomemben je tudi premik iz hierarhičnega odnosa med zaposlenimi in uporabniki v enakopravnejšega (Klančar (2012). Izpostavili so dobre odnose s socialno delavko, občutke cenjenosti, spoštovanje, socialna delavka si zanje vzame čas. Postrak je navajal avtorja Howe (2008, po Postrak, 2022), ki poudarja pomen prvega stika, osebne izkušnje, ki jo ima uporabnik ob prvem srečanju s socialno delavko. Ko je raziskoval ta odnos in spraševal, česa se najbolj spomnijo ob prvem srečanju s socialno delavko, uporabniki niso govorili o njenem strokovnem znanju, temveč o njenih osebnih odlikah, empatiji in sposobnosti vzpostavljanja odnosa (prav tam).

Tudi v raziskavi sem odkrila podobno, uporabniki so izpostavili še dostopnost socialnih delavk in njihovo hitro odzivnost na reševanje težav. Nekateri uporabniki so ocenili, da socialne delavke celo presegajo njihova pričakovanja in z njimi sodelujejo vsakodnevno. Upoštevanje potreb in želja uporabnikov in vključevanje tega v načrtovanje odpusta je po mnenju uporabnikov etična dolžnost oziroma delovna obveznost socialne delavke.

Uporabniki pripovedujejo tudi o izkušnji hierarhičnega odnosa med njimi in socialnimi delavkami, v katerem so se popolnoma prilagodili, kar pripisujejo svojemu šibkemu zdravstvenemu stanju. V določenih primerih je to celo razlog za zavrnitev ponujene pomoči, kar je zabeleženo v dokumentaciji in lahko vpliva na poznejše možnosti izbire (na primer nedostopnost do drugih oblik pomoči, kot je denarna socialna pomoč). Iz strahu pred tem, da bi dobili pečat zahtevnega, tečnega uporabnika, ne izrazijo vedno svojih potreb in želja, saj z njimi ne želijo še dodatno obremenjevati že tako preobremenjenih socialnih delavk, kar je posledica mnogih zahtev in pričakovanj, ki jih imajo uporabniki, svojci, sodelavci, pa tudi zahteve, ki jim jih nalaga zakonodaja, in nenehne spremembe v družbi in okolju.

V psihiatrični bolnišnici uporabniki socialne delavke pogosto kličejo po imenu, kar sicer lahko nakazuje na dober odnos med njo in uporabnikom, pa vendar to ni edini kazalnik spoštovanja načela. Kot piše Brandon (1988) meje v hierarhičnem odnosu nakazujejo tudi drugi dejavniki, kot na primer skupni prostori, ki ne omogočajo zasebnosti. V psihiatrični bolnišnici se osebje od uporabnikov loči že navzven, saj nosi delovna oblačila. Uniformo, belo oblačilo, nosijo tudi socialne delavke, kar utemeljujejo s tem, da gre za zaščitno oblačilo. Različne uniforme hierarhično ločijo med seboj tudi strokovnjake različnih poklicev.

Večanje izbire

Mali in Grebenc (2021) pišeta, da nadzor in režimi upravljanja z ljudmi, ki so potrebni, da institucionalizirana oskrba sploh lahko poteka, sprožijo identitetno selekcijo (prav tam). Uporabnik mora privoliti v standardiziran življenjski slog in sprejeti identiteto uporabnika storitev, ki mora pokazati pripravljenost za sodelovanje. S pokroviteljskim interpretiranjem temeljnih življenjskih potreb in z avtomatiziranim izvajanjem storitev se oblikujejo vsiljeni scenariji bivanja (prav tam). Uresničevanje potreb ni več vezano na življenjski ritem uporabnika in njegovega okolja in na osebne preference in izbire, ampak postane vprašanje urnika, rutine in količine (prav tam). Kot piše Brandon (1988), je zelo pomembno, da imajo uporabniki v institucijah možnost imeti svoje življenje pod nadzorom na naslednjih področjih: spolnost, hrana in pijača, delanje napak, odnosi, izhodi počitnice, hobiji in storitve (prav tam). Če pogledam posamezne elemente omenjenih področij, hitro ugotovim, da se načelo le delno

upošteva. Na primer, uporabnikom se v času zdravljenja ne priporoča vzpostavljanja intimnih odnosov z drugimi ljudmi na zdravljenju, kar je celo zabeleženo v terapevtskih dogovorih, ki jih uporabniki podpišejo na posameznih oddelkih. V pravilih obnašanja v bolnišnici je navedeno, da se morajo vse osebe, ki so na območju bolnišnice, držati pravil generalnega hišnega reda posameznega bolniškega oddelka. V času bivanja oziroma obiska v bolnišnici so dolžni spoštovati navodila in usmeritve medicinskega osebja ter skrbeti za red, čistočo in splošno urejenost bivalnega okolja ter priporočila glede omejevanja kajenja. V prostorih bolnišnice in njeni okolici je prepovedana uporaba kamere, fotoaparata in snemalne naprave na mobilnem telefonu ali drugi elektronski napravi za namen fotografiranja ali snemanja zaposlenih, pacientov in drugih oseb. V bolnišnico ni dovoljeno prinašati alkohola in drugih nedovoljenih psihoaktivnih substanc, orožja ali drugih nevarnih predmetov (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2023). Hrana in pijača je za vse uporabnike enaka, razlikuje se le v primeru potrjenih zdravniških omejitev, želja se ne upošteva. Te si delno potešijo na avtomatih za hrano in pijačo, v katerih pa je mogoče dobiti samo prigrizke, ki so iz zdravstvenega vidika sporni, ob tem pa so cene v primerjavi s tistimi v trgovini mnogo višje. V tem primeru gre za sekundarne prilagoditve, ki posamezniku, kot piše Goffman (2019), dajejo občutek avtonomnega uporabnika, ki institucionalne ureditve uporablja na edinstven način. Prav tako so za vse uporabnike, ne glede na starost in zanimanje, vse aktivnosti znotraj posameznega oddelka enake, izbira ni mogoča. Ljudje imajo določene potrebe, vendar je obstoj tako rigidne hierarhije potreb za vse uporabnike vprašljiv.

Mali in Grebenc (2021) sta prepričani, da so bolnišnice, tako kot domovi za starejše, socialnovarstveni zavodi, zaporji in šole, prevzeli modele upravljanja, ki so značilni za industrijska in gospodarska podjetja (prav tam). Delo je organizirano kot »tekoči trak«, posamezne aktivnosti so razdeljene na ločene organizacijske enote (kuhinja, pralnica, nega, terapija). Tako zaposleni kot uporabniki so v tej industriji storitev razosebljeni v anonimiziranih vlogah osebja in značilnih vlogah uporabnikov. A zahtevnih uporabnikov si nihče več ne želi, saj izvajalci storitev ocenjujejo, da se je treba z njimi ukvarjati več, izkupiček pa je majhen (prav tam).

Uporabnik mora kot pogoj za vključitev v določene programe podpisati terapevtski dogovor, kjer je zabeleženo, kaj sme in česa se v času zdravljenja ne sme. Če je dogovor kršen, to lahko pomeni izključitev iz programa. Ta ugotovitev kaže, da se zdravljenje v psihiatrični bolnišnici vendarle razlikuje od zdravljenja v splošni bolnišnici oziroma v drugih ustanovah. Zbuja se vprašanje, ali bi bil na primer človek, ki se zdravi zaradi operacije slepiča, tudi odpuščen iz bolnišnice v primeru neprimernega vedenja, kljub temu da bi želel ostati

(zdravljenje vs. kaznovanje). Mali in Grebenc (2021) pišeta o ljudeh, ki morajo privoliti v standardiziran življenjski slog in sprejeti identiteto uporabnikov storitev ter pokazati pripravljenost za sodelovanje. S pokroviteljskim interpretiranjem temeljnih življenjskih potreb in z avtomatiziranim izvajanjem storitev se oblikujejo vsiljeni scenariji bivanja (prav tam).

Flaker in Urek (1988) pišeta, da so ustanove, kot je psihiatrična bolnišnica, svet zase, v katerem vladajo posebni arhaični zakoni. Hkrati je proizvod določene družbe in po drugi strani zaprt svet, ločen od iste družbe. Znotraj njega vladajo pisana in nepisana pravila. Kriteriji, ki določajo institucionalno disciplino in odnose med osebjem in uporabniki, so isti kot kriteriji, ki določajo medsebojne odnose v zunanjem svetu (prav tam). V konkretnem primeru vzporednice z družino zlahka najdemo. Osebe igra dvojno vlogo; so skrbni, prijazni starši, obenem avtoritativni in zaščitniški. Med uporabniki se najdejo »pridni otroci«, eni bolj, drugi manj, tretji posebej nagajivi, ki potrebujejo sankcije. Stopnjo predanosti in poslušnosti se ugotavlja tudi z udeležbo na različnih aktivnostih in terapijah, ki so določene z univerzalnim urnikom, ne glede na interese posameznika.

Socialne delavke, tako kot tudi drugo osebje, bi morale uporabnika spodbujati pri novih odločitvah in izbirah (Brandon, 1988, Rafaelič in Flaker, 2021, Rafaelič in Flaker, 2023), pri tem pa se pogosto zatakne pri finančnem vidiku, o čemer spregovorijo uporabniki v intervjujih. Zaposleni spodbujajo in dopuščajo tveganje uporabnikom, seznanjajo jih z možnimi posledicami njihovih odločitev. Od socialnih delavk pričakujejo, da jih bo zaščitila pri spoznavanju in soočenju z novimi situacijami. Pri tem jim povedo, da so za posledice svojih odločitev odgovorni sami, kar vsebuje elemente pokroviteljskih praks, ki pa niso v skladu s konceptom normalizacije. Uporabniki prepoznajo prednost sodelovanja s socialno službo psihiatrične bolnišnice, saj imajo socialne delavke možnost hitre, neposredne komunikacije in sodelovanja s strokovnjaki drugih strok, kar pripomore k celostni obravnavi. Vendar pa pravila psihiatrične bolnišnice tudi socialnim delavkam postavljajo določene omejitve, s čimer sebe in uporabnike izpostavljajo možnim posledicam in ranljivosti. White (2009) je definirala dva možna temeljna odziva v praksi socialnega dela; »odpor z odmikom«, ki opisuje načine, s katerimi socialna delavka ustvarja ustvarjalne prostore svoje prakse, ki presegajo kaznovalne in omejujoče predpise in pravila, ter »upor z vztrajanjem«, ki opisuje načine, na katere socialna delavka uporabi svoje znanje pri posredovanju kot zagovornice svojih uporabnikov (prav tam).

Socialna delavka in uporabnik sta v procesu načrtovanja odpusta v socialnodelavskem delovnem odnosu. Socialno delo mora poskrbeti za to, da vsak človek v procesu reševanja svojih stisk in težav enakopravno in aktivno sodeluje in ni le nemočen in pasiven opazovalec (Brandon in Brandon, 1992). Nekateri uporabniki poročajo, da gre v tem primeru celo za prvo

sodelovanju s socialno delavko in socialno službo sploh in pri tem opisujejo dobre občutke, sprejetost in možnost enakopravnega sodelovanja pri sprejemanju odločitev v okviru načrtovanja odpusta. Uporabniki spregovorijo o svoji želji po aktivnejši vlogi pri načrtovanju odpusta, vendar jim pogosto šibko zdravstveno stanje, tudi kot posledica stranskih učinkov jemanja zdravil, tega ne dopušča. V primerih slabega zdravstvenega stanja uporabniki, kot je pokazala raziskava, pogosto brezpogojno sprejemajo predloge strokovnega tima, ki je vključen v načrtovanje njihovega odpusta. V primeru izboljšanja ali dobrega zdravstvenega stanja pa socialna delavka in uporabnik stremita k uporabniški udeležbi in emancipaciji pri načrtovanju njegovega odpusta iz psihiatrične bolnišnice. Tudi v izbrani bolnišnici je največkrat pobudo dal uporabnik sam, sledila je pobuda socialne delavke. Če je iniciator sodelovanja uporabnik, je njegov primarni vzvod pogosto vezan na željo in potrebo po informiranosti glede njegovih možnosti po odpustu iz psihiatrične bolnišnice. V primeru, ko uporabniki niso motivirani za aktivno sodelovanje pri načrtovanju odpusta, razmislek o razlogih za nemotiviranost velja tudi v smeri morebitnega nezaupanja uporabnika v strokovnjaka, ki dela z njim. Trditev nakazuje ujetost strokovnih delavk v stroj pomoči, ko jih uporabniki vidijo kot del ustanove. Dogaja se razčlovečenje, uporabniki socialne delavke vidijo kot stroje in ne kot ljudi (Mali in Grebenc, 2021).

Uporabnik, ki bo hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici, poleg denarja potrebujejo tudi moč, vero, možnosti, med katerimi lahko izbira, in ljudi, ki mu pri tem pomagajo (Brandon, 1988, Deegan, 2011). Opisano vsebuje elemente krepitve moči, ki je eden najpomembnejših konceptov v socialnem delu sploh in pomemben, če ne ključen del načrtovanja odpusta, v katerem socialna delavka in uporabnik raziskujeta vire moči, ki jih uporabnik ima, ter načine, kako jih uporabiti pri iskanju odgovorov na ugotovljene potrebe, o čemer so spregovorile socialne delavke v raziskavi. Medtem ko je znanje in pridobivanje določenih informacij del edukativnih vsebin znotraj individualnega dela z uporabnikom in skupinskega dela v bolnišnici, pa so pravila, ki so postavljena na nivoju bolnišnice in za vse uporabnike enaka, zelo rigidna in omejujejo svobodo uporabnika (na primer hišni red ali terapevtski dogovor). V bolnišnici intervjuvani uporabniki spregovorijo o togih pravilih, vezanih na njihove osebne predmete, ki niso v skladu s konceptom normalizacije. Ob sprejemu v bolnišnico so uporabnikom ta pravila, skupaj s hišnim redom in urnikom, predstavljena, njihova naloga je, da jih upoštevajo, sicer so možne sankcije v obliki, na primer, odvzetih izhodov.

Socialne delavke, zaposlene v psihiatričnih bolnišnicah, so veliko upov polagale na Zakon o duševnem zdravju (2008), izkazalo pa se je, da izvajanje zakonskih ureditev ni vedno dosledno, oziroma se ga izvaja samo toliko, da je navidezno zadoščeno predpisom. Primer;

uporabnik na varovanih enotah ima pravico do uporabe telefona, vendar mu osebje pove, da ga v tem trenutku ne potrebuje, da naj počaka do predpisane ure, ko je telefon na voljo pacientom. Drugi primer; uporabnika obišče koordinator obravnave v skupnosti, dejanskih potreb se ne ugotavlja, narejeno je samo poročilo o srečanju, načrtovanje odpusta pa je v praksi dejansko prepuščeno socialnim delavkam v psihiatričnih bolnišnicah.

Razvijanje udeležbe

Eden pomembnejših elementov uporabniške participacije in emancipacije je tudi spoštovanje načela večanja izbire, sprejemanje uporabnika kot kompetentnega človeka, ki lahko prisostvuje na timskih sestankih in na drugih srečanjih zaprtega tipa (Brandon, 1988), kar v psihiatričnih bolnišnicah ni praksa. Izjeme so v določenih primerih, ko je timski sestanek namenjen prav obravnavi določenega uporabnika. Tudi v tem primeru se zgodi, da mora uporabnik v določenem delu srečanja prostor zapustiti, da se strokovnjaki med seboj pogovorijo.

Sodelovanje pri vodenju in načrtovanju v organizaciji ter s tem prevzemanje cenjenih vlog v družbi je pomembno načelo normalizacije. Pri tem je znotraj totalnih ustanov takšno prehajanje med različnimi vlogami še toliko težje (Brandon in Brandon, 1992, Brandon, 1988). Zaradi pokroviteljske države ustanove uporabniki pomembnejših, odločujočih vlog v procesu zdravljenja praktično ne morejo pridobiti, sodelovanje jim je omogočeno le pri bolnišničnem glasilu ter v raznih organizacijskih odborih, vendar tudi v tem primeru kot predstavniki uporabnikov.

Uporabniki si pokončanem zdravljenju in vrnitvi v skupnost želijo čimprej vključitve v vse sfere svojega življenja. Želijo se družiti, imeti zaposlitev, nadaljevati šolanje. Teorija socialnega dela poudarja, da je socialno vključevanje temeljna naloga v praksi socialnega dela, kar ne pomeni, da kdo ustreza »večini« ali pa da je vključen kot »izjema«, temveč da se razširjajo norme normalnosti. Koncept normalizacije vpliva na ljudi s težavami v duševnem zdravju, saj ponuja smernice za organizacijo služb in proces, v katerem se poskuša ustvariti enake pogoje, razmere za vse ljudi, ne glede na to, ali imajo težave ali ne. Gre torej za vprašanje udeležnosti posameznika pri odločanju in možnostih dostopa do socialne, ekonomske, politične in medsebojne vključenosti (Schmidt, 2003, Zaviršek, 2003, Videmšek, 2013). V resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) je zapisano, da so službe, ki zagotavljajo krepitev in ohranjanje dobrega duševnega zdravja, preprečevanje bolezni, pravočasno in zgodnje odkrivanje motenj ter njihovo zdravljenje, lahko uspešne le, če

hkrati zagotovimo tudi uresničevanje pravic do socialne vključitve, zaposlitve, ekonomske varnosti, varnega bivanja, rehabilitacije in destigmatizacije (prav tam).

Za Slovenijo so značilne precejšnje socialno-ekonomske in demografske razlike znotraj posameznih geografskih področij (Šprah, Novak in Dernovšek, 2011). Neenakosti v dostopnosti do zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev poskuša odpraviti Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) z razvojem mreže služb, ki odgovarja na potrebe in pravice posameznikov in skupnosti in deluje na različnih ravneh storitev, sektorjev in pobudnikov. Kot je v spletnem pogovoru o vplivu epidemije covid-19 na duševno zdravje povedala Dernovšek (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021), se zaradi pomanjkljive mreže pomoči na področju duševnega zdravja na primarni ravni (zdravstva in sociale) in pomanjkljivega povezovanja in sodelovanja med resornimi službami in strokovnjaki različnih disciplin ljudje s težavami v duševnem zdravju soočajo s slabo dostopnostjo do pomoči, z dolgimi čakalnimi dobami in fragmentirano in necelostno obravnavo. Močno pomanjkljiva je tudi podpora uporabnikom, ki bi potrebovali skupnostno obravnavo v svojem lokalnem okolju (prav tam). Socialno delo v skupnosti pa ni nekaj novega.¹¹ Pomembna je vzpostavitev mreže skupnostnih služb za duševno zdravje, ki so povezane s psihiatrično bolnišnico, s čimer se omogoča preventiva in manjša potrebe po rehospitalizacijah. Že omenjeni centri za duševno zdravje, koordinatorji obravnave v skupnosti in bolnišnični timi, ki uporabnike obiskujejo na domu, so primer dobrega medpoklicnega sodelovanja, kar potrjuje, da je kljub morda izhodiščni hierarhični neenakosti sodelovanje mogoče. Glede na izražene želje po socialni vključenosti preseneča in opozori podatek o dejanski nizki vključenosti v različne dejavnosti po končanem zdravljenju. Na mestu je razmislek o vzrokih: morda si tega ne želijo, premajhna angažiranost socialnih delavk v psihiatrični bolnišnici za informiranje in pomoč pri vključitvi že med načrtovanjem odpusta in pred dejanskim odpustom, slabe izkušnje uporabnikov, stigma, morda je to povezano s prevelikimi stroški in razdaljo, morda so programi neprimerni oziroma neprivlačni za uporabnike, kar terja resen razmislek o ponudbi tovrstnih storitev v skupnosti. Podatki sicer prikazujejo stanje ob končanem zdravljenju, ničesar pa nam

¹¹ Mary Richmond, ameriška pionirka socialnega dela, je že proti koncu 19. stoletja v Društvu dobrotelčnih organizacij izobraževala ljudi o pomenu obiskovanja ljudi v težavah na domu. Te ženske so se imenovale prijazne obiskovalke (angl. friendly visitors). Še posebej pomembno je to za nas zato, ker se je iz tega razvila metoda socialnega dela s posameznim primerom (casework). Mary Richmond je izhajala iz predpostavke, da bodo znanstvena spoznanja o človekovih potrebah pomagala poiskati rešitve za socialne bolezni človeka (Poštrak, 2022).

ne povedo o tem, ali so se morda uporabniki vključevali pozneje, in če so se, na čigavo pobudo. Teh povratnih informacij socialna služba v psihiatrični bolnišnici nima, izjemoma v primerih, ko pride do rehospitalizacije.

Ni dovolj le, da službe s svojimi ponudbami obstajajo, pomembno je, kakšno je sodelovanje med temi službami in psihiatrično bolnišnico in s tem s socialno službo. Ključen razlog za neučinkovito načrtovanje odpusta je prav pomanjkanje sodelovanja in integriranega dela med strokovnjaki zdravstvene stroke in socialne stroke ter med strokovnjaki, ki so v bolnišnici, in tistimi, ki so v skupnosti. Takšna kontinuirana obravnava uporabnikov po končanem zdravljenju bi pomenila, da ne bi bilo več vmesnega prostora, v katerem uporabnik ne bil imel nobene podpore. Kontinuirano, brezšivno skrb¹² za uporabnike je mogoče zagotoviti le s sodelovanjem med centri za duševno zdravje odraslih in psihiatričnimi bolnišnicami. Raziskava pokaže, da sodelovanje ne poteka najbolje, predvsem v smislu pretoka informacij. Zgodi se, da službe v bolnišnici nimajo informacij o tem, da je sodelovanje že vzpostavljeno, prav tako centri za duševno zdravje odraslih nimajo informacij, da se je na primer uporabnik vključil v psihiatrično zdravljenje v skupnosti, ki ga izvaja psihiatrična bolnišnica.

Izjave uporabnikov, ki so sodelovali v raziskavi, govorijo o tem, da je ves čas prisotno tehtanje med željami uporabnikov (ki za želje in potrebe, ki jih v sistemu in okolju ni mogoče uresničiti, dobijo predznak nerealnih želja) in možnostmi v okolju (ki so ali pa niso v dosegu socialne delavke in je potem tudi prepuščena milosti in nemilosti drugih služb, sistema in uporabnikovih materialnih in nematerialnih zmožnosti in virov). V primeru, da se uporabnik vendarle vključi na primer v nevladno organizacijo, potem lahko v dnevnem centru prevzame vlogo tistega, ki poučuje ostale uporabnike. Prispevek je dvojni; predaja znanje, s čimer pridobi občutek lastne vrednosti, obenem pa se druži z drugimi ljudmi, kar je pomemben prispevek k socialni vključenosti. Znotraj totalne ustanove, kot je bolnišnica, pomembnejših vlog uporabniki ne morejo prevzeti, sploh vlog, kjer bi imeli dostop do določenih informacij v zvezi z delovanjem, financiranjem ustanove (Brandon in Brandon, 1992). Nenazadnje pa to ni le problem nedostopnosti informacij in možnosti sodelovanja in vplivanja za uporabnike, ta hierarhija je tudi znotraj zaposlenih v psihiatrični bolnišnici, ki nimajo vseh informacij v zvezi

¹² Pojem »brezšivna skrb«, ki ga poskusno vpeljujem na področje socialnega dela sicer izhaja iz farmacije. V praksi je brezšivna skrb pogosto osredotočena na kritična mesta zdravstvenega varstva, kot sta na primer sprejem in odpust iz bolnišnice. Definicije brezšivne skrbi poudarjajo neprekinjeno skrb za pacienta pri prehajanju med ravnmi zdravstvenega varstva (Žerovnik, Čebren Lipovec, Locatelli in Kos, 2018).

z delovanjem ustanove, prav tako pa je pogosto pomanjkanje pretoka informacij v samem procesu obravnave uporabnika med strokovnjaki različnih vplivov, kar lahko vpliva na kakovost obravnave in samo načrtovanje odpusta uporabnika.

Individualizacija razvoja

Pomembna je avtonomija uporabnikov, kar na področju zdravja pomeni, da se uporabnik sam odloča o tem, kakšne obravnave, podpore in zdravljenja bo deležen. Dolžnost strokovnjakov na področju duševnega zdravja je spodbujanje participacije in avtonomije uporabnikov. Izvedena raziskava je pokazala, da si uporabniki želijo različne stopnje vpliva med obravnavo, nekateri hočejo sodelovati pri odločanju o sebi, spet drugi komajda želijo biti vključeni v soodločanje, ampak ne v samostojno sprejemanje odločitev. Nekateri želijo soodločati samo na določenih področjih, ne pa vseh. Uporabniki v raziskavi poročajo o slabih izkušnjah v primeru, ko se namesto njih odloča strokovnjak, saj s tem dobijo izkušnjo, da se jim ne zaupa, kar le še povečuje občutek nesposobnosti. Socialno delo mora poskrbeti za to, da lahko vsak človek v procesu reševanja svojih stisk in težav uveljavi pravico, da izrazi sebe na svoj edinstven način in da lahko v tem procesu enakopravno in aktivno sodeluje.

Privolitev oziroma soglasje je pomembno načelo avtonomije. Soglasje, dano določeni obravnavi, pomeni »dati dovoljenje«. Pomembna je komunikacija, ki zagotovi, da je uporabnik pred danim soglasjem primerno informiran o oskrbi, podpori ali zdravljenju ter seznanjen z možnimi tveganji (Health Information and Quality Authority, 2016). Heerings, van de Bovenkamp, Cardol in Bal (2020) pišejo, da so vrednote, ki jih imajo uporabniki, vedno bolj pomembne. Poleg spodbujanja in omogočanja avtonomije morajo strokovnjaki preprečevati morebitno škodo in poskrbeti za dobro počutje uporabnikov, kar v določenih primerih zahteva drugačne pristope strokovnjakov.

Načelo individualizacije govori o individualnem delu s posameznikom, ki temelji na njegovih potrebah in željah (Brandon, 1988, Mali in Grebenc, 2021). Uporabniki imajo z načrtovanjem svojega odpusta pozitivne izkušnje. Zadovoljstvo uporabnikov izhaja iz tega, da se pri načrtovanju odpusta upoštevajo njihove želje in potrebe. Pri tem uporabniki zaznavajo spremembe v primerjavi s preteklostjo, ko se je njihovim željam in potrebam manj prisluhnilo. Pozitivne izkušnje oziroma zadovoljstvo z načrtovanjem odpusta se nanaša tudi na uspešno urejanje ugotovljene problematike. Raziskava je sicer pokazala, da socialne delavke veliko pozornost namenijo krepitvi moči uporabnika, skupaj z njim iščejo vire moči, s katerimi bi lahko napredovali na različnih področjih, na ta način uporabnik poskrbi za svoj osebni razvoj.

Načrtovanje odpusta v smislu celostne obravnave se tako nanaša na obravnavo in zagotovitev primarnih eksistenčnih potreb uporabnika. Te potrebe se predvsem vežejo na redno in zdravo prehranjevanje, urejene bivanjske razmere, osebno higieno, finančno varnost,¹³ izobraževanje, zaposlitev ter potrebo in željo po socialni vključenosti uporabnika, ko zapusti zdravstveno ustanovo. Želja in potreba uporabnika po ohranjanju socialnih stikov izhaja iz zavedanja, da so lahko osebe stigmatizirane zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici v smislu spremenjenih ali okrnjenih odnosov s prijatelji, sosedi in tudi z družinskimi člani. Uporabniki navežejo tudi nove stike z ostalimi uporabniki v času zdravljenja v bolnišnici in po odpustu stike z njimi ohranijo.

V korist spoštovanju normalizacije prav gotovo ne govorijo pravila ustanove, ki vzame uporabniku ob sprejemu določene osebne predmete, velik napredek pa je dosežen na področju osebnih oblačil. Osebe vztraja, da so uporabniki v svojih oblačilih, izjema so le zdravstvene omejitve. Ob upoštevanju normalizacije mora biti vsakemu posamezniku omogočena možnost individualnega izražanja, kar pa v ustanovi, kot je psihiatrična bolnišnica, še vedno ni mogoče. Zatakne se pri osnovnih zadevah, kot je prehranjevanje ter pomanjkanje zasebnosti, ki jo onemogoča prostorska ureditev. Novi načrti bolnišnice pa že upoštevajo potrebo po večji stopnji zagotavljanja zasebnosti uporabnikov. Uporabniki so mnenja, da formalni obredi in rutine v bolnišnici spodbujajo njihovo pasivnost.

Stopnjevanje druženja

Raziskava je pokazala šibko socialno mrežo uporabnikov, druženje poteka le med uporabniki samimi, ki so se spoznali v času zdravljenja, med seboj so si izmenjali kontakte. Odnosi se med zdravljenjem in po končanem zdravljenju ohranjajo predvsem med ljudmi v neformalni mreži, s katerimi se poznajo že iz časa pred zdravljenjem, nemalo njih pa si druženja

¹³ Neurejena finančna varnost je lahko pogosta težava uporabnikov, ki se zdravijo v psihiatrični bolnišnici, med drugim tudi kot razlog za neurejeno zdravstveno zavarovanje. Organizacija slovenskega sistema zdravstvenega zavarovanja je tako sicer zgrajena na principu univerzalne dostopnosti, a je ta zaradi različnih družbenih sprememb, povezanih predvsem s področij državljanstva, zaposlovanja in ekonomske varnosti prebivalcev, vse bolj vprašljiva (Pistotnik, 2020, str. 71). Urejanje zdravstvenega zavarovanja je eno pomembnejši nalog socialne delavke, zaposlene v psihiatrični bolnišnici, saj je uporabnik, v primeru neurejenega zdravstvenega zavarovanja, samoplačnik. Znesek, ki ga uporabnik v tem primeru plača za zdravljenje (1. 9. 2023 dalje znaša 5.958,91 evra) pa kljub siceršnjemu uspešnemu zdravljenju in napredku, ki ga je dosegel, zagotovo obrne krivuljo počutja navzdol. Posledice, poleg uporabnika, občutijo tudi njegovi bližnji, končni izkupiček ni dober.

ne želi z nikomer. Flaker, Mali, Rafaelič in Rafaelič (2013) trdijo, da stigma deluje na različne načine. V neformalnih skupinah, kot so družina, prijatelji človeka včasih izobčijo, v formalnih skupinah pa ljudje niso izobčeni, ampak izključeni. Ko izključeni najdejo skupino podobnih, se še bolj ločijo od tistih, ki so jih izključili (prav tam).

Socialna izključenost

Socialno vključevanje upošteva, da je družba tista, ki ni pripravljena sprejemati določenih ljudi in jim onemogoča, da bi razvili svoje potenciale. Da bi lahko govorili o socialnem vključevanju, je pomembno zavedanje in upoštevanje vpliva stigme in prepoznavanje vloge in pomena družbe pri vključevanju. Prepoznati je treba ovire v skupnosti (prav tam). V tem kontekstu omenjamo marginalizacijo, ki je stanje manjšine, ki je izključena in ima manjši dostop do možnosti, ki jih ima večina. Izključenost temelji na dveh ključnih elementih: družbeni izključenosti in pomanjkanju enakih možnosti, kar onemogoča aktivno vključenost marginaliziranih posameznikov ali družbenih skupin v družbene procese in sisteme, kot so šola, trg zaposlovanja, politične skupine, kar posledično vpliva na povečanje revščine (Postrak, 2022). Z ugotavljanjem potreb, ki jih imajo uporabniki, je to potrdila tudi ta raziskava. Pomembna je integracija uporabnikov v okolje, tudi z uporabo javnih prostorov. Pomembno je, da se uporabnike v procesu načrtovanja odpusta vključi tudi v aktivnosti, ki niso neposredno namenjene samo ljudem s težavami v duševnem zdravju in so zunaj formalnega sistema duševnega zdravja. Tew (2005) opozarja na izključevanje kot posledico ločevanja storitev.

Primer dobre prakse je predstavila Bezjak (2022). Skupnostni center v Argentini je nastal na pobudo strokovnjakinj in strokovnjakov, ki so ocenili, da je pridobivanje večšin v skupnosti ključno za okrevanje ljudi po odpustu iz psihiatrične bolnišnice. Financirajo ga z javnimi sredstvi, v njem so zaposleni ljudje, ki izvajajo aktivnosti za skupnost, na različne načine v njem delajo tudi ljudje z izkušnjo psihiatrije. Delovanje skupnostnega centra v Buenos Airesu, ki ga je ustanovila psihiatrična bolnišnica, ima dva cilja; prvi je podpora v času odpusta iz bolnišnice, druga podpora je usmerjena v skupnost. Aktivnosti v centru so namenjene celotni skupnosti, vključno z uporabnicami programa odpusta (prav tam).

Horwitz povzema avtorja Thoits in Hewitt (2001, po Horwitz, 2012), ki pišeta o pomenu socialne integracije kot temeljnega predpogoja za dobro počutje. Ljudje ki imajo pogostejše stike s prijatelji, družino, sosedi in ki so vključeni v prostovoljne organizacije, cerkev, civilne organizacije, klube, imajo boljše duševno zdravje kot tisti, ki so bolj izolirani (prav tam). Povzema tudi raziskavo Umberson in Williams (1999, po Horwitz, 2012) ki trdita, da imajo ljudje, ki so v zvezi, manj stisk kot neporočeni ljudje, saj imajo boljše podporne odnose in več

vezi z lokalnimi institucijami. Ljudje, ki imajo socialne stike, redkeje razvijejo težave na področju duševnega zdravja, ob tem pa se tudi boljše soočajo z vsakodnevnimi stresnimi situacijami (prav tam). Tu bi dodala kritiko lastni raziskavi, v kateri je bil eden od podatkov, ki sem ga preverjala, tudi stan. Navajala sem podatke, ki so bili razvidni iz bolnišnične dokumentacije, iz katere je razviden zastarel format opisa sodobnih intimnopartnerskih razmerij, ki niso nujno formalizirana. Uporabniki prav tako živijo in imajo podporo v drugih ljudeh, s katerimi so ali pa niso sorodstveno oziroma intimno povezani. Zastavlja se vprašanje, ali je tretiranje teh ljudi kot samskih ustrezno in ali je iz tega izhajajoč stan sploh pomemben, oziroma kako bi morali nadomestiti kategorijo, da bi bila ustrezna.

Spregovorili so tudi o stigmi zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, zaradi katerega so izgubili velik del svoje socialne mreže. Lamovec (1998) piše, da na splošno velja, da okolica prepozna človeka s težavami v duševnem zdravju po tem, da je bil v psihiatrični bolnišnici. Prepoznavanje »duševne bolezni« delo preglavice celo psihiatrom, zato si pomagajo tako, da izberejo preprost in nedvoumen kriterij – bivanje v bolnišnici (prav tam). Že podatek o tem, da je bil nekdo v psihiatrični bolnišnici, bistveno spremeni zaznavanje in odnos drugih do te osebe. O izkušnjah s klasično psihiatrijo so pisali avtorji v knjigi *Iskanje rožnega vrta* (ang. *Searching for a Rose Garden*) (Russo in Sweeney, 2016). Mnenja uporabnikov so sicer deljena. Nekateri se zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ne morejo znebiti oznake »psihiatričnega bolnika«, spet drugi pa zdravljenja ne povezujejo več s stigo in so mnenja, da današnji tempo življenja privede ljudi do situacije, da potrebujejo zdravljenje v psihiatrični bolnišnici. Uporabniki so spregovorili o problemu samostigmatizacije, zaradi stigme, ki jih s svojimi težavami povzročajo svojcem, pa se še dodatno obremenjujejo. Svojci zaradi bojazni pred stigo celo poskušajo preprečiti hospitalizacijo bližnjega. Uporabniki tudi zaradi stigme težko sprejmejo situacijo, v kateri so se znašli. Gre za odpor zoper socialno etiketo »duševni bolnik« (Oreški, 2008, Ule, 1993). Pogovor socialnih delavk z uporabniki o stigmi in njenem vplivu na vsakdanje življenje uporabnikov je del načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice.

Skrb zbujata strukturna stigma, ki se nanaša na pravila, predpise in prakse družbenih institucij, ki samovoljno omejujejo pravice in priložnosti ljudem z diagnozo težav v duševnem zdravju. Strukturne stigme pogosto ne prepoznajo niti tisti, ki so zatirani, saj je zakopana globoko pod plastmi pravil in predpisov. Strukturno stigo v povezavi z duševnim zdravjem raziskovalci prepoznajo v številnih institucionalnih sistemih, ki posegajo na mnoga področja, med drugim tudi na področje bolnišničnih nastanitev. Strukturna stigmatizacija se kaže v zanikanju problema, pomanjkljivi oskrbi in celo zanemarjanju, podcenjevanju ljudi z duševnimi težavami pri odločanju in soodločanju. Vse to vodi v pozno iskanje pomoči, prevladujoč občutek

manjvrednosti, ki pomembno prispeva tudi k slabim izidom zdravljenja in rehabilitacije ter izgubi upanja (OMRA, 2023, Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018).

Zaradi stigmatizacije in spremenjenih odnosov uporabniki pogosto prikrivajo svoje zdravstveno stanje ali zdravljenje v psihiatrični bolnišnici. Študije (Jeriček Klanšček, Zorko, Roškar, Bajt in Kamin, 2010) so pokazale, da številni ljudje s težavami v duševnem zdravju pomoči ne poiščejo v zdravstvenem sistemu, mnogi se celo brez posveta z zdravnikom odločijo za neko obliko farmakološkega zdravljenja z zdravili za lajšanje duševnih težav. Nenazadnje se celostna obravnava načrtovanja odpusta uporabnika nanaša na razvoj njegovih mehanizmov za obvladovanje vsakodnevnih situacij. Izvajanje celostne obravnave naj bi se intenziviralo z upoštevanjem izboljšanja zdravstvenega stanja uporabnika. Zdravja kot največje vrednote ne gre razumeti samo z vidika fizičnega zdravja, odsotnosti bolezni, ampak kot celovito stanje popolnega dobrega počutja, vključujoč fizični, čustveni, duševni, socialni, duhovni, spolni, okoljski in mnoge druge vidike; gre za holistični model zdravja (Orzhekhovska, 2013).

Zanimiva so pričevanja uporabnikov, da so v primerjavi s svojimi kolegi stigmatizirane tudi socialne delavke, zaposlene v psihiatrični bolnišnici, prav zaradi okolja, kjer delajo, in populacije, s katero delajo, ter interpretacije, da je razlika v stopnji strokovne usposobljenosti med socialnimi delavkami, ki delajo v večjih mestih, v primerjavi s psihiatričnimi bolnišnicami v manjših krajih. Zaradi nizko vrednotene in stigmatizirane stroke socialnega dela na globalni ravni je raziskovanje procesov izoblikovanja trdne in pozitivne strokovne identitete v socialnem delu in kako se to lahko okrepi, izjemnega pomena (Juren, Sobočan in Jurček, 2022). Tu je veliko prostora in možnosti za stroko socialnega dela, ki bi morala z vsemi možnimi mehanizmi več truda vložiti v promocijo socialnega dela v zdravstvu.

Na vključevanje posameznikov vpliva tudi sama dostopnost bolnišnice, dostop do trgovin in drugih storitev. Pomemben je videz in poimenovanje bolnišnice (Brandon, 1988, Goffman, 2019). Znano je, da so bile psihiatrične bolnišnice od nekdaj stavbe, stoječe na obrobju mest, kjer niso bile napoti ostalim prebivalcem. Konkretna bolnišnica, v kateri je bila opravljena raziskava, je stavba, ki je bila nekdaj italijanska kasarna. Še vedno je poimenovana »norišnica«. Če posameznik po vedenju, morda celo po videzu izstopa, ga pošljejo »na Grič«, ali ga usmerijo »na Kalcah levo«. Povprašani uporabniki so veliko govorili o stigmi in dajali predloge za njeno zmanjševanje. Po njihovem mnenju bi morali uporabniki o svoji izkušnji spregovoriti sami, širša javnost, politika ter mediji. Uporabniki veliko vlogo stigmi uporabnikov pripisujejo populističnemu poročanju medijev o dramatičnih primerih, ko je soudeležen človek s težavami v duševnem zdravju, dobrih zgodb, kjer bi bil v glavni vlogi uporabnik, pa praktično ni zaslediti.

Podrobnejši pregled upoštevanja koncepta normalizacije po petih načelih normalizacije je pokazal, da smo v slovenskem prostoru še zelo daleč od uresničevanja te zahteve. Korak bližje je dobro poznavanje virov v skupnosti, tako obstoječih strokovnih služb kot tudi tistih, ki niso nujno s področja duševnega zdravja, na primer športna in kulturna društva, izobraževalne ustanove in potencialni delodajalci. Pri teh bi se uporabniki lahko zaposlili, saj, kot je pokazala raziskava, je to eno najbolj podhranjenih področij razvoja na področju duševnega zdravja. Poleg samostigmatizacije uporabnikov so prisotni predsodki in stigma delodajalcev, ki bi jo z boljšim medsebojnim sodelovanjem in ozaveščanjem lahko presegli.^{14 15} Na ta način bi tudi socialne delavke imele v rokah več orodij, uporabniki pa dobivali manj oznak »težjih primerov«.

Pri odpiranju bolnišnice navzven je treba zagotoviti večji vpliv in izbiro uporabnikom samim, kar poleg izbire strokovnjaka, s katerim želijo sodelovati, pomeni tudi prenos moči od strokovnjakov k uporabnikom, jim dati glas, ki ne bo le glas znotraj bolnišnice (na primer v bolnišničnem glasilu), ampak bo to glas enakovrednega partnerja pri načrtovanju služb v skupnosti in hkrati odločen kritik vsemu, kar ni dobro in v skladu s človekovimi pravicami tako v bolnišnici kot tudi v skupnosti. Z oskrbo po meri človeka se zagotavlja bolj kakovostne in učinkovitejše storitve, ki temeljijo na željah, nujah, potrebah in ciljih človeka (European Expert Group on the Transition from Institutional to Community based Care, 2012).

¹⁴ Pri tem nimam v mislih že pred mnogimi leti vpeljanih praks, ki sicer zdaj niso več aktualne, ko so posamezna podjetja določena lažja dela ponudila bolnišnici in so jih uporabniki opravljali v okviru delovne terapije. Zasluge je bil majhen, sredstev niso prejeli uporabniki, pač pa bolnišnica. Uporabila jih je za nakup materiala za delovno terapijo in drugih pripomočkov.

¹⁵ V Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018) je zapisano, da imajo osebe s težavami v duševnem zdravju pomembno zmanjšane prihodke in se pogosteje prezgodaj upokojujejo (tretjina invalidskih upokojitev prve kategorije). Raziskava je razkrila, da je 17,5 % uporabnikov, katerih dokumentacija je bila del raziskave, invalidsko upokojenih. Iskanje rešitev bi bilo smiselno v smeri enakih možnosti zaposlovanja in enakovrednega plačila za opravljeno delo, plačila pripadajočih prispevkov in povrnitve nastalih stroškov. Tu trčimo na zakonodajne ovire. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2012) v 63. členu določa, da invalid prve kategorije (v raziskavi je bilo takšnih 17 %) ni več zmožen opravljati organiziranega, pridobitvenega dela in nima več preostale delazmožnosti. Država s takšno zakonodajo ljudi, ki si želijo določenih aktivnosti, prisili v pasivno vlogo čakajočega na zagotovljeni mesečni prihodek. V primeru nizkega zneska invalidske pokojnine lahko sicer zaprosijo za varstveni dodatek, ki je opredeljen v Zakonu o socialno varstvenih prejemkih (2010).

4.4. Sklep

Raziskava je pokazala in potrdila veliko odgovornost socialnih delavk, zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah. Strokovnjakinje, katerih ena ključnih nalog je prav vloga koordinatorke med bolnišnicami in skupnostjo, morajo poskrbeti, da bo čim več načel dezinstitutionalizacije in normalizacije vpeljanih v bolnišnice ter hkrati jasno in odločno obveščati odločevalce, kako pomembne so sistemske spremembe na področju dela z ljudmi s težavami v duševnem zdravju. Zaradi delovnih izkušenj in izkušenj sodelovanja z uporabniki so socialne delavke v psihiatrični bolnišnici kompetentne in zaupanja vredne sogovornice na vseh nivojih stroke in politike. Potrebna je preudarnost in razmislek o tem, kako pomembno je, da so v institucijah, kot je psihiatrična bolnišnica, zaposlene tudi socialne delavke. Umik socialnih delavk iz psihiatričnih bolnišnic bi pomenil veliko škodo za uporabnike, iskanje odgovorov na potrebe uporabnikov pa bi se oddaljilo od svojega namena in bi postalo le še enostransko, pokroviteljsko odločanje o tem, kaj je za uporabnika dobro po mnenju za to nekompetentnih strok. Pomembno je, da socialno delo v zdravstvu ni spregledana veja socialnega dela, na kar že več let opozarjajo socialne delavke, zaposlene v tem sektorju.

Dejstvo je, da psihiatrične bolnišnice še vedno obstajajo, ali kot sta zapisala avtorja Urek in Flaker (1988), ni mogoče potegniti črno bele ugotovitve, da je v totalnih ustanovah vse slabo, v skupnosti pa vse dobro, saj je totalna ustanova le odraz tistega, kar se dogaja v družbi nasploh (prav tam). Dezinstitutionalizacija je proces, ki ga je treba peljati naprej, ne samo, ker tako zahtevajo pomembni dokumenti s tega področja, pač pa zato, ker je tako prav za uporabnike. Bolnišnice postajajo moderne, uporabniku prijaznejše, z novimi programi in odprte navzven. Vendar z eno veliko napako – še vedno so bolnišnice in še vedno so totalne ustanove. Rešitev ni v zapiranju psihiatričnih bolnišnic za vsako ceno, predvsem teh, ki delajo z inovativnimi, k okrevanju usmerjenimi pristopi (obiski na domu, dnevni programi bolnišnic, edukativne vsebine in drugo). Na podlagi teoretičnih izhodišč (Rafaelič in Flaker, 2021, Rafaelič in Flaker, 2023) in rezultatov raziskave ugotavljam, da je rešitev v transformaciji, preobrazbi psihiatričnih ustanov, v smislu uvajanja novih programov in metod dela in ki bodo preprečevali negativne učinke zdravljenja na uporabnike (stigma, tovarniška organizacija dela in drugo).

Ob vseh možnih naporih krepitve skupnostnih oblik podpore je treba dopustiti možnost, da si nekateri uporabniki želijo obravnave prav v psihiatrični bolnišnici, ker to obliko pomoči in podpore zase prepoznajo kot optimalno možnost. Vsako drugačno prepričanje socialnih delavk prav tako nakazuje na obliko pokroviteljske prakse, kar ni skladno s stroko socialnega dela.

Rešitev je v možnosti izbire, ali kot je bil prepričan filozof Sartre (1957), da nam izbire omogočajo in prinašajo svobodo.

Ko torej razmišljam o dejanskem in simbolnem (navideznem) zapuščanju bolnišnice, imam v mislih dilemo, ali je odpust lahko možnost, da se uporabnik vrne v skupnost in s tem dejansko zapusti psihiatrično bolnišnico, ali pa je v primeru, ko je nameščen v neko ustanovo ali vključen v nadzorovano obravnavo, odpust le neke vrste nadaljevanja hospitalizacije, pogosto brez izidov, ki bi bili ugodni za uporabnika (zaposlitev, šolanje, samostojno bivanje). Tu se pojavi vprašanje, kaj so glavne ovire, zaradi česar ljudje s težavami v duševnem zdravju ne morejo živeti v skupnosti kot vsi ostali.

Simbolen odhod iz psihiatrične bolnišnice v resnici pogosto pomeni transinstitucionalizacijo, torej premestitev iz ene institucije v drugo, ali pa lahko govorimo o vmesnem bivanju v domačem okolju, pri čemer v nobenem primeru ne gre za iskanje odgovorov na ugotovljene potrebe uporabnikov. Pri tem prihaja do rehospitalizacij, ki niso vedno zdravstveno pogojene, ali, kot pišejo Flaker, Mali, Kodele, Grebenc, Škerjanc in Urek (2008), hospitalizacija je včasih za uporabnika izhod iz negotove življenjske situacije (prav tam). Pravica do samostojnega življenja v skupnosti je eno od načel, ki se jih sicer socialne delavke zavedajo, pa vendarle prehitro klecnejo pod vplivom navidezno bolj pomembnih strok, kot sta medicina in psihologija, ki na podlagi svojih diagnostičnih prijemov precej hitro ugotovijo, da samostojno življenje ni mogoče. V letu 2022 je bilo iz izbrane bolnišnice v domove starejših in v socialnovarstvene zavode nameščenih triinosemdeset uporabnikov, ob tem pa še mnogi v stanovanjske skupnosti in druge oblike, ki so sicer bolj prehodne narave. Ponovno paradoksalna situacija – tudi socialne delavke se zavedajo, da je treba narediti vse, da bo oseba lahko živela samostojno, pa vendar je ena ključnih nalog, ki jih socialne delavke opravljajo, prav urejanje že omenjenih namestitev v domove starejših in socialnovarstvene zavode. Še več, vključene so celo v postopke urejanja namestitev proti volji v socialnovarstvene zavode po 75. členu Zakona o duševnem zdravju (2008), kjer trčimo na etično spornost tovrstnih ravnanj. Takšnih postopkov je bilo v letu 2022 devetintrideset, med predlagatelji so sicer psihiatrična bolnišnica v 31 primerih, centri za socialno delo v osmih primerih, svojcev med predlagatelji ni bilo (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2023). Ob tem je treba pravilno razumeti navedene podatke. Kljub temu da je psihiatrična bolnišnica pobudnik za sprožitve postopka na sodišču, pa se je večinoma to zgodilo na pobudo centrov za socialno delo in svojcev, predvsem zaradi logistično lažje izvedbe in v primeru svojcev zaradi nižjih stroškov. Pa vendar, če socialne delavke delujejo s perspektive socialnega dela, potem verjamejo, da ima prav vsak uporabnik, tudi ljudje z demenco, pravico odločati o tem, kako in kje želijo živeti.

Od tu dalje pa, v skladu z omejitvami, ki nedvomno obstajajo, iskati najustreznejšo rešitev. Pomembno je, da socialne delavke kot koordinatorke poznajo vire pomoči v skupnosti, s katerimi povežejo uporabnike s ciljem, če je le mogoče, samostojnega življenja v skupnosti (na primer pomoč na domu, osebna asistenca, vrstniška podpora, prostovoljci). Socialne delavke bi to problematiko morale odločneje nasloviti na državo ter strokovno argumentirati, zakaj je treba zagotoviti sredstva uporabnikom v namen samostojnega življenja, kjer bi oni sami odločali o tem, s kom, kdaj in v kolikšnem obsegu želijo sodelovati. Obstoječi programi so bodisi vezani na določene obsege pomoči, časovno opredeljeni, nezadostni ali zaradi velikega povpraševanja celo ne takoj dosegljivi. Tu država na težjih primerih pade.

Razmišljanje o načrtovanju odpusta je pravzaprav razmišljanje o okrevanju, katerega cilj je doseči najboljšo kakovost življenja, kljub morda prisotnim simptomom. Načrtovanje odpusta je proces ki traja, pri čemer je potrebna podpora ljudem, ki zapuščajo psihiatrično bolnišnico, da postanejo močnejši ter da se čim bolj zmanjša vpliv težav, ki jih imajo ljudje na področju duševnega zdravja v vsakdanjem življenju. Če ni ustrezne podpore v skupnosti, načrt odpusta ne more ustvariti odgovorov zunaj in vprašanje ob tem je, koliko lahko socialne delavke in uporabniki vplivajo na okoliščine s še tako dobrim načrtovanjem odpusta.

Vendarle velika večina ljudi s težavami v duševnem zdravju živi v domačem okolju, torej v skupnosti, kar je potrdila tudi raziskava in na kar je zagotovo vplival tudi proces dezinstitutionalizacije in krajšanje bolnišničnih ležalnih dob. Vendar, kot piše Jacob (2015), živi zdaj mnogo preveč ljudi izolirano življenje, saj službe v skupnosti in javne zdravstvene službe so niso uspele poskrbeti za potrebe, ki jih imajo uporabniki (prav tam). Ključna vloga služb duševnega zdravja in socialnih služb je podpora ljudem, da ponovno pridobijo svoje mesto v skupnosti, so del aktivnosti v skupnosti in imajo priložnost za rast kot vsi drugi (prav tam). Avtorica raziskave se sprašujem, koliko imajo te službe vpliva na zagotavljanje storitev in koliko je to problem politik in ekonomskih logik. Raziskava potrjuje ugotovitvam avtorice Ramon (2003), ki je zapisala, da morajo biti v skupnosti vzpostavljene strukture, ki ponujajo priložnosti za pridobitev socialnih znanj in znanj za samostojno življenje; razmere morajo ljudem dovoliti, da prevzamejo družbeno spoštovane vloge. Pri tem uporabniki potrebujejo vso podporo, tudi finančno, predvsem v delu, kjer se institucionalne storitve prekrivajo s tistimi, ki so že omogočene v okviru lokalne skupnosti.

Zastavlja se vprašanje, koliko imajo socialne delavke v praksi zares možnosti, da čas, ki jim je na voljo za načrtovanje odpusta, prilagodijo razvoju dogodkov. Bolnišnice so ob pomanjkanju drugih varnih oblik bivanja in drugih podpornih struktur v skupnosti za nekatere uporabnike pri nas edino zatočišče. Temu pritrjuje Resolucija o nacionalnem programu

duševnega zdravja 2018–2028 (2018), kjer je zapisano, da imajo na področju varstva duševnega zdravja psihiatrične bolnišnice osrednjo vlogo, kar je razvidno tako iz števila kadrovskih in posteljnih zmogljivosti kot tudi iz deleža sredstev (80 %), namenjenih za varstvo duševnega zdravja v bolnišnicah (prav tam).

S to doktorsko disertacijo se namenoma nisem želela oddaljiti od teme in sem ostajala na polju psihiatrične bolnišnice in se ob tem ves čas zavedala pomena in nujnih sprememb v skupnosti, ki pa se lahko zgodijo samo s sodelovanjem na različnih ravneh. Socialne delavke v psihiatrični bolnišnici imajo, če socialno delo poteka v skladu z doktrino, enkratno priložnost raziskovati potrebe uporabnikov, jih evalvirati, ugotovitve posredovati stroki v skupnosti, kjer se bodo iskali in izvajali ustrezni, na posameznika usmerjeni odgovori. Tovrstne raziskave na vseh področjih, ki jih pokriva socialno delo, so dobro izhodišče za spremembe, ki so nedvomno nujne in se bodo v prihodnje zagotovo zgodile.

Na podlagi pregleda dokumentacije socialne službe, pogovorov s socialnimi delavkami in delavcema, zaposlenimi v vseh šestih psihiatričnih bolnišnicah ter na podlagi pogovorov z uporabniki in uporabnicami, ki so končevali zdravljenje v psihiatrični bolnišnici, sem postavila **definicijo načrtovanja odpusta**, pripravila dokument »**načrt ob odpustu**«, ki bi bil dobrodošla novost predvsem v praksi dela socialnih delavk v psihiatrični bolnišnici, in naredila **primerjavo med koordinirano obravnavo v skupnosti in načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice** ter pripravila **poskusni model optimalnega načrtovanja odpusta**, kar je pomemben prispevek k dopolnjevanju teoretičnih izhodišč na področju socialnega dela v psihiatriji.

Definicija načrtovanja odpusta: *Načrtovanje odpusta, ki se mora začeti ob sprejemu ali čim prej po sprejemu v psihiatrično bolnišnico, socialna delavka veže na delo z uporabniki ter pomoč in podporo pri urejanju uporabnikovih razmer po končani hospitalizaciji, pri čemer se osredotoča na urejenost bivanjskih razmer, finančno stabilnost, samostojnost ter ustrezne, kontinuirane, uporabniku prilagojene podporne mreže v skupnosti. Cilj celostne obravnave v okviru načrtovanja odpusta je vezan na izboljšanje pogojev za dostojno življenje uporabnika, vključuje pa več izbire v času zdravljenja in po končanem zdravljenju ter krepitev moči uporabnika v procesu okrevanja za čim boljše soočenje z izzivi po odpustu ter posledično preprečevanje rehospitalizacij. V načrtovanje odpusta je v okviru socialnodelavskega delovnega odnosa, če mu zdravstveno stanje to dovoljuje, vedno povabljen tudi uporabnik, kjer je kot ekspert iz izkušenj enakovredno sodeluje pri iskanju ustreznih odgovorov na ugotovljene potrebe. Načrtovanje odpusta je timsko delo, v katerem je socialna delavka v vlogi koordinatorke med uporabnikom, člani strokovnega tima, svojci in službami v skupnosti.*

Socialna delavka je zagovornica pravic in želja uporabnika pred člani strokovnega tima ter hkrati transparentno daje mnenja in ocene strokovnega tima uporabniku. Vse faze načrtovanja odpusta morajo biti skrbno zabeležene.

Tabela 4.1: Primerjava med koordinirano obravnavo v skupnosti in načrtovanje odpusta iz PB

	Koordinirana obravnava v skupnosti	Načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice
Izvajalka načrtovanja	Koordinatorica obravnave v skupnosti	Socialna delavka, zaposlena v psihiatrični bolnišnici
Izpolnjevanje zahtevanih pogojev za izvajalke	ima najmanj visoko izobrazbo zdravstvene, psihološke, socialne, pedagoške ali druge ustrezne smeri, ima opravljen izpit za koordinatorja obravnave v skupnosti, ima tri leta delovnih izkušenj na področju varovanja duševnega zdravja ali socialnega varstva, ni pravnomočno obsojena na nepogojno kazen zapora.	Univ. dipl. soc. del. ali mag. soc. del. Strokovni izpit na področju zdravstvene dejavnosti
Komu je namenjeno	Obravnava v skupnosti je izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovane obravnave, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave.	Uporabnikom na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici
Temelji na:	Konceptu krepitev moči	Konceptu krepitev moči Konceptu okrevanja
Metoda dela	Osebnostno načrtovanje in izvajanje storitev	Načrtovanje odpusta
Pobuda in trajanje	Od najmanj tri tedne pred odpustom iz psihiatrične bolnišnice (na pobudo psihiatrične bolnišnice in drugih virov) do takrat, ko uporabnik in koordinator ugotovita, da ni več potrebe po obravnavi v skupnosti, če oseba pisno izjavi, da ne želi več obravnave v skupnosti ali če oseba ne sodeluje pri izvajanju načrta.	V času zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, na pobudo uporabnika, strokovnega osebja v psihiatrični bolnišnici in drugih virov.
Privolitev v sodelovanje	Da – pisna	Da – pisna ali ustna
Sodelovanje uporabnikov pri načrtovanju	Da	Da, izjemoma ne
Načrt vsebuje:		
Zapis ocene situacije	Da	Da
Ugotovitev potreb	Da	Da
Cilje obravnave	Da	Da
Ukrepe za doseganje	Da	Da

	Koordinirana obravnava v skupnosti	Načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice
Predlog izvajalcev ukrepov	Da	Da
Časovna opredelitev	Da	Da, če je mogoča
Način spremljanja, evalvacija	Da	Da
Finančno ovrednotenje	Da	Občasno
Koordinacija	Da	Da
Analiza tveganja	Občasno/izjemoma	Občasno/izjemoma
Krizni načrt	Občasno/izjemoma	Izjemoma
Timski pristop	Da	Da
Dokumentiranje	Da	Da

Vir: Zakon o duševnem zdravju (2008), Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (2009), Osebno načrtovanje in izvajanje storitev (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013), Protokoli socialne službe PBI (PBI, 2022)

Razlaga primerjave med koordinirano obravnavo v skupnosti (KOS) in načrtovanjem odpusta iz bolnišnice (NO)

Izvajalci in pogoji za izvajanje: Koordinator obravnave v skupnosti je lahko posameznik, ki ima najmanj visoko izobrazbo zdravstvene, psihološke, socialne, pedagoške ali druge ustrezne smeri, ima opravljen izpit za koordinatorja in ima najmanj tri leta delovnih izkušenj na področju varovanja duševnega zdravja, socialnega varstva, zdravstva ali v nevladnih organizacijah ter ni pravnomočno obsojen. NO v psihiatrični bolnišnici izvaja socialna delavka s končanim študijem na Fakulteti za socialno delo ter opravljenim strokovnim izpitom na področju zdravstvene dejavnosti.

Komu je namenjeno: KOS je namenjena uporabnikom, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje. NO je namenjeno uporabnikom, ki so na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici.

Temelji na: Tako KOS kot NO sta velikega pomena pri krepitevi moči uporabnika, kar pripomore k temu, da uporabniki prevzamejo nadzor nad svojim življenjem. Pri NO je poudarek, poleg krepitev moči, tudi na okrevanju, ki temelji na prepričanju, da ljudje lahko okrevali od težkih življenjskih situacij.

Metoda dela: Metoda, ki jo koordinatorji uporabljajo pri obravnavi v skupnosti, je osebno načrtovanje in izvajanje storitev, kjer gre predvsem za raziskovanje uporabnikovega življenjskega sveta ter za omogočanje dostopa do storitev uporabniku. V PB socialne delavke izvajajo načrtovanje odpusta, kot je določeno v dokumentih bolnišnice (DSP, SOP, obrazci).

Trajanje: Strokovni delavec psihiatrične bolnišnice ali koordinator nadzorovane obravnave (ali drugi pobudniki) mora najmanj tri tedne pred odpustom uporabnika iz psihiatrične bolnišnice ali pred koncem nadzorovane obravnave obvestiti center za socialno delo, ki je pristojen za obravnavo v skupnosti, da bo oseba, ki naj bi se obravnavala v skupnosti, odpuščena, oziroma bo njena nadzorovana obravnava končana. Načrtovanje odpusta iz PB poteka v času zdravljenja v PB.

Privolitev v sodelovanje: V KOS se lahko obravnava le uporabnik, ki pisno privoli v sodelovanje in pripravo načrta obravnave v skupnosti. Vključitev v načrtovanje odpusta iz PB je na podlagi pisne ali ustne privolitve v sodelovanje, občasno se ureja določene zadeve tudi brez privolitve (npr. pri namestitvah proti volji).

Sodelovanje uporabnika: Tako pri KOS kot tudi pri NO iz bolnišnice je uporabnik ves čas soudeležen in aktivno sodeluje pri pripravi in izvedbi načrta. Pri NO je izjema slabo zdravstveno stanje oziroma postopki, ki jih določa zakonodaja.

Načrt vsebuje: Tako »načrt obravnave v skupnosti« (tako ga poimenujejo v KOS) kot »načrt odpusta« obsegata začetno raziskovanje uporabnikovega sveta z ugotavljanjem potreb ter postavitvijo ciljev. Dogovorjeni so ukrepi za doseg ciljev ter postavljeni predlogi za izvajanje. Če je mogoče, se postavi časovna opredelitev in, če je treba, tudi finančno vrednotenje. Tako pri KOS kot pri NO iz PB skozi celoten proces poteka sprotna evalvacija opravljenega dela. Izkaže se, da sta si tako načrt obravnave v skupnosti kot načrt odpusta v tem delu podobna.

Načrtovanje in koordinacija: Koordinator obravnave v skupnosti in socialna delavka v psihiatrični bolnišnici sta ves čas v vlogi načrtovalca in koordinatorja. Koordinator obravnave v skupnosti deluje v svoji matični ustanovi, ki je CSD, srečanja potekajo v bolnišnici, v prostorih CSD, na domu uporabnika ali na katerem drugem javnem prostoru. Načrtovanje odpusta pa poteka pretežno v prostorih PB, kjer je socialna delavka zaposlena, uporabnik pa na zdravljenju.

Analiza tveganja: Tako pri KOS kot tudi pri NO iz PB se občasno analizira morebitna tveganja, ki so prisotna ob novih situacijah po končanem zdravljenju. V KOS je lahko del osebnega načrtovanja in izvajanja storitev ali priloga k načrtu obravnave v skupnosti; tveganja so zabeležena.

Krizni načrt: Namenjen je pripravi na morebitne krize, ki bi lahko nastopile v domačem okolju. V KOS je lahko del osebnega načrtovanja in izvajanja storitev ali priloga k načrtu obravnave v skupnosti, v NO pa se ga naredi le v res redkih primerih.

Timski pristop: Tako KOS kot NO temeljita na timskem pristopu. Strokovne multidisciplinarne time v psihiatrični bolnišnici sestavljajo zaposleni, pri nalogi KOS pa so člani interdisciplinarnih timov iz različnih organizacij in v obliki stalnih članov, kot določa Pravilnik (KOS, izbrani psihiater in socialna delavka krajevno pristojnega CSD), in nestalnih članov v skladu s cilji, potrebami in željami uporabnika (npr. predstavnik ZRSZ, NVO ali zaupna oseba).

Dokumentiranje: Celoten proces KOS je zabeležen v dokumentaciji koordinatorja obravnave v skupnosti (na CSD, v informacijskem sistemu Krpan), proces NO pa v dokumentaciji socialne delavke v PB in v informacijskem sistemu Birpis in računalniškem programu, oblikovanem za socialno službo.

Sklep: Tako koordinirana obravnava v skupnosti kot načrtovanje odpusta iz PB imata veliko stičnih točk, kar potrjuje dejstvo, da delo socialnih delavk, ne glede na mesto zaposlitve, temelji predvsem na generičnih znanjih socialnega dela.

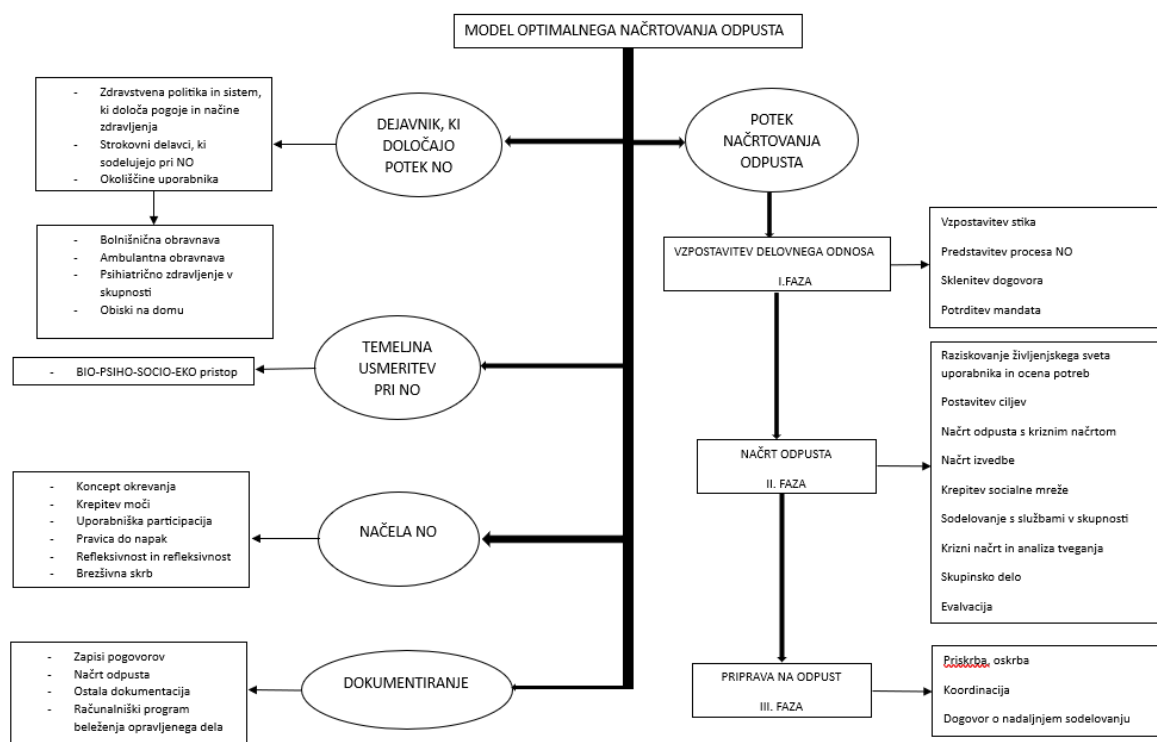
Razlike, ki bi jih veljalo izpostaviti, so vezane predvsem na naslednje:

Odločitev za sodelovanje: V primeru koordinirane obravnave v skupnosti gre vedno za prostovoljno odločitev, medtem ko se v primeru načrtovanja odpusta v določenih primerih izvaja brez soglasja, predvsem ko je posredi zakonodaja (na primer namestitve proti volji v institucionalno varstvo).

Timsko delo: Timi pri načrtovanju odpusta v PBI so sestavljeni multidisciplinarno od zaposlenih v PB. Timi pri koordinirani obravnavi v skupnosti so sestavljeni interdisciplinarno, s predstavniki različnih organizacij in v obliki stalnih članov.

Trajanje: Sodelovanje pri koordinirani obravnavi v skupnosti nima časovne omejitve in lahko traja tudi več let, medtem ko je NO vezano na čas zdravljenja v PB. Tako pri KOS kot pri NO se izvaja sprotne evalvacije, ključna razlika je v tem, da se potrebe, ki so bile ugotovljene, in cilji, ki so bili postavljeni, v KOS lahko še naprej spremljajo, izvajajo, spreminjajo. Pri NO se celoten postopek konča s končanim zdravljenjem in v nadaljevanju ne zavezuje več niti socialne delavke niti uporabnika.

Slika 4.1: Model optimalnega načrtovanja odpusta



Vir: Zakon o duševnem zdravju (2008), Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (2009), Osebo načrtovanje in izvajanje storitev (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013), Protokoli socialne službe PBI (PBI, 2021a), Psychiatrc Discharge Process (Alghzawi, 2012), Oris metod socialnega dela; uvod v katalog centrov za socialno delo (Flaker, 2003).

Razlaga modela optimalnega načrtovanja odpusta (NO)

Model optimalnega načrtovanja odpusta prikazuje dejavnike, ki določajo potek načrtovanja odpusta:

- Zdravstvena politika s svojimi odločitvami, strateškimi načrti in aktivnostmi, ki se izvajajo za doseganje specifičnih zdravstvenih ciljev v družbi in določajo vizijo za prihodnost, postavljajo kratkoročne in srednjeročne cilje, določajo prioritete ukrepanja in pričakovane vloge različnih deležnikov (WHO, 2023).

Sistem, ki določa pogoje in način zdravljenja. Psihiatrične bolnišnice svojo dejavnost v pretežni meri organizirajo in izvajajo hospitalno in ambulantno, poleg tega pa še v okviru programa psihiatričnega zdravljenja v skupnosti in obiskov na domu. Pri tem imajo natančno opredeljene protokole dela (dokumenti splošnega pomena – DSP), med katere sodijo vsi organizacijski predpisi in navodila, ki urejajo izvajanje posameznega

širšega področja, oziroma procesa dela v bolnišnici ali v posamezni službi bolnišnice, standardne operativne postopke (SOP), med katere sodijo pisna navodila strokovnih služb v bolnišnici o posameznih strokovnih opravilih ter različni obrazci.

- Strokovni delavci, ki sodelujejo pri načrtovanju odpusta – NO je timski proces, v katerem je delo socialnih delavk zelo pomembno zaradi interdisciplinarne usmerjenosti socialnega dela, zlasti pa zaradi zmožnosti povezovanja strokovnega jezika z vsakdanjim jezikom. Socialne delavke in socialni delavci pogosto delujejo kot prevajalci med kontekstom strokovne obravnave in vsakdanjim kontekstom uporabnika.
- Okoliščine uporabnika, ki je vključen v proces načrtovanja odpusta.

Načrtovanje odpusta iz PB temelji na biopsihosocioeko pristopu. Osredotoča na prepoznavanje in preštevanje ovir, ki preprečujejo ljudem polno participacijo in kakovostno življenje v skupnosti.

Načela, na katerih temelji NO. Načrtovanje odpusta temelji na konceptu krepitev moči in okrevanja. Fokus je na moči in virih, ki jih imajo uporabniki in skupnost, z namenom doseči zastavljene cilje, ter na predpostavki, da ljudje lahko okrevajo od težkih življenjskih situacij. Načrtovanje odpusta je ves čas osredotočeno na uporabnika, ki v celotnem procesu sodeluje z zdravstveni in socialnimi delavkami. Naloga socialnih delavk je zagotoviti, da lahko uporabnik v procesu reševanja svojih stisk in težav uveljavi pravico, da izrazi sebe na svoj edinstven način in da lahko v tem procesu enakopravno in aktivno sodeluje. Uporabnikom morajo dopustiti tveganje ter jim priznati pravico do napak, kot jo imajo vsi ljudje, ki se odločajo po svoji prosti volji. Načrtovanje odpusta je reflektivno, ker odraža na eni strani življenjski svet, situacijo in uporabnikove okoliščine, na drugi strani pa tudi usmerjenost, želje, stališča. Obenem je NO tudi refleksivna metoda, saj se ves čas ozira in odziva na stvarne okoliščine in dogodke. Ključno je zagotoviti brezšivno skrb, ki poudarja neprekinjeno skrb za uporabnika pri prehajanju med različnimi oblikami obravnave in bivanja, oziroma pri prehodu nazaj v skupnost.

Beleženje procesa NO. Proces NO je zabeležen v dokumentaciji (spisih) socialne službe, ki poleg uradnih zaznamkov vsebuje tudi načrt odpusta in ostalo dokumentacija, povezano z NO. V podporo so obstoječi računalniški programi.

Faze NO. Načrtovanje odpusta poteka v treh fazah: uvodni (I. faza), v okviru rednih srečanj (II. faza) in zadnje srečanje ob končevanju ali koncu zdravljenja (III. faza).

Uvodno začetno srečanje se začne takoj ali kmalu po sprejemu v bolnišnico, z vzpostavitvijo delovnega odnosa, ki obsega vzpostavitev stika, predstavitev procesa NO, uporabnik podeli socialni delavki mandat za sodelovanje ter sklenitev pisnega ali ustnega dogovora o

sodelovanju. Izjemoma lahko NO poteka brez soglasja uporabnika (postopki, ki jih določa Zakon o duševnem zdravju ali slabo zdravstveno stanje).

V naslednjih rednih srečanjih na podlagi ugotovljenih potreb socialna delavka in uporabnik postavita cilje, ki so lahko kratkoročni, dolgoročni ali ponavljajoči se, in se dogovorita o načinu izvedbe, pri tem pa upoštevata možna tveganja. Če se tako dogovorita, pripravita načrt odpusta s kriznim načrtom. K sodelovanju so povabljene uporabniku pomembne osebe iz njegove socialne mreže, ves čas poteka sodelovanje s službami v skupnosti, socialna delavka je v vlogi koordinatorke. Istočasno so uporabniki vključeni v različne oblike skupinskega dela.

V zadnjem srečanju ob končevanju ali koncu zdravljenja socialna delavka in uporabnik pogledata, kaj je bilo narejenega in kateri dogovori so bili sklenjeni ter kako se bo delo nadaljevalo. Zadnje srečanje je namenjeno tudi oskrbi in priskrbi ter seznanitvi služb v skupnosti o končanem zdravljenju. Ves čas se dela sprotna evalvacija opravljenega dela.

Slika 4.2: Načrt ob odpustu

NAČRT OB ODPUSTU

Ime in priimek: _____ roj. _____

Naslov: _____

Svojci (kontakt): _____

Osební zdravnik (kontakt, dogovorjeni termin): _____

Izbrani psihiater (kontakt, dogovorjeni termin): _____

Ugotovljene potrebe, zastavljeni cilji:

Možna tveganja: _____

Sodelovanje s: CDZO PZS KOS Drugo: _____

Drugi pomembni kontakti služb v skupnosti (CSD, bolnišnica, ZZ, ZPZ, banka, drugo):

KRIZNI NAČRT

Sprožilni dejavniki slabega počutja, strategije za obvladovanje slabega počutja:

Predpisana zdravila: _____

Seznam intervencij ali obravnav, izvedenih v preteklosti:

Telefonske številke kriznega tima (socialna delavka, osebni zdr., psihiater, psih. bol.):

Osebe, ki jim zaupam (kontakt) in prejmejo izvod kriznega načrta:

Drugi viri podpore v skupnosti (kontakt): _____

Socialna delavka/Socialni delavec:

Imetnik načrta odpusta:

Datum: _____

Razlaga dokumenta (obrazca) »Načrt ob odpustu«

- »Načrt ob odpustu« (v nadaljevanju načrt) je dokument (obrazec), ki ga ob končevanju zdravljenja v psihiatrični bolnišnici skupaj izpolnita uporabnik in socialna delavka.
- Načrt ob odpustu opredeli in uskladi uporabnikove potrebe s službami in storitvami v skupnosti ter tako zagotovi podporo, ki je potrebna za vzdrževanje napredka, doseženega med zdravljenjem.
- Načrt vsebuje osnovne uporabnikove podatke, podatke o svojcih oziroma njemu pomembnih osebah, če to želi.
- Ključen v načrtu je zapis o ugotovljenih potrebah ter kako bodo zastavljeni cilji doseženi, kar zagotavlja koncept soudeležnosti.
- Načrt vključuje možna tveganja ter ravnanja, ko se uporabnik ne bo počutil dobro (krizni načrt). Navedeni so kontakti oseb in služb, na katere se bo v tem primeru obrnil, ter kontaktne informacije služb in oseb v skupnosti, s katerimi bo sodeloval po končanem zdravljenju. Pri tem je potrebna previdnost, da je v načrtu zapisano samo tisto, kar si uporabnik želi. Sestavljen naj bo tako, da ga uporabnik v celoti razume in se z napisanim strinja, kar potrdi s svojim podpisom.
- Načrt odpusta je del dokumentacije socialne službe; en izvod prejme uporabnik.

5. PRISPEVEK IN OMEJITVE RAZISKAVE

5.1. Prispevek k znanosti socialnega dela

Ta doktorska disertacija dopolnjuje teoretična izhodišča za socialno delo na področju socialnega dela v psihiatriji, ki upoštevajo koncept krepitve moči, okrevanja, prepoznavajo pomen družbene emancipacije uporabnikov, kritično ocenjujejo procese marginalizacije in stigmatizacije ter teorij, ki razlagajo univerzalnost in relativnost človekovih potreb. Pomemben izvirni prispevek disertacije je utemeljevanje razumevanja koncepta potreb v odnosu do načrtovanja odpusta in razvoj emancipacijske paradigme socialnega dela v psihiatrični bolnišnici. Raziskava procesa odpusta po končanem zdravljenju v bolnišnici je pokazala dejansko vlogo socialnega dela v institucionalnem okolju psihiatrične bolnišnice in ovire za večjo vključenost uporabnikov v proces priprave na vrnitev v skupnost.

Velik prispevek k znanosti in praksi socialnega dela so tudi empirični podatki, ki sem jih zbrala. Predvsem gre za podatke iz dokumentacije o odpustih in iz intervjujev s socialnimi delavkami in uporabniki. Podatki omogočajo uvid v možne povezave med demografskimi in širšimi socialnimi dejavniki uporabnikov, ki lahko vplivajo na potek odpusta, in uvid v konkretne izkušnje socialnih delavk in razlike pri načrtovanju odpustov.

Izvirni prispevek znanosti socialnega dela predstavlja definicija načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice. V tej definiciji izpostavim pomen sistematičnega načrtovanja odpusta, sodelovanja in vključevanja uporabnikov v oblikovanje procesov pomoči in timsko delo.

Pomemben izvirni prispevek disertacije predstavlja primerjava med koordinirano obravnavo v skupnosti in načrtovanjem odpusta iz psihiatrične bolnišnice. Kljub temu da je med storitvama veliko podobnosti, pa so pomembne razlike (odločitev za sodelovanje, oblike timov in trajanje procesa), ki jih je gotovo treba upoštevati pri načrtovanju odpusta.

Ključni in izvirni rezultat mojega raziskovanja je model optimalnega načrta odpusta, v katerega so vključene specifične načrtovanja odpusta. Model z identifikacijo dejavnikov, ki določajo načrtovanje odpusta, temeljnimi usmeritvami, načeli in dokumentiranjem, omogoča upoštevanje perspektive ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju na treh ravneh: mikro (uporabnik, družina, skupnost), mezzo (institucije) in makro (politični, kulturni, ekonomski, socialni in moralni sistemi) ter ponudi pregled poteka načrtovanja odpusta.

Novi model uveljavlja oblikovanje nove metode dela »načrt ob odpustu«, za katero sem oblikovala (kot vodilo za izvajanje) enotni dokument, ki bi ga lahko uporabljale socialne

delavke v praksi dela v psihiatrični bolnišnici. Specifika metode je v tem, da je pri uporabi dokumenta ključna vloga uporabnika, dokument bi tako postal uporabnikov načrt. Načrt odpusta poleg osnovnih informacij o uporabniku (ime in priimek, naslov stalnega bivališča, rojstni podatki, telefonski kontakt) obsega še kontaktne številke svojcev in zanj pomembnih služb v skupnosti, vključuje oceno tveganj, pomembnih datumov ter izdelan krizni načrt v primeru, da pride do poslabšanja zdravstvenega stanja (vključuje kontakte od njega izbranih oseb za morebitno posredovanje v takšni situaciji). Dokument bi lahko uporabnik uporabljal tudi kot načrt, s katerim bi bile seznanjene ključne osebe, ki jih izbere uporabnik sam, ki jim zaupa in ki bi mu pomagale pri uresničevanju načrta.

Na podlagi rezultatov raziskave in teoretičnih izhodišč s področja socialnega dela poskusno uvajam na področje socialnega dela v zdravstvu termin »brezšivna skrb na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti«, ki bi pomenila strategijo povezane obravnave ter varno, kontinuirano podporo uporabniku pri prehodu iz bolnišničnega zdravljenja v skupnost. Na ta način umeščam socialno delo v že uveljavljen koncept brezšivne obravnave, ki se je uveljavil na področju farmacije in je osredotočen na kritična mesta v zdravstvu, kot sta sprejem na zdravljenje in odpust z zdravljenja.

Za razvoj znanosti in izobraževanja za socialno delo so pomembne še ugotovitve in predlogi, ki se nanašajo na to, da je potreben razmislek o spremembah oziroma dopolnitvah v programih izobraževanja za socialno delo z vsebinami, ki bi poudarile specifične socialnega dela v zdravstvu in vlogo socialnih delavk na področju zdravstvene dejavnosti, da bi se socialne delavke počutile bolj kompetentne za delo v zdravstvu oziroma v psihiatričnih bolnišnicah.

Izvirnost prispevka k znanosti je tako utemeljena s konceptualizacijo načrtovanja odpusta in z empiričnimi podatki, ki nam daje vpogled v dejavnike, ki ovirajo ali spodbujajo načrtovanje odpusta.

5.2. Omejitve raziskave

Že med zbiranjem podatkov, vezanih na dokumentacijo socialne službe, se je pokazala nesistematičnost pri dokumentiranju, kar je kasneje raziskava tudi potrdila. Vsaka socialna delavka na svoj način beleži svoje delo. Zaradi tega so bile kategorije raziskovanja oblikovane šele po pregledu dokumentacije, posledično je možno v posameznih primerih subjektivno razumevanje zapisanega.

Intervjuji s socialnimi delavkami in socialnimi delavci so bili umeščeni v čas epidemije, zato je bila celotna izvedba otežena. Prvotni namen je bil, da vse intervjuje opravi z osebnim

obiskom v psihiatričnih bolnišnicah. To ni bilo izvedljivo, saj so bile zaradi navodil Ministrstva za zdravje bolnišnice preventivno zaprte za zunanje obiskovalce. Zaradi tega je bilo potrebne kar nekaj prilagodljivosti in iznajdljivosti (intervjuji v parku, po telefonu in prek družbenih omrežij). Tako je bilo devet intervjujev izvedenih osebno, štirje po telefonu in dva po aplikacijah Zoom in Skype. Zavedam se, da so posledično posamezni intervjuji lahko okrnjeni in vsebinsko manj bogati, vendar so bile glede na realno stanje s pridom izkoriščene druge možnosti. Šele pri analizi intervjujev sem opazila, da so v nekaterih primerih odgovori bili presplošni in ne dovolj konkretizirani, kar je v določenih primerih otežilo vpogled v raznovrstnost situacij odpusta.

Intervjuji z uporabniki so bili izvedeni v prostorih Psihiatrične bolnišnice Idrija. Zelo natančno sem jim razložila potek intervjuja in jim zagotovila, da ga lahko kadarkoli prekinejo, do česar pa v nobenem primeru ni prišlo. Nasprotno, večini se je zdel pogovor prijetna popestritev sicer, po njihovo, pustega vsakdana v bolnišnici. Vsebinska izvedba intervjuja je zahtevala kar nekaj dodatnih pojasnil pri vsakem vprašanju in dopuščam možnost, da kljub temu niso bila vedno popolnoma razumljena. V nekaterih primerih intervju ni gladko stekel, odgovori so bili skromni, kratki. Pomanjkljivost vprašalnika je v tem, da ni bil možen poglobljen razgovor o tem, kako bodo oziroma kako si želijo živeti po končanem zdravljenju, kar bi ponudilo dragocene odgovore na potrebe uporabnikov v skupnosti. Razlog za to je v sicer že tako dolgem intervjuju in posledično utrujenosti uporabnikov (povprečno je pogovor trajal okrog 30 minut).

Tudi sicer vidim kot glavno pomanjkljivost te raziskave to, da se ne dotika v zadostni meri služb in storitev v skupnosti ter vpliva načrtovanja odpusta na kakovost življenja po končanem zdravljenju.

Oba vzorca, pri uporabnikih 17 in pri socialnih delavkah 15 intervjujev, sicer na prvi pogled ne delujeta velika, vendar sem v obeh primerih med intervjujem že začela opazovati ponavljanja, zato menim, da sta struktura in velikost vzorca zadostna. To potrjujejo tudi rezultati, pridobljeni iz dokumentacije, oziroma spisi socialne službe.

Ocenjujem, da bi bila morda v delu, kjer raziskujem pogled uporabnikov, boljša narativna metoda, s katero bi uporabnikom omogočili prosto pripovedovanje o njim pomembnih temah, ki bi ključno osvetlilo subjektivne procese, poti, prehode, pomene odpusta.

Kot pomanjkljivost omenjam še terminologijo. Kljub jasno zastavljenim vprašanjem, ki ljudi na zdravljenju nagovarjajo z »uporabniki«, je v intervjujih večina socialnih delavk uporabljala izraz »pacient«, enako kot so »pacienta« sebe in druge ljudi na zdravljenju poimenovali uporabniki sami. Žal temu nisem posvetila zadostne pozornosti, moje razmišljanje

o tem je sledilo šele kasneje. Če bi imela možnost ponoviti raziskovanje, bi vključila v pogovor razpravo o tem vidiku, saj bi tako lahko odkrila, kako si uporabniki sami želijo biti poimenovani.

6. PREDLOGI ZA NADALJNJE DELO, IZOBRAŽEVANJE IN RAZISKOVANJE

Na podlagi preučene literature, zakonodaje ter podatkov, pridobljenih v raziskavi, v nadaljevanju podajam nekaj predlogov za izboljšave na področju prakse načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice, za izobraževanje in usposabljanje za delo na področju socialnega dela v zdravstvu in ožje v psihiatriji, za nadaljnji razvoj področja socialnega dela v zdravstvu in ožje, socialnega dela v psihiatriji ter predlagam nadaljnje raziskovanje na tem področju. Raziskava je pokazala, da je področju načrtovanja odpusta treba posvetiti v prihodnje več pozornosti, to so tudi zahteve standarda AACI (American Accreditation Commission International, 2017), ki je namenjen zdravstvenim organizacijam.

Predlogi za izboljšave na področju prakse načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice

Enakopraven partnerski odnos z uporabnikom

- Temeljno načelo socialnega dela je enakopraven partnerski odnos z uporabnikom. Pomembno je, da so v proces načrtovanja odpusta povabljeni vsi udeleženi, saj je proces okrevanja podprt z uporabnikovimi odnosi in socialno mrežo in poleg družinskih članov vključuje tudi druge uporabniku pomembne osebe in organizacije, ki postanejo v procesu okrevanja pomembni.
- Socialne delavke naj bi se pri svojem delu v psihiatrični bolnišnici in s tem pri načrtovanju odpusta ves čas zavedale nevarnosti pokroviteljskih praks v odnosu strokovnjak – uporabnik. Še posebej velika nevarnost za to obstaja v primerih, ko uporabnikom zdravstveno stanje ne dopušča avtonomnega sodelovanja pri načrtovanju odpusta. Učinkovita praksa in pristop za blaženje pokroviteljskih praks je timski pristop z zagovorniško vlogo socialnih delavk (pred člani strokovnega tima zagovarja pravice in želje uporabnika in transparentno podaja mnenja in ocene strokovnega tima uporabniku) ter z razumevanjem svetovalne vloge članov strokovnega tima v procesu načrtovanja odpusta. Socialne delavke morajo dosledno spodbujati in motivirati uporabnika za aktivno sodelovanje pri načrtovanju odpusta. Za preprečevanje oziroma blaženje pokroviteljskih praks pa se morajo člani strokovnega tima oddaljiti od vloge odločevalcev v procesu načrtovanja odpusta, se redno dodatno izobraževati in tovrstno osveščati tudi ostale zaposlene v psihiatričnih bolnišnicah.

- Vrstniška podpora ni bila predmet raziskovanja, vendar na podlagi teorije, ki to potrebo jasno nakaže, in na podlagi rezultatov raziskave, da načrtovanje odpusta pogosteje potrebujejo osebe brez socialne mreže, menim, da bi bilo v psihiatričnih bolnišnicah treba vpeljati to obliko podpore. Razprava o stališčih in načrtih uvajanja vrstniške podpore je potrebna med vrstniškimi podporniki, stroko in politiko, kjer se mora poleg vsebinskih vprašanj razpravljati tudi o morebitnem statusnem in finančnem vrednotenju tovrstnih praks.

Sodelovanje in povezave s skupnostjo

- Treba je poskrbeti, da uporabnik v času hospitalizacije ostane v stiku z življenjem zunaj bolnišnice in da se aktivnosti, ki jih je opravljal pred zdravljenjem, pred koncem zdravljenja obnovijo oziroma ponovno vzpostavijo. To je še posebej pomembno za ljudi ki potrebujejo dolgotrajno zdravljenje v bolnišnici in so dlje odsotni iz svojega domačega okolja. V teh primerih bi bilo treba ponovno razmisliti o pogojih, ki jih postavlja država v smislu ukinjanja ali zniževanja višine denarne socialne pomoči z argumentom, da je v bolnišnici za vse poskrbljeno (tekoči stroški nastajajo v domačem okolju tudi ob posameznikovi odsotnosti).
- Raziskava je razkrila dokaj nizko stopnjo interesa za vključevanje v programe nadaljnjega spremljanja v skupnosti, ki ga izvajajo služba psihiatričnega zdravljenja v skupnosti, koordinirane obravnave v skupnosti in predstavniki centrov za duševno zdravje. Nizko stopnjo vključevanja lahko razumemo tudi kot nezadostno angažiranost bolnišničnih socialnih delavk in služb, ki programe izvajajo, da bi uporabniku predstavile obstoječe programe in potek teh, kar bi nedvomno vplivalo na stopnjo motiviranosti za vključitev v eno izmed oblik, ki so na voljo.
- Socialne delavke so most med institucijo in službami v skupnosti. Socialne delavke se v procesu načrtovanja odpusta povežejo z zunanjimi ustanovami. To je pokazala tudi ta raziskava, kar preprečuje nevarnost, da se začeto delo z odpustom iz psihiatrične bolnišnice konča, uporabnike pa prepusti same sebi pri doseganju zelenih ciljev. Treba je okrepiti sodelovanje socialne službe v bolnišnici s službami v skupnosti in poskrbeti za podporo pri prehodu med bolnišnico in skupnostjo. Že med zdravljenjem je smiselno uporabnike seznaniti in jim predstaviti obstoječe službe v skupnosti in obstoječim službam v skupnosti uporabnike. Ponuditi jim je treba vse razpoložljive informacije, kontakte in razpoložljiva gradiva (službe v skupnosti bi gradiva v obliki letakov, brošur, zgibank morala redno pošiljati bolnišnicam). Če je mogoče, naj uporabniki (če je treba, v spremstvu socialne delavke) že med zdravljenjem obiščejo izbrane službe v skupnosti

za vzpostavitev prvega stika. Dobro bi bilo, da bi predstavniki teh služb občasno gostovali v psihiatrični bolnišnici, kjer bi svoje storitve v okviru edukativnih skupin predstavili širši množici uporabnikov na zdravljenju. Predlog sledi konceptu normalizacije. Nujno potrebno je, da so socialne delavke seznanjene s programi in zmogljivostmi v skupnosti na način, da se uvede sistem, kjer bo zbir vseh razpoložljiv storitev in programov v skupnosti, do katerega bodo lahko prek različnih kanalov dostopali socialne delavke in uporabniki pri iskanju odgovorov na ugotovljene potrebe. Zbir podatkov bi morali skrbniki programa sproti dopolnjevati in evalvirati.

- Poleg služb in storitev s področja duševnega zdravja morajo socialne delavke poznati tudi službe in njihovih dejavnosti v skupnosti, ki niso s področja duševnega zdravja (športna in kulturna društva, krožki in druge oblike druženja). Pomembno jih je predstaviti uporabnikom in ponuditi pomoč in podporo pri vključevanju v te aktivnosti.
- Pomembno se je vprašati tudi, kaj lahko skupnost, poleg večanja izbire v skupnosti, še naredi za uspešno integracijo ljudi s težavami v duševnem zdravju. Po spremembi ključne vstopne pogoje, ki jih določajo službe v skupnosti, ki bi se morale zavedati, da ljudje s težavami v duševnem zdravju podpore ne bi iskali, če bi se s težavnimi okoliščinami, kot so različne stiske, revščina, šibke socialne mreže in stigma, ki ponavadi spremljajo težave na področju duševnega zdravja, lahko soočali sami. Potreben bi bil resen razmislek in evalvacija dela tako v psihiatričnih bolnišnicah kot v skupnosti in poiskati odgovore, zakaj se več kot tri četrtine uporabnikov po končanem zdravljenju ne vključi v nobeno obliko podpore v skupnosti. Izkušnje kažejo, da uporabniki mnoge programe doživljajo kot neprivlačne, kar kliče po dopolnitvah in osvežitvah programov. Pogosto službe v skupnosti že s svojimi vstopnimi pogoji onemogočajo uporabniku vključitev v svoje programe ali sodelovanje pri programu (na primer, ljudje s težavami z odvisnostjo se ne morejo vključiti v stanovanjske skupnosti) ali pa vključitev v zelen program pogojujejo z vključitvijo v druge programe (na primer bivanje v stanovanjski skupnosti pogojujejo z obiskovanjem dnevnih centrov), kar uporabnike odvrne od vsakega sodelovanja. Ovira so tudi finančni zadržki (finančni prispevki) in pogosto neugodni urniki (niso dostopni v popoldanskih urah in med konci tedna in prazniki). Rešitev bi bila v dodatnih sredstvih, ki bi bila dodeljena programom v skupnosti, s čimer bi se finančno razbremenilo tako izvajalce kot tudi uporabnike. Smiselno bi bilo zagotoviti več strokovno usposobljenega kadra, k sodelovanju pa povabiti tudi prostovoljce, s čimer bi zagotovili večjo časovno dostopnost.

Opismenjevanje na področju duševnega zdravja

- Socialne delavke, zaposlene v psihiatrični bolnišnici, pri svojem delu že uporabljajo metodo dela s skupino. Sodelovanje v skupinskih aktivnostih ni neposredno vezano na načrtovanje odpusta, je pa vsako skupinsko delo pomemben del načrtovanja odpusta. Izkazala se je potreba po različnih edukativnih vsebinah. Pomembno je več pozornosti posvetiti opismenjevanju na področju duševnega zdravja, ki pomembno vpliva k preprečevanju psihiatričnih rehospitalizacij. Tovrstne vsebine naj bodo pokrite s socialnimi in zdravstvenimi vsebinami, v sodelovanju z medicinskimi profili v timu ter edukativnimi vsebinami s področja služb skupnosti ter storitev, ki jih te nudijo. Omenjene vsebine bi se izvajale v sodelovanju zaposlenimi v teh službah kot gostujočih strokovnjakih. Predlog zahteva odprtost vodstva bolnišnic do ideje, da v ustanovo prihajajo zunanji sodelavci.

Ukrepi za zmanjševanje stigme

- Raziskava je pokazala ovire, ki izhajajo iz zavedanja o možni stigmati zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici v smislu spremenjenih ali okrnjenih odnosov s prijatelji, sodelavci in tudi z družinskimi člani. Stigmatizacija je pogosto razlog, da uporabniki prekrivajo svoje zdravstveno stanje ali zdravljenje v psihiatrični bolnišnici, zato naj bodo socialne delavke pri načrtovanju odpusta na to pozorne. Prav samostigmatizacija je namreč pogosto razlog, da se uporabniki umaknejo, prekinijo stike, kar vpliva na vsakodnevno življenje ter posledično tudi na njihovo zdravstveno stanje. Previdnost ni odveč tudi pri socialnih delavkah, saj nemalokrat nehote prispevajo k uporabnikovemu občutku stigme.
- V prihodnje so smiselna aktivnejša vključevanja in pričevanja ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki bi o svojih izkušnjah spregovorili tako strokovni kot tudi laični javnosti in svojcem uporabnikov, večjo vlogo medijev, ki imajo velik vpliv na javno mnenje, ter politike, ki se sicer v svojih dokumentih že opredeljuje do tega problema. Največji prispevek k zmanjševanju stigme ljudi s težavami v duševnem zdravju bi bil z uvedbo sistema in politik, ki bi uporabnikom dovoljevale aktivno in enakopravno vključevanje v vse sfere življenja.

Izboljšave na področju vodenja dokumentacije

- Socialne delavke pri svojem delu beležijo dogajanje v vseh fazah načrtovanja odpusta. Pregled dokumentacije socialne službe je pokazal nesistematičnost na tem področju, vsaka socialna delavka ima svoj način beleženja in dokumentiranja, saj v ta namen

poenoteni smernic ni na voljo. Dokumentacija bi morala biti poenotena v smislu navodil, kaj in kako beležiti v vsaki posamezni fazi načrtovanja odpusta.

- Oblikovala sem dokument (obrazec) »Načrt ob odpustu«, ki obsega tudi ravnanje v primeru morebitne krize, in bi ga socialne delavke in uporabniki skupaj izpolnili ob končevanju načrtovanja odpusta oziroma ob končevanju zdravljenja in bi bil podpora uporabnikom po vrnitvi v domače okolje ter v primeru morebitnih kriz.

Evalvacija opravljenega dela

- Uporabniki, strokovnjaki iz izkušenj, so neprecenljiv vir povratnih informacij o izkušnji načrtovanja odpusta znotraj socialnodelavskega delovnega odnosa. Smiselna bi bila uvedba anketnega vprašalnika o zadovoljstvu s storitvami socialne službe (nekateri strokovne službe znotraj bolnišnice to že prakticirajo), ki bi ga uporabniki anonimno in prostovoljno izpolnili ob končevanju zdravljenja, kar bi ponudilo priložnost za evalvacijo dela socialnih delavk in storitev, ki jih bolnišnica v okviru socialne službe ponuja.

Predlogi za izobraževanje in usposabljanje za delo na področju socialnega dela v zdravstvu in ožje v psihiatriji

- Iz raziskave je razvidno, da bi socialne delavke, zaposlene v psihiatričnih bolnišnicah, potrebovale več sprotnega dopolnjevanja in utrjevanja znanj s področja socialnega dela, predvsem v smislu spoznavanja novejših metod dela z uporabniki (osebno načrtovanje pri kompleksnih situacijah, koordinacija storitev, povezovanje s formalnimi in neformalnimi mrežami, timska konferenca, analiza tveganja v kombinaciji z načrtovanjem odpusta, prevzemanje cenjenih vlog in drugo).
- V prihodnje je potreben razmislek o spremembi oziroma dopolnitvi študijskega programa z več vsebinami, ki bi poudarile specifične socialnega dela v zdravstvu in vlogo socialnih delavk v zdravstvu, kar bi bila pomembna pridobitev za vse slušatelje, tudi tiste, ki se po končanem študiju ne bodo zaposlili neposredno na področju zdravstva. Ne glede na področje zaposlitve se socialna delavka pri svojem delu srečuje in sodeluje z ljudmi, ki imajo težave na področju duševnega zdravja, zato so tovrstna znanja in veščine dobrodošli za vse strokovnjakinje.
- Čeprav naj bi se socialne delavke jasno oddaljile od medicinskega modela obravnave uporabnika, pa je raziskava pokazala potrebo po določenih znanjih s področja zdravstva, predvsem znanja o vrstah zdravstvenih težav, načinih zdravljenja in obravnave, zdravstveni zakonodaji in vlogi socialne delavke v zdravstvenem sistemu. Smiselno bi

bilo socialnim delavkam ponuditi več vsebin s področja dela v zdravstvu na seminarjih, predavanjih in drugih oblikah izpopolnjevanja, ki bi bile namenjene socialnim delavkam, zaposlenim v zdravstvu in tudi na drugih področjih socialnega dela, saj s tovrstno populacijo delajo vse socialne delavke, ne glede na področje zaposlitve.

- Programi izobraževanja za socialno delo bi morali vključevati tudi gostovanja oziroma obiske v zdravstvenih ustanovah, kjer bi študenti neposredno spoznavali okolje in delo socialnih delavk, gostovanja socialnih delavk, zaposlenih v zdravstvu, na Fakulteti za socialno delo, kjer bi s primeri dobrih praks približale delo v zdravstvenih ustanovah študentom še v času študija ter še aktivnejše sodelovanje z uporabniki z izkušnjo obravnave v zdravstvu, ki bi spregovorili o svojih izkušnjah, ki niso nujno negativne, in bi ponudili vpogled v bolnišnično okolje s perspektive uporabnikov.
- Tako zasnovan študijski program bi ponudil več možnosti sodelovanja z zdravstvenimi ustanovami, tudi psihiatričnimi bolnišnicami, ki imajo pogosto pomisleke v zvezi s sodelovanjem pri izvajanju obveznih študijskih praks, predvsem, kot so povedale intervjuvane socialne delavke, zaradi antipsihiatrične usmeritve Fakultete za socialno delo. Prav študijska praksa, ki bi se izvajala v neposrednem bolnišničnem okolju, bi študentom ponudila delovne izkušnje in jim omogočila seznanitev s področjem psihiatrije ter z lastnim spoznanjem, ali ga ta usmeritev veseli in izpolnjuje. V ta namen bi bilo smiselno urediti finančni vidik, povezan z zagotavljanjem in izvajanjem študijske prakse.
- Med zaposlenimi v zdravstvu je že več let prisotna ideja o specializaciji s področja socialnega dela v zdravstvu. Specialistični študij bi ponudil dodatna, poglobljena znanja s področja dela v zdravstvu, morda v povezavi z drugimi fakultetami s področja zdravstva (Medicinska fakulteta, Zdravstvena fakulteta, Filozofska fakulteta). Pri sami izvedbi študijskega programa bi lahko sodelovale socialne delavke z lastno izkušnjo dela v zdravstvu.

Predlogi za nadaljnji razvoj področja socialnega dela v zdravstvu in ožje, socialnega dela v psihiatriji:

Krepitev avtonomije socialnih delavk v zdravstvu

- Raziskava je sicer pokazala visoko stopnjo avtonomije socialnih delavk pri delu v psihiatrični bolnišnici, ki pa je pogojena s komunikacijo med člani strokovnega tima, lahko je tudi osebno pogojena. Pomembno je, da se socialne delavke zavedajo svoje vloge in da ostanejo enakopravne članice strokovnih timov, kar so, glede na raziskavo,

sicer večinoma že, ter da si pridobijo strokovno samozavest in sestopijo iz vloge podrejenih strokovnih delavk, ki si jo pogosto pripisujejo same sebi in jim je ne določajo drugi profili. Pri tem so pomembna podpora in jasna stališča stroke in deležnikov, ki oblikujejo stroko, na primer Fakulteta za socialno delo kot osrednja izobraževalno raziskovalna ustanova za področje socialnega dela v Sloveniji, različna združenja in druge organizacije, kot na primer Sekcija socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti in Razširjeni strokovni kolegij za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti pri Ministrstvu za zdravje.

- Znotraj zdravstvenega sistema so socialne delavke opredeljene kot zdravstvene sodelavke. Strokovno znanje, ki so ga pridobile med študijem na Fakulteti za socialno delo, sproti prevajajo v prakso, saj ni na voljo protokolov in tako imenovanih kliničnih poti, kot jih imajo druge strokovne službe znotraj bolnišnice. Bolnišnice imajo svoje službe za kakovost, kjer se je v zadnjih letih izoblikovala zahteva po urejenih protokolih dela vseh služb, tudi socialne. Vsaka psihiatrična bolnišnica, kjer je bila podana ta zahteva, je pripravila svoje dokumente splošnega pomena, standardne operative postopke in obrazce, ki so neke vrste navodila za delo in naloge, ki jih posamezna služba opravlja. Na tem področju bi bilo smiselno doseči dogovor med socialnimi službami v vseh psihiatričnih bolnišnicah ter pripraviti ustrezno dokumentacijo, ki bo zagotavljala varno in uporabniku prijazno obravnavo v času zdravljenja in načrtovanja odpusta, delo bi teklo v skladu s sodobnimi dognanji znanosti socialnega dela.

Dopolnitev in uporaba ustrezne terminologije

- Socialne delavke se pri načrtovanju odpusta in sploh pri svojem delu srečujejo s pomanjkljivo in pogosto neustrezno terminologijo. Kljub uporabi jezika socialnega dela se v zdravstvu srečajo z zadrego pri pisanju poročil, zapisnikov in druge dokumentacije. Smiselno bi bil razmislek o dopolnitvi terminologije s področja socialnega dela v zdravstvu, ki bi opredeljevala delo v zdravstvu, hkrati pa striktno ostajala v polju jezika socialnega dela (na primer pacient – uporabnik, imeti terapijo – imeti pogovor, sodelovati, soustvarjati rešitve). Predlagam, da se na področju načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice ali vsake druge ustanove v skupnost uvede termin »brezšivna skrb«, ki je sicer že v uporabi v nekaterih profesijah (na primer v farmaciji). Na področju socialnega dela bi to pomenilo zagotavljanje kontinuirane obravnave uporabnika po končanem zdravljenju ali bivanju v določenih namestitvah, do vključitve oziroma začetka sodelovanja z ustreznimi službami v skupnosti. Pri tem je ključna oseba »koordinatorka odpusta«, ki bi vodila in koordinirala primer od sprejema, med celotno

hospitalizacijo oziroma bivanjem, do končevanja zdravljenja oziroma bivanja do popolne integracije v skupnost.

Promocija socialnega dela v zdravstvu

- Treba je intenzivirati razprave o pomenu in vlogi promocije socialnega dela v zdravstvu, tako na ravni politične strategije kot tudi uporabe in interpretacij znotraj različnih strok ter širše javnosti. Večji poudarek bi bilo treba nameniti tudi opismenjevanje javnosti na področju duševnega zdravja, ki ne bo zajemalo le medicinske perspektive, pač pa tudi področje socialnega dela, ki se zaveda vpliva okoljskih dejavnikov na posameznika.
- Nujna je aktivnejša vključenost socialnih delavk na področju duševnega zdravja v strokovne in politične razprave, kjer bodo s svojimi izkušnjami in strokovnim znanjem pomembno prispevale k spremembam na področju duševnega zdravja tako za uporabnike kot tudi za samo stroko socialnega dela v zdravstvu. Z ustrezno podporo na vseh ravneh lahko veliko prispevajo k spremembam na področju služb duševnega zdravja.

Dokončna ureditev standardov in normativov za socialno delo v zdravstvu

- Nujna je dokončna ureditev standardov in normativov na področju socialnega dela v zdravstvu na vseh ravneh – primarni, sekundarni in terciarni (Socialna zbornica, 2021). Z urejenimi standardi in normativi bi bile naloge socialne delavke in kadrovske potrebe natančno opredeljene. Dejavnosti na posamezni ravni zdravstva so sicer določene v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (1992).
- Raziskava je pokazala, da tako socialne delavke kot tudi uporabniki razloge v primeru neučinkovitosti in nezavzetosti socialnih delavk vidijo v njihovi preobremenjenosti, predvsem z velikim številom uporabnikov, s katerimi sodelujejo. Stiska izhaja iz pomanjkanja števila zaposlenih socialnih delavk v psihiatričnih bolnišnicah, zato bi bila dodatna zaposlovanja nujna. Standardi in normativi, ki so v zadnji fazi na Ministrstvu za zdravje, predvidevajo več zaposlitev socialnih delavk na področju zdravstva, eno na dvajset bolniških postelj oziroma na en zdravstveni tim. Naloga stroke in vseh odgovornih je prikazati relevantne podatke odločevalcem ter jim jasno prikazati prispevek socialne službe pri učinkovitem načrtovanju odpusta in posledično zmanjševanju stroškov zaradi krajših hospitalizacij in manjšem številu rehospitalizacij (cost benefit). To je še posebej aktualna tema v zadnjem času, zato bi bilo k sodelovanju na tem področju nujno treba povabiti tako strokovnjake s področja socialnega dela kot tudi s področja ekonomije.

Več strokovne literature s področja socialnega dela v zdravstvu

- V Sloveniji je v zadnjih dvajsetih letih izšlo v reviji Socialno delo več člankov na temo socialnega dela v zdravstvu, leta 2012 je bila temu področju posvečena cela številka (Socialno delo, 51 (1–3)). S področja načrtovanja odpusta iz bolnišnice literature praktično ni, vendar lahko v generičnih metodah socialnega dela najdemo dobre podlage za delo v psihiatrični bolnišnici. S področja načrtovanja odpusta, ki je ključna naloga socialnih delavk v psihiatričnih bolnišnicah, v tem trenutku praktično ni mogoče dobiti nobene literature v slovenskem jeziku, v angleškem pa samo v posameznih omembah. Prav tako bi svoje znanje in večletne izkušnje v avtorskih strokovnih člankih lahko ponudile na tem področju zaposlene socialne delavke.

Preseganje etičnih dilem

- Socialne delavke se pri načrtovanju odpusta vsakodnevno srečujejo s širokim spektrom etičnih dilem. Najučinkovitejši način razreševanja je že omenjena supervizija in intervizija. Za preseganje etičnih dilem se je smiselno nenehno izobraževati in nadgrajevati svoje znanje. Etične dileme se lahko presežejo z zadostnim informiranjem uporabnikov glede njihovih možnosti izbire, z zagotovitvijo zadostnega časa za sprejetje pomembnih odločitev in s spoštovanjem odločitev uporabnika v procesu načrtovanja odpusta. Navsezadnje pa se socialna delavka na področju psihiatrije lahko znajde v situaciji, ko s katerim od uporabnikov ne zmore sodelovati. V tem primeru vodenje primera prevzame sodelavka.

Uvedba supervizije na področje socialnega dela v zdravstvu

- Raziskava je pokazala, da je socialno delo v zdravstvu in s tem tudi v psihiatrični bolnišnici eno najbolj vsestransko zahtevnih področij dela. Ob tem so zaposleni izrazili potrebo po superviziji, ki bi pomenila ključno podporo socialnim delavkam pri izzivih, ki jih prinaša delo v psihiatriji. Možnost vključitve v supervizijo imajo za zdaj le redke posameznice. Ob tem je potrebna previdnost, saj ni vseeno, na kakšen način se supervizija izvaja ter kdo je vanjo vključen. Posebna mera previdnosti je potrebna v bolnišničnih okoljih, kjer je še vedno hierarhična ureditev izrazitejša, saj obstaja nevarnost, da socialna delavka o svojih stiskah ne bo zmogla odkrito in sproščeno spregovoriti. Da bi se temu izognili in zaradi potrebe po vključenosti socialnih delavk v zdravstvu v supervizijo, bi bilo smiselno njeno ciklično organiziranje za vse zaposlene socialne delavke v zdravstvu, ne glede na to, v kateri ustanovi so zaposlena, seveda ob izpolnjenih zahtevanih pogojih (število udeleženih, prostor in drugo). Na ta način bi socialne delavke o svojih stiskah, težavah in etičnih dilemah, s katerimi se soočajo pri

svojem delu, lažje spregovorile, saj bi bile znotraj svoje strokovne skupine bolj sproščene in razumljene. Znotraj delovne organizacije sicer že potekajo neformalne oblike intervizije, v katerih se najpogosteje srečujejo strokovnjaki, ki delajo na istem področju dejavnosti in jo je zato mogoče preprosto in hitro organizirati, na njih pa imajo socialne delavke možnost razčleniti določena vprašanja, dileme, stiske.

Predlogi za nadaljnja raziskovanja in razvoj področja socialnega dela v zdravstvu in ožje, socialnega dela v psihiatriji

- V nadaljevanju bi bile smiselne in potrebne dodatne empirične raziskave o učinkovitem načrtovanju odpusta. Veljalo bi preveriti, katere aktivnosti so bile uspešne pri preprečevanju rehospitalizacij ter so prispevale k uspešnemu okrevanju in reintegraciji v skupnost.
- Smiselno bi bilo opraviti primerjalno analizo glede na uporabnike, ki so »težji« v smislu zagotovitve dobrih izidov v skupnosti, in tiste, kjer gre lažje.
- Raziskavo, s katero sem raziskovala načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice, bi bilo smiselno nadgraditi s študijo o tem, kakšno je sodelovanje med službami v psihiatrični bolnišnici in službami v skupnosti.
- Smiselno bi bilo opraviti raziskavo, kakšen vpliv (če sploh) ima načrtovanje odpusta v času zdravljenja na kakovost življenja uporabnika po vrnitvi v skupnost, česar z načinom zasnove in izvedbe disertacije ni bilo mogoče ugotoviti, predvsem zaradi pomanjkanja povratnih informacij.
- Zanimiva bi bila raziskava, koliko strokovnjaki drugih poklicev (predvsem zdravstvenih) zaznavajo potrebo po znanjih s področja socialnega dela in kako, če sploh, ta primanjkljaj obravnavajo v svoji organizaciji ali stroki.
- Prispevek k teoriji bi bila raziskava, ki bi se osredotočila na vlogo konceptov krepitve moči in okrevanja, ki sta bila v tej raziskavi prepoznana kot ključna koncepta pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice.

7. LITERATURA

- Adam, B. & Petrakis, M. (2020). *Ethics, Values and Recovery in Mental Health Social Work Practice. Mental Health and Social Work*. Pridobljeno 15. 4. 2020 z https://www.researchgate.net/publication/338496771_Ethics_Values_and_Recovery_in_Mental_Health_Social_Work_Practice/link/5e1bc86b4585159aa4cb56ef/download
- Adams, R., Dominelli, L. & Payne, M. (edited by). (2002). *Critical Practice in Social Work*. 2nd ed. Basingstoke, United Kingdom: Palgrave MacMillan.
- Adnanes, M., Cresswell-Smith, J., Melby, L., Westerlund, H., Šprah, L., Sfetcu, R., Strassmayr, C. & Donisi, V. (2020). Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. *Patient Education and Counseling*, 103(5). Pridobljeno 5. 5. 2020 s [sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399119305452](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399119305452)
- Ahmedani, B. K. (2011). Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 8(2). Pridobljeno 10. 7. 2017 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248273/>
- Aldrige, J. & Becker, S. (2003). *Children Caring for Parents with Mental Illness: Perspectives of young carers, parents and professionals*. Bristol: The Policy Press.
- Alghzawi, H. M. (2012). *Psychiatric Discharge Process*. Pridobljeno 10. 3. 2018 s <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/638943/>
- Allen, R. (2014). *The Role of the Social Worker in Adult Mental Health Services*. Pridobljeno 21. 8. 2017 s [https://www.basw.co.uk/resources/tcsw/Roles %20and %20Functions %20of %20Mental %20Health %20Social %20Workers %202014.pdf](https://www.basw.co.uk/resources/tcsw/Roles%20and%20Functions%20of%20Mental%20Health%20Social%20Workers%202014.pdf)
- Amado, A. N. & Mc Bride, M. (2001). *Increasing Person-Centered Thinking: Improving the Quality of Person-Centered Planning: A Manual for Person-Centered Planning Facilitators* (pdf). Pridobljeno 10. 4. 2018 s <https://rtc.umn.edu/docs/pcpmanual1.pdf>
- American Accreditation Commission International (2017). AACI International Accreditation Standard. Pridobljeno 10. 1. 2023 s <https://aacihealthcare.com/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (fifth edition). Washington, DC London, England: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, R. A. (2006). *Social Marketing in the 21st century*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Anthony, W. & Furlong-Norman, K. (2011). *Readings in Psychiatric rehabilitation and recovery*. Easton University Center for Psychiatric Rehabilitation. Pridobljeno 6. 7. 2020 s <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/Preview-Readings-in-Psychiatric-Rehabilitation-and-Recovery.pdf>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4): 11–23. Pridobljeno 11. 8. 2020 s <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/anthony1993c.pdf>
- Armstrong, N. & Bayar, L. (2021). *Power and Its Surprises: Locating and Dis-locating Asymmetries in Mental Healthcare* (Video). 19.–23. 4. Pridobljeno 14. 3. 2023 s <https://www.youtube.com/watch?v=xjgiolFlbm0>
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation, *Journal of the American Planning Association*, 35(4). Pridobljeno 18. 9. 2022 s [file:///C:/Users/andreja/Downloads/Arnstein%20ladder%201969%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/andreja/Downloads/Arnstein%20ladder%201969%20(4).pdf)
- Aronowitz, R. (2001) When do symptoms become a disease? *Annals of Internal Medicine*, 134(9), 803–8. Pridobljeno 2. 6. 2021 s <https://www.coursehero.com/file/37699980/Aronowitz>
- Aston University, University of Leeds, University of Glasgow. (b. d.). *Team Working and Effectiveness in Health Care*. Pridobljeno 25. 1. 2017 s <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-glossy-brochure.pdf>
- Auerbach, C., Mason, S. E. & Heft LaPorte, H. (2007). Evidence that Supports the Value of Social Work in Hospitals. *Soc Work Health Care*, 44(4). Pridobljeno 15. 1. 2020 s https://www.researchgate.net/publication/6036806_Evidence_that_Supports_the_Value_of_Social_Work_in_Hospitals
- Aviram, U. (2002). The Changing Role of the Social Worker in the Mental Health System. *Social Work in health Care*, 35(1/2) Pridobljeno 16. 6. 2020 s https://www.researchgate.net/publication/11092563_The_Changing_Role_of_the_Social_Worker_in_the_Mental_Health_System
- Baguley, I., Alexander, J., Middleton, H. & Hope, R. (2007). New ways of working in acute inpatient care: a case for change. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 2(2). Pridobljeno 2. 9. 2021 s https://www.academia.edu/1448472/New_ways_of ...
- Baines, D. (2011). *An Overview of Anti-Oppressive Practice*. Pridobljeno 5. 4. 2018 s https://www.uvic.ca/hsd/socialwork/assets/docs/2013_%20bswapplications/Chapter_%201%20-%20An%20Overview%20of%20Anti-Oppressive%20Practice_Final.pdf

- Ballal, D., Navaneetham, J. & Chandra, P. S. (2019). Children of Parents with Mental Illness: The Need for Family Focussed Interventions in India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(3). Pridobljeno 6. 11. 2019 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31142923>
- Banks, S., Sobočan, A. & Wulfekühler, H. (2011). Etične dileme ali koga zanima. *Socialno delo*, 50(3, 4), 263–268.
- Banks, S. & Gallagher, A. (2009). *Ethics in professional life: virtues for health and social care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Becker, T.E., Howard, E.A. & Moran, G.M. (2007). The Role of Effective Discharge Planning in Preventing Homelessness. *The Journal of Primary Prevention*, 28: 229–243. Pridobljeno 1. 9. 2020 s <https://link.springer.com/article/10.1007/s10935-007-0095-7>
- Beckett, C. & Maynard, A. (2013). *Values and ethics in social work*. 2nd ed. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage Publications.
- Beder, J. (2006). *Hospital Social Work: The Interface of Medicine and Caring*. New York, London: Routledge.
- Benson, I. (b. d.). “By role modelling co-production, by working truly together, building trusting relationships with people who provide our care, we can enable change together ... I am living proof that co-production changes lives”. Pridobljeno 9. 6. 2020 s https://improvement.nhs.uk/documents/3450/NHS_Mental_Health_Improvement_Chapter_1.pdf
- Beresford, P. (2016). The role of survivor knowledge in creating alternatives to psychiatry. V J. Russo & A. Sweeney (ur.), *Searching for a Rose Garden. Challenging psychiatry, fostering mad studies* (25–35). Manchester: Pccs Books.
- Bezjak, S. (ur.) (2022). *O skupnosti in dezinstitutionalizaciji onkraj obstoječih vrtov in vrtičkov*. Trate muzej norosti.
- Bogataj Derlink, L. (ur.) (2018). *60 let »bolnišnice na griču«*. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6). Pridobljeno 17. 6. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/>
- Boškić, R. (2003). Vključevanje uporabnikov v oblikovanje in izvajanje storitev, *Družboslovne razprave*, XIX(42), 109–122.
- Bradshaw, J. (1972) Taxonomy of social need. V: G. McLachlan, Gordon (ur.), *Problems and progress in medical care: essays on current research* (71–82). London: Oxford University

- Press, pp. 71–82. Pridobljeno 11. 11. 2021 s
<https://eprints.whiterose.ac.uk/118357/1/bradshaw...> · Datoteka PDF
- Brandon, D. (1988). *Pet načel normalizacije*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Brandon, D. & Brandon A. (1992). *Praktični priročnik za osebe v službah za ljudi s posebnimi potrebami*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Brandon, D. & Brandon, A. (1994). *Jin in jang psihosocialne skrbi*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- British Association of Social Workers. (2019). Social Workers and a new Mental health Act. Final Report. Pridobljeno 15. 9. 2020 s
[https://www.basw.co.uk/system/files/resources/Inquiry %20Report %20- %20APPG %20on %20Social %20Work %20- %20Social %20Workers %20and %20A %20New %20Mental %20Health %20Act..pdf](https://www.basw.co.uk/system/files/resources/Inquiry%20Report%20-%20APPG%20on%20Social%20Work%20-%20Social%20Workers%20and%20A%20New%20Mental%20Health%20Act..pdf)
- Campbell, P. (1996). *Kako začeti*. Maribor: Ozara.
- Canadian Association of Social Workers (b. d.). *The Role of social work in mental health*. Pridobljeno 15. 3. 2020 s <https://www.casw-acts.ca/en/role-social-work-mental-health>
- Canadian Mental Health Association. (b. d.). *Recovery*. Pridobljeno 31. 1. 2017 s
<https://toronto.cmha.ca/mental-health-2/your-mental-health/recovery/>
- Carpenter, J. (2002). Mental Health Recovery Paradigm: Implications for Social Work, *Health Social Work*, 27(2). Pridobljeno 7. 4. 2020 s
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12079172>
- Castillo, H., Ramon, S & Morant, N. (2013). A recovery journey for people with personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(3), 264–73. Pridobljeno 10. 9. 2022 s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23481142/>
- Chaikovska, A. B. & Hlavatska, O. L. (2019). Ecological approach in professional preparation of specialists from social work. *Pedagogical almanac*, 41, 261–266. Pridobljeno 11. 11. 2021 s <http://dspace.tnpu.edu.ua/handle/123456789/13393>
- Christmas, D.M.B. & Sweeney, A. (2016). Service user, patient, survivor or client . . . has the time come to return to ‘patient’? *The British Journal of Psychiatry*, 209. Pridobljeno 10. 2. 2021 s
[core/content/view/979C1ADBDC2B525DE23BF7FC0F4AFF42/S0007125000244279a.pdf/div-class-title-service-user-patient-survivor-or-client-has-the-time-come-to-return-Coppock](https://core.content/view/979C1ADBDC2B525DE23BF7FC0F4AFF42/S0007125000244279a.pdf/div-class-title-service-user-patient-survivor-or-client-has-the-time-come-to-return-Coppock)

- Coppock, V. & Dunn, B. (2009). *Understanding mental Health and mental distress*. Pridobljeno 10. 7. 2017 s https://us.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/30675_02_Coppock_%26_Dunn_Ch_01.pdf
- Corcoran, J. & Walsh, J. (2006). *Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Cree, E. V. (ur.). (2013). *Becoming a Social Worker, Global Narratives*. 2nd ed. Abingdon: Routledge.
- Cutts, J. (2019). Herbert Marcuse and »False Needs«, *Social Theory and Practice*, 45(3). Pridobljeno 12. 6. 2022 s <https://www.jstor.org/stable/45237362>
- Čačinovič Vogrinčič (2008). Zapisovanje v delovnem odnosu. Zapisovanje delovnega odnosa in izvirnega delovnega projekta pomoči. V M. Postrak & M. Urek (ur.), *Zapisovati socialno delo* (27–39). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2000). Vzpostavitev in ohranjanje svetovalnega odnosa: postmoderno v terapiji in svetovanju. *Psihološka obzorja*, 9(2), 81–86.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2006). *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2010). Soustvarjanje pomoči v jeziku socialnega dela. *Socialno delo*, 49(4), 239–245.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2011). Star človek z demenco in njegova družina. V J. Mali & V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca – izziv za socialno delo* (str. 51–62). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2016). Socialno delo z družino: soustvarjanje procesov podpore in pomoči. V T. Kodele & N. Mešl, (ur.), *Družine s številnimi izzivi: soustvarjanje pomoči v skupnosti* (21–40). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Čačinovič Vogrinčič, G., Milošević Arnold, V., Postrak, M., Stefanoski, P. & Urek, M. (2008). *Zapisovati socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Čepulionyte, D. & Dunajevs, E. (2016). The Value Contradictions in social Work. *The Journal of Social Work Values and Ethics*, 13(2). Pridobljeno 3. 1. 2020 s <https://jswve.org/download/2016-2/articles/12-Value-contradictions-in-social-work-Fall-2016-Vol-13-No-2.pdf>
- Černivec, D. (2015). Samoocena usposobljenosti študentk in študentov Fakultete za socialno delo. *Socialno delo*, 54(3–4), 221–232.
- Davidson, L., Shahar, G., Staeheli Lawless, M., Sells, D. & Tondora, J. (2006). Play, Pleasure, and Other Positive Life Events: “Non–Specific” Factors in Recovery from Mental Illness? *Psychiatry Interpersonal & Biological Process*, 69(2). Pridobljeno 10. 1. 2020 s

- https://www.researchgate.net/publication/6963227_Play_Pleasure_and_Other_Positive_Life_Events_Non-Specific_Factors_in_Recovery_from_Mental_Illness
- Deane, L. (2011). Service User Participation: Contemporary Issues and Obstacles for the National Service Users Executive and Service User Participation. *Critical Social Thinking: Policy and Practice*, Vol. 3, 2011. Pridobljeno 14. 6. 2020 s <https://www.ucc.ie/en/media/academic/appliedsocial>.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3). Pridobljeno 1. 6. 2020 s <https://toronto.cmha.ca/wp-content/uploads/2016/07/Deegan1996-Recovery-Journey-of-the-Heart1.pdf>
- Deegan, P. (2001). *Recovery as a Self-Directed Process of Healing and transformation*. Pridobljeno 6. 1. 2020 s http://d20wqiiibvy9b23.cloudfront.net/resources/resources/000/000/615/original/Deegan_Recovery_as_a_Self_Directed_Process.pdf?1468370243
- Dekleva, B. (2015). Pojavnost slišanja glasov in odnos slušalcev do njih, *Kairos*, 9(4), 43–67.
- Dekleva, B. & Škraban, J. (ur.) (2019). *Svet, ki se sliši, razvoj in izvajanje podpornih skupin za slišanje glasov*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Dernovšek, M. Z. & Šprah, L. (2017). *Primerjalna raziskava učinkovitosti psihiatričnih bolnišničnih sprejemov s pomočjo metode povezovanja podatkov med velikimi administrativnimi podatkovnimi zbirkami (CEPHOS-LINK)*. Pridobljeno 10. 4. 2018 s <https://thl.fi/documents/189940/2732416/9+SLOVENIA+POLICY+BRIEF.pdf/b1af95df-d962-4e94-9e7f-a45a4f58c04f>
- Dernovšek, M. Z., Vogrinec Švigelj, B. & Čeh, M. (2022). Pismenost o duševnem zdravju in psihoterapija. *Revija ISIS*, 6. Pridobljeno 14. 1. 2023 s <https://www.omra.si/media/2164/isis-junij-2022.pdf>
- Dhooper, S. S. (2012). *Social Work in Health Care, Its Past and Future*, Sage Publications.
- Diana, D. P. (2010). *Marketing for the Mental Health Professional. An Innovative Guide for Practitioners*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Domajnko, B. (2014). Vidik uporabnikov zdravstvenega varstva – sociološki pogled. V M. Pahor, (ur.), *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih* (42–58). Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta.
- Dominelli, L. (2002). *Anti-oppressive social work theory and practice*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire, New York: Palgrave Macmillan.
- Dover, M. A. (2009). *Putting Social Justice Back Into Social Work*. Pridobljeno 13. 3. 2018 s <http://www-personal.umich.edu/~mdover/website/Social%20Welfare%20Policy>

%20Main %20Folder/Bringing %20Social %20Justice %20Back %20into %20social
%20work %20latest.pdf

- Dover, M. A. (2016). Human Needs: Overview. *Encyclopedia of Social Work*. Pridobljeno 13. 3. 2018 s <http://socialwork.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-554>
- Doyal, L. & Gough, I. (1991). *A theory of human need*. Houndmills, Basingstoke, Hamshire: Palgrave MacMilan.
- Dragoš, S. (1997). Socialno delo in terminologija. *Socialno delo*, 36(4). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Dragoš, S., Leskošek, V., Petrovič Erlah, P., Škerjanc, J. & Žnidarec Demšar, S. (2008). *Krepitev moči*. Ljubljana: fakulteta za socialno delo.
- Društvo slišanje glasov. (b. d.). Slišanje glasov. Pridobljeno 11. 3. 2023 s <https://www.slisanjeglsov.si/index.html>
- Društvo socialnih delavk in delavcev Slovenije. (2021). *Kodeks etike socialnih delavcev in delavk Slovenije*. Pridobljeno 26. 12. 2021 s <https://dsdds.splet.arnes.si/files/2021/03/Kodeks>
- Dudley, J. R. (2011). *Research methods for social work: being producers and consumers of research*. Boston: Allyn & Bacon.
- Eisenberg, L. (1980). What makes Persons »Patients« and Patients »Well«? *The American Journal of Medicine*, 69(2). Pridobljeno 15. 9. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7405948>
- Ekim, A. & Ocakci, A. F. (2015). Efficacy of a Transition Theory-based Discharge Planning Program for Childhood Asthma management. *International Joutnal of Nursing knowledge*, 27(2). Pridobljeno 11. 12. 2022 s <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12077>
- Epstein, M. H, Rudolph, S. & Epstein, A. A. (2000). Using strength-based assessment in transition planning. *Teaching Exceptional Children*, 32(6): 50–54. Pridobljeno 13. 2. 2017 s <https://www.researchgate.net/publication/234649363>
- Eržen, I. (2012). Socialno delo v zdravstveni dejavnosti. *Socialno delo*, 51(1–3), 15–26.
- European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Pridobljeno 12. 6. 2023 s <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2017/07/guidelines-final-english.pdf>

- Evropska konferenca. (2008). *Evropski pakt za duševno zdravje*.
- Evropski parlament. (2009). *Resolucija za duševno zdravje*.
- Fakulteta za socialno delo (2017). Učni načrti. Pridobljeno 10. 1. 2018 s https://www.fsd.uni-lj.si/izobrazevanje/dodiplomski-studij/ucni_nacrti/program_1%20_stopnje/
- Fakulteta za socialno delo (2023). Učni načrti. Pridobljeno 23. 2. 2023 s https://www.fsd.uni-lj.si/izobrazevanje/dodiplomski-studij/ucni_nacrti/program_1%20_stopnje/
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, 6(2), 68–74.
- Faulkner, A. (2016). Dilemmas of identity and power. V J. Russo & A. Sweeney (ur.), *Searching for a Rose Garden. Challenging psychiatry, fostering mad studies (192–201)*. Manchester: Pccs Books.
- Filipovič Hrast, M. & Raker, T. (2018). *Socialna politika danes in jutri*. Ljubljana: Založba FDV.
- Flaker, V. (1993). Advocatus diaboli? *Socialno delo*, 32(3–4), 5–10.
- Flaker, V. (1997). Timi kot način interdisciplinarnega sodelovanja, *Socialno delo*, 36(1), 3–12.
- Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti, vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana:*cf.
- Flaker, V. (2003). *Oris metod socialnega dela; uvod v katalog nalog centrov za socialno delo*. Ljubljana: FSD, Skupnost CSD Slovenije.
- Flaker, V. (2007). Znanost za delo. Hvalnica manjši stroki. Pridobljeno 16. 8. 2021 s [file:///C:/Users/Grudnik/Downloads/Znanost%20za%20delo%2007%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Grudnik/Downloads/Znanost%20za%20delo%2007%20(4).pdf)
- Flaker, V. (2012). Prostor in socialno delo, *Teorija in praksa*, 49(1), 53–70.
- Flaker, V. (2015). *Prispevki k taksonomiji socialnega dela in varstva, 1. del*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V. (2020). »Postavljanje meja« – strup za socialno delo. Pridobljeno 13. 4. 2022 s <https://vitoflakeragenda.blogspot.com/2020/10/...>
- Flaker, V. (2020a). Corona virus institutionalis – kronski institucionalni virus. *Socialno delo*, 59(4), 307–324.
- Flaker, V. (b. d.). *Znanost za delo. Hvalnica manjši stroki*. Pridobljeno 12. 4. 2020 s <https://www.bing.com/search?q=terminološki+trojček+Vito+Flaker&cvid=f308e6edf35d47d58971a4ae04612126&aqs=edge..69i57.9047j0j1&pglt=43&FORM=ANNTA1&PC=U531>
- Flaker, V. & Urek, U. (1988). *Hrastovski anali za leto 1987*. Ljubljana: Društvo »Odbor za družbeno zaščito norosti«.

- Flaker, V., Cigoj-Kuzma, N., Grebenc, V., Kranjc, B., Pirnat, T., Smole, A., Urek, M., Videmšek, P. & Žnidarec Demšar, S. (2007). *Krepitev moči v teoriji in praksi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Mali, J. Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J. & Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A. & Udovič, N. (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: Ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V. & Grebenc, V. (2011). Ocena tveganja kot metoda načrtovanja neodvisnega življenja ljudi z demenco. V J. Mali & V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca – izziv za socialno delo* (str. 73–90). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Mali, J., Rafaelič, A. & Ratajc, S. (2013). *Osebnostno načrtovanje in izvajanje storitev*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Ficko, K., Grebenc, V., Mali, J., Nagode, M. & Rafaelič, A. (2019). *Hitra ocena potreb in storitev*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Fox, J., Ramon, S. & Morant, N. (2015). Exploring the Meaning of Recovery for Carers: Implications for Social Work Practice. *British Journal of Social Work*, 45(1). Pridobljeno 10. 3. 2022 s <https://www.jstor.org/stable/43771811?typeAccessWorkflow=login>
- Foucault, M. (1998). *Zgodovina norost v času klasicizma*. Ljubljana: *cf.
- Freire, P. (2005). *Pedagogy of the Oppressed*. Pridobljeno 10. 3. 2017 s <https://envs.ucsc.edu/internships/internship-readings/freire-pedagogy-of-the-oppressed.pdf>
- Fran. (2022). Slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU. Pridobljeno 19. 12. 2022 z www.fran.si
- Francis, A. (2013). »I get up, because I know I can go to my group today«: Examining the Healing Power of relationship in Support Groups. *International Journal of Social Work and Human services Practice*, 1(1). Pridobljeno 5. 10. 2021 s <https://researchonline.jcu.edu.au/29908/1/29908>
- Francis, A. (2014). Strenght-based Assessment and Recovery in Mental Health: Reflections from Practice. *International Journal of Social Work and Human Services Practice*, 2(6), 264–271. Pridobljeno 10. 8. 2020 s <https://researchonline.jcu.edu.au/37555/1/37555%20Francis%202014.pdf>
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Pub.Co.
- GNU PSPP Team. (2019). *PSPP Users' Guide: GNU PSPP Statistical Analysis Software Release 1.4.1*, 2019 Free Software Foundation, Inc.

- Goffman, E. (2008). *Stigma. Zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.
- Goffman, E. (2019). *Azili: eseji o socialni situaciji duševnih bolnikov in drugih zaprtih varovancev*. Ljubljana: Cf.
- Golightley, M. (2006). *Social Work and Mental Health*, 2nd ed. Exeter, United Kingdom: Sage Publications.
- Gough, I. (2000). *Global Capital, Human Needs and Social Policies*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave.
- Gough, I. (2017). *Heat, Greed and Human Need: Climate Change, Capitalism and Sustainable Wellbeing*. Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA: Edward Elgar Publishing.
- Gowda, M., Gajera, G., Srinivasa, P. & Ameen, S. (2019). Discharge planning and Mental Healthcare Act 2017. *Indian J Psychiatry*, 61(4). Pridobljeno 14. 4. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6482710>
- Grebenc, V. (2005). *Ocena potreb in raziskovanje lokalnih vednosti kot izhodišče v socialnem delu* (Doktorska disertacija). Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.
- Grebenc, V. (2012). Uporabnost evropskih smernic PROMISE za izobraževanje v socialnem delu. *Socialno delo*, 51(5), 301–315.
- Grebenc, V. (2014). Understanding the needs of older people: shifting toward more community based responses. *Revija za socialnu politiku*, 21(2), 133–160.
- Grebenc, V. (2021). *Chapter title: Contextual needs assessment in social work*. Neobjavljeno.
- Grebenc, V. (2023). Okrevanje kot nova paradigma celovite obravnave na področju drog. V J Zucchiati & A. Trček (ur.), *Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog 2017–2023*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Grebenc, V. & Šabić, A. (2013). *Ljubljanske zgodbe: biografije navadnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Greene, G. J. & Kulper, T. (1990). Autonomy and Professional Activities of Social Workers in Hospital and Primary Health Care Settings, *Health & Social Work*, 15(1). Pridobljeno 12. 6. 2010 s <https://psycnet.apa.org/record/1990-23775-001>
- Haralambos, M. & Holborn, M. (1999). *Sociologija – teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
- Hardwick, L., Smith, R. & Worsley, A. (ur.) (2016). *Innovations in Social Work research: Using Methods Creatively*. London: Jessica Kingsley Publishers. Pridobljeno 22. 8. 2017 s <http://libgen.io/book/index.php?md5=27A76C0DA09A41CFEB4C308F70B409D5>

- Hardy, F. & Vitale, M. (2012). *National Recovery-Orientated Mental Health Practice and Service Delivery Framework Project*. The Australian Association of Social Workers Queensland Branch. Pridobljeno 1. 2. 2020 s <https://www.aasw.asn.au/document/item/2655>
- Health Information and Quality Authority. (2016). *Supporting people's autonomy: a guidance document*. Pridobljeno 10. 6. 2021 s <https://www.hiqa.ie/.../guide/supporting-peoples-autonomy-guidance-document>
- Heerings, M., van de Bovenkamp, H., Cardol, M. & Bal, R. (2020). Ethical Dilemmas of Participation of Service Users with Serious Mental Illness: A Thematic Synthesis. *Issues mental health Nurs.* 41(4). Pridobljeno 1. 3. 2021 s <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1667459>
- Hickey, P. (2013). Medical Model vs. Psychosocial/Behavioral Model. Pridobljeno 9. 9. 2020 s <https://www.behaviorismandmentalhealth.com/2013/08/...>
- Hlebec, V. & Mrzel, M. (2012). Metodološke dileme in njihove rešitve v raziskovalnem načrtu z zaporedno uporabo kvantitativnih in kvalitativnih metod – model izbire udeležencev. *Teorija in praksa*, 49(2), str. 245–263.
- Horwitz, A.V. (2012). An Overview of Sociological Perspectives on the Definitions, Causes, and Responses to Mental Health and Illness . V *A Handbook for the Study of Mental Health Social Contexts, Theories, and Systems*. Pridobljeno 6. 1. 2022 s <file:///C:/Users/andreja/Downloads/an-overview-of-sociological-perspectives-on-the-definitions-causes-and-responses-to-mental-health-and-illness.pdf>
- Huber, I. (2020). Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih. V I. Huber, U. Lipovec Čebren & S. Pistotnik (ur.), *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih* (str. 41–70). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Huber, I., Lipovec Čebren, U. & Pistotnik, S. (ur.) (2020). *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Humar, M., Podgornik, N., Bejić, V., Berdnik, K., Josić, K., Lenšćak, A. & Vremec, R. (2018). *Trening socialnih veščin za osebe s težavami v duševnem zdravju*. Pridobljeno 12. 12. 2021 s <https://www.fuds.si/wp-content/uploads/2019/08/...> Datoteka PDF.
- Hyde, B., Bowles, W. & Pawar, M. (2014). Challenges of recovery-oriented practice in inpatient mental health settings – The potential for social work leadership. *Asia Pacific Journal of Social Work and development*, 24(1–2, 5–16). Pridobljeno 12. 3. 2020 s [file:///C:/Users/Grudnik/Downloads/Challengesofrecoverypractice%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Grudnik/Downloads/Challengesofrecoverypractice%20(2).pdf)

- Ife, J. (2001). *Human rights and social work: Towards rights based practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ife, J. (2002). *Community Development: Community-Based Alternatives in an Age of Globalisation*. 2nd ed. Frenchs Forest, NSW: Pearson Education Australia.
- Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. (2021). *Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo*. Pridobljeno 10. 12. 2022 s https://di.irssv.si/wp-content/uploads/2022/11/Skupne_evropske_smernice_za_prehod_iz_instit_v_skupnostno_oskrbo_SLO.pdf
- Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo & Fakulteta za socialno delo (2009). *Formalni in strokovni okvirji za uvajanje in izvajanje Zakona o duševnem zdravju*. Pridobljeno 15. 1. 2021 s https://www.fsd.uni-lj.si/mma/formalni_in... Datoteka PDF.
- International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Pridobljeno 4. 5. 2020 s https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf Datoteka PDF.
- Jacob, K. S. (2015). Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 117–119. Pridobljeno 17. 3. 2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418239/>
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482–485. Pridobljeno 10. 11. 2021 s <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.52.4.482> Datoteka PDF
- Jeleč, D. (2008). Izgorevanje socialnih delavcev, zaposlenih v zdravstvu. *Socialno delo*, 47(3–6). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Jennings, M. (2019). *Social Workers and the new Mental Health Act*. British Association of Social Workers. Pridobljeno 11. 10. 2020
- Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. & Roškar, S. (2009). *Duševno zdravje v Slovenij*. Pridobljeno 29. 3. 2018 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/dusevno_zdravje_publikacija.pdf
- Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Roškar, S., Bajt, M. & Kamin, T. (2010). Nekatere značilnosti duševnega zdravja prebivalcev Slovenije. Some Characteristics of Mental Health in the Slovene Population), *Zdravniški vestnik*, 79(7/8).
- Jones, K., Cooper, B. & Ferguson, H. (2008). *Best Practice in Social Work*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Jordan, B. (2016). Individualisation, liberal freedom, and social work in Europe. *Dialogue in praxis. A Social work International Journal*, 1. Pridobljeno 2. 2. 2021 s dialogueinpraxis.net/index.php?id=5&a=article&aid=10
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment, *The Medical Journal of Australia*. Pridobljeno 19. 1. 2023 s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders, *British Journal of Psychiatry*, 177. Pridobljeno 19. 1. 2023 s <https://www.behaviorismandmentalhealth.com/wp-content/uploads/2017/01/Jorm-article-Mental-health-literacy-Public-knowledge-and-beliefs-about-mental-disorders.pdf>
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health, *American Psychologist*, 67. Pridobljeno 29. 3. 2023 s <https://www.semanticscholar.org/paper/Mental-health-literacy%3A-empowering-the-community-to-Jorm/69946b3064897c38d27596d2c4902f431f0dbb67>
- Juren, E., Sobočan, A. M. & Jurček, A. (2022). Pogledi na strokovno identiteto in njeno oblikovanje v času izobraževanja na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani. *Socialno delo*, 61(4), 301–315.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2) No. 2 2009, 278–299. Pridobljeno 15. 6. 2020 s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- Kadushin, G. & Kulys, R. (1993). Discharge planning revisited: What do social workers actually do in discharge planning? *Social work*, 38(6). pridobljeno 10. 10. 2021 s <https://www.jstor.org/stable/23717183?typeAccessWorkflow=login>
- Kamin, T. (2006). *Zdravje na barikadah*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Kapus, A. (2020). *Želje, potrebe in pomoč: Perspektive socialnega dela* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Kecmanović, D. (2012). *Psihijatrija protiv sebe*. Beograd: Imag Clio.
- Kecmanović, D. (2014). *U potrazi za identitetom psihijatrije IV*. Beograd: Imag Clio.
- Kelavić, M. (2007). Potrebe svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju. *Socialna pedagogika*, 11(3), 311–340.

- King-Hill, S. (2015). Critical analysis of Maslow's hierarchy of need. *The STeP Journal: Student Teacher Perspectives*, 2(4). Pridobljeno 1. 4. 2022 s <https://core.ac.uk/download/pdf/82897469.pdf>
- Klančar, K. (2012). "Koncept normalizacije skozi razliko med potrebo in željo." *Socialna pedagogika*, 16(2), 153–174.
- Knežević Hočevar, S. (2022). Izobraževanje o duševnem zdravju v podeželskem okolju. V S. Bezjak (ur.), *O skupnosti in dezinstitutionalizaciji onkraj obstoječih vrtov in vrtičkov* (29–43). Trate: Muzej norosti.
- Kodele, T. & Mešl, N. (ur.) (2016). *Družine s številnimi izzivi: soustvarjanje pomoči v skupnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Komisija Evropskih skupnosti (2005). *Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo*.
- Kordeš, U. & Smrdu, M. (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Korpell, H. S. (1984). *How You Can help: A Guide for Families of Psychiatric Hospital patients*. Washington: Americ Psychiatric press.
- Kourgiantakis, T., Hussain, A., Ashcroft, R., Logan, J., McNeil, S. & Williams, C. C. (2020). Recovery-oriented social work practice in mental health and addictions: a scoping review protocol. Pridobljeno 22. 10. 2020 s <https://bmjopen.bmj.com/content/10/8/e037777>
- Krajnčan, M. (2012). "Dezinstitutionalizacija na področju vzgojnih zavodov." *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250), 116–127.
- Kristulović, G. (2016). Podobe nemoči, pokroviteljstva in družbenega zatiranja ljudi z intelektualnimi ovirami. *Socialno delo*, 55(5–6), 279–288.
- Kunič, L. (ur.) (2011). *Pregled raziskovalnega dela 1969–2010*, Ljubljana: FSD. Pridobljeno 21. 7. 2018 s file:///C:/Users/Grudnik/Downloads/Pregled %20raziskovalnega %20dela %201969-2010.pdf
- Kvaternik, I. & Grebenc, V. (2008). Vrzeli med medicino in socialnim delom: »primer dvojnih diagnoz«. *Socialno delo*, 45(1–2). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Lamovec, T. (1996). Duševno zdravje v skupnosti skozi oči uporabnikov. *Socialno delo*, 36(3), 197–216.
- Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

- Lamovec, T. (2006). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Lapajne, G. (2012). Varovanje pravic oseb s težavami v duševnem zdravju. *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250), 95–105.
- Lawn, S. (2015). Integrating service user participation in mental health care: what will it take? *International Journal of Integrated Care*, 4. Pridobljeno 10. 1. 2021 s https://www.researchgate.net/publication/273469474_Integrating_service_user_participation_in_mental_health_care_What_will_it_take
- Legatt, M. (2002). Families and mental health Workers: the need for partnership. *World Psychiatry*, 1(1). Pridobljeno 16. 11. 2019 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489835/>
- Leon, S. (2013). *Dutch development of the psychiatric culture and the architecture of Willem Arntsz*. Pridobljeno 10. 9. 2021 s <https://www.academia.edu/10184509>
- Lešnik, B. (1998). Spremlna beseda. V M. Foucault, *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Cf.
- Liechty, JM. (2011). Health Literacy: Critical Opportunities for Social Work Leadership in Health care and research, *Health & Social Work*, 36(2). Pridobljeno 16. 11. 2022 s <https://doi.org/10.1093/hsw/36.2.99>
- Lin, C., Cheng, S., Shih, S., Chu, C. & Tjung, J., (2012). Discharge Planning. *International Journal of Gerontology*, 6: 237–240. Pridobljeno 10. 3. 2018 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959812000695#!>
- Lindstrom, B. & Erikson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440–442. Pridobljeno 16. 2. 2020 s <https://jech.bmj.com/content/jech/59/6/440.full.pdf>
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J. C. (2001). The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People with Mental Illness. *Psychiatric Services*. 52(12). Pridobljeno 10. 7. 2020 s <https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2011/03/the-consequences-of-stigma-for-the-self-esteem-of-people-with-mental-illnesses.pdf>
- Lipovec Čebren, U. (2016). *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba*. Ljubljana: NUK. Pridobljeno 10. 1. 2020 s https://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf
- Lipovec Čebren, U. (2019). Antropologija in javno zdravje. *Etnolog*, 29. Pridobljeno 6. 6. 2021 s <https://www.researchgate.net/publication/344518126>

- Long, D., Forsyth, R., Iedema, R. & Carroll, K. (2006). The (im)possibilities of clinical democracy. *Health Sociology review*, 15 (5). Pridobljeno 16. 6. 2021 s https://www.academia.edu/10365607/The_im
- Long, D., Hunter, C.L. & van der Geest, S. (2008). When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. Introduction. *Anthropology & Medicine*, 15(2). Pridobljeno 3. 4. 2021 s https://www.academia.edu/5548503/2008_with_Debbie
- Lukens, J. M. & Solomon, P. (2013). Thinking Through Recovery: Resolving Ethical Challenges and Promoting Social Work Values in Mental Health Services. *Journal of Social Work Values and Ethics*, (10)1. Pridobljeno s [http://jswve.org/download/2013-1/articles\(2\)/61-71-Thinking %20Through %20Recovery.pdf](http://jswve.org/download/2013-1/articles(2)/61-71-Thinking%20Through%20Recovery.pdf)
- Lukens, J.M. & Solomon, P. (2013). Thinking Through Recovery: Resolving Ethical Challenges and Promoting Social Work Values in Mental Health Services, *Journal of Social Work Values and Ethics*, 10(1). Pridobljeno 16. 12. 2022 s <https://www.jswve.org/wp-content/uploads/2013/01/10-010-107-JSWVE-2013.pdf>
- Machado, V., Leonidas, C., Santos, M.A. & Souza, J. (2012). Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. *International Nursing review*, 59(4): 447–457. Pridobljeno 4. 12. 2021 s <https://www.researchgate.net/publication/233326210>
- Mali, J. (2011). Potrebe svojcev oseb z demenco. V J. Mali & V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca – izziv za socialno delo* (str. 37–50). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J.(2011). Socialno delo z osebami z demenco. V J. Mali & V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca – izziv za socialno delo* (str. 37–50). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J. & Grebenc, V. (2021). *Strategije raziskovanja in razvoja dolgotrajne oskrbe starih ljudi v skupnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J. & Milošević Arnold, V. (ur.) (2011). *Demenca: Izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J., Flaker, J., Urek, M. & Rafaelič, A. (2018). *Inovacije v dolgotrajni oskrbi: primer domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mapp, S. C. (2008). *Human rights and social justice in a global perspective. An introduction to international social work*. New York: Oxford University Press.
- Margolin, L. (1997). *Under the Cover of Kindness*: Virginia: University of Virginia Press. Pridobljeno 10. 9. 2021 s <https://handleybaptist.com/reading/under-the-cover-of-kindness>
- Mariscal, S. E. (2014). *The strengths perspective and the strengths model of case management: Enhancing the recovery of people with psychiatric disabilities*. Pridobljeno 17. 4. 2021 s <https://www.researchgate.net/publication/343825422>

- Marušič, A. (2002). Meje med institucionalno in skupnostno psihiatrijo. J. Romih & A. Žmitek (ur.), Meje psihiatrije. Pridobljeno 20. 2. 2020 s <https://www.pb-begunje.si/gradiva/Marusic135143775462.pdf>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), Pridobljeno 13.12.2021 s <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
- Mayer, J. (2002). *Ustvarjalnost v managementu. Management v neprofitnih organizacijah*. študijsko gradivo pri predmetu Ustvarjalnost v managementu. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- McDaid, S. & Ni Bhera, A. (2017). *The Advocacy Needs of Mental Health Service Users Living in the Community: A Pilot Study*. Pridobljeno 15. 6. 2019 s https://www.mentalhealthreform.ie/wp-content/uploads/2017/07/MHR_CANSurvey_2017.pdf
- Mcguire-Snieckus, R., McCabe, R. in Priebe, S. (2003). Patient, client or service user? A survey of patient preferences of dress and address of six mental health professions. *Psychiatric Bulletin*, 27, str. 305–308. Pridobljeno 10. 2. 2021 <https://www.semanticscholar.org/reader/f054147fb8dc2f473af08c9c1fed05d3c78a66f8>
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice (pdf)*. Pridobljeno 12. 3. 2023 s https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mesec, B. & Jurček, A. (2019). Zgodovina in razvoj kompetenc v izobraževanju za socialno delo v Sloveniji. *Socialno delo*, 59(4), 255–273.
- Mesec, B. & Stritih, B. (2015). Razumevanje timskega dela v socialnem varstvu. *Socialno delo*, 54(5), 295–306.
- Mešl, N. (2013). Od razumevanja pojava naučene nemoči k razvijanju odpornosti v socialnem delu. *Socialno delo*, 52(6), 351–360.
- Meyer, L. & Melchert, T. P. (2010). Mental health intake assessments from a biopsychosocial perspective. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5. Pridobljeno 5. 7. 2020 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042810014795>
- Mickan, S. & Rodger, S. (2000). The organisational context for teamwork: Comparing health care and business literature. *Australian health review*, 23(1). Pridobljeno 10. 7. 2021 s

- https://www.researchgate.net/publication/12372473_The_organisational_context_for_teamwork_Comparing_health_care_and_business_liter
- Mickan, S. & Rodger, S. (2005). Effective Health Care Teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions, *Journal of Interprofessional Care* 19(4). Pridobljeno 1. 6. 2023 s https://scele.ui.ac.id/berkas_kolaborasi/konten/MKK_2014genap/6_model.pdf
- Milošević Arnold, V. (2011). Komunikacija z osebami z demenco. V J. Mali & V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca – izziv za socialno delo* (str. 23–36). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Milošević Arnold, V. (2011). Socialnodelovni pogled na demenco. V J. Mali & V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca – izziv za socialno delo* (str. 23–36). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Milošević Arnold, V. & Urh, Š. (ur.) (2009). *Terensko delo: Institucionalni, javni in zasebni prostori socialnega dela*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Milošević Arnold, V., Vodeb Bonač, M., Erzar Metelko, D. & Možina, M. (1999). *Supervizija – znanje za ravnanje*. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije.
- Milošević Arnold, V. & Postrak, M. (2003). *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Študentska založba.
- MIND. (2004). *Mind's Report on Hospital Conditions for Mental Health Patients* [online]. London: MIND. Pridobljeno 2. 2. 2022 z www.mind.org.uk [accessed August 2007]
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2015). *Izhodišča deinstitucionalizacije v Republiki Sloveniji – ločeni operativni povzetek*. Pridobljeno 10. 2. 2018 s http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/sociala/izhodišca_deinstitucionalizacije_maj_slo_povzetek_03.pdf
- Ministrstvo za zdravje. (2020). *Razširjeni strokovni kolegiji*. Pridobljeno 10. 6. 2020 s <https://www.gov.si/drzavni-organi/ministrstva/ministrstvo-za-zdravje/o-ministrstvu/razsirjeni-strokovni-kolegiji/>
- Ministrstvo za zdravje. (2015). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025. Skupaj za družbo zdravja*. Pridobljeno 30. 10. 2017 s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/PPT_13.6._Resolucija/ResNPZV.pdf
- Ministrstvo za zdravje. (2017). *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028*. Pridobljeno 10. 4. 2018 s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/NOVICE/28032018_ReNPZ18-28.pdf

- Ministrstvo za zdravje & Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. (2008). *Navodilo o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter v primerih, ko upravičenec živi doma*. Pridobljeno 10. 2. 2018 s http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/navodilo_odpust_bolnik.pdf
- Ministry of Health New Zealand.(1993). *Guidelines for Discharge Planning for People with Mental Illness*. New Zealand. Pridobljeno 18. 8. 2017 s [http://www.moh.govt.nz/NoteBook/nbbooks.nsf/0/D8A22D87506394174C2565D70018ACF9/\\$file/Discharge %20planning.pdf](http://www.moh.govt.nz/NoteBook/nbbooks.nsf/0/D8A22D87506394174C2565D70018ACF9/$file/Discharge%20planning.pdf)
- Mizrahi, T. & Davis, L. (edited by). (2008). *The encyclopedia of social work*. 20th ed. New York: Oxford University Press and National Association of Social Workers.
- Moineville, M., Jouet, E. & Greacen,T. (2012). Ukrep za destigmatizacijo oseb s težavami z duševnim zdravjem med zaposlitvenimi svetovalci in svetovalkami. *Socialno delo*, 51(5), 347–352.
- Možina, M. (1991). Ob kavici – sistemski in komunikacijski pogled na delo na psihiatričnem oddelku. *Zdravstveni obzornik*, 25, 31–49.
- Mulligan, K. (2003) Recovery movement gains influence in mental health programs. *Psychiatric News*, 38(1). Pridobljeno 19. 6. 2019 s <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/10.1176/pn.38.1.0010>
- Muršič, R. (2022). Odkloni in prikloni na Tratah: k premisleku podružbljanja norosti. V S. Bezjak (ur.), *O skupnosti in dezinstitutionalizaciji onkraj obstoječih vrtov in vrtičkov* (15–27). Trate: Muzej norosti.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2020). Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2019. Pridobljeno 15. 7. 2023 s <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2019/>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021). *Vpliv epidemije covida-19 na duševno zdravje*. Pridobljeno 12. 3. 2022 s <https://nijz.si>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2023). Predstavitvena stran. Pridobljeno 13. 6. 2023 s <https://nijz.si>
- Nancarrow, S. A. & Borthwick, A.M. (2005). ‘Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce’. *Sociology of Health and Illness*, 27(7): 897–919. Pridobljeno 10.2.2021 s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x>
- Narasimhan, M., Allotey, P. & Hardon A. (2019). Self care interventions to advance health and wellbeing: a conceptual framework to inform normative guidance. Pridobljeno 10. 6. 2023 s <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l688>

- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. Pridobljeno 16. 3. 2019 s <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/resources/transition-between-inpatient-mental-health-settings-and-community-or-care-home-settings-pdf-1837511615941>
- National Alliance on Mental Illness. (2018). Mental Health Crisis Planning. Pridobljeno 1. 10. 2021 s <https://www.healthpartners.com/ucm/groups/public/...> · Datoteka PDF
- National Institute for health and Welfare, Helsinki, Finland. (2017). *CEPHOS-LINK*. Pridobljeno 10. 4. 2018 s <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/projects-and-programmes/comparative-effectiveness-research-on-psychiatric-hospitalisation>
- National Institute for Mental Health in England (2007): *A Positive Outlook. A good practice toolkit to improve discharge from inpatient mental health care*. Pridobljeno s [http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/829/DoH %20- %20CSIP %20Good %20Practice %20Toolkit.PDF](http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/829/DoH+%20-%20CSIP+%20Good+%20Practice+%20Toolkit.PDF)
- Nazar, N. (2020). The ecosystem approach in health social work, *Mental health: Global Challenges Journal*, 4(2). Pridobljeno 6. 3. 2023 s <https://www.mhgcj.org/index.php/MHGCJ/article/view/90/79>
- Nelson, G., Lord, J. & Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of community & applied social psychology*, 11(2), 125–142. Pridobljeno 10. 8. 2020 s file:///C:/Users/Grudnik/Downloads/Empowerment_and_mental_health_in_communi.pdf
- Noorani, T. (2013). Service user involvement, authority and the »expert-by-experience« in mental Health. *Journal of Political Power*, 6(1). Pridobljeno 8. 6. 2020 s [file:///C:/Users/Grudnik/Downloads/2013NooraniMHSUexperientialexpertise%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Grudnik/Downloads/2013NooraniMHSUexperientialexpertise%20(1).pdf)
- Novak Grubič, V. & Tavčar, R. (2010). Problematika duševnega zdravja na sekundarni in terciarni ravni. *Zdravniški vestnik*, 79(7–8), 548–553.
- Okitikpi, T. & Aymer, C. (2010). Key Concepts in Anti-discriminatory Social Work. SAGE Publications Ltd.
- Olsen, M. R. (1994). *Social Work & Mental Health*. London: Routledge.
- OMRA. (2023). Psihiatri in njihovi pacienti: od hierarhije k enakopravnosti. Pridobljeno 15. 6. 2023 s <https://www.omra.si/o-motnjah/stigma-in-iskanje-pomoci/zanimivosti-o-stigmi/odnos-psihiatri-pacienti/>
- Omrani Fard, V., Mehrabi, T. & Fanian, N. (2011). Psychiatric team's experience of working in psychiatric wards. *Iran Journal of nursing and Midwifery Research*, 16(1). Pridobljeno 10. 12. 2019 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203295/>

- Oprešnik, D. (2020). Oskrba starejših prebivalcev in vprašanje integracije v zdravstvu, sociali in skupnosti. V I. Huber, U. Lipovec Čebren & S. Pistotnik (ur.), *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih* (str. 100–119).
- Oregon Association of Hospitals and Health Systems. (2016). *Discharge Planning for Patients Hospitalized for Mental Health Treatment*. Interpretative Guidelines for Oregon Hospitals. Pridobljeno 16. 7. 2020 s <https://www.oahhs.org/assets/documents/files/MHGuidelinesF.pdf>
- Oreški, S. (2008). *Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev* (Doktorska disertacija). Ljubljana: FDV.
- Oreški, S. (2008a). Medijske podobe duševnega zdravja in njihovi učinki na družbene prakse. *Socialno delo*, 47(3/6), 259–267.
- Organizacija združenih narodov. (2015). *Agenda za trajnostni razvoj do leta 2030*.
- Organizacija združenih narodov. (1989). *Konvencija o otrokovih pravicah*.
- Organizacija združenih narodov. (2008). *Konvencija o pravicah invalidov (2008)*. Organizacija združenih narodov. (1989). *Splošna deklaracija človekovih pravic*.
- Orzhekhovska, O. (2013). Holistic concept of health in the British schools: prospects for Ukraine. *Studies in comparative education*, 1(15), 41–48. <http://pps.udpu.edu.ua/article/view/18844>
- Ovsenik M. & Ambrož A. (2000). *Ustvarjalno vodenje poslovnih procesov*. Portorož: Turistica, Visoka šola za turizem.
- Ovsenik, M. & Ambrož, M. (1999). *Neprofitni avtopoietični sistemi*. Škofja Loka: Institut za samorazvoj.
- Pahor, M. (2014). Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. V M. Pahor, (ur.), *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih* (13–40). Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta.
- Pahor, M. (ur) (2014). *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih*. Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta.
- Pahor, M. (1999). Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa*, 36(6), 1014–1026. Pridobljeno 13. 3. 2017 s <https://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-Z38KV0UT>
- Parker, J. & Doel, M. (2013). *Professional Social Work*. London: Sage Publications.
- Payne, M. (1997). *Modern social work theory (2nd ed.)*. London: Macmillan Press Ltd.
- Pirnat, J. (2021). *Motivacijski intervju*. Pridobljeno 10. 2. 2022 s <https://www.zpzr.si/.../10/motivacijski-intervju.pdf> · Datoteka PDF

- Pistotnik, S. (2020). Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje. V I. Huber, U. Lipovec Čebren & S. Pistotnik (ur.), *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih* (str. 71–99).
- Pišljar, M. (2018). Ob 60. obletnici. V L. Bogataj Derlink (ur.), *60 let »bolnišnice na griču«* (str. 11–13). Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.
- Plavček, R. (2020). Misliti prehod – koronavirus in liminalnost (esej). Pridobljeno 20. 1. 2023 s <https://www.disenz.net/misliti-prehod-koronavirus-in-liminalnost/>
- Poštrak, M. (2008). Zapisovati v skladu z načeli socialnega dela. V M. Poštrak & M. Urek (ur.), *Zapisovati socialno delo* (22–26). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Poštrak, M. (2022). *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Poštrak, M. & Urek, M. (ur.). (2008). *Zapisovati socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti.* (2009). Ur. l. RS 49/2009.
- Pravilniku o načinu zagotavljanja sredstev za pripravništvo, sekundariat in specializacije.* (2017). Ur. l. RS 54/2017.
- Pravilnik o opravljanju izpita ter izbiri in vlogi zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja.* (2009). Ur. l. RS, 49/09.
- Pravilnik o pripravništvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti.* (2004). Ur. l. RS 33/2004.
- Prior, L. (1993). *The Social Organization of Mental Illness*. London: Sage Publications.
- Psihiatrična bolnišnica Begunje. (2022). *Predstavitvena stran*. Pridobljeno 10. 1. 2022 s www.pb-begunje.si
- Psihiatrična bolnišnica Idrija. (2020). Letno poročilo socialne službe 2019. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.
- Psihiatrična bolnišnica Idrija. (2021a). Protokoli socialne službe PBI. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.
- Psihiatrična bolnišnica Idrija. (2021b). Letno poročilo socialne službe 2020. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.
- Psihiatrična bolnišnica Idrija. (2022a). *Predstavitvena stran*. Pridobljeno 10. 1. 2022 s <https://pb-idrija.si>
- Psihiatrična bolnišnica Idrija. (2022b). Letno poročilo socialne službe 2021. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.

- Psihiatrična bolnišnica Idrija. (2022c). Kazalnik neakutne obravnave (socialna služba). Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.
- Psihiatrična bolnišnica Idrija. (2023). Letno strokovno poročilo 2022. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.
- Psihiatrična bolnišnica Ormož. (2022). *Predstavitvena stran*. Pridobljeno 10. 1. 2022 s <https://www.pb-ormoz.si>
- Psihiatrična bolnišnica Vojnik. (2022). *Predstavitvena stran*. Pridobljeno 10. 1. 2022 s <https://www.pb-vojniki.si>
- Psihiatrična klinika Ljubljana (2022). *Predstavitvena stran*. Pridobljeno 10. 1. 2022 s <https://www.psih-klinika.si>
- Rafaelič, A. (2015). *Pomen raziskovanja in vključevanja po meri človeka in procesih dezinstytucionalizacije* (Doktorska disertacija). Ljubljana: FSD.
- Rafaelič, A. & Flaker, V. (2021). *Dezinstytucionalizacija I neskončna*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Rafaelič, A. & Flaker, V. (2023). *Dezinstytucionalizacija II*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Rafaelič, A., Ficko, K. & Flaker, V. (2017). Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe v Sloveniji. *Socialna pedagogika*, 21(3–4), 183–210.
- Ramon, S. (2003). Osrednja vloga deinstitucionalizacije v socialnem delu in izobraževanje za socialno delo. *Socialno delo*, 42(4–5), 211–218.
- Ramovš, J. (1995). *Slovenska sociala med včeraj in jutri*. Ljubljana; Inštitut Antona Trstenjaka.
- Rape Žibera, T. (2019). Konceptualizacija timskega dela v socialnem delu v Sloveniji (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Rape Žibera, T. & Kodele, T. (2021). Praksa na Fakulteti za socialno delo v času izrednih razmer. *Socialno delo*, 60(3), 197–200.
- Rapoša Tajnšek, P. (1996). Profesionalna identiteta socialnih delavk in delavcev in ugled socialnega dela v javnosti. *Socialno delo*, 35(5), 445–450.
- Rapp, C. A. & Goscha, R. J. (2012). *The strenght model: a recovery-oriented approach to mental health services*. 3rd ed. New York: Oxford University Press.
- Reamer, F. (1990). *Ethical dilemmas in social service*. 2nd ed. New York: Columbia University Press.
- Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo (2020). Pogled nazaj, pogled naprej: hitra ocena sistema skrbi za duševno zdravje v Sloveniji. Pridobljeno 12. 12. 2022 s

- <https://www.zadusevnozdravje.si/wp-content/uploads/2021/11/SZO-hitra-ocena-sistema-skrbi-za-dusevno-zdravje-v-Sloveniji.pdf>
- Repper, J. & Perkins, R. (ur.) (2003). *Social Inclusion and Recovery. A Model for Mental Health Practice*. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto: Bailliere Tindall.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18-28)*. (2018). *Ur. l. RS*, 24/2018.
- Richmond, M. (1917). *Social Diagnosis* (pdf). Pridobljeno 10. 5. 2020 s file:///C:/Users/Grudnik/Downloads/zlib.pub_social-diagnosis.pdf
- Rizzo, V.M. & Abrams, A. (2000). Utilization review: A powerful social work role in health care settings. *Health and Social Work*, 25(4), 264–269. Pridobljeno 18. 9. 2019 s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11103699>
- Rogers, J. (2012). *Anti Oppressive Social Work Research: Reflections on Power in the Creation of Knowledge*. Pridobljeno 2. 3. 2018 s http://opus.bath.ac.uk/31426/1/Anti_Oppressive_Social_Work_Research.pdf
- Rose, D, Evans, J, Laker, C. & Wykes, T. (2015). Life in acute mental health settings: experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(1). Pridobljeno 1. 4. 2023 s <https://www.semanticscholar.org/paper/Life-in-acute-mental-health-settings%3A-experiences-Rose-Evans/5dc6f031a14b16e55a38a206a369a8fc8fd545>
- Russo, J. (2016). Towards our own framework, or reclaimingmadness part two. V J. Russo & A. Sweeney (ur.), *Searching for a Rose Garden. Challenging psychiatry, fostering mad studies* (59–68). Manchester: Pccs Books.
- Russo, J. & von Peter, S. (2021). Politicising crisis support: learning from autonomous self-organising in Bochum, Germany. *Advances in Mental Health* 20(1). Pridobljeno 10. 6. 2023 s https://www.researchgate.net/publication/356094033_Politicising_crisis_support_learning_from_autonomous_self-organising_in_Bochum_Germany
- Russo, J. & Sweeney, A. (ur.) (2016). *Searching for a Rose Garden. Challenging psychiatry, fostering mad studies*. Manchester: Pccs Books.
- Salleebey, D. (1997). *The Strength Perspective in Social Work Practice*. New York: Longman.
- Saleebey D. (2002). The strengths approach to practice. In: Saleebey D, editor. *The strengths perspective in social work practice*. 3rd ed. Boston, MA: Allyn and Bacon; 2002. p. 80–93.

- Saleebey, D. (2006). *Strengths Perspective in Social Work Practice*, 4/e. Pridobljeno 24. 8. 2019 s http://catalogue.pearsoned.ca/assets/hip/us/hip_us_pearsonhighered/samplechapter/0205408176.pdf
- Sartre, J. P. (1957). *Existentialism and Human Emotions*. New York: Philosophical Library.
- Schlossberg, N. K. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2). Pridobljeno 12. 1. 2023 <https://scihub.se/10.1177/001100008100900202>
- Schlossberg, N. K., Waters, E. B., Goodman, J. (1995). *Counseling adults in transition: Linking practice with theory* (2nd ED.). New York: Springer.
- Schmidt, T. (2003). Stabilizacija/integracija, *Socialno delo* 42(4–5), 311–319.
- Semigina, T. (2018). Why does social work turn green? Bulletin of the Academy of Labor, *Social Relations and Tourism*, 2, 11–27. Pridobljeno 19. 3. 2021 s https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_2_2018.pdf
- Sharkey, P. (1995). *Introducing Community Care*. London: Collins Educational Ltd.
- Shears, J. & Ramon, S. (2012). Vrstniške podporne delavke in delavci. *Socialno delo*, 5(1–3), 103–114.
- Shepard, S., Parkes, J., McClaren, J. & Phillips, C. (2004). *Discharge planning from hospital to home*. Pridobljeno 10. 3. 2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14973952>
- Simmons, P., Hawley, C. J., Gale, T. M. & Sivakumaran, T. (2010). Service user, patient, client, user or survivor: describing recipients of mental health services. *The Psychiatrist*, 34, Pridobljeno 10. 2. 2021 s <https://pdfs.semanticscholar.org/169f/ae9080f6cd7760674cb1ff158a2d23003416.pdf>
- Singer, M. (1994). AIDS and the health crisis of the U. S. urban poor; The perspective of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*. 39 (7). Pridobljeno 7. 7. 2020 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953694902054>
- Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery. Rethink recovery series*, 1. Cambridge: University Press. Pridobljeno 12. 10. 2021 s https://healthsciences.unimelb.edu.au/__data/... · Datoteka PDF
- Sobočan, A. M. (2011). Etika v socialnem delu, *Socialno delo*, 50(3–4), 205–215.
- Sobočan, A. M. (2019). Poklicna identiteta in etika v socialnem delu, *Socialno delo*, 58(3–4), 181–192.

- Sobočan, A. M. (2021). Etične dileme in izzivi humanizma v socialnem delu danes, *Socialno delo*, 60(2), 105–120.
- Socialna zbornica (2021). Sekcija socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti. (2021). Predlog normativov za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti – delovna verzija.
- Socialna zbornica Slovenije. (b. d.). *Sekcija socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti*. Pridobljeno 10. 8. 2019 s <https://www.szslo.si/sekcija-soc-delavcev-v-zdravstvu>
- Sowers, W. E. & Rohland, B. (2004). American Association of Community Psychiatrists principles for managing transitiona in behavioral health services. *Psychiatric Services*, 55(11): 1271–1275. Pridobljeno 1. 6. 2021 s <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/...> · Datoteka PDF
- Starfield, B. (2011). Is Patient – centered care the Same As Person – Focused Care? *Permanente Journal*, 15(2), 63–69. Pridobljeno 10. 3. 2022 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140752>
- Starnino, V. R. (2009). An Integral Approach to Mental Health Recovery: Implications for Social Work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19. Pridobljeno 14. 4. 2018 s <http://www.integralsocialwork.com/wp-content/uploads/starnino.pdf>
- Staub-Berlusconi, S. (2011). Od poklicnega dvojnega do profesionalnega trojnega mandata: znanost in človekove pravice kot temelja strokovnega socialnega dela. *Socialno delo*, 50(3–4), str. 275–276.
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2020). Recovery and Recovery Support. Pridobljeno 29. 7. 2022 s <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>
- Svetovna zdravstvena organizacija. (2005). *Deklaracija in Akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi*.
- Svetovna zdravstvena organizacija. (2013). *Evropski akcijski načrt za duševno zdravje 2013–2020*.
- Šadl, Z. (2002). Emocionalno delo strokovnjakov md skrbjo in stilizirano predstavo. *Socialno delo*, 41(6), 311–315.
- Škerjanc, J. (1995). Proces samoorganiziranja ljudi s posebnimi potrebami. *Socialno delo*, 34(6), 401–408.
- Škerjanc, J. (1996). Zgodba o ekologiji in moči. *Socialno delo*, 35(1), 283–288.
- Škerjanc, J. (2006). *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev*. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.

- Škraban, J. (2020). Kompleksne potrebe in ovire ter vprašanja, izhajajoča iz institucionalnosti oskrbe. V I. Huber, U. Lipovec Čebren & S. Pistotnik (ur.), *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih* (str. 141–157).
- Škraban, J., Pistotnik, S. & Lipovec Čebren, U. (2020). Neenakosti in ranljivosti v zdravju: izhodišča za raziskavo. V I. Huber, U. Lipovec Čebren & S. Pistotnik (ur.), *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih* (str. 11–21). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Šprah, L. & Dernovšek, M. Z. (2017). *Primerjalna raziskava učinkovitosti psihiatričnih bolnišničnih sprejemov s pomočjo metode povezovanja podatkov med velikimi administrativnimi podatkovnimi zbirkami*. Pridobljeno 18. 12. 2019 s https://www.zrc-sazu.si/sites/default/files/3_slovenia_policy_brief.pdf
- Šprah, L., Novak, T. & Dernovšek, M. Z. (2011). *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Tait, L. & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 168–175. Pridobljeno 10. 2. 2020 s https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/B0C178BAE0EB489356DF4C69A5C4E747/S1355514600002169a.pdf/encouraging_user_involvement_in_mental_health_services.pdf
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. London, New Delhi: Thousand Oaks.
- Taussig, M. (1980). Reification and the consciousness of the patient. *Social Science & Medicine*, 14B(1), 3–13. Pridobljeno 17. 5. 2020 s <https://www.semanticscholar.org/paper/Reification>
- Teršek, A. (2009). (Ustavno)pravna odgovornost države in družbe za kakovost duševnega zdravja. *Revus, revija za evropsko ustavnost*, 10, 11–20.
- Teršek, A. (2023). *Razkorak s stroko (psihiatrijo) in kršitev ustavnih pravic posameznika: ob in o Predlogu sprememb Zakona o duševnem zdravju (oktober 2022)* (Blog). Pridobljeno 13. 8. 2023 s <https://andraz-tersek.si/razkorak-s-stroko-psihiatrijo-in-krsitev-ustavnih-pravic-posameznika-ob-in-o-predlogu-sprememb-zakona-o-dusevnem-zdravju-oktober-2022/>
- Tew, J. (ur.) (2005), *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

- The National Association of Social Workers (2023). Clinical Social Work. Pridobljeno 2. 3. 2023 s <https://www.socialworkers.org/>
- The Health Foundation. (2014). *Person – centred care made simple*. Pridobljeno 2. 5. 2018 s <https://www.health.org.uk/sites/health/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>
- Thornicroft, G., Bebbington, P. & Leff, J. (2005). Outcomes for Long-Term Patients One Year After Discharge From a Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 56(11). Pridobljeno 2. 2. 2021 s [thor.qxd \(psychiatryonline.org\)](https://thor.qxd.psychiatryonline.org)
- Thylefors, I., Persson, O. & Hellstrom, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 102–114. Pridobljeno 1. 2. 2020 s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15823885>
- Toresini, L. (2017). Zapiranje in pravice, *Socialna pedagogika*, 21(3/4).
- Turner, V. (1969). *The Ritual Process. The Structure and Anti-Structure*. Pridobljeno 12. 1. 2023 s https://monoskop.org/images/9/90/Turner_Victor_The_Ritual_Process_Structure_and_Anti-Structure.pdf
- Tyler, N., Wright, N. & Waring, J. (2019). Interventions to Improve Discharge from Acute Adult Mental Health Inpatient Care to the Community: Systematic Review and Narrative Synthesis. *BMC Health Services, Research*, 19(1). Pridobljeno 15. 3. 2020 s https://www.researchgate.net/publication/337487135_Interventions_to_improve_discharge_from_acute_adult_mental_health_inpatient_care_to_the_community_Systematic_review_and_narrative_synthesis
- Ule, M. (1993). *Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Sophia.
- Ule, M. (ur). (1999). *Predsodki in diskriminacije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Ule, M. (2000). *Sodobne identitete v vrtincu diskurzov*. Ljubljana: Sophia.
- Ule, M. (2012). Družbeni vidiki zdravja in medicine. *Socialno delo*, 51(1–3): 5–14.
- Ungar, M. (2002). A Deeper, More Social Ecological Social Work Practice, *Social Service Review* 76(3). Pridobljeno 15. 2. 2023 s https://www.researchgate.net/publication/240564785_A_Deeper_More_Social_Ecological_Social_Work_Practice
- Univerzitetni klinični center Maribor – Oddelek za psihiatrijo (2022). *Predstavitvena stran*. 0
- Urek, M. (1988). Kam gre psihiatrija? V V. Flaker & M. Urek (ur), *Hrastovski anali za leto 1987* (39–44). Ljubljana: Društvo »Odbor za družbeno zaščito norosti«.
- Urek, M. (2003). *Priporočnost socialnega dela* (doktorska disertacija). Ljubljana: FDV.

- Urek, M. (2005). *Zgodbe na delu*. Ljubljana: Založba/*cf.
- Urek, M. (2008). Uvod. V M. Poštrak & M. Urek (ur), *Zapisovati socialno delo* (6–22). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Urek, M. (2012). Uvod v zagovorništvo. Pridobljeno 10.1.2021 s <https://www.fsd.uni-lj.si/mma/Uvod/2012122618434...> · Datoteka PDF
- Urek, M. (2012a). *Zapisovanje in dokumentiranje v socialnem delu: k dobri praksi*. Zapiski predavanj. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Urek, M. (2012b). Zdravje med neenakostmi, socialnim delom in participacijo. *Socialno delo*, 51(1–3), 1–4.
- Urek, M. (2017). Unheard voices: researching participation in social work. *European Journal of Social Work*, 20(6), 823–833.
- Urek, M. (2021). The right to "Have a say" in the deinstitutionalisation of mental health in Slovenia. *Social inclusion*, 9(3). Pridobljeno 14. 12. 2022 s <https://www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/4328>
- Urek, M. & Ramon, S. (2008). Uveljavljanje načela enakopravnosti etničnosti in spolov v duševnem zdravju. *Socialno delo*, 47(3/6): 177–186.
- Urek, M., Lapajne, G., Cigoj, N., Škerjanc, J. & Budja, D. (2011). *Smernice in etična načela delovanja zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja na podlagi izkušenj zastopnikov v praksi in na podlagi mednarodno sprejetih standardov: predlog skupine za spremljanje zastopnikov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Ustava Republike Slovenije (URS). (1991). Ur. l. RS 33/91-I.*
- van der Geest, S. & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: Introduction. *Social Science and Medicine*, 59(10): 1995–2001. Pridobljeno 10. 4. 2021 s <https://ideas.repec.org/a/eee/socmed/v59y2004i10p1995-2001.html>
- Varuh človekovih pravic (2023). 28. letno poročilo varuha človekovih pravic Republike Slovenije za leto 2022. Ljubljana. Pridobljeno 10. 8. 2023 s https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/lp/LP_2022/Letno_poroc__ilo_VC__P_RS_za_leto_2022.pdf
- Videmšek P. (2012). Vloga uporabniških gibanj pri spreminjanju vpliva uporabnikov. *Časopis za kritiko znanosti*, 39(250), 106–115.
- Videmšek, P. (2008). Krepitev moči kot temeljno orodje socialnega dela. *Socialno delo*, 47(3–6), 209–217.

- Videmšek, P. (2011). *Vpliv ljudi s težavami v duševnem zdravju na delovanje skupnostnih služb za duševno zdravje v Sloveniji* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Videmšek, P. (2013). *Iz institucij v skupnost*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Videmšek, P. (2021). *Supervizija v socialnem delu: učenje na podlagi dobrih izkušenj*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Videmšek, P. & Mali, J. (2008). Od načrta skrbi in programa oskrbe do osebnega načrtovanja in izvajanja storitev. *Socialno delo*, 56(1), 27–42.
- Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Dennis, C. L., Leszcz, T., Taylor, V. H. Blumberger, D. M. & Seitz, D. P. (2013). Traditional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: sistematic review, *The British Journal of Psychiatry*, 202. Pridobljeno 23. 3. 2023 s https://www.researchgate.net/publication/235778143_Transitional_interventions_to_reduce_early_psychiatric_readmissions_in_adults_Systematic_review
- von Peter, S. & Russo, J. (2021). Politicising crisis support: learning from autonomous self-organising in Bochum, germany. Pridobljeno 4. 1. 2023 s https://www.researchgate.net/publication/356094033_Politicising_crisis_support_learning_from_autonomous_self-organising_in_Bochum_Germany
- Vrbnjak, D. & Pajnkihar, M. (2015). *Raziskave mešanih metod v zdravstveni negi*. Pridobljeno 10. 1. 2019 s https://www.researchgate.net/publication/280385704_Raziskave_mesanih_metod_v_zdravstveni_negiMixed_methods_research_in_nursing
- Wallcraft, J. (2005). Recovery from Mental Breakdown. V J. Tew (ur.), *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress* (200–216). London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Walsh, F. (2003). Famili Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42(1). Pridobljeno 12. 2. 2021 s www.celf.ucla.edu/2010_conference_articles/Walsh_2003.pdf
- Walsh, J., Farmer, R., Floyd Taylor, M. & Bentley, K.J. (2003). *Ethical Dilemmas of Practicing Social Workers Around Psychiatric Medication: Results of a National Study*. Pridobljeno 25. 1. 2017 s https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/M_Floyd-Pickard_Ethical_2003.pdf
- Webber, M., & Joubert, L. (ur.) (2015). Editorial: Social Work and Recovery. *British Journal of Social Work*, 45 (1), i1–i8. Pridobljeno 13. 5. 2018 s https://academic.oup.com/bjsw/article-pdf/45/suppl_1/.../bcv125.pdf
- Weber, M. & Fendt-Newlin, M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,

- 52(4). Pridobljeno 11. 4. 2023 s https://www.researchgate.net/publication/314858664_A_review_of_social_participation_interventions_for_people_with_mental_health_problem
- Wehbi, S. & Parada, H. (ur.) (2017). *Reimagining Anti-Oppression Social Work Practice*. Toronto, Ontario: Canadian Scholars.
- White, V. (2009). Quite challenges? Professional practice in modernised social work. V J. Harris in V. White (ur.), *Modernising social work: critical considerations*. Bristol: Policy Press (str. 129–144).
- White, E. (2013). The Ethics of Involuntary hospitalization. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 10(2). Pridobljeno 10. 2. 2020 s <https://jswve.org/download/2013-2/articles/25-35-Ethics-Involuntary-Hospitalization-Fall-2013.pdf>
- Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health services*, 22(3). Pridobljeno 12. 1. 2023 s <https://www.semanticscholar.org/paper/The-concepts-and-principles-of-equity-and-health.-Whitehead/9931dce158c6367f1a319d358b06e43b2ea68118>
- Wikman, A., Marklund, S. & Alexanderson, K. (2005). Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health*, 59(6). Pridobljeno 12. 7. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757037/pdf/v059p00450.pdf>
- Wilberforce, M., Abendstern, M., Batool, S., Boland, J., Challis, D., Christian, J., Hughes, J., Kinder, P., Lake-Jones, P., Mistry, M., Pitts, R. & Roberts, D. (2020). What Do Service Users Want from Mental health Social Work? A Best-Worst Scaling Analysis. *The British Journal of Social Work*, 50(5). Pridobljeno 10. 1. 2021 s <https://www.semanticscholar.org/reader/34bab66d667825f47444b41dd4e85046cec4aead>
- Wilcox, D. (2015). *Schlossberg Transition Theory Paper*. Kansas State University. Pridobljeno 11. 12. 2022 s https://www.academia.edu/19604258/Schlossbergs_Transition_Theory_Paper
- Wilson, A. & Beresford, P. (2000). Anti -Oppressive practice: Emancipation or appropriation. *British Journal of Social Work*, 30(5). Pridobljeno 25. 8. 2020 s <https://www.jstor.org/stable/23716169>
- Wisdom, J. & Creswell, J.W. (2013). *Mixed Methods: Integrating Quantitative and Qualitative data Collection and Analysis While Studying Patient – Centered Medical Home Models*. Pridobljeno 10. 1. 2019 s <https://pcmh.ahrq.gov/page/mixed-methods-integrating-quantitative-and-qualitative-data-collection-and-analysis-while>

- World Health Organization. (1992). Basic Documents. Forty- ninth edition 2020. Pridobljeno 1. 2. 2023 s https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf
- World Health Organization. (1992a). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Pridobljeno 19. 10. 2022 s https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. WHO. Pridobljeno 12. 5. 2020 s https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR_%20Glossary%201998.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2010a). *User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe*. WHO. Pridobljeno 10. 4. 2021 s https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf
- World Health Organization. (2010b). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Pridobljeno 10. 10. 2020 s <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>
- World Health Organization. (2013). Self care for health: a handbook for community health workers and volunteers. WHO Regional Office for South-East Asia. Pridobljeno 10. 6. 2023 s http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5084.pdf
- World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well being*. Pridobljeno 15. 7. 2017 s http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- World Health Organization. (2020) Mental Health Definition by WHO – Public Health. Pridobljeno 10. 3. 2021 s <https://www.publichealth.com.ng/mental-health-definition-by-who/>
- World Health Organization. (2021a). Mental health in the Western Pacific. Pridobljeno 10. 3. 2021 s <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/mental-health>
- World Health Organization. (2021b). WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being. Pridobljeno 10. 6. 2023 s <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909>
- Xie, H. (2013). Strengths-Based Approach for mental Health Recovery. *Iran Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7(2), 5–10. Pridobljeno 10. 8. 2020 s https://www.researchgate.net/publication/260917152_Strengths-Based_Approach_for_Mental_Health_Recovery
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)* (2008). Ur. l. RS 77/2008.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)* (2008). Ur. l. RS 15/2008 in 55/2017.

- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2).*(2012). Ur. l. RS 48/22.
- Zakon o socialno varstvenih prejemkih (ZSVarPre).* (2010). Ur. l. RS 61/10.
- Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-2).* (2022). Ur. l. RS 163/22.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej).* (1992). Ur. l. RS 9/92.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)* (2006). Ur. l. RS 72/2006.
- Zaman, S. (2005). *Broken limbs, broken lives: Ethnography of a hospital ward in Bangladesh*. Amsterdam: Aksant. Pridobljeno 10. 7. 2021 s <https://journals.openedition.org/amades/pdf/300> Datoteka PDF
- Zaviršek, D. (1994). Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo. Študija primera (I., II., III., IV., V). *Socialno delo*, 33 (1., 2., 3., 4., 5.).
- Zaviršek, D. (1994a). *Zdravje kot sistemski del societalnosti* (doktorska disertacija). Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.
- Zaviršek, D. (1997). Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije. *Socialno delo*, 36(2), 101–110.
- Zaviršek, D. (2000). *Hendikep kot kulturna travma: historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi*. Ljubljana: Založba /*cf.
- Zaviršek, D. (2003). Notranja nasprotja socialnega dela pri uresničevanju človekovih pravic v postmodernih družbah. *Socialno delo*, 42(4–5), 219–229.
- Zaviršek, D. (2006). *Zgodovina socialnega dela v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Zaviršek, D. (2022). Feministična perspektiva pri načrtovanju in upravljanju služb v skupnosti v času dezinstucionalizacije. V S. Bezjak (ur.), *O skupnosti in dezinstucionalizaciji onkraj obstoječih vrtov in vrtičkov* (87–109). Trate: Muzej norosti.
- Zaviršek, D., Zorn, J. & Videmšek, P. (2002). *Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba.
- Zaviršek, D., Rommelspacher, B. & Staub-Bernasconi, S. (2010). *Ethical Dilemmas in Social Work*. Ljubljana: FSD.
- Zaviršek, D. & Bezjak, S. (2021). Zeleno socialno delo in okoljska pravičnost na primeru vode in hidroenergije. *Socialno delo*, 60(2), 121–133.
- Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. (2022). Opis poklica. Pridobljeno 12. 2. 2022 s https://www.ess.gov.si/ncips/cips/opisi_poklicev/opis_poklica?Kljuc=2692

- Zavod za zdravstveno zavarovanje. (2021). Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pridobljeno 4. 4. 2021 s https://partner.zzzs.si/.../pravila_ozz
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2022). Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Pridobljeno 15. 2. 2022 s https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/belezenje_in...
- Zurc, J. (2013). Integracija kvantitativne in kvalitativne metodologije v raziskavah v zdravstvu: sistematična pregledna študija. *Zdravstveno varstvo*, 52(3), 221–235.
- Žerovnik, Š. Čebren-Lipovec, N. Locatelli, I. & Kos, M. (2018). Brezšivna skrb pri zdravljenju z zdravili v Sloveniji. *Farmacevtski vestnik*, 69(3), 211–218.

8. IMENSKO IN STVARNO KAZALO

8.1. Imensko kazalo

Abendstern, M.	348
Abrams, A.	341
Adam, B.	28, 52, 103, 104, 318
Adams, R.	318
Adnanes, M.	13, 71, 255, 318
Ahmedani, B. K.	318
Aldrige, J.	318
Alexander, J.	36, 319
Alexanderson, K.	3, 348
Alghzawi, H. M.	1, 53, 63, 65, 66, 71, 96, 141, 156, 168, 200, 243, 299, 318
Allen, R.	100, 108, 274, 318
Allotey, P.	336
Amado, A. N.	1, 318
Ambrož, A.	112, 113, 338
Ameen, S.	55, 119, 260, 327
Andreasen, R. A.	318
Anthony, W.	93, 101, 102, 104, 105, 107, 247, 319
Armstrong, N.	33, 319
Arnstein, S. R.	189, 195, 247, 319
Aronowitz, R.	28, 319
Ashcroft, R.	98, 107, 331
Asmussen, S.	122, 332
Auerbach, C.	54, 319
Aviram, U.	41, 42, 48, 114, 237, 268, 270, 319
Aymer, C.	337
Baguley, I.	36, 319
Baines, D.	319
Bajt, M.	9, 123, 289, 329
Bal, R.	96, 257, 285, 328
Ballal, D.	120, 320
Banks, S.	51, 52, 121, 142, 271, 320
Batool, S.	348
Bayar, L.	319
Bebbington, P.	345
Becker, S.	318
Becker, T. E.	53, 66, 131, 318, 320
Beckett, C.	142, 320
Beder, J.	40, 53, 54, 57, 76, 109, 120, 124, 237, 320
Bejić, V.	76, 328
Benson, I.	320
Bentley, K. J.	142, 347
Berdnik, K.	76, 328
Beresford, P.	232, 320, 348

Bezjak, S.	287, 320, 331, 336, 350
Blumberger, D. M.	261, 347
Boland, J.	348
Borrell-Carrio, F.	54, 320
Borthwick, A. M.	50, 336
Boškić, R.	320
Bowles, W.	100, 101, 102, 247, 257, 328
Bradshaw, J.	85, 320
Brandon, A.	88, 91, 94, 124, 248, 284, 321
Brandon, D.	88, 91, 94, 124, 129, 248, 277, 278, 280, 281, 282, 284, 285, 289, 321
Budja, D.	37, 38, 346
Campbell, P.	64, 94, 321
Cardol, J.	96, 257, 285, 328
Carpenter, M.	101, 107, 321
Carroll, K.	50, 111, 112, 239, 333
Castillo, H.	254, 321
Chaikovska, A. B.	321
Challis, D.	348
Chandra, P. S.	120, 320
Cheng, S.	53, 54, 62, 117, 141, 159, 242, 332
Christensen, H.	330
Christian, J.	348
Chu, C.	53, 54, 62, 117, 141, 159, 242, 332
Cigoj-Kuzma, N.	326
Cooper, B.	142, 329
Coppock, V.	321, 322
Corcoran, J.	142, 238, 264, 322
Cree, E. V.	72, 322
Cresswell-Smith, J.	13, 71, 255, 318
Creswell, J. W.	348
Cutts, J.	84, 322
Čačinović Vogrinčič, G.	63, 64, 66, 67, 68, 73, 79, 89, 94, 95, 100, 102, 114, 115, 117, 118, 126, 127, 143, 212, 246, 247, 259, 322, 421
Čebbron-Lipovec, U.	351
Čeh, M.	75, 323
Čepulionyte, D.	51, 271, 322
Černivec, D.	46, 322
Davidson, L.	127, 322
Davis, L.	336
Deane, L.	97, 323
Deegan, P.	45, 98, 101, 105, 106, 107, 247, 254, 281, 323
Dekleva, B.	252, 323
Dennis, C. L.	261, 347
Dernovšek, M. Z.	1, 12, 13, 16, 75, 141, 156, 255, 283, 323, 344
Dhooper, S. S.	39, 44, 48, 54, 84, 118, 234, 259, 271, 323
Diana, D. P.	323
Doel, M.	142, 338
Domajnko, B.	7, 118, 323
Dominelli, L.	141, 318, 323
Donisi, V.	13, 71, 255, 318

Dover, M. A.	80, 323, 324
Doyal, L.	1, 82, 84, 141, 324
Dragoš, S.	91, 258, 324
Dudley, J. R.	144, 324
Dunajevs, E.	51, 271, 322
Dunn, B.	322
Eisenberg, L.	324
Ekim, A.	324
Epstein, A. A.	64, 324
Epstein, M. H.	64, 324
Epstein, R. M.	54, 320
Erikson, M.	332
Erzar, D.	53, 335
Eržen, I.	45, 47, 60, 142, 324
Evans, J.	33, 36, 341
Fanian, N.	114, 115, 337
Farkas, M.	101, 247, 325
Farmer, R.	142, 347
Faulkner, A.	233, 325
Fendt-Newlin, M.	116, 244, 260, 347
Ferguson, H.	142, 329
Filipovič Hrast, M.	83, 325
Finkler, K.	17, 346
Flaker, V. 1, 14, 17, 22, 23, 24, 26, 27, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 43, 45, 47, 48, 50, 52, 53, 55, 56, 57, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 78, 79, 80, 84, 86, 87, 88, 91, 93, 95, 99, 100, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 120, 121, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 137, 138, 139, 141, 143, 168, 194, 235, 236, 238, 240, 242, 244, 245, 246, 249, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 258, 268, 269, 272, 275, 280, 287, 291, 292, 296, 299, 325, 326, 333, 340, 345	
Floyd Taylor, M.	142, 347
Forsyth, R.	50, 111, 112, 239, 333
Foucault, M.	26, 142, 326, 332
Fox, J.	326
Francis, A.	75, 99, 104, 114, 116, 326
Freire, P.	142, 326
Furlong-Norman, K.	319
Gajera, G.	55, 119, 260, 327
Gale, T. M.	92, 342
Gallagher, A.	142, 320
Glaser, B. G.	326
Goffman, E. 5, 19, 23, 29, 30, 31, 32, 34, 79, 91, 122, 123, 127, 232, 234, 250, 279, 289, 327	
Golightley, M.	142, 327
Goodman, J.	342
Goscha, R. J.	99, 141, 340
Gough, I.	1, 82, 84, 141, 324, 327
Gowda, M.	55, 119, 260, 327
Greacen, T.	124, 336
Grebenc, V. 1, 24, 27, 28, 31, 33, 50, 51, 54, 71, 72, 73, 80, 81, 83, 85, 87, 88, 89, 94, 114, 122, 129, 141, 143, 235, 236, 239, 246, 247, 251, 252, 253, 256, 262, 272, 273, 275, 277, 278, 279, 280, 281, 285, 292, 326, 327, 331, 333	

Greene, G. J.	327
Greenley, D.	102, 329
Haralambos, M.	327
Hardon, A.	336
Hardwick, L.	327
Hardy, F.	107, 328
HawleyC. J.	92, 342
Heerings, M.	96, 257, 285, 328
Heft LaPorte, H.	54, 319
Hellstrom, D.	111, 345
Hickey, P.	328
Hlavatska, O. L.	321
Hlebec, V.	144, 328
Holborn, M.	327
Hope, R.	36, 319
Horwitz, A. V.	287, 328
Howard, E. A.	53, 66, 131, 320
Huber, I.	8, 328, 338, 339, 344
Hughes, J.	93, 348
Humar, M.	76, 328
Hunter, C. L.	16, 17, 19, 333
Hussain, A.	98, 107, 331
Hyde, B.	100, 101, 102, 247, 257, 328
Iedema, R.	50, 111, 112, 239, 333
Ife , J.	1, 51, 329
Jacob, K. S.	43, 102, 141, 293, 329
Jacobson, N.	19, 102, 329
Jacomb, P. A.	330
Jeletč, D.	53, 329
Jennings, M.	329
Jeriček Klanšček, H.	9, 123, 289, 329
Jones, K.	142, 329
Jordan, B.	330
Jorm, A. F.	75, 261, 330
Josić, K.	76, 328
Joubert, L.	141, 347
Jouet, E.	124, 336
Jurček, A.	289, 330, 334
Juren, E.	289, 330
Jutel, A.	28, 236, 330
Kadushin, G.	85, 252, 330
Kamin, T.	7, 9, 123, 125, 289, 329, 330
Kapus, A.	83, 85, 89, 330
Kecmanović, D.	18, 30, 33, 43, 82, 84, 113, 122, 258, 330
Kelavić, M.	116, 117, 259, 330
Kinder, P.	348
King-Hill, S.	83, 331
Klančar, K.	95, 129, 277, 331
Knežević Hočevan, S.	331

Kodele, T.	24, 54, 113, 118, 126, 133, 138, 143, 235, 236, 246, 251, 253, 259, 272, 292, 322, 326, 331, 340
Kordeš, U.	331
Korpell, H. S.	116, 331
Korten, A. E.	330
Kos, M.	351
Kourgiantakis, T.	98, 107, 331
Krajnčan, M.	129, 331
Kranjc, B.	326
Kristulović, G.	331
Kulper, T.	327
Kulys, R.	85, 252, 330
Kunič, L.	331
Kurdyak, P. A.	261, 347
Kvaternik, I.	27, 28, 51, 54, 87, 88, 89, 114, 122, 141, 239, 251, 331
Lake-Jones, P.	348
Laker, C.	33, 36, 341
Lamovec, T.	19, 24, 27, 90, 98, 124, 235, 288, 331, 332
Lapajne, G.	37, 38, 332, 346
Lawn, S.	124, 332
Leff, J.	118, 345
Legatt, M.	332
Lenščak, A.	76, 328
Leon, S.	332
Leonidas, C.	333
Lester, H.	92, 93, 96, 247, 344
Leszcz, T.	261, 347
Lešnik, B.	29, 332
Liechty, J. M.	261, 332
Lin, C.	53, 54, 62, 117, 141, 159, 242, 332
Lindstrom, B.	332
Link, B. G.	122, 332
Locatelli, I.	351
Logan, J.	98, 107, 331
Long, D.	16, 17, 19, 50, 111, 112, 239, 333, 345
Lord, J.	99, 337
Lukens, J. M.	43, 102, 103, 118, 333
Machado, V.	333
Mali, J.	1, 24, 27, 31, 33, 37, 50, 61, 62, 71, 72, 80, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 116, 120, 129, 131, 134, 143, 235, 236, 240, 246, 251, 252, 253, 254, 256, 272, 273, 275, 277, 278, 279, 280, 281, 285, 287, 292, 296, 299, 322, 326, 333, 335, 347
Mapp, S. C.	333
Margolin, L.	42, 333
Mariscal, S. E.	99, 333
Marklund, S.	3, 348
Marušič, A.	127, 131, 334
Maslow, A. H.	83, 331, 334
Mason, S. E.	54, 76, 319
Mayer, J.	108, 334
Maynard, A.	142, 320

Mc Bride, M.	1, 318
Mccabe, R.	92, 334
McClaren, J.	141, 342
McDaid, S.	127, 141, 334
Mcguire-Snieckus, R.	92, 334
McNeil, S.	98, 107, 331
Mehrabi, T.	114, 115, 337
Melby, L.	13, 71, 255, 318
Melchert, T. P.	334
Meleis, A. I.	53, 334
Mesec, B.	108, 148, 150, 334
Mešl, N.	54, 104, 107, 113, 118, 126, 133, 138, 259, 322, 331, 334
Meyer, L.	334
Mickan, S.	109, 110, 112, 113, 115, 232, 237, 334, 335
Middleton, H.	36, 319
Milošević Arnold, V.	42, 43, 49, 53, 72, 116, 120, 132, 133, 244, 272, 322, 326, 333, 335
Mistry, M.	348
Mizrahi, T.	336
Moineville, M.	124, 336
Moran, G. M.	53, 66, 131, 320
Morant, N.	254, 321, 326
Možina, M.	36, 53, 115, 335, 336
Mrzel, M.	144, 328
Mulligan, K.	94, 103, 336
Muršič, R.	27, 128, 336
Nagode, M.	326
Nancarrow, S. A.	50, 336
Narasimhan, M.	336
Navaneetham, F.	120, 320
Nazar, N.	337
Neese-Todd, S.	122, 332
Nelson, G.	99, 337
Ni Bhera, A.	127, 141, 334
Noorani, T.	337
Novak Grubič, V.	20, 337
Ochocka, J.	99, 337
Okitikpi, T.	337
Olsen, M. R.	142, 337
Omrani Fard, V.	114, 115, 337
Oprešnik, D.	338
Oreški, S.	121, 125, 288, 338
Orzhekhovska, O.	289, 338
Ovsenik, M.	112, 113, 338
Pahor, M.	4, 5, 6, 39, 93, 97, 109, 262, 323, 338
Pajnikihar, M.	347
Parada, H.	141, 348
Parker, J.	142, 338
Parkes, J.	141, 342
Pawar, M.	100, 101, 102, 247, 257, 328
Payne, M.	318, 338

Perkins, R.	100, 101, 241, 251, 255, 341
Persson, O.	111, 345
Petrakis, M.	28, 52, 103, 104, 318
Phelan, J. C.	122, 332
Phillips, C.	141, 342
Pirnat, J.	65, 338
Pirnat, T.	326, 338
Pistotnik, S.	8, 9, 286, 328, 338, 339, 344
Pišljarić, M.	14, 20, 21, 339
Pitts, R.	348
Plavček, R.	339
Podgornik, N.	76, 328
Pollitt, P.	330
Poštrak, M.	39, 41, 42, 43, 47, 49, 53, 69, 79, 93, 116, 239, 244, 259, 260, 268, 273, 275, 277, 287, 322, 335, 339, 346
Priebe, S.	92, 334
Prior, L.	339
Rafaelič, A.	1, 14, 22, 27, 30, 37, 61, 62, 71, 80, 91, 129, 130, 131, 134, 137, 138, 139, 141, 236, 240, 242, 246, 252, 253, 254, 256, 275, 280, 287, 291, 296, 299, 326, 333, 340
Raker, T.	83, 325
Ramon, S.	124, 254, 260, 293, 321, 326, 340, 342, 346
Ramovš, J.	76, 108, 340
Rape Žiberna, T.	109, 110, 340
Rapoša Tajnšek, P.	271, 273, 340
Rapp, C. A.	99, 141, 340
Ratajč, S.	27, 37, 61, 62, 71, 80, 91, 131, 134, 240, 246, 252, 253, 254, 256, 275, 296, 299, 326
Reamer, F.	142, 340
Repper, J.	100, 101, 241, 251, 255, 341
Richmond, M.	40, 237, 283, 341
Rizzo, V. M.	341
Roberts, D.	348
Rodger, S.	109, 110, 112, 113, 115, 232, 237, 334, 335
Rodgers, B.	330
Rogers, J.	141, 341
Rohland, B.	53, 343
Rommelspacher, B.	142, 350
Rose, D.	33, 36, 288, 320, 325, 341
Roškar, S.	9, 123, 289, 329
Rudolph, S.	64, 324
Russo, J.	29, 288, 320, 325, 341, 347
Saleebey, D.	341, 342
Santos, M. A.	333
Sartre, J. P.	292, 342
Schlossberg, N. K.	276, 342, 348
Schmidt, T.	121, 132, 282, 342
Seitz, D. P.	261, 347
Sells, D.	127, 322
Semigina, T.	342
Sfetcu, R.	13, 71, 255, 318

Shahar, G.	127, 322
Sharkey, P.	342
Shears, J.	260, 342
Shepard, S.	141, 342
Shih, S.	53, 54, 62, 117, 141, 159, 242, 332
Simmons, P.	92, 342
Singer, M.	8, 342
Sivakumaran, T.	92, 342
Slade, M.	102, 342
Smith, R.	13, 327
Smole, A.	326
Smrdu, M.	331
Sobočan, A.	50, 51, 52, 121, 271, 273, 289, 320, 330, 342, 343
Solomon, P.	43, 102, 103, 118, 333
Souza, J.	333
Sowers, W. E.	53, 343
Srinivasa, P.	55, 119, 260, 327
Staeheli Lawless, M.	127, 322
Starfield, B.	3, 251, 343
Starnino, V. R.	19, 43, 44, 141, 266, 343
Staub-Berlusconi	266, 343
Stefanoski, P.	322
Strassmayr, C.	13, 71, 255, 318
Strauss, A. L.	326
Stritih, B.	108, 334
Struening, E. L.	122, 332
Suchman, A. L.	54, 320
Sweeney, A.	92, 93, 288, 320, 321, 325, 341
Šabić, A.	94, 327
Šadl, Z.	39, 343
Škerjanc, J.	24, 27, 37, 38, 73, 81, 129, 143, 235, 236, 246, 250, 251, 253, 254, 272, 292, 324, 326, 343, 346
Škraban, J.	8, 9, 13, 82, 323, 344
Šprah, L.	12, 13, 71, 141, 156, 255, 283, 318, 323, 344
Tait, L.	92, 93, 96, 247, 344
Tashakkori, A.	144, 344
Taussig, M.	344
Tavčar, R.	20, 337
Taylor, V. H.	261, 347
Teddlie, C.	144, 344
Teršek, A.	9, 25, 344
Tew, J.	248, 259, 287, 344, 347
Thornicroft, G.	124, 345
Thylefors, I.	111, 345
Tjung, J.	53, 54, 62, 117, 141, 242, 332
Tondora, J.	127, 322
Toresini, L.	17, 18, 235, 254, 255, 259, 274, 345
Turner, V.	276, 345
Tyler, N.	14, 76, 262, 345
Udovič, N.	326

Ule, M.	6, 8, 18, 112, 121, 122, 142, 239, 288, 345
Ungar, M.	42, 345
Urek, M. 1, 24, 37, 38, 73, 77, 78, 79, 89, 93, 94, 115, 124, 143, 233, 235, 236, 239, 242, 246, 247, 251, 252, 253, 255, 258, 272, 280, 291, 292, 322, 325, 326, 333, 339, 345, 346	
Urh, Š.	132, 133, 335
van de Bovenkamp, H.	96, 257, 285, 328
van der Geest, S.	16, 17, 19, 333, 346
Videmšek, P. 1, 53, 79, 90, 92, 98, 99, 120, 125, 130, 132, 141, 143, 250, 258, 282, 326, 346, 347, 350	
Vigod, S. N.	261, 347
Vitale, M.	107, 328
Vodeb Bonač, B.	53, 335
Vogrinec Švigelj, M.	75, 323
von Peter, S.	341, 347
Vrbnjak, D.	347
Vremec, R.	76, 328
Wallcraft, J.	347
Walsh, F.	105, 347
Walsh, J.	142, 238, 264, 322, 347
Waring, J.	14, 76, 262, 345
Waters, E. B.	342
Weber, M.	116, 244, 260, 347
Wehbi, S.	141, 348
Westerlund, H.	13, 71, 255, 318
White, E.	257, 280, 348
Whitehead, M.	8, 348
Wikman, A.	3, 348
Wilberforce, M.	348
Wilcox, D.	348
Williams, C. C.	98, 107, 287, 331
Wilson, A.	348
Wisdom, J.	348
Worsley, A.	327
Wright, N.	14, 76, 262, 345
Wulfekühler, H.	51, 52, 121, 271, 320
Wykes, T.	33, 36, 341
Xie, H.	28, 44, 82, 99, 100, 102, 123, 131, 253, 349
Zaman, S.	17, 350
Zaviršek, D. 1, 7, 22, 28, 33, 34, 35, 44, 79, 82, 112, 121, 123, 125, 130, 132, 142, 236, 282, 350	
Zorko, M.	9, 123, 289, 329
Zorn, J.	1, 79, 350
Zurc, J.	351
Žerovnik, Š.	351
Žnidarec Demšar, S.	324, 326

8.2. Stvarno kazalo

- avtonomija, 42, 64, 95, 96, 165, 182, 214, 216, 218, 256, 257, 258, 273, 274, 285
- biopsihosocialni model, 27
- bivanjske razmere, 13, 166, 225, 230, 285
- bolnišnica, 1, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 33, 34, 35, 44, 51, 115, 125, 233, 248, 280, 284, 286, 289, 291
- brezposelnost, 244
- človekove pravice, 37, 102
- denarna socialna pomoč, 12, 172, 219, 278
- diagnoza, 7, 27, 28, 29, 88, 236, 249, 250, 264, 269
- direktor, 25, 161
- diskriminacija, 9, 121
- dispanzer, 20
- dokumentacija, 78, 79, 80, 144, 145, 150, 172, 312
- družina, 10, 19, 113, 116, 117, 118, 119, 124, 126
- etične dileme, 50, 51, 149, 214, 216, 258, 271, 272, 273, 316
- hierarhija, 255, 284
- hospitalizacija, 13, 22, 24, 158, 182, 235, 292
- identiteta, 94, 105, 266
- institucija, 16, 32, 37, 38, 39, 61, 71, 72, 239, 240, 253, 278, 288, 291
- izključenost, 111, 287
- izobraževanje, 9, 88
- kodeksu etike, 40, 246
- kompetence, 39, 45, 46
- koordinacija, 48, 59, 67, 126, 267, 297
- koordinator obravnave v skupnosti, 71, 133, 176, 283
- krizni načrt, 73, 74, 146, 178, 181, 255, 298, 302, 305
- medicina, 6, 16, 26, 28, 31, 42, 48, 54, 82, 112, 186, 236, 238
- medicinska sestra, 40, 62, 135, 184
- metode, 38, 52, 60, 61, 131, 133, 170, 249, 254, 259, 269, 270, 304, 305
- nadzor, 17, 18, 25, 26, 31, 34, 41, 42, 50, 51, 73, 78, 80, 89, 91, 98, 111, 112, 114, 258, 272, 278
- neakutna bolnišnična obravnava, 236
- neformalna podpora, 14
- normalizacija, 91, 129, 277
- normativ, 48, 49, 58, 59, 85, 103, 275, 315
- obred, 34, 276, 286
- ocena, 69, 84, 86, 109, 165, 220, 222, 249, 251, 252, 276
- okrevanje, 28, 44, 86, 94, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 116, 118, 132, 260, 287
- opismenjevanje, 75, 170, 261, 262, 311, 315
- osebno načrtovanje, 58, 61, 64, 134, 267, 296, 297, 312
- pasivnost, 92, 248, 286
- pobuda, 64, 154, 157, 244
- pokroviteljstvo, 256, 382
- politika, 9, 10, 52, 53, 121, 204, 243, 256, 264, 289, 299
- pravičnost, 8, 80, 144
- pravila, 5, 17, 24, 31, 32, 33, 52, 81, 95, 107, 123, 230, 236, 272, 280, 281, 286
- prihodki, 12
- promocije, 262, 315
- protokol, 22, 34, 52, 115, 234, 299, 314
- psihoanalitično, 43
- psihologija, 42, 77, 98, 292
- rehospitalizacija, 13, 156, 206, 234, 283
- sekcija, 48, 314
- skupinsko delo, 61, 65, 75, 76, 146, 170, 181, 249, 260, 311, 417
- socialne mreže, 9, 55, 76, 88, 116, 165, 288, 301, 309
- sodišče, 25, 136
- specializacija, 44, 48, 50, 270, 271
- sprejem na zdravljenje, 22, 25, 235, 305
- standardi, 49, 51, 275, 315
- stigma, 7, 100, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 250, 275, 283, 288, 289, 290, 310, 311
- strukturalizem, 4
- Svetovna zdravstvena organizacija, 98, 272
- svojci, 61, 116, 117, 119, 120, 181, 183, 216, 266, 273, 288
- šolanje, 12, 132, 282, 292
- teorija delovanja, 4
- tim, 15, 62, 108, 109, 110, 131, 135, 159, 160, 179, 182, 183, 184, 186, 190, 191, 194, 195, 197, 201, 202, 205, 211, 218, 237, 238, 245, 249, 315
- totalna ustanova, 17, 19, 32, 232, 291
- tradicionalni model, 40, 41, 43

trening socialnih veščin, 58, 59, 260, 419
 tveganje, 14, 29, 51, 72, 73, 138, 182, 203,
 249, 254, 255, 280, 300
 urnik, 23, 34, 35, 261
 usposobljenost, 46, 88, 91, 119, 147, 207,
 434
 vizita, 35
 vloga, 23, 41, 48, 53, 54, 64, 70, 82, 90, 102,
 110, 113, 114, 116, 118, 119, 126, 142,
 163, 173, 179, 180, 184, 186, 187, 188,
 239, 240, 241, 245, 259, 262, 269, 291,
 293, 305
 zagovorništvo, 37, 38, 47, 57
 zakon, 10, 17, 22, 25, 26, 37, 39, 44, 68,
 135, 136, 153, 154, 191, 213, 235, 241,
 245, 281, 290, 301
 zakonodaja, 9, 90, 123, 206, 208, 234, 235,
 241, 278, 297, 298
 zaposlovanje, 12, 56, 165, 180, 220
 zdravstveni sistem, 13, 143, 208, 232, 263,
 264, 266, 272

9. Priloge

9.1. Kodirna tabela– socialne delavke 1. teza

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	Kako v psihiatrični bolnišnici poteka načrtovanje odpusta?				Potek načrtovanje odpusta
A1	INT1 Ko je pacient sprejet,	Sprejem	Ob sprejemu	Pričetek načrtovanja	Pričetek
A2	INT1: se pregleda dokumentacijo, potem vidimo, kje bi bila moja pomoč dobrodošla,	Pregled dokumentacije Potreba pomoči	Analiza stanja uporabnika	Identifikacija potreb pomoči	Identifikacija potreb
A3	INT1: v dogovoru z njim naredimo načrt odpusta oziroma kako se bo sodelovanje odvijalo.	Dogovor z uporabnikom	Sodelovanje z uporabnikom	Upoštevanje potreb uporabnika	Identifikacija potreb
B1	INT2 E, glede odpusta se začnemo v timu pogovarjati	Pogovor v timu	Timsko sodelovanje	Timski pristop	Timski pristop
B2	že takoj po sprejemu,	Sprejem	Ob sprejemu s timskim sodelovanjem	Pričetek načrtovanja	Pričetek
B3	Je zelo odvisno od situacije, bolezni.	Pogojenost s situacijo Bolezen	Prilagajanje načrta	Upoštevanje zdravstvenega stanja	Zdravstveno stanje
B4	Po navadi, če je možno, najprej govorimo s pacientom, potem s svojci, če jih ma, ali pa s CSD. Odvisno od problematike, se potem v dogovarjamo.	Pogovor z uporabnikom Pogovor s svojci in CSD	Analiza stanja uporabnika	Identifikacija potreb pomoči	Identifikacija potreb
C1	INT3 Socialni delavci sodelujemo s pacienti, inštitucijami, svojci.	Pacient Institucije Svojci	Sodelovanje z uporabnikom	Sodelovanje z različnimi deležniki	Timski pristop
C2	To je tik pred odpustom	Urejene bivanjske razmere	Tik pred odpustom	Pričetek načrtovanja	Pričetek
C3	Če greza ljudi, ki nimajo kam, se to ureja že veliko prej. Že takoj po sprejemu pridobimo informacijo, da bo potrebno urejati nameščenje, tako da potem urejamo njemu primerno namestitev, npr., DU, stanovanjske, varne hiše, terapijski programi za odvisnike ipd.	Neurejene bivanjske razmere	Ob sprejemu uporabnika	Pričetek načrtovanja	Pričetek

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
D1	INT4 Načrtovanje odpusta je zelo pomembno, ker zaključuje cikel zdravljenja. Cilj načrtovanja odpusta je dobro funkcioniranje po odpustu iz kliničnega okolja.	Pomemben del	Zaključek cikla zdravljenja	Opolnomočenje uporabnika	Cilj
D2	V bistvu naredi socialna služba celostno obravnavo, se poveže že v času zdravljenja,	Celotna obravnava Čas zdravljenja	Ob sprejemu	Pričetek načrtovanja	Pričetek
D3	z ustreznimi službami.	Službe Povezovanje	Različni deležniki vključevanja	Sodelovanje z različnimi deležniki	Timski pristop
D4	Seveda vse v soglasju z uporabnikom.	Soglasje uporabnika	Sodelovanje z uporabnikom	Upoštevanje potreb uporabnika	Identifikacija potreb
D5	Smo koordinatorji,	Koordinator	Povezovalc	Vloga SD	Vloga SD
D6	velikokrat nas pacienti kontaktirajo še po zaključenem zdravljenju in nam povedo, kako funkcionirajo.	Ohranjanje stika Po zaključku Obveščanje	Ohranjanje stika	Stik z uporabnikom po zdravljenju	Vloga SD
D7	Kdaj naj bi se začelo NO? Dobro je, da se že ob sprejemu pridobi določene informacije, da imamo potem več manevrskega prostora in možnosti usklajevanja, pogovora, da česa ne zamudimo.	Ob sprejemu Pridobivanje info Več časa	Ob sprejemu uporabnika	Pričetek načrtovanja	Pričetek
D8	Delo je zelo fleksibilno, odvisno tudi od stanja pacienta in koliko je pripravljen na sodelovanje.	Fleksibilno Stanje uporabnika	Zdravstveno stanje uporabnika	Pričetek načrtovanja	Pričetek
E1	INT5 Načrtovanje odpusta poteka timsko, nikoli samo sama.	Vključenost tima	Timsko sodelovanje	Timski pristop	Timski pristop
E2	Upoštevajo se informacije vseh na oddelku, tudi socialnega delavca.	Zbiranje informacij Vseh vključenih	Analiza stanja uporabnika	Identifikacija potreb pomoči	Identifikacija potreb
E3	Praksa je, da se pokliče svojce, se jih obvesti, povabi na pogovor.	Pogovor s svojci	Vključevanje svojcev	Sodelovanje s svojci	Timski pristop
F1	INT6. Danes je doktrina nekoliko drugačna.	Spremembe	Zaznavanje sprememb	Sprememba doktrine	Razlike v praksi
F2	Včasih je načrtovanje odpusta odvisno od mene, včasih pa ne. Če npr. uporabnik želi odpust, potem je odpuščen.	Pogojenost s situacijo uporabnika	Analiza stanja uporabnika	Identifikacija potreb pomoči	Identifikacija potreb

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	Odvisno torej od pacienta, nismo prisotni pri vsakem. Če gre samo za urejanje terapije, potem je to zadeva zdravnika.				
G1	INT7 Praktično poteka načrtovanje odpusta vse od prve obravnave pacienta pred sprejemom, do odpusta samega.	Celotna obravnava Čas zdravljenja Od prve obravnave	Prva obravnava pred sprejemom	Pričetek načrtovanja	Pričetek
G2	In ves čas načrt preverjamo in spreminjamo glede na aktualno situacijo, stanje v katerem je pacient, njegovo sodelovanje oz. cilje hospitalizacije.	Preverjanje Spremljanje situacije Stanje pacienta Cilji hospitalizacije	Analiza stanja uporabnika	Formativno spremljanje stanje pacienta	Identifikacija potreb
G3	O odpustu se pogovarjamo s pacienti vse od odločanja za sprejem dalje, saj navadno pacienta	Soglasje uporabnika Pogovor	Sodelovanje z uporabnikom	Upoštevanje potreb uporabnika	Identifikacija potreb
G4	že v sprejemni ambulantni marsikaj zanima, ko je pred odločitvijo, ali sprejeti hospitalizacijo ali ne, poleg ostalih vprašanj, sprašuje tudi, če bo ostal tu, kako dolgo bo to ... Kadar gre za hospitalizacijo proti volji pa sploh pacienta najbolj od vsega zanima, kaj lahko naredi, da bo čimprej odpuščen.	Ob sprejemu Zanimanje pacienta Čas zdravljenja	Ob sprejemu	Pričetek načrtovanja	Pričetek
G5	Pogovor o tem, kako blizu odpusta je pacient, je potem praktično vključen v vsako zdravnikovo obravnavo pacienta – v vsak pogovor med zdravnikom in pacientom (najmanj enkrat tedensko).	Pogovor s pacientom Zdravnikova obravnava 1x tedensko	Sodelovanje z uporabnikom	Upoštevanje potreb uporabnika	Identifikacija potreb
G6	Pa tudi v pogovore med strokovnimi sodelavci na oddelčnem timskem sestanku (enkrat tedensko) in v dnevne delovne posvete med zdravnikom in posameznimi člani strokovnega tima.	Pogovori s člani tima Zdravnik Strokovni delavci	Sestanki	Pogovori	Timski pristop
G7	Načrtovanje odpusta nikoli ne pomeni določitve, kdaj bo pacient	Ni določitev datuma Željeni cilj vseh	Ciljna usmerjenost v pomoč	Odpust je cilj zdravljenja	Cilj

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	odpuščen, ampak je odpust željeni cilj nas vseh, ki smo tu zato, da pacientu pomagamo – radi bi pomagali v čim krajšem času in čim bolje.	Pomoč pacientu			
G8	Nekateri pacienti imajo prav tako željo glede odpusta – čimprej se želijo zdravstveno urediti in potem nadaljevati svoje življenje.	Želje pacienta Opolnomečenje	Sodelovanje z uporabnikom	Upoštevanje želja uporabnika	Identifikacija potreb
G9	So pa tudi nekateri, ki se v bolnišnico »umaknejo« z drugačnimi cilji in imajo težnjo po dolgi hospitalizaciji – doseči npr. dokazila, ki bodo posledično prinesla delovno razbremenitev (oceno IK), se umakniti iz nasilnega družinskega odnosa, preprečiti npr. razvezo ...	Načrtovanje pogojeno z uporabnikovo situacijo Hospitalizacija je umik Dolgotrajna hospitalizacija Dokazila za delovno razbremenitev Družinsko nasilje Preprečevanje razveze	Sodelovanje z uporabnikom	Upoštevanje uporabnikove situacije/razloge hospitalizacije – zdravstveno stanje Prilagajanje načrta	Zdravstveno stanje
G10	V takem primeru ima strokovni tim obsežnejšo nalogo – v še bolj kompleksnih obravnavah (svetovanju, informiranju, delu tudi z družino, sodelovanju z drugimi službami izven bolnišnice ...) pomagati pacientu do uvida v to, kakšne težave ima in posledično razvrstiti jih v prave obravnave (poenostavljeno povedano: probleme se rešuje, bolezni se zdravi) – v tem primeru se ne načrtuje le zdravljenje, ki mu na koncu sledi odpust, ampak naredimo tudi načrt reševanja težav – katere bo potrebno reševati med zdravljenjem in/ker vplivajo na zdravljenje, katere bo lahko reševal po odpustu, kje ...	Obsežna naloga tima Kompleksna obravnava Sodelovanje z različnimi deležniki Pridobivanje uvida težav Določanje obravnav Načrtovanje zdravljenja Načrt reševanja težav	Kompleksna obravnava	Več nivojsko načrtovanje odpusta	Timski pristop
H1	INT8 Rekla bi, da sem sam izraz načrtovanje odpusta večkrat zasledila,	Seznanjenost s terminom	Socialna obravnava	Terminološke razlike	Razlike v praksi

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	mi pa tega izraza ne uporabljamo. V določenih bolnicah je menda celo načrtovalec odpusta, ki sploh niso socialni delavci. Mi ga ne uporabljamo, pri nas gre za socialno obravnavo,	Načrtovalci odpusta Neuporabnost termina			
H2	Pri vsakem pacientu ne planiramo odpust. Ko ga dobimo v obravnavo, z njim delamo, odvisno od oddelka. Je razlika med oddelki,. Na forenziki je drugače, kot na drugem oddelku.	Načrtovanje odpusta Pogojenost z oddelkom Razlike	Variiranje načrtovanja	Načrtovanje pogojeno z oddelki	Razlike v praksi
H3	Delo v bolnici ima neke specifične, odpust je logični del hospitalizacije.	Odpust je zaključek zdravljenja	Ciljna usmerjenost v pomoč	Odpust je cilj zdravljenja	Cilj
H4	Za socialno delo imamo odmerjen čas, ki ga zunaj nimajo (npr. na CSD, kjer lahko nadaljujejo s srečanji), mi smo časovno omejeni, lahko se spreminja iz dneva v dan. Načrtovanje odpusta je zagotovo zelo pomembno.	Časovno omejeno delo s SD Odmerjenost časa Spreminjanje časa	Variiranje časa	Časovna omejenost dela SD	Omejitve
I1	INT9 Pri nas socialni delavec seveda sodeluje pri koordinaciji odpusta, pri iskanju namestitev v DU zavode, komune, stan. sk. nevladne organizacije. Če se recimo skregajo doma, iščemo novo bivališče, tudi preko spletne strani kontaktiramo s stanodajalci, pomagamo pri privajanju na novo okolje.	Sodelovanje SD Koordinacija Bivanje Privajanje okolju	Sodelovanje pri koordinaciji odpusta	Koordinacija SD pri bivanjski problematiki	Vloga SD
I2	Nismo pa direktno udeleženi pri vseh pacientih, ampak pri tistih, kjer se pokaže potreba po socialnem delavcu. Socialna obravnava poteka z določenim številom pacientov.	Ločenost obravnav Število pacientov	Sodelovanje z uporabnikom	Upoštevanje potreb uporabnika	Identifikacija potreb
J1	INT10 Glede odpustov je tako, na geriatрії je moja naloga načrtovanje odpusta in poročanje	Načrtovanje odpusta	Variiranje načrtovanja	Načrtovanje pogojeno z oddelki	Razlika v praksi

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	zdravniku o tem, kam gre geriatrični pacient po odpustu. Že drugi dan kontaktiram svojce, se informiram in potem to informacijo predam in pravzaprav delam na tem, kam gre pacient. Na ženskem oddelku nimam toliko vpliva. Zdravnik naroči obravnavo ali pacient prosi zanjo, jaz naredim načrt, kaj lahko naredim. Odpust je stvar zdravnika, razen pri namestitvah, ki jih jaz načrtujem in uskladim časovno	Poročanje zdravniku o namestitvi Sodelovanje s svojci Načrt obravnave Odpust v domeni zdravnika Namestitev Časovno usklajevanje			
K1	INT11 Jaz delam na oddelku za zdravljenje odvisnosti, sodelujemo s celotni timom. Pacient, zdravnik in terapevt v skupini sodelujejo in seveda sodelovanje s svojci, ki tudi zelo spodbujajo svoje domače, da ostanejo na zdravljenju.	Sodelovanje Tim Uporabniki Svojci	Timsko sodelovanje	Timski pristop	Timski pristop
K2	Ni samo zdravnik tisti, ki odloča, ampak tudi pacient sam in terapevt.	Odločanje uporabnika Sodelovanje Zdravnik	Sodelovanje z uporabnikom	Upoštevanje želja uporabnika	Identifikacija potreb
L1	INT12 Recimo, mi ki delamo na oddelkih, pogosto sodelujemo s pacienti, ki imajo stanovanjske probleme. Koordiniramo in jih usmerjamo, da se ta problematika začne reševati. Poskušamo različno. Recimo, imamo sedaj nekega gospoda, ki potrebuje stanovanje, pa bom ravno danes napisal priporočilo, socialno poročilo, da bo imel več točk.	Reševanje problemov Stanovanjska problematika Usmerjanje	Sodelovanje z uporabnikom	Upoštevanje želja uporabnika	Identifikacija potreb
M1	INT13 Če gledam na enoto gerontopsihiatrije, zdravnik, ki je vodja tima, v obravnavo vključi tudi socialnega delavca.	Zdravnik Vključevanje SD Svojci Uporabnik	Timsko sodelovanje	Timski pristop	Timski pristop
M2	V dogovoru s samim uporabnikom, če je	Dogovor z uporabnikom	Sodelovanje z uporabnikom	Upoštevanje želja uporabnika	Identifikacija potreb

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	zmožen, in v sodelovanju s svojci.	Zmožnost uporabnika			
M3	Skupaj naredimo načrt, če je oseba zmožna izraziti želje, jih upoštevamo, hkrati pa zelo upoštevamo realne in možne rešitve v povezavi z zdravstvenim stanjem in možnostmi v okolju.	Skupno delovanje Sodelovanje Zmožnost izražanja želja Zdravstveno stanje	Zmožnosti pogojene z zdravstvenim stanjem	Iskanje optimalne rešitve	Zdravstveno stanje
M4	Socialni delavec je vez med oddelčnim timom, zdravnikom, pacientom, svojci in drugimi institucijami v okolju.	Koordinator Vez Oddelčni tim Zdravnik Pacient Svojci Druge institucije	Sodelovanje pri koordinaciji odpusta	Koordinacija SD	Vloga SD
N1	INT14 Mi posebej tima za načrtovanje odpusta nimamo, skupaj stopimo socialna delavka, predvsem takrat, ko je človek vključen v socialno obravnavo, pri vseh odpustih ne sodelujemo. V večini poteka tako, da se skupaj z zdravnikom dogovorimo, kateri dan se načrtuje odpust, jaz obvestim CSD, KOS, skratka zunanje službe, ki so vključene v obravnavo, tudi patronažo. Odvisno, s kom sodelujemo.	Zdravnik Vključevanje SD Socialna obravnava Zunanje institucije	Timsko sodelovanje	Timski pristop	Timski pristop
O1	INT15 Socialna služba je vključena v obravnavo paciente, ne ravno pri vseh, pri večini pa že v času zdravljenja.	Čas zdravljenja	Pričetek zdravljenja	Pričetek načrtovanja	Pričetek
O2	Tu gre potem za neko koordinacijo, načrtovanje odpusta, čeprav teh terminov se niti ne uporablja. Vedno se, ko se približuje odpust, preučijo možnosti, kakšne bi sploh bile.	Koordinacija Proučevanje možnosti	Sodelovanje pri koordinaciji odpusta	Koordinacija SD	Vloga SD
O3	Če se potreba že prej pokaže, potem to delamo dolgoročno. Predvsem v primeru, ko uporabnik ni sposoben samostojnega življenja, začnemo že prej. Če vemo, da se bo vrnil v domače okolje,	Nesamostojnost Dolgoročno načrtovanje Podpora okolja	Upoštevanje zdravstvenega stanja	Pričetek načrtovanja	Pričetek

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	potem vse te možnosti pomoči in podpore iščemo v njegovem lokalnem okolju.				
	Katere službe so vključene v načrtovanje odpusta v bolnišnici in kdo ima pri tem ključno vlogo?				Službe vključene v načrtovanje odpusta
A4	INT1 V NO je vključena predvsem socialna služba, tudi medicinska služba, stanje pacienta mora biti dobro ob odpustu. Vse v zvezi z načrtovanjem odpusta pa pripravi socialna služba v bolnišnici.	SS (socialna služba) Medicinska služba Koordinacija SS	Socialna služba Medicinska služba	Socialna služba Medicinska služba	Timski pristop
B5	INT2 Vključeni so socialni delavec, diplomirana sestra, zdravnik iz tima. Koliko je kdo vključen, pa je odvisno od pacientove problematike.	SD (svetovalni delavec) DMS (diplomirana medicinska sestra) Zdravnik	SD DMS Zdravnik	SD DMS Zdravnik	Timski pristop
B6	Če urejamo namestitev, socialni delavec napiše vloge, psihiater in diplomirana sestra mnenje, potem jaz kontaktiram z zavodi oziroma ustanovami, kamor so bile poslane vloge.	Spis vloge SD Namestitev DMS/Zdravnik mnenje Ohranjanje stika	SD DMS Zdravnik	Vključenost služb pogojeno z bivanjsko situacijo	Pogojenost z uporabnikovo situacijo
B7	Če je odpuščen domov in rabi obisk patronažne sestre ali pa datum za ambulantni pregled, potem to uredi služba zdravstvene nege.	Domov Patronažna sestra Obisk Pregled DMS	DMS	Vključenost služb pogojeno z bivanjsko situacijo	Pogojenost z uporabnikovo situacijo
B8	Če se pacient vrne nazaj v dom, potem jih jaz obvestim dan pred odpustom, da prihaja nazaj.	DSO Obvestilo Prihod	SD	Vključenost služb pogojeno z bivanjsko situacijo	Pogojenost z uporabnikovo situacijo
C4	INT3 Dejstvo je, da ima ključno vlogo socialni delavec, skupaj z vsemi akterji,	Ključna vloga SD Različni deležniki	Koordinator SD	Ključna vloga SD	SD
C5	s katerimi se pogovarjamo na timskem sestanku.	Sodelovanje Timski sestanki	Timsko sodelovanje	Timski pristop	Timski pristop
D9	INT4 Ključno vlogo pri načrtovanju odpusta ima socialni delavec.	Ključna vloga SD	Koordinator SD	Ključna vloga SD	SD
D10	Seveda je pomembno timsko delo, torej	Sodelovanje Timski sestanki	Timsko sodelovanje	Timski pristop	Timski pristop

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	vključenost vseh profilov na oddelku				
E4	INT5 V načrtovanje odpusta so vključene vse službe; zdravnik, socialna delavka, psiholog, delovni terapevt, medicinska sestra..	Zdravnik SD Psiholog Delovni terapevt MS	Zdravnik SD Psiholog Delovni terapevt MS	Vse službe	Timski pristop
E5	Ključno vlogo pri iskanju namestitev in urejanju drugih zadev ima socialni delavec, zdravnik pa pri odpustu	Iskanje namestitev	Bivanjska problematika	Ključna vloga SD	SD
G11	INT7 Ključno vlogo in največjo težo odgovornosti nosi seveda oddelčni zdravnik, ki je odgovoren za zdravljenje pacienta, kar je ključna naloga bolnišnice.	Ključna vloga zdravnika Odgovoren za zdravljenje	Odgovornost zdravnika	Ključna vloga zdravnika	Zdravnik
G12	Vendar v modelu timskega dela to pomeni posledično odgovornost za vsakega člana strokovnega tima – vsaka posamezna obravnava pacienta (v zdravstveni negi, delovni terapiji, socialni službi, psihološki službi) vpliva na pacientovo stanje in okoliščine in posledično vse vpliva na načrtovanje odpusta.	Model timskega dela Obravnave vplivajo Vpliv na odpust	Timsko sodelovanje	Timski pristop	Timski pristop
G13	Zato je tako zelo pomembna odgovorna in ažurna izmenjava informacij med sodelavci v timu, prava klinična pot obravnave pacienta in še kaj. Vsak strokovni delavec v timu potrebuje zbir vseh aktualnih informacij, ob katerih se preverja okvirni načrt zdravljenja in se po potrebi spreminja, dopolnjuje ...	Izmenjava info. Hitro Dosledno Zbiranje informacij Fleksibilnost načrta zdravljenja	Analiza stanja uporabnika Izmenjava informacija	Formativno spremljanje stanje pacienta	Timski pristop
H5	INT8 Rekla bi, da je pri nas velika razlika že med oddelki, npr forenziko in splošno psihiatrijo.	Forenzika Psihiatrija	Razlike med oddelki	Razlike med oddelki	Razlike med oddelki
H6	Na odprti enoti ima glavno besedo zdravnik, kdaj lahko gre oseba domov. večinoma je	Glavna beseda Zdravnik Odločevalec SD vključen	Odločevalec	Ključna vloga zdravnika	Zdravnik

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	socialni delavec vključen takrat, ko vemo, da gre za neko začasno stanje. Jaz ocenim, koliko časa potrebujem in po potrebi se odpust prestavi. Ni pa to pogosto, predvsem takrat, ko vemo, kaj hočemo doseči. Takrat, kljub že dobremu zdravstvenemu stanju, zaradi katerega bi lahko šel domov, ostane v bolnici, ker čaka neko mesto.				
H7	Največ zdravnik, na drugem mestu pa bi lahko rekla je že socialni delavec.	Zdravnik SD	Prepletanje vlog pomembnosti	SD Zdravnik	Timski pristop
H8	Tudi tega po 75. členu je kar nekaj, socialni delavec sodeluje zraven na tim kot strokovni delavec.	75. člen Tim Sodelovanje SD	Timsko sodelovanje	Timski pristop	Timski pristop
H9	Včasih smo z medicinsko stroko v nasprotju . Če zdravnik vztraja, da mora pacient v zavod, tukaj nimaš kaj. Oni gledajo v smislu zakona, varovanja pacienta, drugih in premoženja. Mi včasih svetujemo, da se pelje človeka na ogled zavoda, da vidijo, kaj jih čaka, tako jim je lažje, Tu nam medicinska stroka ne pritrdi, ker rečejo, da bo tako ali tako moral v zavod po zakonu	Konflikti SD in medicina Odločitev zdravnika Namestitev zavod ogled zavoda Pristop	Slednje zakonu (rigidnost) Približevanje uporabniku	Nesoglasja glede NO	Nesoglasja v službah
I3	INT9 Sigurno je vodja zdravljenja zdravnik, on tudi predvidi časovnico, koliko časa potrebuje za zdravljenje. To je za nas en okvir, orientacija, koliko časa imamo, da se določene storitve uredijo, npr. iskanje bivališča ali pa dodatna organizacija pomoči na domu. Ključna oseba je zdravnik, ki nam da časovnico.	Vodja je zdravnik Določanje časa Čas trajanja Okvir Orientacija Ureditve Bivališče Pomoč na domu	Določitev časovnega okvirja	Ključna vloga zdravnika	Zdravnik
I4	Socialni delavci smo pomemben člen pri tem, sploh v primerih	Pomemben član tima SD	Bivanjska problematika	Prilagajanje zdravnika	Socialne delavke

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	namestitev, ko nekdo ne more več bivati doma. V tem primeru je ključna oseba sicer zdravnik, ampak se prilagodi nam.	Namestitev Nesamostojnost Prilagajanje zdravnika			
J2	INT10 Nosilec je zdravnik, on vodi zdravljenje,	Nosilec zdravnik Vodja zdravljenja	Vodja zdravljenja	Ključna vloga zdravnika	Zdravnik
J3	Timsko se sestajamo vsak dan, vsi prispevamo svoj delež, da se obravnava izpelje v dobro pacienta. Če nisem vključena v obravnavo, nimam vpliva na odpust.	Tim Vsakdan Sestajanje Vključevanje Obravnava Vpliv na NO	Timsko sodelovanje	Timski pristop	Timski pristop
K3	INT11 V prvi vrsti sem terapevtka, če je socialna problematika, sodelujemo z institucijami, kot so CSD. V teh primerih zdravnica vedno vpraša za mnenje in smo zelo prisotni pri načrtovanju odpusta.	Socialna problematika Sodelovanje Institucije Informiranost zdravnika	Socialna problematika	Tim določen glede na uporabnikove potrebe	SD
L2	INT12 Načeloma mi nimamo te ključne osebe, mislim, da bi lahko bila kar socialna služba, ker poznamo te zunanje institucije, sodelujemo z njimi. Je neka mreža, ne predstavljamo si medicinskih sester in zdravnika, da bi bili ključne osebe.	Ključna oseba Socialna služba Sodelovanje Zunanje institucije Mreža	Koordinator SD	Ključna vloga SD	SD
M4	INT13 Če je mišljeno katere službe bolnice, je to zdravnik, socialni delavec, delovni terapevt. Oni vidijo dejansko, koliko oseba zmore. Informacije, če tim dobro deluje, so od vseh. Delovni terapevti in drugo zdravstveno osebje zelo dobro vidijo, koliko kdo zmore in je možno narediti realno oceno. Ključna vloga – zdravnik je vodja tima, on ima pomembno vlogo,	Zdravnik SD Delovni terapevt	Realna ocena zmožnosti	Ključna vloga zdravnika – vodja	Zdravnik
M5	socialni delavec ima pomembno vlogo z vidika, kako zna vse to povezati, koordinator, podporna vloga.	SD Povezovanje Podpora	Koordinator SD	Ključna vloga SD	SD

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
N2	INT14 O odpustu odloča zdravnik, odvisno od primera do primera,	Odločitev zdravnika Primeri Različni	Vodja zdravljenja	Pogojenost z uporabnikovimi potrebami	Zdravnik
N3	kjer je socialna problematika pa jaz, odvisno od primera do primera in odvisno od oddelka do oddelka	Socialna problematika SD	Socialna problematika	Pogojenost z uporabnikovimi potrebami	SD
O4	INT15 Težko bi rekla, kdo ima ključno vlogo pri tem. Ponavadi se na oddelku pogovorimo psihiater, oddelčna sestra, socialna delavka, psiholog. Nekako se skupaj zberejo te informacij in naredimo nek brainstorming kako in kaj, seveda tudi s samim uporabnikom.	Psihiater oddelčna sestra socialna delavka psiholog uporabnik	Timsko sodelovanje	Timski pristop	Timski pristop
O5	Odvisno je od tima, na to vpliva več dejavnikov. V nekaterih timih je večja vloga socialne delavke, druge morda ni tako. To je odvisno od samih značilnosti timov in koliko je socialna služba vključena na podlagi predloga lečečega zdravnika na oddelku.	Vpliv dejavnikov Delitev vlog Pomembnost vloge Predlog zdravnika Vključenost SD	Prilagajanje članov tima	Določanje članov tima	Tim določen glede na uporabnikovo situacijo
O6	Seveda socialna služba posreduje tisto, kar je jasno razvidno iz informacij, razgovorov, informacij, ki jih imamo na voljo, kje so težave.	Informacije Razgovori Težave	Analiza stanja uporabnika Izmenjava informacija	Formativno spremljanje stanja pacienta	SD
O7	Mi seveda podajamo svoja mnenja, včasih se nas sliši, včasih ne.	Podajanje mnenj Slišnost	(ne)upoštevanje mnenj SD	Nesoglasja glede NO	Nesoglasja v službah
	Ali je v praksah različnih strokovnih služb v psihiatrični bolnišnici zaznati prakse, ki bi jih lahko označili kot s pokroviteljske in dejansko zmanjšujejo zmožnost uporabnikov, da odločajo o svojem življenju?				pokroviteljske prakse - zmanjšujejo zmožnost uporabnikov, da odločajo o svojem življenju
A5	INT1Menim, da je to odvisno od človeka do človeka. Če je oseba pokroviteljsko, želi upravljati s pacienti, mu povedati, kaj je zanj dobro, tudi če on ne vidi	Odvisno od človeka Upravljanje Dopovedovanje Nesoglasje Določanje	Upravljanje z uporabnikom	Neupoštevanje želja uporabnika	Prisotnost prakse

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	tako. Od posameznega strokovnjaka je odvisno.				
B9	INT2 Ne, tega po moje ni zaznati.	Ne zaznavanje	Ne zaznavanje	Ne zaznavanje	Ne zaznavanje
C6	INT3 Ja, mislim, da predvsem zdravniki,	Zdravniki	Zdravniki	Zdravniki	Zdravstveno osebje (prisotnost prakse)
C7	mi smo pa tisti, ki jih v zvezi s tem zaščitimo. Npr. primer, fant, ki je na vsak način hotel klošariti, zdravnica pa je insistirala, da mu je potrebno urejati namestitev, npr. stanovanjsko. On je s polno zavestjo in zdrav razlagal, da si takega načina življenja v stanovanjski skupnosti ne želi. Vztrajala sem pri tem in fant je res dejansko šel na ulico. Takšno ravnanje zdravnice se mi zdi pokroviteljsko.	Zaščita Vloga SD Brezdomstvo	Ne upoštevanje želja uporabnika	Zaščitna vloga SD	Blaženje pokroviteljske prakse
D11	INT4 Mogoče bolj iz pogovora s pacientom, ko npr. reče, da mu je zdravnik rekel, da mora jemati zdravila ali pa mu psiholog nekaj reče.	Zdravnik Jemanje zdravil Brezpogojno	Zdravniki	Zdravniki	Zdravstveno osebje (prisotnost prakse)
D12	Mi pa izhajamo predvsem iz tega, kaj on zmore, kaj on želi in smo tukaj ena vez, da to malo zbalansiramo, Poskušamo mu razložiti, kaj je namen, v smislu suporta in da se mu vse razloži. Ponavadi to sprejmejo in to vidijo potem kot nasvet, odločijo se končno sami.	Identifikacija zmožnosti Upoštevanje želja Razlaga namena	Ne upoštevanje želja uporabnika	Zaščitna vloga SD	Blaženje pokroviteljske prakse
E6	INT5 Največkrat to srečamo pri starostnikih, ko ni svojcev. Takrat iščemo socialni delavci rešitve sami (npr. namestitve v DU, tudi če so oddaljeni od doma).	Starostniki Brez svojcev	Namestitvena problematika	Starostniki	Pogojeno s situacijo uporabnika
F3	INT6 Predvsem bi mogoče to lahko opazili pri pacientih z demenco, oni bi šli domov, svojci te prosijo, če lahko ostane še 3 tedne, težko je to.	Starostniki Demenca Prošnja svojcev	Zdravstveno stanje	Starostniki	Pogojeno s situacijo uporabnika

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
G14	INT7 Vsekakor se takih praks (raje bi temu rekla neustrezen odnos) izogibamo, se pa tak neustrezen odnos lahko kdaj zgodi.	Neustrezen odnos Izogibanje Pojavnost	Neustrezen odnos	Jemanje moči uporabnika	Prisotnost prakse
G15	V veliko pomoč je timski pristop, kjer lahko ob izmenjavi informacij zaznamo, da je koga zaneslo v pokroviteljstvo in z obravnavo pacientu tako rekoč jemlje moč, namesto da bi deloval v smeri opolnomočenja pacienta. Timski sestanek v takem primeru učinkuje lahko kot supervizija in je strokovnemu delavcu v pomoč, da se naravna v pravi odnos. Enako vlogo ima lahko tudi vsak notranji delovni posvet s strokovnimi delavci, ... strokovni delavec je odgovoren za strokovni odnos z »uporabnikom« in ga je dolžan graditi, popravljati, ...	Pomoč Timski pristop Izmenjava informacij Jemanje moči Supervizija Pomoč delavcu	Izmenjava informacij Timski pristop	Timski pristop (supervizija)	Blaženje pokroviteljske prakse
G16	Vendar je res tudi, da je v moči/možnosti vsakega posameznika, tudi »uporabnika«, da bo izbral, ali bo sprejel pokroviteljski odnos in se odzval tako, da bo prepustil odločanje o sebi drugemu, ali pa bo tak odnos prepoznal in zavrnil.	Odločitev uporabnika Moč uporabnika Sprejemanje Zavračanje	Odziv uporabnika	Moč izbora odnosa	Pogojeno s situacijo uporabnika
H10	INT8 Ja, to se mi zdi, da je kar pogosto, vsaj medicinska stroka. Mi malo drugače gledamo na to. Oni rečjo, kaj bi bilo za paciente dobro. Ker človek ne sprejem te rešitve, se v končni fazi izkaže kot slaba rešitev.	Pogostost Medicinska stroka Vsiljevanje rešitev Ne sprejemanje	Vsiljevanje rešitve	Neupoštevanje želja uporabnika	Zdravstveno osebje (prisotnost prakse)
H11	Mi pa vidimo naprej, morda zato, ker ga poznamo, morda mu svetujemo stanovanjsko skupnost. To je sprememba v njihovem življenju. Sprva se za to možnost ne odloči, pa se	Poznavanje uporabnika Svetovanje Življenjska sprememba Odločitev Pustiti čas	Upoštevanje uporabnika	Čas sprejemanja spremembe	Blaženje pokroviteljske prakse

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	čez nekaj časa vendarle odloči. Človeku je treba pustiti čas, da pove, s katerim tempom bo delal nekaj.				
I5	INT9 Na splošno bi rekel, da je še nekaj tega, čeprav se jaz temu poskušam izogibati. Malo je še tega v timu.	Pojavnost Izogibanje	Zaznavanje pojava	Izogibanje	Prisotnost prakse
I6	S sodelavko sva šla skozi proces izobraževanja, psihoterapija te nauči, kako človek funkcionira in jaz, če povem svojo izkušnjo, dokler tega nisem poznal, sem bil zelo obremenjen s tem, da mora pacient, ko pride k meni s težavo, od mene oditi z rešitvijo. Sedaj vem, da ni tako. Mi si že lahko predstavljamo, kaj bi bilo za njega boljše, ampak moja naloga je, da paciente seznanimo z možnostmi, moj namen ni, da njega v nekaj silim.	Izobraževanje Psihoterapija Delovanje človeka Razbremenitev Reševanje težav Seznanitev z rešitvami Izbira uporabnika Brez prisile	Svobodna odločitev uporabnika	Izobraževanje	Blaženje pokroviteljske prakse
I7	Jaz sem razbremenjen že s tem, da mu ponudim možnosti, na njem pa je, da zbere ali pa ne.	Razbremenitev Ponujanje možnosti Odločitev uporabnika	Možnost/svoboda izbire Upoštevanje želje uporabnika	Prepuščanje odločitev uporabniku	Blaženje pokroviteljske prakse
J4	INT10 Ja, včasih je to še prisotno, večinoma pa ni več tako, kot je bilo včasih, manj je tega pokroviteljstva,	Občasna prisotnost Upad prakse	Upad pokroviteljstva	Zaznavanje spremembe	Prisotnost prakse
J5	pacientu ponudiš različne možnosti, več odločajo pacienti.	Različne možnosti Odločanje pacienta	Možnost/svoboda izbire Upoštevanje želje uporabnika	Prepuščanje odločitev uporabniku	Blaženje pokroviteljske prakse
K4	INT11 če želi pacient predčasno zapustiti zdravljenje, mi pa mislimo, da bi še potreboval teden ali dva, ga spodbujamo k temu, ga pa ne silimo. Bolj v smislu motiviranja, spodbud, ne pokroviteljstva.	Prekinitev zdravljenja Nasprotje oceni Motiviranje Spodbujanje Brez prisile	Spodbujanje in motiviranje Brez vsiljevanja	Prepuščanje odločitev uporabniku	Blaženje pokroviteljske prakse
K5	Je pa res, da če se ne držijo dogovorov, zdravnik odredi odpust,	Zdravljenje Neupoštevanje Zdravnik	Prekinitev zdravljenja	Kršenje zdravnikovih določil	Prisotnost prakse

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	tudi če si pacient tega ne želi.				
M6	INT13 Mislim, da pri nas tega ni zaznati. Velikokrat poskušamo osebo odpustiti tja in narediti to, kar si želi. Če se izkaže, da ne zmore, potem gremo v drugačne načrte.	Ni zaznati Upoštevanje želja Prilagajanje situaciji	Upoštevanje želja uporabnika	Prilagajanje NO uporabniku	Ne zaznavanje
N4	INT14 Jaz mislim, da socialna služba ne dela v tem smislu, mimo osebe. Vedno skušamo iskati rešitve skupaj z njimi, da bi se tudi oni potem v domačem okolju dobro počutili,	SD Umikanje praksi Iskanje rešitev Sodelovanje Dobro počutje	Upoštevanje želja uporabnika	Skupno iskanje rešitev	Ne zaznavanje prakse
N5	dostikrat je zdravnik tisti, ki reče, da doma več ne gre, da je drug način boljši. Seveda pa tudi so določeni primeri, ko rečemo, da je za človeka nekaj boljše, sploh, če živi v zelo neurejenih razmerah. V tem primeru ponudimo institucionalno varstvo. Tu ne gre za pokroviteljstvo, ampak za iskanje boljše izbire.	Zdravnik Bivanjske razmere Neurejenost razmer Institucionalno varstvo Iskanje boljše izbire	Namestitvena problematika	Iskanje boljše rešitve	Pogojeno s situacijo uporabnika
O8	INT15 Sigurno je prisotno, predvsem gre za psihiatre, zdravstvene delavce, mi smo zdravstveni sodelavci. Menim, da se to vleče iz nekega preteklega delovanja, ker je bilo to najbolj sprejeto.	Prisotnost Psihiatri	Zdravstveni delavci	Zdravstveni delavci	Zdravstveno osebje (prisotnost prakse)
	Kaj bi se v praksah različnih strokovnih služb v psihiatrični bolnišnici moralo spremeniti, da bi prekinili s pokroviteljskimi praksami in bi lahko dejansko govorili o emancipaciji uporabnikov?				Nujnost spremembe za odpravo pokroviteljskih praks
A6	INT1 Mogoče, da bi tudi tisti, ki drugače razmišljajo, spremeniti razmišljanje. Je velikokrat tako, da so tudi pacienti zaradi bolezni kot take nekritični do tega, kaj oni lahko in česa ne morejo.	Sprememba mišljenja Uporabnika Samokritičnost	Ocena realnih možnosti	Upošteva zdravstvenega stanja uporabnika	Razumevanje zdravstvena stanja uporabnika
B10	INT2 Mislim da nimamo tega, pacient se sam odloča kam oziroma če bo sploh kam šel.	Samostojna odločitev pacienta	Uporabnikova izbira	Krepitev uporabnika	Spoštovanje odločitev uporabnika

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
C8	INT3 Tu je zelo tanka meja med enim in drugim, ker potem bi nas lahko tudi označili, da nas nič ne briga in da jih mečemo na cesto. Meni se zdi pomembna previdnost in je bolje večkrat vprašati.	Tanka meja Brezbrižnost zaposlenih Previdnost Pogovori	Dvorezen meč	Pogovori z uporabnikom	Razumevanje zdravstvena stanja uporabnika
D13	INT4 Mislim, da je predvsem, če govorimo o odnosu strokovnjak - pacient, ključno znanja	Znanje	Znanje zaposlenega	Pridobivanje znanja	Izobraževanje
D14	Spreminjati to je zelo težko. Mogoče edino še več komunikacije v timu, da vidimo, kakšen način komunikacije je primernejši, ampak to je stvar posameznika.	Komunikacija Timsko sodelovanje	Izmenjava informacij v timu	Komunikacija v timu	Medosebni odnosi
D15	predvsem je bistvena osebnost. Odgovoren si za to, kar rečeš, če gledamo to iz tega naslova.	Osebnost zaposlenega Odgovornost	Odgovornost	Sprememba odnosa	Izobraževanje
E7	INT5 Mislim, da ne gre za pokroviteljske prakse. Včasih je celo nasprotno, treba je postaviti meje uporabniku.	Pomanjkanje mej	Prevelika svoboda	Izgubljanje pristojnosti	Meje uporabnika
F4	INT6 Jaz osebno sem dosti pričakovala od Zakona o duševnem zdravju in kako bodo v skladu z njim vsi sodelovali, V praksi pa povabiš KOS, pride, ampak se nič ne spremeni. Je težko.	Zakon o duševnem zdravju Sodelovanje	Spremembe zakonodaje	Zakonska ureditev	Zakonske ureditve
G17	INT7 če so temeljne vrednote v naših medčloveških odnosih spoštovanje – dostojanstvo (spoštovanje drugega, ki je enkrat in neponovljiv in nikoli do konca poznan, spremenljiv ... in vedno vreden),	Temeljne vrednote Odnosi Spoštovanje Dostojanstvo	Spoštovanje in dostojanstvo	Medosebni odnosi	Medosebni odnosi
G18	odprtost za komunikacijo (poslušanje, upoštevanje, graditev dobrega odnosa).	Odprta komunikacija Poslušanje Upoštevanje	Komunikacija	Krepitev komunikacije	Medosebni odnosi
G19	Strokovni delavec mora biti pozoren, da odgovarja na pacientove potrebe tako, da mu predstavlja	Potrebe Naslavljanje	Upoštevanje potreb uporabnika	Strokovna argumentacija	Določanje meja uporabnikov

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	strokovno mnenje, stališče, pristojnosti in možnosti, meje.	Predstava strokovnega mnenja Možnosti Meje			
G20	A se hkrati ne sme odločati namesto pacienta, kaj od realno možnega, kar lahko v njunem delovnem odnosu nastane, bo »uporabnik« sprejel in koliko bosta sodelovala.	Odločitev uporabnika Realne možnosti Sodelovanje	Odgovornost uporabnika	Svobodna odločitev uporabnika	Spoštovanje odločitev uporabnika
I8	INT9 Težko bi rekel, kaj bi bilo potrebno narediti, da bi bilo tega manj. Mogoče to, da se zavedamo, da so posamezniki sami odgovorni za svoje izbire,	Odgovornosti Uporabnik Lastne izbire	Odgovornost uporabnika	Svobodna odločitev uporabnika	Spoštovanje odločitev uporabnika
I9	mi smo podporniki, učitelji, informatorji, ki ponudimo možnosti, ampak odločitve so njihove.	SD podpornik Učitelj Ponudba možnosti Odločitev uporabnika	Predstavitev možnosti izbire Podpora	Podpora pri odločanju	Razumevanje vloge zaposlenih
J6	INT10 Odvisno od tega zakaj se zdravijo, od diagnoze, obravnavo je treba drugače predstaviti pri različnih ljudeh. Kronični bolniki mogoče nečesa ne zmorejo, tukaj jih je potrebno malo bolj soočiti z realnostjo, da so bolj objektivni.	Zmožnost uporabnika Soočanje Realnost Objektivnost	Upoštevanje zdravstvenega stanja uporabnika	Objektivnost možnosti uporabnika	Določanje mej uporabniku
K6	INT11 nikoli se ne odloči zdravnik sam, vedno vpraša za drugo mnenje. Ampak če vidimo, da ne gre v pravo smer, povemo	Odločitev zdravnika Drugo mnenje Pogovori Tim	Posvetovanje	Izmenjava informacij	Timski pristop
M7	INT13 Rekla bi, da žal zavisi od vodje oddelčnega tima, kakšno je njegovo stališče. Mogoče so nekateri bolj tako usmerjeni, predvsem zdravstveni profili. Pri nas je v redu. Naši uporabniki imajo nekateri že toliko napredovano demenco, da je težko, kjer pa je možno, pa jim prisluhnemo. So pa odkloni.	Stališče vodje tima Vodja tima Odkloni	Pogojeno s stališči vodje	Subjektivnost vodje	Skrben izbor vodji tima

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
O9	INT15 Še vseeno pa se mi zdi, da je tu socialno delo malo pridobilo, s socialno delavko v timu vseeno ni vse tako slabo. Seveda so prisotne pokroviteljske ideje, ampak se jih da preseči. Tu socialni delavci izstopamo od drugih profilov.	SD v timu Preseganje prakse Izstopanje	Vključenostjo SD	Vključenostjo SD	Vključenost SD v tim
	Koliko po vašem mnenju lahko socialni delavci vplivajo na to, kako službe obravnavajo uporabnike pri načrtovanju odpusta?				Vpliv SD pri NO uporabnika
A7	INT1 Mislim, da se, spet odvisno od tega, s kom sodelujemo, naš vpliv, naše mnenje vedno bolj upošteva.	Pogojenost Oseba	Osebni vpliv	Individualna raven	Individualna pogojenost
A8	Vloga samega socialnega delavca je bolj upoštevana, kot je bila v preteklosti	Vloga SD Upoštevanje Preteklost	Sprememba prakse	Zaznavanje sprememb	Krepitev veljave SD
B11	INT2 V timu dobro sodelujemo in to je pomembno, da stvari delujejo, da lahko vplivamo, da res dobro sodelujemo.	Sodelovanje Tim Dobro Utečenost	Medosebno sodelovanje	Sodelovanje v timu	Timski pristop
C9	INT3 Iz mojega stališča se mi zdi vloga socialnega delavca pomembna, biti moraš samozavesten, veliko poznati, biti seznanjen s pacientovo situacijo,	Samozavest Seznanjenost Informiranost Poznavanje situacije	Samozavest Informiranje	Suverenost in informiranost	Kompetentnost SD
C10	potem lahko daš glas za tega človeka, ker na oddelčnih timih on ni prisoten in se mi zdi, da dostikrat drugi profili sprejmejo vse to, da gre potem v pravi smeri odpust. Gre za zagovorniško vlogo.	Zagovornik	Vloga zagovornika uporabnika	Zagovorniška vloga	Jasnost vloge SD
D16	INT4 Mislim, da smo socialni delavci tukaj v prvi vrsti kompetentni za to. Ker v bistvu, ko ti razložiš nek načrt odpusta oziroma neke možnosti, ki jih pacient sam izbere prostovoljno, je treba v timu jasno povedati, kaj je on povedal, kaj si on želi, kakšne so realne možnosti	Kompetentnost Predstavitev NO Možnosti Izbor pacienta Realne možnosti Balansiranje Glas pacienta	Iskanje meje med realnimi in željenimi možnostmi	Zagovorniška vloga	Jasnost vloge SD

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	in potem za naprej. Smo glas pacientov				
F5	INT6 Spet odvisno od situacije. Če imaš argument, ga zagovarjaš, seveda se te upošteva. Npr. predlagaš, da je v bolnici še nekaj časa, da lahko določene zadeve urediš. Če pa se pacient odloči, da gre domov, potem ima pravico iti.	Zagovornik Glas pacienta Argumentiranje Želje uporabnika	Argumentacija stališča	Zagovorniška vloga	Jasnost vloge SD
G21	INT7 Veliko. Socialni delavci smo, kadar »uporabnik« to potrebuje oz. želi, lahko neke vrste vez med »uporabniki« in »službami«. Tudi v smislu zagovorništva, skrbi za njegove pravice, koristi, svetovanja uporabnikom. Hkrati pa smo vključeni v delovni tim, kjer je prostor za posredovanje vseh vidikov obravnav »uporabnika«.	Vez Uporabnik Zdravstveno osebje Zagovorništvo Pravice	Iskanje meje med realnimi in željenimi možnostmi	Zagovorniška vloga	Jasnost vloge SD
H12	INT8 Jaz mislim, da imamo moč, jaz tu čutim v obeh timih, kjer delujem, se upošteva mnenje celotnega tima. Mi smo malo okrnjeni na forenziki, ravno zaradi sodišča, ne more biti tako, kot smo si zamislili. Mi na forenziki se kot tim vedno skupaj dogovarjamo, tudi zaradi varnostnega razloga, vedno povemo pacientu, da je to odločitev celotnega tima (npr. izhodi za nekaj urejati zunaj). Vsak pove svoje, kaj misli, kako ga vidi, ali bi to zmozel ... Pri samem odpustu, pa kot pravim, prevladuje mnenje zdravnika, je le bolnica.	SD v timu Upoštevanje mnenje SD Dogovori Ocena pacienta	Vključenostjo SD	Vključenostjo SD	Vključenost SD v tim
I10	INT9 Jaz mislim, če pogledam sebe, da je moja vloga umeščena v timsko delo, povem svoje mnenje, kot tim me spoštujejo, upoštevajo	SD v timu Upoštevanje mnenja SD Svoboda izbire Spoštovanje	Upoštevanje mnenja SD Upoštevanje želje uporabnika	Vključenostjo SD	Vključenost SD v tim

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	mnenje, predloge, tudi nisem imel občutka, da bi ostali silili ljudi k rešitvam, ki se njim zdijo prave, če se pacient s tem ne strinja. Mi npr. vemo, da bi bilo dobro, da se odvisnik vključi v določen program, ampak če on tega noče, ga ne bomo silili.				
L3	INT12 Jaz mislim, da imam veliko besedo, se me upošteva, največ sodelujem z zdravnico, veliko dajo na to, kar jaz rečem. Ne gre samo za to, kam gre, ampak da povemo, npr. ta bi bil za koordinacijo ali pa za skupnostno, tukaj imam jaz veliko besedo, predlagam, sicer pa zdravnica potem odloči. Fino sodelujemo.	Upoštevanje mnenja Sodelovanje Zdravnik Predlogi SD Odločitev zdravnika	Upoštevanje mnenja SD	Posvetovanje s SD	Sodelovanje z zdravstvenim osebjem
M8	INT13 socialnodelavski odnos, vzpostavitev dobrega delovnega odnosa vpliva na tim.	Odnosi Vzpostavljanje Dobri odnosi Tim	Vzpostavljanje odnosov	Odnosi v timu	Medosebni odnosi
N6	INT14 Jaz mislim, da vplivati na to, kako nekdo dela, ne moremo, ampak je odvisno od osebe do osebe. Mnenje naše strani, kot socialne službe vedno lahko povemo, ali se to mnenje upošteva, pa je odvisno od določene osebe.	Pogojenost Oseba Šibkost vpliva Izražanje mnenja	Upoštevanje mnenja SD	Individualna raven	Individualna pogojenost
O10	INT15 Rekla bi, da se včasih da zelo veliko narediti z nekim skupnim sodelovanjem, ne s tistim avtorskim načinom, čeprav se tudi ta uporablja. Socialno delo v zdravstvu se mi zdi da še vedno nima tiste vloge, ki bi jo morale imeti.	Sodelovanje Rezultati Uspešnost	Uspešnost NO	Sodelovanje v timu	Timski pristop
	Kako pri načrtovanju odpusta sodelujejo uporabniki?				Sodelovanje uporabnikov
A9	INT1 Povejo, kaj si oni želijo ob odpustu, mi prikažemo, kaj lahko zanj uredimo, potem se pogajamo, dogovarjamo,	Izražanje želja Realne možnosti Pogajanje Dogovarjanje Potek NO	Izražanje želja in potreba	Določanje konsenza	Soustvarjalec NO

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	kako bo potekalo, kam bo odpuščen po koncu zdravljenja.				
B12	INT2 Sodelujejo glede na svoje sposobnosti, poskušamo da so čim bolj aktivni. V primeru demence pa ni za pričakovati, da bo lahko sam izpolnil prošnjo za dom. Če zmorejo, se upoštevajo njihove želje, glede na realne možnosti. Na primer kam bi rad šel, v katero stanovanjsko skupino, v kateri dom. Imajo pa potem od tam možnost, da se preselijo, ko je prosto mesto, če želijo.	Sposobnosti Sodelovanje Aktivnost Želje uporabnika Realne možnosti	Izražanje želja in potreb	Upoštevanje zdravstvenega stanja uporabnika	Soustvarjalec NO
C11	INT3 Ta načrt, kot ga jaz vodim, je že zelo na začetku, ko mu predstavim različne možnosti in te informacije pustim dan, dva, da to premisli, prebere, dam prospekte in potem se čez dan, dva pogovoriva, kaj mu je najbolj ljubo, lahko se odloči, kam bo šel in vse. Mislim, da o vsem sam odloča, mi smo pa informatorji, kakšne ima možnosti. Razen po 75. členu.	Vodenje načrta Predstavitev možnosti Informiranje Premislek Pogovor Identifikacija želja Odločitev uporabnika SD je informator	Informativna vloga SD	Upoštevanje izbire uporabnika	Soustvarjalec NO
D17	INT4 V bistvu je treba pacientom, uporabnikom razložiti, kaj zanj pomeni ta načrt, če je cilj, da s tem ko se načrtuje že danes odpust, da ne bo prišel tako pogosto v bolnico, je fino, da se mu to jasno in glasno razloži, da se bo znal okrepiti, poiskati možnosti že vmes in da ne bi bilo več zdravljenja v bolnici, so še druge oblike pomoči, zdravljenja, tukaj je fino, da se mu to razloži.	Razlaga NO Cilj NO Zmanjševanje povratnikov Predstavitev možnosti	Zmanjševanje povratništva Predstavitev oblike pomoči	Namen in cilj NO	Soustvarjalec NO
E8	INT5 Uporabniki vedno sodelujejo pri načrtovanju odpusta, se usedem z njimi, da vidimo, kako bo po odpustu. Na oddelku	Sodelovanje Po odpustu Pogovor Namestitev	Urejanje situacije po NO	Stabilizacija uporabnikovih razmer po NO	Soustvarjalec NO

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	se npr. ugotovi, da nima kam iti po odpustu, se potem to ureja.				
F6	INT6 Uporabniki sodelujejo pri načrtovanju odpusta, tudi v timu se pogovorimo o tem, kdo sodeluje, kdo odklanja, kdo želi biti odpuščen. Sreča je v teh primerih, ko imajo kam iti, ker je vedno več tistih, ki nimajo kam iti, ali pa so deložirani.	Sodelovanje Pogovor v timu Namestitev Deložacija	Urejanje namestitve po NO	Bivanjska problematika	Soustvarjalec NO
G22	INT7 Različno – glede na svojo potrebo in glede na svojo osebnost. Nekaterim se odločanje o odpustu zdi zelo pomembno in pogosto v obravnavi izpostavijo to željo, zato se pogovor vrti okrog teme odpusta. Nekateri odpust zahtevajo. Zdravnik v strokovnem timu skuša oceniti možnosti (varnost odpusta, pluse in minuse) in se posledično pogovarja s pacientom – razlaga strokovne razloge in videnja.	Potrebe Osebnost Razlike Pomembnost sodločanja Zahteva O Ocena možnosti Zdravnik Pogovor Predstavitev dejstev	Pogovor z uporabnikom	Predstavitev možnosti in izbire	Soustvarjalec NO
G23	Pacient lahko svojo zahtevo spremeni. Če je ne, mora zdravnik dopustiti odpust kljub drugačni strokovni oceni.	Sprememba zahteve Nesoglasje Upoštevanje želje Neskladnost	Neskladnost izbire z oceno	Avtonomnost izbire udeleženca/uporabnika	Soustvarjalec NO
G24	Če obstaja verjetnost, da bi si pacient lahko zaradi prehitrega odpusta (in še hude bolezni) povzročil večjo škodo- ogrozil življenje ... lahko zdravnik odkloni odpust pacienta, a ob tem prepusti odločanje o ustreznosti te odločitve sodno-izvedenski komisiji, ki bo ocenila, ali pacient potrebuje tovrstno zaščito s hospitalizacijo ali ne.	Ogroženost življenja Zahteva O Odklon odpusta Neupoštevanje želje Sodno - izvedenska komisija Ocena stanja Zaščita uporabnika	Nerazsodnost uporabnika Ocena komisije	Življenjska ogroženost uporabnika	Izključenost uporabnika pri NO
G25	Eni uporabniki pa pri načrtovanju odpusta ne želijo sodelovati in se	Zavračanje sodelovanja Prepuščenost	Nezavzetost uporabnika za NO	Spodbujanje sodelovanja	Pomanjkanje želje uporabnika za NO

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	želi jo prepuščati in jih je proti odpustu potrebno bodriti, jim pomagati za ta korak. Strokovni tim spodbuja sodelovanje »uporabnika« glede odpusta od sprejema naprej.	Pasivnost Motiviranje Pomoč Spodbuda			
I11	INT9 Jaz bi rekel, da zelo različno, eni vidijo in čutijo potrebo po pomoči,	Potreba po pomoči Sodelovanje	Pomembnost sodelovanja	Iskanje pomoči	Soustvarjalec NO
I12	drugi so čisto nekritični, nimajo nobene težave. So sodelujoči in so nesodelujoči, oboji.	Nekritičnost Pomanjkanje sodelovanja Obrabnost	Pomanjkanje samokritičnosti Zavračanje sodelovanja	Zavračanje sodelovanja	Spodbujanje sodelovanja
J7	INT10 V večini primerov enakopravno sodelujejo, Se pa najde tudi: »Kaj boste vi meni narekovali, vi ste zato tu, da mi uredite, to mi pripada. Predvsem pri namestitvah, denarnih pomočeh	Odrejanje nalog Urejanje razmer Zahteve Namestitev Denarna pomoč	Pomanjkanje samokritičnosti Zavračanje sodelovanja	Poudarjanje lastnih zahtev in pravic	Spodbujanje sodelovanja
K7	INT11 Ja, mogoče so na začetku pričakovanja pacientov takšna, da bomo mi namesto njih urejali, ampak pri nas res ne delamo namesto njih, ampak delamo skupaj z njimi. V veliki meri sami sodelujejo pri tem, tudi s terapevtom se dogovorijo za čas odpusta, ko si morajo urediti določene zadeve.	Začetna pričakovanja Pasivnost Predajanje odgovornosti Skupno delo Pogovori Samostojnost	Nezavzetost uporabnika za NO	Spodbujanje sodelovanja in samostojnosti	Pomanjkanje želje uporabnika za NO
L4	INT12 Z nami vedno sodelujejo, mi jih vključimo, tudi razložimo, kako bodo potekale te skupnostne službe, delo na terenu, kako bomo sodelovali, damo številke. Pa tudi glede bivalnih, pacienti se morajo z vsem strinjati, nič ne moremo mimo njih. Tudi če za zavod pošljemo, se morajo s tem strinjati, tudi če potem, ko je že sprejet, reče ne, je to njegova odločitev. Vedno delamo s soglasjem, nič mimo njih. Še tiste proti volji vprašamo kam. Tudi	Sodelovanje Vključevanje Razlaga Delovanja služb Kontakti Namestitev Strinjanje Soglasje	Pojasnjevanje delovanja služb Zagotavljanje kontaktov	Pridobivanje soglasja uporabnika	Soustvarjalec NO

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	če se pacient še ne počuti, ga ne damo kar nekam. Celo obratno. Včasih smo prav malo jezni, ko vemo, da pacient nima kam, pa noče povedati, kam bo šel. Še takrat se potrudimo, da mu damo vsaj kontaktne številke				
M9	INT13 Jaz mislim, da se kar trudimo prisluhniti, je pa res v skladu z možnostmi, vedno gledamo realne možnosti. Glede na motnje, ki jih ima in glede na možnosti, ki so na voljo. Je pa res, da če se izkaže, da možnost ni bila uspešna, mogoče celo večkrat, potem delamo v smeri, da se uporabniku predstavi, da se njegove izbire ne delujejo, ga spodbujamo v drugo smer.	Prisluhniti Skladno z možnostmi Realne možnosti Motnje Spodbujanje	Ravnotežje med realnimi možnostmi in željami	Določanje konsenza med možnostmi in željami	Soustvarjalec NO
N7	INT14 Mislim, da kar dosti sodelujejo, vedno izrazijo svoje želje, omogočamo jim in jih spodbujamo, da tudi samo kaj naredijo.	Izražanje želja Spodbujanje Aktivnost Samostojnost	Upoštevanje želja uporabnika	Spodbujanje samostojnosti	Soustvarjalec NO
O11	INT15 Nikakor ne moremo posploševati, odvisno od posameznika. Nekaj je tisto, ko sam posameznik ne zmore nič kritičnosti in seveda tudi ne sprejme našega mnenja, svetovanja ali karkoli drugega. Spet drugi si zelo želijo naše pomoči in se tudi sami trudijo, pokažejo motivacijo, vedo, da delajo za sebe in ne za druge. Ne moremo posplošiti.	Pomanjkanje kritičnosti Zavračanje pomoči Ne sprejemanje svetovanja, pomoč Željnost pomoči Trud Motivacija	Zavračanje pomoči Sprejemanje pomoči	Razlike med uporabniki	Upoštevanje zdravstvenega stanja uporabnika
	Koliko uporabniki vidijo smisel v tem, da sodelujejo pri načrtovanju odpusta?				Smiselnost NO s strani uporabnika
A10	INT1 Ja, vidijo smisel, včasih so želje previsoke, niso realne. Sčasoma, ko terapija prijemlje, se lahko bolj dogovarjamo. Tu se vidi vpliv	Smisel Visoke želje Nerealne Dogovori Zdravstveno stanje	Oblikovanje realnih želja	Zaznavanje vpliva obravnav	Izboljšanje zdravstvenega stanja

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	izboljšanja zdravstvenega stanja.				
B13	INT2 Po navadi so kar aktivni in povejo, kaj bi radi, tudi zavrnejo kak predlog, rešitev.	Aktivni Pogovor Zavračanje predlogov	Upoštevanje želja uporabnika	Odgovornost	Soustvarjalec NO
C12	INT3 Ljudje so različni, ugotavljamo, da kdo ne bi nič, potem se pa pritožujejo, da se jih kar nekam usmeri. Ja, različni ljudje so, pa	Različnost Pasivnost Prepuščanje Nezadovoljstvo	Zavračanje pomoči Sprejemanje pomoči	Razlike med uporabniki	Razlike med uporabniki
C13	predvsem se trudimo v socialni službi, da čim več oni sami participirajo za odpust.	Spodbujanje vključevanja	Participacija pri NO	Spodbujanje samostojnosti	Spodbujanje samostojnosti
D18	INT4 Mislim, da ja, ker je že v štartu treba njegovo željo upoštevati, ne glede na to, kaj mi mislimo, da je v redu. Ne vem, npr. če si ne želi urediti neke socialne varnosti, je to njegova odločitev, hkrati pa naša dolžnost, da mu povemo, da se to lahko zakomplicira v nadaljevanju, saj na konec koncev, ne moremo nobenega prisiliti. Drugače pa je zelo pomembna komunikacija, da vemo, kakšen je njihov načrt za naprej, doma.	Upoštevanje želja Brez prisile – vsiljevanje Informiranje Komunikacija Poznavanje načrta Življenje po O	Nevsiljivost Informiranje	Seznanjenost z načrtom po hospitalizaciji	Urejenost razmer po hospitalizaciji
E9	INT5 Različno, eni so zelo zadovoljni, da imajo besedo pri tem in sodelujejo, drugi pa rečejo, da smo jim to in to dolžni priskrbeti.	Zadovoljstvo Upoštevanje želja Sodelovanje Dolžnost zaposlenih	Dolžnost pomoči Sprejemanje pomoči	Dolžnost - zadovoljstvo	Razlike med uporabniki
F7	INT6 Seveda vidijo smisel v tem, pričakujejo, da se bodo zadeve uredile.	Smisel	Pričakovanja	Naslavljanje pričakovanj	Urejenost razmer po hospitalizaciji
H13	INT8 Oni vidijo smisel v tem, jaz brez njih ne morem nič. Spodbujam jih, da sami poskušajo reševati, saj bodo oni morali na koncu to živeti. Oni se morajo odločiti, mi pa jim ponudimo orodje, vire pomoči v okolju, mislim, da so vpleteni 100 %, na forenziki pa manj. Če vidimo, da je sodišče naklonjeno temu, da eden	Smisel Samostojnost reševanja Odločitev uporabnika Viri pomoči	Podporna vloga SD	Urejanje razmer po hospitalizaciji	Spodbujanje samostojnosti

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	gre ven, pa se jih prav tako poskuša vključiti zraven. Tisti, ki gredo ven in želijo biti samostojno, vidijo smisel v tem.				
I13	INT9 Spet odvisno od psihofizične kondicije, pri kognitivnem upadu je težko pričakovati, da bo zmogel, pri drugem pa, ki je sam naklonjen iskanju rešitev, je posluh in sodelovanje večje, boljše. So pa tudi primeri, ko nekritičen npr. odvisnik ne želi nič urejati, tako kot je, je zanj v redu. V tem primeru sicer napeljemo pogovor v smeri iskanja rešitev, ne moremo pa v nič siliti.	Psihofizično stanje Kognitivni upad Nezmožnost Posluh Naklonjenost sodelovanju Kakovost	Kognitivne zmožnosti	Zdravstveno stanje uporabnika	Razlike med uporabniki
J8	INT10 V zadnjem času je opaziti, da se veliko zanašajo na pravice.	Zaznava Porast Pravice	Poudarjanje pravic	Sprememba prakse	Poudarjanje pravic
K8	INT11 Povejo, kam bodo šli in podobno, v večji meri ja.	Namestitev Želja	Zaupanje želje	Upoštevanje želje uporabnika	Soustvarjalec NO
M10	INT13 So primeri, ko vidijo smisel, zelo sodelujejo, so v redu rezultati in so primeri, ko se jim to zdi čisto brez veze in jih je treba spodbujati. In seveda, odvisno za kakšne zadeve gre. Potreben je proces sprejemanja.	Smiselnost Sodelovanje Dobri rezultati Nesmiselnost Spodbujanje	Zavračanje pomoči Sprejemanje pomoči	Razlike med uporabniki	Razlike med uporabniki
N8	INT14 Bolj pogosto je slišati, da smo zato tukaj, da jim to uredimo. Ni pa, da bi to bila stalna praksa,	Poudarjanje pravic Dolžnost	Občasnost pojava	Poudarjanje pravic	Poudarjanje pravic
N9	so tudi ljudje, ki želijo sami urediti, odvisno od primera do primera.	Samostojnost urejanje	Dolžnost pomoči Sprejemanje pomoči	Dolžnost - zadovoljstvo	Razlike med uporabniki
	Kako se pri obravnavi in pri načrtovanju odhoda iz bolnišnice upošteva želje in potrebe uporabnikov?				Načini upoštevanja želja in potreb uporabnika
A11	INT1 Skušam pač upoštevati, kar uporabnik želi, čeprav se meni ne zdi realno, preverim, če se	Poskus upoštevanja Ocena (ne)realnosti	Ocenitev realnosti želje	Iskanje optimalne rešitve	Pogovor

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	izkaže drugače, se skušava dogovoriti, kako bi to predručala.	Pogovor – dogovor Sprememba želje			
B14	INT2 To se zmeraj upošteva, v okviru realnih želja in potreb, kaj se lahko uredi, je odvisno od primera do primera, pa tudi od drugih institucij, že vsi CSD-ji ne delajo enako.	Realne želje Ocena Delovanje institucij	Delovanje institucij	Ocenitev realnosti želja	Razlike med uporabniki
C14	INT3 Pri tem se upošteva njihove želje in potrebe, to je zakon, kar oni rečejo. In tudi poudarjamo, da je to njihova vloga, tudi ko bo prišlo do npr. namestitve, da se bodo oni kasneje odločali, ali je to za njih ali ne.	Zakon Poudarjanje sodelovanja Odločanje	Spodbujanje odločanja	Aktiven ustvarjalec NO	Poudarjanje vloge uporabnika
D19	INT4 Absolutno se, smo pa dolžni povedati, če te želje in potrebe niso v skladu z zakonodajo ali kakorkoli ali pa z njegovimi prejšnjimi izkušnjami. Če se iste stvari ponavljajo, je fino, da se jasno in glasno pove, da se mu svetuje, poda kontakte, da se kasneje ne zakomplicira. Kako pa je s tveganjem v teh primerih? To je težko vprašanje, ker v vseh idejah in željah pacientov ne moreš 100 % podkrepiti, lahko jih sprejmeš in mu tudi poveš, da načeloma to, po moje, ni v redu, če pa tako želite, pa s tem sprejmete tudi odgovornost. Mislim, da je potrebno biti samo iskren in povedati tako, kot je, kaj je boljše, mu predstaviti možnosti izbire, saj se na koncu koncev kdaj tudi izkaže, da se mi tukaj nekaj dogovorimo, pa je potem doma čisto drugače.	Upoštevanje Dolžnost Opozorilo Neskladnost z zakonodajo Povratništvo Informiranje Svetovanje Sprejemanje odgovornosti Iskrenost Možne izbire	Predhodne izkušnje (povratništvo) Zakonska izhodišča Odgovornost Odkritost	Zakonodaja in želje uporabnika	Iskanje optimalne rešitve
E10	INT5 Vedno se upošteva njihove želje in potrebe, ko je le možno. Tudi ko	Upoštevanje Možnost Namestitvev	Ocenitev realnosti želje	Iskanje optimalne rešitve	Iskanje optimalne rešitve

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	nameščamo, gremo pogledat prej, da ne padejo v situacijo, ki je ne poznajo.				
F8	INT6 Upošteva se jih, kolikor je le mogoče. Imamo pa seveda tudi ljudi, ki so že bili v vseh bolnicah, se selijo, pričakujejo, da se bo urejalo namesto njih.	Upoštevanje Možnost Povratništvo Prelaganje odgovornosti	Povratništvo v hospitalizaciji	Prelaganje odgovornosti	Spodbujanje samostojnosti
G26	INT7 Strokovni delavci želimo upoštevati pacientove želje, kolikor smemo in kolikor znamo. Osnovno orodje za to, da prepoznamo njegove želje in odgovarjamo, kaj lahko naredimo zanje, pa je pogovor.	Upoštevanje Možnosti Pogovor	Ocenitev realnosti želje	Iskanje optimalne rešitve	Pogovor
H14	INT8 V prvih vrstah je njihova želja, potem šele na podlagi tega, kaj je dobro z naše strani. Na forenziki bi si vsi želi živeti zunaj, pa vendarle poskušamo razložiti, zakaj nekaj ne gre.	Upoštevanje Možnost Zakonodaja	Ocenitev realnosti želje	Zakonodaja in želje uporabnika	Iskanje optimalne rešitve
I14	INT9 Ja, seveda se upošteva. Recimo, kot pravim, ne da se siliti nobenega v nekaj. Če zdravniška stroka odloči, da je nekdo zaradi težav nekritičen, v tem primeru je to možno tudi preko sodišča, ampak to je redko. V tem primeru gre kaj mimo njihovih želja.	Upoštevanje Nevsiljivost Nekritičnost Sodišče	Kognitivne zmožnosti	Zdravstveno stanje uporabnika	Razlike med uporabniki
K9	INT11 Seveda, ker tudi vemo, da zunaj ne bodo imeli vedno enega pri sebi, se spodbuja, da že v tem času zdravljenja čim več sami urejajo, mi smo jim na voljo za vprašanja in usmerjanja.	Spodbujanje Samostojnost Informiranost Usmerjanje	Priprava na samostojnost	Opolnomočenje uporabnika	Spodbujanje samostojnosti
N10	INT 14 Želje so upoštevane, v okviru njihovih želja potem vključimo tudi zunanje službe.	Upoštevanje Povezovanje	Vključevanje zunanjih služb	Koordinacija pomoči	Sodelovanje z zunanjimi službami
O12	INT15 Glede želja in potreb – če nam je kristalno jasno, da nekaj ne bo šlon (Npr. da si želi	Ocena stanja Neuspešnost Domače okolje Kompromisi	Ocenitev realnosti želje	Iskanje optimalne rešitve	Iskanje optimalne rešitve

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	uporabnik v svoje domače okolje, pa to ni mogoče zaradi različnih razlogov), mu skušamo seveda priti naproti, ampak včasih se ne da.				
	Kako so socialne delavke pripravljene na avtonomijo uporabnikov oz. na njihovo vključevanje v načrtovanje odhoda iz bolnišnice?				Pripravljenost SD na avtonomijo (vključevanje v NO)
A12	INT1 Mislim, da socialni delavci skušamo vedno bolj upoštevati želje uporabnika,	Upoštevanje želja	Upoštevanje želja uporabnika	Upoštevanje želja uporabnika	Podporna vloga SD
A13	jim skušamo pomagati, urediti.	Nudjenje pomoči	Podporna vloga	Podporna vloga	Podporna vloga SD
A14	Ker so polnoletni, opravilno sposobni, morajo nositi tudi posledice svojih napačnih odločitev. To je povezano s tveganjem.	Polnoletnost Odgovornost Posledice odločitev	Prevzemanje posledic	Sprejemanje tveganja	Podporna vloga SD
B15	INT2 Fakulteta nas ni pripravila, naučiš se ob delu, ko dobiš izkušnje	Pomanjkljiva priprava Delovne izkušnje	Izkušnjsko učenje	Pomanjkljivo visokošolsko izobraževanje	Delovne izkušnje
C15	INT3 Jaz bi rekla, da o avtonomiji v določenih primerih, (npr. da ima skrbnika za finance, da ima skrbnika, da odloča, koliko denarja lahko dobi) ne moremo govoriti, a ne gre drugače. Mislim, da je vedno treba obrniti v njegovo dobro.	Presojanje zmožnosti Skrbnik Dobro pacienta	Ocena zmožnosti uporabnika	Iskanje optimalne rešitve	Pogojenost z zdravstvenim stanjem uporabnika
D20	INT4 Socialni delavci smo bolj pripravljeni na avtonomijo uporabnikov, kot zdravniki, mislim celo, da smo edini,	SD pripravljeni Zdravniki rigidni	Razlike v obravnavi	Razlike v pristopih obravnave	Razlike med profili zaposlenih
D21	Zato, ker vsi drugi imajo nekako kategorizirane dejavnosti, Mi nimamo nekih točk lestvic, s katerimi bi ocenjevali	Kategorizacija Točkovanje Lestvice Ocena	Sistemiziranost ocene stanja	Vodilo je ocena	Ozaveščanje zdravstvenega osebja
D22	Gledamo trenutno stanje, kar je prav, saj se situacija spreminja. Mi gledamo celostno na uporabnika.	Upoštevanje Sprememb Celostna obravnava	Opazovanje sprememb	Formativno spremljanje	Celostna obravnava uporabnika
F9	INT6 Mislim, da smo kar dobro pripravljeni, ne moreš npr. nekoga kar nekam namestiti, pa se odločati namesto njega.	Dobra priprava Brez prisile Predajanje odločitev	Spodbujanje odločitev	Odločanje uporabnika	Sprejemanje avtonomije

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
G27	INT7 Po mojem mnenju odlično. Šola za socialno delo vzgaja kader v spoštovanje avtonomije posameznika in to nam »pride v kri«.	Odlična priprava Izobraževanje Spoštovanje avtonomije	Spoštovanje vrednote	Ponotranjanje vrednote	Visokošolsko izobraževanje
H15	INT8 Če je le možno, se jim gre naproti. Je pa tako, da pri tistih pacientih, ki so že dolgoletni, čez čas, ne prisluhnemo čisto vsemu več. To je po večjih poskusih, tudi desetkrat bi nekaj probal, takrat smo malo pokroviteljski.	Upoštevanje Možnosti Dolgoletno zdravljenje Obravnave Neuspešni poskusi Pokroviteljstvo	Večkratni neuspešni poskusi	Povratništvo Pokroviteljstvo	Okrenjene možnosti avtonomije
I15	INT9 Jaz mislim, da ja. Kot sem rekel, psihoterapija mi je dala veliko tega oziroma, da je pacient odgovoren za svoje ravnanje, mi smo svetovalci, učitelji, informatorji. Daleč od tega, da bi ga silili v to, kar noče.	Psihoterapija Samo-odgovornost Svetovalci Učitelji Informatorji	Svetovalci in informator	Jasnost vlog SD	Visokošolsko izobraževanje
J9	INT10 Upoštevam njegove želje, možnosti, kaj bi rad, vmes pa korigiramo, če je potrebno	Upoštevanje Korekcija odločitve	Prilagajanje rešitev	Iskanje optimalne rešitve	Sprejemanje avtonomije
K10	INT11 Jaz bom rekla, da sigurno ja, sem zelo odprta za to, razen ko se zaradi tega lahko zgodi neka večja škoda. Če pa zdravljenje gre v pravo smer, pa ni problema.	Pripravljenost Odprtost Sprejemanje	Odprtost odnosa	Ponotranjanje vrednote	Sprejemanje avtonomije
K11	Če so neke večje socialne zadeve organiziramo tim, npr. s CSD, tudi svojci sodelujejo pri tem. Samo pri določenih tveganjih, npr. pri samomorilnih mislih, takrat ne, ampak ukrepamo.	Težji primeri Organizacija tima CSD Svojci Ukrepanje	Timski pristop	Visoka tveganja	Okrenjene možnosti avtonomije
L5	INT12 Ja, včasih tudi jaz mislim, da kdo ni kos svoji nalogi, včasih pa je kdo bolj sposoben, pa noče delati recimo. Res je od primera do primera drugače. Včasih se kdo res trudi, pa mu zdravje ne dopušča. Odvisno od primera do primera,	Nezmožnost Nesposobnost Spodobnost Apatičnost Trud	Nezmožnost Apatičnost	Zdravstveno stanje in podpora svojcev	Zaznavanje razlik med uporabniki

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	odvisno od tega tudi, kakšno podporo ima doma.				
M11	INT13 Ja, mislim, da je tukaj nevarnost, da se to malo izgubi, zdravstveno okolje, sistem ima drugačen vidik in je pomembno, da se to ozavešča, da se na to spominjamo.	Nevarnost Izguba avtonomnosti Sistem Ozaveščanje	Sistemska naravnost	Nevarnost okrnitve avtonomije	Ozaveščanje zdravstvenega osebja
N11	INT14 Jaz mislim, da smo pripravljeni, tudi s tega vidika jih spodbujamo k temu, da sami urejajo.	Spodbujanje Samostojnost Urejanje	Opolnomočenje	Podporna vloga SD	Spodbujanje samostojnosti
O13	INT15 Mislim, da smo mi zelo odprti, to je že v našem načinu, ko študiramo, pridobivamo znanja in tudi sicer smo že osebno nekako, mogoče posplošujem, ampak naše lastnosti so nas usmerile na to pot. Mislim, da zelo upoštevamo uporabnika.	Odprtost Študij Pridobivanje znanja Osebnost	Odprtost odnosa	Ponotranjenje vrednote	Visokošolsko izobraževanje
	Kako bi s svojimi besedami opisali načrtovanje odpusta?				Opredelitev načrtovanja dopusta
A15	INT1 NO to razumem kot to, kako bo pacient živel, oziroma kaj je treba narediti, da bo dostojno živel, da se bo vrnil v življenjsko okolje, ki ga bo sprejemalo oziroma se bo počutil dobro	Način življenja Dostojnost Zahtevane aktivnosti Sprejetost	Identifikacija aktivnosti	Privajanje življenju po O	Vzpostavitev dostojnega življenja
B16	INT2 Načrtovanje odpusta je dogovor med pacientom in strokovnim timom,	Dogovor Uporabnik Strokovni tim	Vključevanje uporabnika	Dogovor	Dogovor
B17	kjer se na podlagi pacientovih zdravstvenih težav, socialnega položaja in ekonomskih razmer najprej oceni problematiko in nato načrtuje pot reševanja,	Zdravstvene težave Socialni položaj Ekonomske razmere Ocena problematike Pot reševanja problematika	Ocena stanja uporabnika	Celostna ocena problematike	Pot reševanja problematike
B18	ki največkrat ni končana z pacientovim odpustom, ampak je potrebno nadaljevati z	Dolgotrajnost Po odpustu Zasledovanje ciljev	Realizacija ciljev	Dolgotrajno spremljanje	Dolgotrajnost reševanja

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	zastavljenimi cilji tudi naprej, po odpustu,				
B19	z vključitvijo pristojnih služb na terenu, svojcev.	Vključevanje Zunanje institucije Svojci	Sodelovanje Zunanje institucije Svojci	Sodelovanje z institucijami	Vključevanje zunanjih akterjev
C15	INT3 kakšne možnosti bo človek imel, tudi vse namestitve niso primerne, za vsakega. Odvisno je od mnogih dejavnikov.	Možnosti Namestitvene	Preverjanje možnosti	Možnosti uporabnika	Ocena možnosti uporabnika
C16	Vsi strokovnjaki so vključeni v ta proces. Pod načrtovanje odpusta spada vse, kar socialni delavec dela s pacientom.	Strokovnjaki Vključevanje	Sodelovanje tima	Timski pristop	Delo SD z uporabnikom
D23	INT4 Bistvo načrtovanja odpusta zame pomeni v štartu, da je strokovno, fleksibilno delo s pacientom,	Strokovno Fleksibilno Delo	Prilagodljivost Strokovnost	Kompetentnost	Delo SD z uporabnikom
D24	da je zdravljenje čim krajše, to so tudi nove smernice zdravljenja, da se čimprej vrnejo v domače okolje, z eno podporo.	Zdravljenje Kratko Vrnitev Domače okolje Podpora	Kratkotrajno zdravljenje Zagotavljanje podpore	Opolnomočenje uporabnika	Kratkotrajno zdravljenje
D25	Socialna služba je koordinator odpusta, je ključna oseba, ki se povezuje z vsemi. Razlika je seveda 75.člen, potem pa socialni delavec ureja samo formalno zadeve. V zakonu so določene diktacije. Ampak, ne glede na to, da je sklep, moramo vedeti, da so bile že izčrpane prej vse možnosti, v skupnosti. Vse njihove želje so bile v preteklosti že upoštevane, poskušane realizirati. Ne glede na to, da gre za nameščanje brez privolitve, pa mora biti komunikacija, poskušati je treba razložiti, zakaj je prišlo do postopka.	SD koordinator Ključna vloga Povezovanje 75 člen Izjema Razlaga Pojasnjevanje	Povezovanje s člani tima	Koordinator	Vloga SD
E11	INT5 Pri načrtovanju odpusta hospitaliziranih oseb nas najbolj zanima, če ima od česa živeti in če ima kje živeti. Pri skupnostni obravnavi pa nas zanima, če ima	Nastavitev Finančno stanje Zdravniška obravnava Terapije Zdravila	Preverjanje uporabnikovih razmer	Ocena uporabnikovih razmer	Urejanje uporabnikovih razmer

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	ambulantnega psihiatra,, če prejema depo terapijo, zdravila, kako živi.				
F10	INT6 Načrtovanje odpusta so aktivnosti, kjer sodelujejo uporabnik in celoten tim, skupaj.	Aktivnosti Sodelovanje Uporabnik Celotni tim	Sodelovalne aktivnosti	Uporabnik je soustvarjalec NO	Timski pristop
G28	INT7 Ne vem ... odpust je kot en občutljiv, željen, »odprt« cilj, na katerega vpliva vse v celotni osebni obravnavi pacienta.	Občutljivost Željnost cilja Vpliv Obravnav uporabnika	Vpliv na cilj	Celotna obravnav pacienta	Cilj
G29	Vpliva to, da je pacient kompleksno živo bitje (in vsak posebej enkratno- drugačen): za kakšno bolezen gre, kaj pacient glede bolezni sploh želi/dovoli/ sodeluje ali odklanja pomoč ...	Enkratnost osebe Bolezen Želje Sodelovanje	Odnos do obravnav	Zdravstveno stanje uporabnika	Vpliv na NO
G30	Vpliva to, da je vsak strokovni delavec, ki ga obravnav, kompleksno živo bitje (strokovnjaki so ljudje, ki se med seboj razlikujejo tudi po znanju, zavzetosti, doslednosti, kompleksnosti obravnav ...).	Strokovni delavec Razlike Znanje Zavzetost Doslednost	Znanje Zavzetost	Kompetentnost strokovnih delavcev	Vplivi na NO
G31	Vplivajo življenjske/socialne okolščine pacienta.	Življenjske Socialne Okoliščine	Življenjske okolščine	Socialne razmere uporabnika	Vplivi na NO
G32	Vpliva nenazadnje tudi politika zdravljenja v posamezni državi (možnosti zdravljenja, plačilo zdravljenja, okvirni dovoljeni čas hospitalizacij, vrsta in obseg dovoljenih storitev ...).	Možnosti Plačilo Čas hospitalizacije Vrsta storitev	Intenzivnost zdravljenja	Politika zdravljenja	Vplivi na NO
G33	Zato je »načrtovanje odpusta« neroden izraz. Deluje tehnično, kar pa pri delu z ljudmi nujno odpove – ker ne delujemo po tehnični logiki, ampak po neki drugi kompleksni, celostni in enkratni logiki. Lahko imamo univerzalen načrt za npr. gradnjo hiše in po enakem načrtu bo nastala soseska enakih hiš, ne moremo pa imeti univerzalnega načrta za	Tehnično Univerzalnost Nedelovanje Enkratnost Oseben pristop Odprtost	Odmik od tehničnega pristopa	Oseben in fleksibilen pristop	Individualizacija obravnav

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	odpust bolnika, ki se zdravi za točno določeno boleznijo, kajti bolnik je enkratno bitje in se na zdravljenje odziva na svoj enkratni način. Zato je potreben osebni pristop. Tudi pri t.i. načrtovanju odpusta. In zato je potrebna odprtost načrta v t.i.»neskončnost« - kajti živo bitje lahko vedno preseneti.				
H16	INT8 Jaz bi rekla, pogovarjati o tem, kakšne spremembe bo naredil po odpustu, se je potrebno začeti že v času zdravljenja, mi pa mu pri tem pomagamo, da najdemo neke vire pomoči. Ko je odpuščen, se načrt začne uresničevati, mi mu damo orodje za spremembe. Če on spremembe ne želi, ali pa na njih ne bo delal, potem je planiranje brez veze. Ko je nekdo pripravljen na spremembo, potem mu lahko ponudiš pomoč.	Spremembe po O Začetek Zdravljenje Pomoč Viri pomoči Uresničevanje po O Orodje za spremembe	Viri pomoči Identifikacija sprememb	Podporna vloga SD	Obvladovanje željenih sprememb
J10	INT10 Pravzaprav odpust kam, ali je to varno okolje in s kom. Poskušam misliti na to, da pacient mora iti na boljše. Tudi če pride nazaj, se samo korigira terapijo,	Varno okolje Namestitev Izboljšanje Korekcija terapije Povratništvo	Namestitev Zdravljenje	Izboljšanje stanja uporabnika	Cilj
J11	malo se oddalji od domačega okolja, spočijejo se svojci. Pomislim na svojce, kako jim pomagati, da odložijo svoje breme, edukacija o bolezni, kaj pomenijo spremembe v komunikaciji.	Pomoč svojcem Počitek Umik Razbremenitev Izobraževanje	Empatija do svojcev	Informiranje in razbremenitev svojcev	Popolnomočenje svojcev
K12	INT11 Ja, najprej, kam bo odpuščen, da so urejene te stvari, neka mreža pomoči, da ima neko dovolj razširjeno mrežo,	Namestitev Urejenost bivanja Mreža pomoči	Preverjanje namestitvenih možnosti	Iskanje optimalne rešitve	Urejanje uporabnikovih razmer
K13	da sodelujejo tudi svojci, da so tudi oni podučeni, pa da se potem	Sodelovanje Svojci Podučenosť	Informiranje svojcev	Vključevanje svojcev	Popolnomočenje svojcev

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
		Vključevanje			
K14	vklučijo naprej v klube, hodijo tudi na kontrole in imamo možnost še po zaključku zdravljenja obiskovati hospitalno skupino. Kako bo v domačem okolju, mi delamo že v času zdravljenja.	Podpora Nadaljevanje Kontrole Obisk hospitalne skupine	Vključevanje v terapije	Ohranjanje podpornih možnosti	Kontinuiteta podpore
L6	INT12 Ja, to najbolj pomislim, kje bodo živeli, v kakšno okolje se vračajo, kako bodo funkcionirali, kakšen je njihov finančni plan za skozi mesec. Mene zanima, ali bo jemal zdravila, ko bo šel domov, ko bo šel v domače okolje – je tudi to problem, ko nekdo noče domov, ne pa da jih zapiramo v bolnice.	Namestitev Delovanje v okolju Finančni plan Jemanje zdravil	Socialno-ekonomske razmere	Celostna obravnava	Urejanje uporabnikovih razmer
M12	INT13 Jaz dejansko dobim asociacijo na urejanje doma,	Urejanje doma	Namestitev	Iskanje optimalne rešitve	Urejanje uporabnikovih razmer
M13	potem obilo pogovorov s svojci, načrtovanje, tudi podpora, timsko delo	Pogovori Svojci Načrtovanje	Podpora svojcem	Vključevanje svojcev	Pogovori s svojci
M14	informiranje, organiziranje, koordiniranje.	Informiranje Organiziranje Koordiniranje	Informiranje in koordiniranje	Zagotavljanje podpore	Vloga SD
M15	Pogovor z uporabnikom, kakšne so njegove želje, raziskati realne možnosti, ustvarjanje kakšnih novih možnosti, rešitev, Zelo širok pojem.	Pogovor Uporabnik Želje Ocena realnih možnosti	Upoštevanje želja uporabnika	Ocena realnih možnosti	Pogovor
N12	INT14 Pogovor s človekom, kako si je doma zamislil življenje in koga lahko še vse vključimo, da bi njegove ideje bile doma uresničene.	Pogovor Uresničevanje želja Podpora	Namestitev Viri podpore	Iskanje optimalne rešitve	Pogovor
O14	INT15 Domače okolje ali iskanje nekih drugih možnosti. Predvsem mogoče, da bi moralo biti bolj konkretno, to se omenja kot nek termin. Nimamo neke navade, nimamo sprejetega tega. Da bi bil nek koncept, da	Domače okolje Celotno zdravljenje	Namestitev Celotno zdravljenje	Iskanje optimalne rešitve	Urejanje uporabnikovih razmer

Št. Izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nadkategorija	Tema (teza 1)
	bi bil koordinator odpusta. Ta termin mi je zelo pozitiven. To delamo tekom celega zdravljenja, samo to ne poimenujemo tako.				

9.2. Osnovno kodiranje – socialne delavke 1. teza

Prva podtema – potek načrtovanja odpusta v psihiatrični bolnišnici

Način poteka načrtovanja odpusta

Pričetek (A1) (B2) (C2) (C3) (D2) (D7) (D8) (G1) (G4) (O1) (O3):

Pred sprejemom (G1)

Ob sprejemu (A1) (B2) (C3) (D2) (D7) (G4)

Tik pred odpustom (C2)

Zdravstveno stanje uporabnika (D8) (O3)

Zdravstveno stanje (B3) (G9) (M3):

Prilagajanje načrta (B3) (G9)

Iskanje optimalne rešitve (M3)

Identifikacija potreb (A2) (A3) (B4) (D4) (E2) (F2) (G2) (G3) (G5) (G8) (I2) (K2) (L1) (M2):

Formativno spremljanje stanja (G2)

Analiza stanja uporabnika (A2) (B4) (E2) (F2)

Sodelovanje z uporabnikom (A3) (D4) (G3) (G5) (G8) (I2) (K2) (L1) (M2)

Cilj (D1) (G7) (H3):

Opolnomočenje uporabnika (D1)

Odpust je cilj zdravljenja (G7) (H3)

Timski pristop (B1) (C1) (D3) (E1) (E3) (G6) (G10) (K1) (M1) (N1):

Pogovor (B1) (G6)

Sodelovanje z različnimi deležniki (C1) (D3)

Sodelovanje s svojci (E3)

Več nivojsko načrtovanje odpusta (G10)

Vloga SD (D5) (D6) (I1) (M4) (O2):

Koordinator ali povezovalac (D5) (I1) (M4) (O2)

Ohranjanje stika (D6)

Razlike v praksi (H1) (H2) (J1) (F1):

Oddelki (H2) (J1)

Terminološke razlike (H1)

Sprememba doktrine (F1)

Druga podtema – službe vključene v načrtovanje odpusta v bolnišnici

Vključenost služb in ključna oseba

Timski pristop (A4) (B5) (C5) (D10) (E4) (G12) (G13) (H7) (H8) (J3) (O4)

Formativno spremljanje stanja pacienta (G13)

Pogojenost z uporabnikovo situacijo (B6) (B7) (B8) (O5)

Bivanjska situacija (B6) (B7) (B8)

Prilagajanje članov tima (O5)

SD (C4) (D9) (E5) (I4) (K3) (L2) (M5) (N3) (O6)

Koordinator (C4) (D9) (L2) (M5)

Bivanjska problematika (E5) (I4)

Socialna problematika (K3) (N3)

Prilagajanje zdravnika (I4)

Formativno spremljanje stanja pacienta (O6)

Zdravnik (G11) (H6) (I3) (J2) (M4) (N2)

Odločevalce (H6)

Določitev časovnega okvirja (I3)

Vodja zdravljenja (J2) (N2)

Ocena zmožnosti (M4)

Nesoglasja v službah (H9) (O7)

Vpliv SD na to kako službe obravnavajo uporabnike pri NO

Individualna pogojenost (A7) (N6)

Krepitev veljave SD (A8)

Zaznavanje sprememb (A8)

Timski pristop (B11) (O16) (H12) (I10) (L3) (M8)

Vključenost SD v tim (H12) (I10)

Posvetovanje s SD (L3)

Medosebni odnosi (M8)

Kompetentnost (C9)

Suverenost in informiranost (C9)

Jasnost vloge SD (C10) (D16) (F5) (G21)

Zagovorniška vloga (C10) (D16) (F5) (G21)

Pokroviteljske prakse

Prisotnost prakse (A5) (C6) (D11) (G14) (H10) (J4) (K5) (O8)

Zdravstveno osebje (C6) (D11) (H10) (O8)

Pogojeno z osebo (A5)

Neupoštevanje želja uporabnika (H10)

Jemanje moči uporabniku (G14)

Zaznavanje sprememb (J4)

Kršenje zdravnikovih določil (K5)

Blaženje pokroviteljske prakse (C7) (D12) (G15) (H11) (I5) (I6) (I7) (J5) (K4)

Zaščitna vloga SD (C7) (D12)

Timski pristop (supervizija) (G15)

- Čas sprejemanja spremembe (H11)
- Izobraževanje (I6)
- Prepuščanje odločitev uporabniku (I7) (J5) (K4)
- Ne zaznavanje (B9) (M6) (N4)
 - Prilagajanje NO uporabniku (M6)
 - Skupno iskanje rešitev (N4)
- Pogojeno s situacijo uporabnika (E6) (F3) (G16) (N5)
 - Starostniki (E6) (F3)
 - Moč izbora odnosa (G16)
 - Namestitvena problematika (N5)
- Nujnost spremembe za odpravo pokroviteljskih praks**
- Medosebni odnosi (D14) (G18) (G17)
 - Odprtost komunikacije (G18)
 - Krepitev komunikacije (G18)
 - Komunikacija v timu (D14)
 - Spoštovanje temeljnih vrednot (G17)
- Določanje mej uporabniku (E7) (J6) (G19)
 - Upoštevanje ali razumevanje zdravstvenega stanja uporabnika (J6) (A6) (C8)
 - Strokovna argumentacija (G19)
 - Izgubljanje pristojnosti (E7)
- Zakonske ureditve (F4)
- Izobraževanje (D13) (D15)
- Spoštovanje odločitev uporabnika (I8) (G20) (B10)
 - Odgovornost uporabnika (I8) (G20)
 - Krepitev samostojnosti uporabnika (B10)
- Razumevanje vloge zaposlenih (I9)
- Podpora pri odločanju (I9)
- Timski pristop (K6) (M7) (O9)
 - Skrben izbor vodje tima (M7)
 - Vključenost SD v tim (O9)

Tretja podtema – načini/oblike sodelovanja uporabnikov pri načrtovanju odpusta

Načini sodelovanja uporabnikov pri NO

- Soustvarjalec NO (A9) (B12) (C11) (D17) (E8) (F6) (G22) (G23) (I11) (L4) (M9) (N7) (O11)
 - Upoštevanje zdravstvenega stanja uporabnika (B12) (O11)
 - Iskanje pomoči (I11)
 - Predstavitev možnosti in izbire (G22)
 - Razumevanje namena in ciljev NO (D17)
 - Spodbujanje samostojnosti (N7)
 - Upoštevanje izbire uporabnika (C11)

Avtonomnost izbire udeleženca (G23)
Določanje konsenza (A9) (M9)
Urejanje razmer po NO (E8) (F6)
Stabilizacija uporabnikovih razmer po NO (E8)
Bivanjska problematika (F6)

Izključenost uporabnika iz NO (G24) (G25) (I12) (J7) (K7)
Življenjska ogroženost uporabnika (G24)
Pomanjkanje želje uporabnika za NO (G25)
Spodbujanje sodelovanja (I12) (J7) (K7)

Smiselnost NO s strani uporabnika

Razlike med uporabniki (C12) (E9) (I13) (M10) (N8)
Zdravstveno stanje uporabnika (I13)
Dolžnost – zadovoljstvo (E9) (N8)

Izboljšanje zdravstvenega stanja (A10)

Soustvarjalec NO (B13) (K8)

Upoštevanje želja uporabnika (K8)

Poudarjanje pravic (J8) (N8)

Spodbujanje samostojnosti (C13) (H13)

Urejenost razmer po hospitalizaciji (D18) (F7) (H13)

Načini upoštevanja želja in potreb uporabnika

Razlike med uporabniki (B14) (I14)
Zdravstveno stanje uporabnika (I14)

Poudarjanje vloge uporabnika (C14)
Aktiven ustvarjalec NO (C14)

Pogovor (A11) (G26)

Iskanje optimalne rešitve (D19) (E10) (G26) (H14) (O12)
Zakonodaja in želje uporabnika (D19) (H14)
Ocenitev realnih želja (E10)

Spodbujanje samostojnosti (F8) (K9)

Sodelovanje z zunanjimi službami (N10)

Četrta podtema – kako SD vključene v NO upoštevajo splošne in dejanske potrebe uporabnikov

Pripravljenost SD na avtonomijo uporabnikov v NO

Podporna vloga SD (A13) (A12) (A14) (N11)
Spodbujanje samostojnosti (N11)
Upoštevanje želja uporabnika (A12)
Sprejemanje tveganja (A14)

Delovne izkušnje (B15)

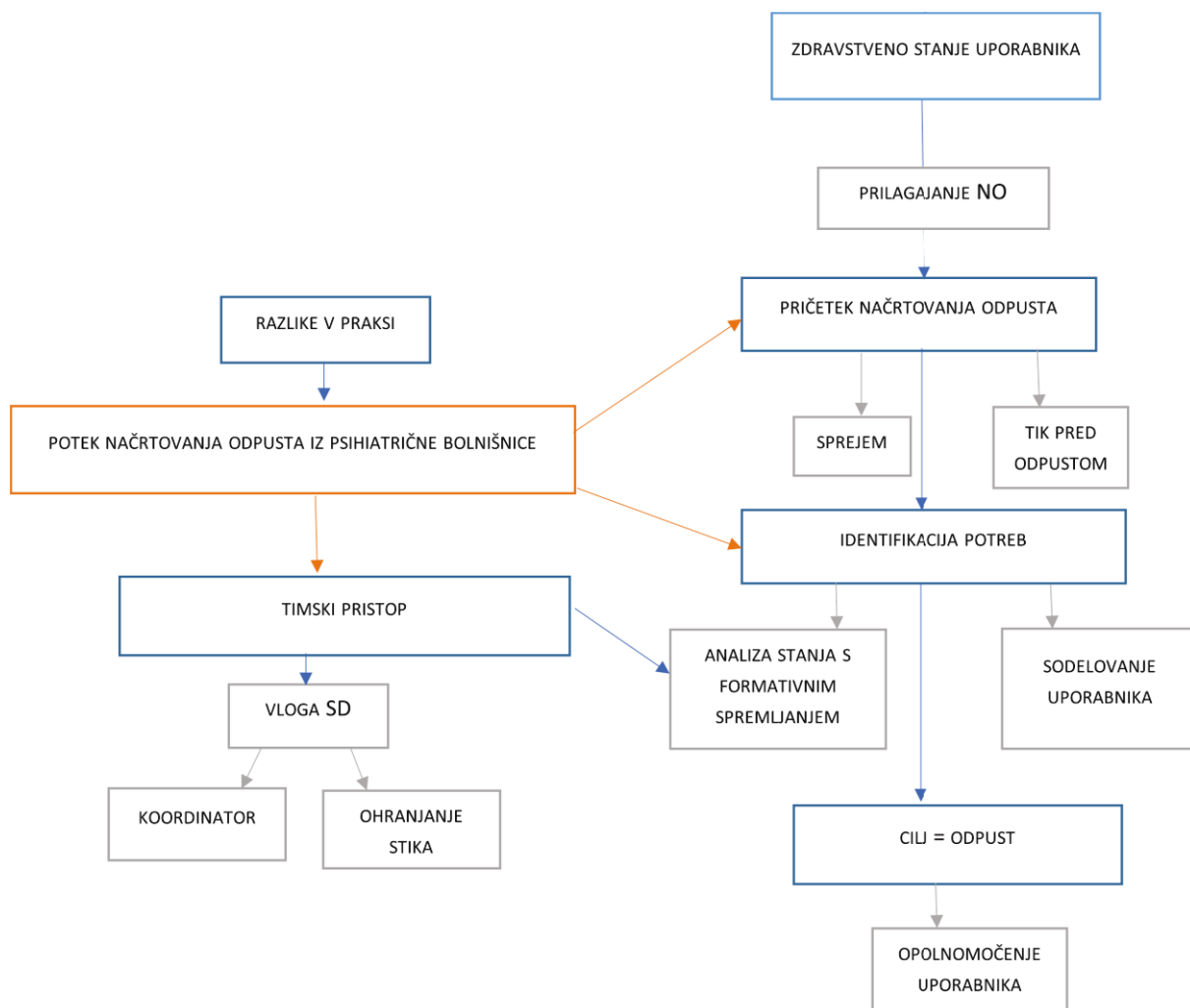
Pomanjkljivo visokošolsko izobraževanje (B15)

Pogojenost z zdravstvenim stanjem uporabnika (C15)

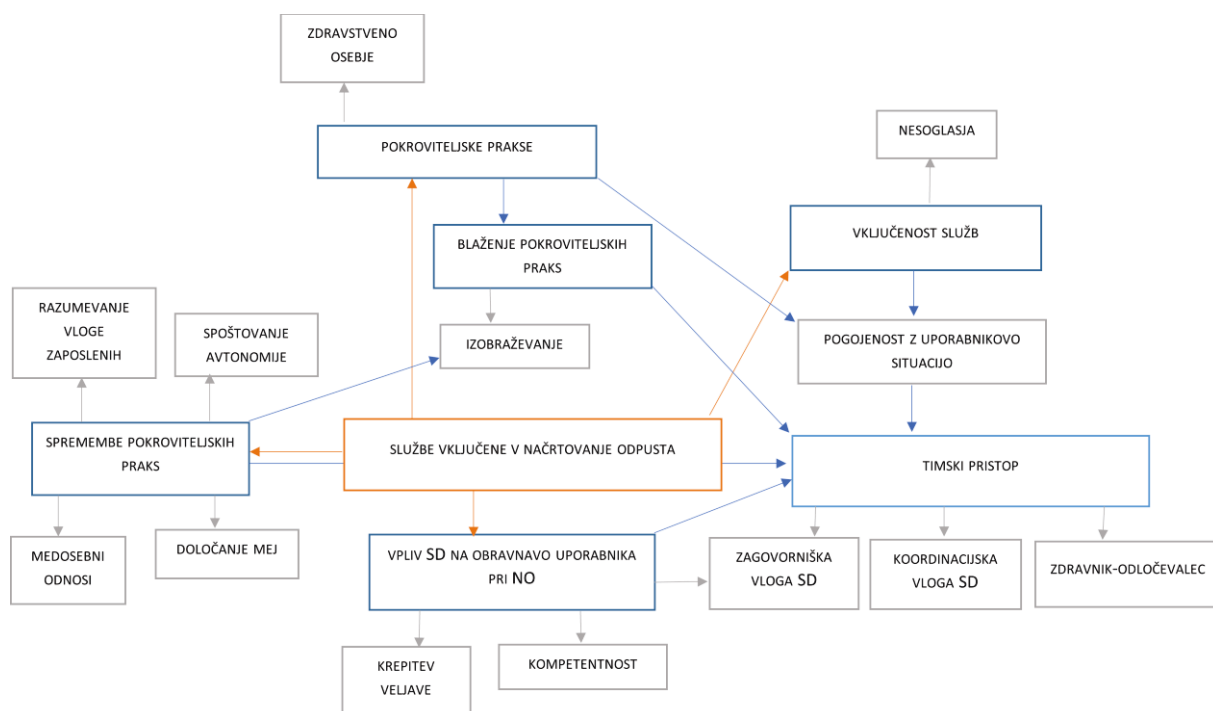
- Iskanje optimalne rešitve (C15) (J9)
- Razlike med profili zaposlenih (D20)
 - Ozaveščanje zdravstvenega osebja (D21) (M11)
- Celostna obravnava uporabnika (D22)
 - Formativno spremljanje (D22)
- Sprejemanje avtonomije (A12) (B15) (C15) (D20) (D21) (D22) (F9) (G27) (I15) (J9) (K10) (N11)(O13)
 - Iskanje optimalne rešitve (J9)
- Visokošolsko izobraževanje (G27) (I15) (K10) (O13)
 - Ponotranjanje vrednost (G27) (I15) (K10) (O13)
 - Jasnost vloge SD (I15)
- Okrnjene možnosti avtonomije (H15) (K11)
 - Visoka tveganja (K11)
- Opredelitev načrtovanja odpusta s strani SD**
- Vzpostavitev dostojnega življenja (A15)
- Dogovor (B16)
- Pogovor (M15) (N12)
 - Pot reševanja problematike (B17)
- Dolgotrajnost reševanja (B18)
- Vključevanje zunanjih akterjev (B19)
- Delo SD z uporabnikom (C16) (D23) (D25) (H16) (F10)
 - Koordinator (D25)
 - Timski pristop (C16) (F10)
 - Kompetentnost (D23)
 - Podporna vloga SD (H16)
- Cilj (G28) (J10) (D24)
 - Izboljšanje stanje uporabnika (J10)
 - Opolnomočenje uporabnika (D24)
 - Opolnomočenje svojcev (J11) (K13) (M13)
- Vpliv na NO (G29) (G30) (G31) (G32)
 - Politika zdravljenja (G32)
 - Socialne razmere uporabnika (G31)
- Individualizacija obravnave (G33)
- Urejanje uporabnikovih razmer (E11) (K12) (L6) (M12) (O14)
 - Iskanje optimalne rešitve (K12) (M12) (N12) (O14)
 - Celostna obravnava (L6)

9.3. Odnosno kodiranje – socialne delavke 1. teza

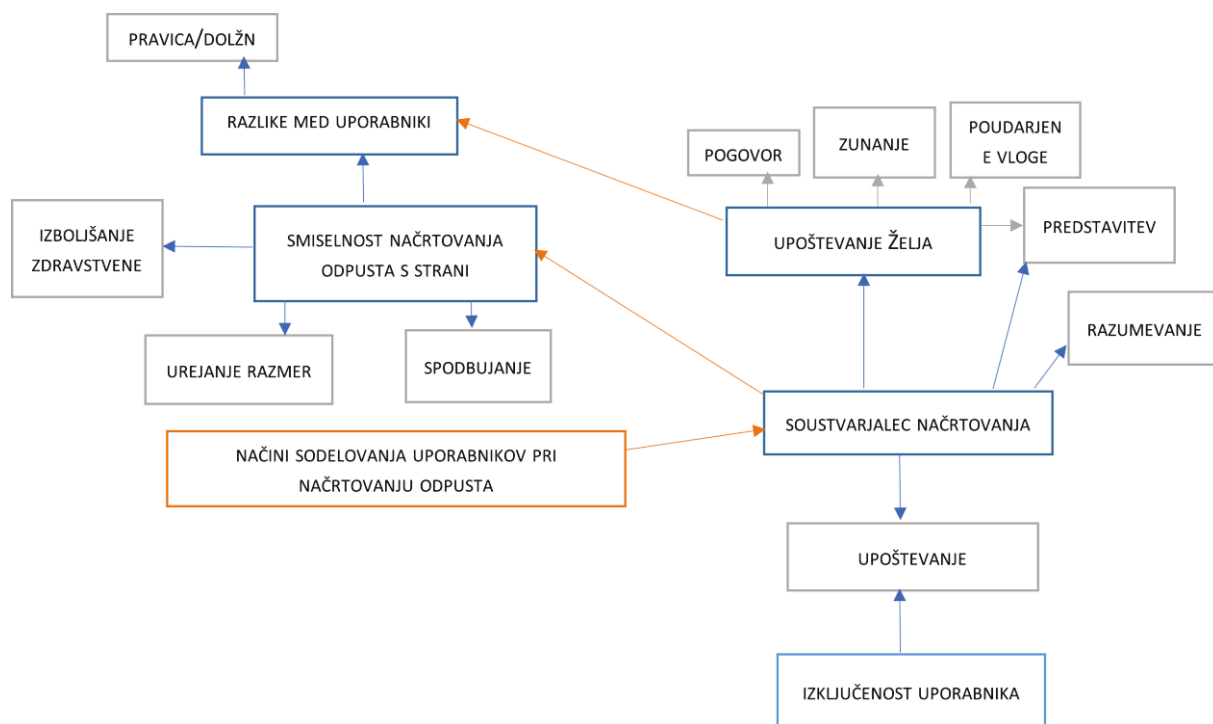
Potek načrtovanja odpusta iz PB



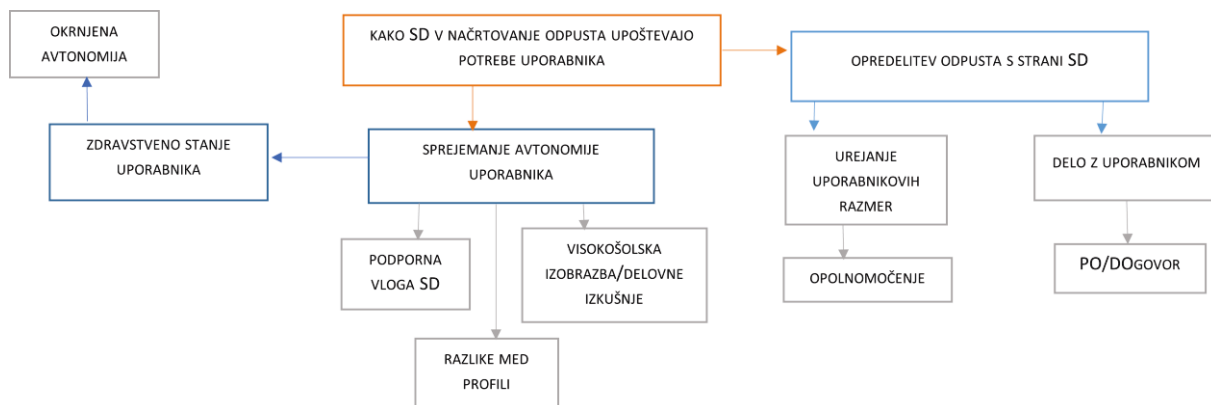
Službe, vključene v načrtovanje odpusta



Načini sodelovanja uporabnikov pri NO



Načini upoštevanja želja in potreb uporabnikov



9.4. Kodirna tabela– socialne delavke 2. teza

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorigja	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	Kako so po vašem mnenju socialne delavke opremljene za delo na področju zdravstva?				Uporaba znanj (koncepti, metode dela) pridobljenih s študijem pri načrtovanju odpusta
a.1	INT1 Če gledam, ko pridejo s fakultete slabo, ker ni predmeta, ni nečesa, kar bi ga usmerjalo v to delo. V zdravstvu je to malo bolj specifično, kot na terenu. Obvezno bi bilo treba v študij vnesti te vsebine.	Predmet Pomanjkanje Usmerjenost Specifika dela	Specifika dela	Dopolnjevanje vsebin	Pomanjkanje znanja pri NO
b.1	INT2 Na področju zdravstva v socialnem delu manjka eno specialno izobraževanje, naša fakulteta ne pozna tega področja, nekaj je o odvisnosti, drugo je pa vse zgrešeno, kar predstavljajo.	Pomanjkanje Nepoznavanje Zgrešenost	Specialno izobraževanje	Neustreznost vsebin	Pomanjkanje znanja pri NO
b.2	INT2 Sami se izobražujemo iz tistih področji, ki jih rabimo za svoje delo, mislim, da smo dobri strokovnjaki, je pa treba skozi graditi in spremljat, kaj se dogaja.	Samoizobraževanje Potreba Nenehno učenje Spremljanje	Samoizobraževanje	Vseživljenjsko učenje	Reševanje primanjkljaja znanja
c.1	INT3. Veliko sem se naučila od kolegic, ko sem začela, veliko sem morala prebrat literature, malo sem pogrešala delavnice v smislu	Kolegialno učenje Začetki deli Branje literature Iskanje	Samoinicativnost	Samoizobraževanje Kolegialno učenje	Reševanje primanjkljaja znanja

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	skupinskega dela, drugače pa jaz mislim, da vsak po svoje, če te zanima, lahko najdeš veliko literature				
c.2	INT3 Znanje iz fakultete ne zadostuje, lahko, da sem krivična, ampak ne. Sploh nismo imeli tega, kar se tiče zdravstva.	Pomanjkanje znanja Ni obravnave	Pomanjkanje vsebin	Dopolnjevanje znanja	Reševanje primanjkljaja znanja
d.1	INT4 Za delo v zdravstvu moraš imeti še posebne veščine, in to zelo izrazite, biti apatičen. Ne da si zmeraj na razpolago, ampak enostavno moraš imeti ta občutek, ki ga pridobiš tudi z izkušnjami. Npr. delo na oddelku vidiš komunikacijo v timu, vidiš, kako razmišlja drug profil. Seminarji, literatura, določeno medicinsko znanje potrebuješ tudi, da razumeš, zakaj se določene stvari dogajajo. In potem vse to dodatno znanje povežeš s socialnim delom.	Izkušnje Komunikacija tima Medicinsko znanje Seminarji Literatura	Povezovanje znanja	Delovne izkušnje Samoizobraževanje	Reševanje primanjkljaja znanja
e.1	INT5 Slabo so opremljene, ne morejo biti, ni sodelovanja s FSD. Se je že v preteklosti zataknilo zaradi plačevanja praks, gre v slepo ulico. Antipsihiatrična usmeritev. Naučiti se je potrebno delati z uporabniki na področju duševnega zdravja, povsod se srečujejo z njimi, ne samo v bolnici, tudi na CSD. Osnove bi morali poznati.	Slabo opremljene Ni sodelovanja Plačevanje praks Antipsihiatrična usmeritev Osnove	Osnovno znanje	Okrnjeno institucionalno sodelovanje	Pomanjkanje znanja pri NO
f.1	INT6 Študenti, npr. obiskujejo različne sklope. Pričakuješ, naj bi nekaj vedeli, vsaj površno. Včasih dobiš vprašanje, da se samo čudiš, kako je to mogoče. Da npr. še nikoli niso slišali, kaj je to delirij.	Pričakovanja Površno znanje Začudenje Presenečenost	Pričakovanje osnovnega znanja	Presenečenost nad neznanjem	Pomanjkanje znanja pri NO
g.1	INT7 Tu moram povedati, da psihiatričnega zdravljenja ne poznajo. Prihajajo z nerealnimi predstavami o tem, kako se zdravi v psihiatrični bolnišnici, kakšni so sploh pacienti, kaj potrebujejo, kako se kažejo težave, kaj pomaga ...	Nepoznavanje Nerealne predstave Način zdravljenja Profil pacienta Potrebe pacienta Oblike pomoči	Nepoznavanje ZO	Napačnost predstav ZO	Pomanjkanje znanja pri NO
g.2	INT7 Ne poznajo psihiatričnih bolezni in se ne znajdejo v komunikaciji, niti med	Neveščost komunikacije Razločevanje	Težave razločevanja potreb	Neselektivnost	Pomanjkanje znanja pri NO

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorigja	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	razločevanjem, kdaj gre za bolezen – ki potrebuje zdravljenje in kdaj za neustrezno vedenje – ki se ga da spremeniti z drugimi metodami pomoči.	Bolezenske potrebe Neustrezno vedenje Selekcija			
g.3	INT7 A kljub temu mislim, da so socialni delavci, ki vstopijo v zdravstvo, zelo učljivi in se z dodatnimi in rednimi usposabljanji primerno okrepijo, kjer se je pač za kvalitetno socialno delo v zdravstvu še treba.	Učljivost Usposabljanja Okrepitev	Kompetentnost	Dodatna izobraževanja	Reševanje primanjkljaja znanja
h.1	INT8 Jaz bi rekla tako, imam srečo, da sem po študiju delala v šolstvu, potem na CSD in v nevladni organizaciji, sedaj pa v bolnici. Vedno se ne strinjamo, sploh ne, ampak najdemo kompromis, kar je za človeka dobro.	Šolstvo CSD NVO bolnišnica	Raznolike izkušnje	Pestre delovne izkušnje	Uporabnost znanj
h.2	INT8 Jaz mislim, da mi je faks dosti dal, gre se za način razmišljanja skozi te vaje. Ko pridejo določene teme, tudi v splošni populaciji, razmišljam in pristopam drugače. Metodam, ki smo jih ponotranjili, npr. pri Gabi, smo jih ponotranjili, kot npr. varen prostor, varna klima, stvari, na katere smo sedaj res pozorni, kako vzpostaviti odnos s stranko.	Način razmišljanja Vaje Ponotranjene metode Odnos s stranko	Vzpostavitev odnosa z uporabnikom	Socialna znanja	Uporabnost znanj
h.3	INT8 Je pa specifika socialnega dela v zdravstvu, to pa bi bilo treba spremeniti, Jaz sploh nisem vedela, da to obstaja. Da bi bilo nekaj na fakulteti, kjer bi se spoznali s tem delom. Se mi pa zdi, da ni bilo nikjer socialno delo tako v ospredju, kot ravno v zdravstvu. Na CSD so vse socialne delavke, tu pa se mi zavedamo, da smo socialne delavke, drugi profili prepoznajo, da imamo nekaj, kar oni nimajo. Tu se vidi, da smo mi socialna služba, vsak brani svoj profil, izhaja iz svojega vidika, smo stroka, s svojimi metodami, ki nam jih nihče ne more vzeti. Na CSD to ni bilo tako izrazito V bolnicah socialno delo delajo	Specifika Zdravstvo Sprememba Razlike v profilih Izstopanje Sodelovanje	Jasna ločenost profilov in sodelovanje	Dopolnjevanje znanja	Reševanje primanjkljaja znanja

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	samo socialni delavci, na CSD pa delajo socialno delo ljudje, ki to niso. To sem pa vesela, da v zdravstvu ni tako, tu strogo ločujejo profile, ki pa med seboj sodelujejo. Za človeka je to najboljše.				
i.1	INT9 Jaz sem imel srečo da sem bil najprej zaposlen kot tehnik, imel sem izkušnje in znanje,	Sreča Zdravstveni tehnik Izkušnje	Zdravstveni tehnik	Delovne izkušnje	Uporabnost znanj
i.2	INT9 če se pa obrnem na nekoga, ki je npr. delal gimnazijo in potem fakulteto, tam pa fakulteta ne da nič kaj veliko tega. Izbirna področja duševnega zdravja, ki bi lahko približala to področje, niso. Tam je bilo tako, da ni nobene potrebe, da se ljudje vključujejo v psihiatrijo.	Pomanjkanje Izbirni predmeti Ne zaznavanje potrebe	Izbirni predmeti	Ne prepoznavanje pomembnosti	Pomanjkanje znanja pri NO
j.1	INT10 Jaz mislim, da bi morali dati več poudarka na socialno delo v zdravstvu. Fakulteta da včasih preveč znanja, ampak jaz opažam, ko pride kakšen pripravnik, da imajo pomanjkljivo znanje, drugega znanja ogromno, ne pa tega za delo v zdravstvu. Stara generacijam smo imeli psihiatrijo, niso bili usmerjeni proti, potem se je to spremenilo, se je zavrglo to dragoceno znanje, kar je škoda.	Poudarek Obseg znanja Irelevantno znanje Usmerjenost	Preobsežno znanje	Opustitev psihiatričnega znanja	Pomanjkanje znanja pri NO
k.1	INT11 Ne, v bistvu nimamo nobenega psihiatričnega znanja. Sicer potem vedno iščemo še druge načine izobraževanja, FSD ne daje tega.	Pomanjkanje Psihiatrično znanje Neopremljenost	Psihiatrično znanje	Dodatna izobraževanja	Reševanje primanjkljaja znanja
l.1	INT12 Kar se tega tiče, ti ne da nič. Jaz verjamem v zdravstvo, verjamem, da zdravila pomagajo. Tudi, ko hodimo po terenu, osnovni pogoj je jemanje zdravil, to so čisto biološke povezave, ne gre drugače. Včasih bi najraje šel na FSD in predaval, kako je res v praksi. Vidiš, kakšen je človek, ko pride in kakšen je čez tri tedne. Praktičnega znanja ne dobimo, prav nič nisem vedel o tem, kot študent	Pomanjkanje Praktično znanje Zaupanje Terensko delo Praksa	Pomanjkanje praktičnega znanja	Razkol med teorijo in prakso	Pomanjkanje znanja pri NO

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorigja	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	pa verjameš, da je res tako znotraj inštitucij, kot se govori.				
m.1	INT13 Jaz bi rekla, da je razkorak med tem, ko si študent in med tem, da začneš delati v praksi, tu je razlika. Jaz sem to zelo čutila, ker sem kot študentka delala bolj v družtvih in potem prišla v javno ustanovo delati, je bila velika razlika. Na eno strani zdravstvena zakonodaja, zdravstveni sistem, na drugi strani pa je pomembna tudi specifika uporabnikov, s katerimi delaš, to znanje je zelo pomembno.	Razlika Študent Delo v praksi Zakonodaja Sistem Specifika uporabnika	Ravnotežje med SD in zdravstvom	Razkol med teorijo in prakso	Pomanjkanje znanja pri NO
m.2	INT13 Po drugi strani pa se mi zdi, da smo socialni delavci dobro opremljeni, kjerkoli delamo. Ravno ta vzpostavitev delovnega odnosa, tu smo res dobri, za soustvarjanje, iskanje rešitev, zdi se mi, da dobimo iznajdljivost, širino, empatijo. To so točke, pa stik s človekom. Imamo znanje, iščemo točke moči. Niso konkretno povezana ta znanja, po drugi strani pa so za delo z ljudmi in v tem kontekstu zelo.	Delovni odnos Soustvarjanje Iskanje rešitev Iznajdljivost Stik s človekom	Navezovanje stika	Socialna znanja	Uporabna znanja
n.1	INT14 Ne, bi bil moj odgovor. V bolnici je vseeno drugače. Bolnica ima tudi svoja pravila, mi imamo svoje postopke. Tu je težko manevrirat med tem, v tem smislu. Bi bilo smiselno imeti psihiatrične vsebine, vsaj dokler sistem ni drugače zastavljen za življenje zunaj. OK bi bilo, da bi ljudje živeli zunaj, seveda z več kadra, ni pa to za vse.	Drugačno delo Pravila Razlike v postopkih Psihiatrične vsebine	Psihiatrične vsebine	Drugačni pogoji dela	Pomanjkanje znanja pri NO
o.1	INT15 Mislim, da smo zelo veliko se izobraževali na to temo, zelo veliko sem odnesla iz faksa. Ampak po drugi strani pa je to teorija. Ko prideš delat, pa vidiš primanjkljaj. Ker se osredotočamo predvsem na socialni model, tu pa prevladuje zdravstveni.	Veliko znanja Teoretično znanje Socialni model Zdravstveni model	Veliko teoretičnega znanja	Razlike v modelih	Pomanjkanje znanja pri NO

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	Katera znanja (koncepte, metode dela, veščine), ki so jih socialne delavke pridobile pri študiju (predavanja, vaje, praksa, neformalna znanja od drugih študentov) uporabljajo pri načrtovanju odpusta?				
a.2	INT1 Osebna pomoč zelo veliko, svetovanje, urejanje, pa še marsikaj.	Osebna pomoč Svetovanje	Pomoč in svetovanje	Pomoč in svetovanje	Praktična znanja
a.3	INT1 Veliko skupinskega dela je tudi.	Skupinsko delo	Skupinsko delo	Skupinsko delo	Praktična znanja
b.3	INT2 Zdaj lahko moje delo povežem z vsemi Lussijevimi in metodičnimi načeli socialnega dela. Drugače je pa treba bit iznajdljiv, vztrajen, potrpežljiv, eno je teorija iz faksa, drugo je delo, neke prakse na faksu za to delo nisem dobil, niti specialnih znanj. To sem kasneje sam na izobraževanjih dobil.	Iznajdljivost Vztrajnost Potrpežljivost	Iznajdljivost Vztrajnost Potrpežljivost	praktična znanja	Pomanjkanje znanja pri NO
c.3	INT3 Ne vem, ker do diplome je bilo tako suhoparno, verjetno marsikaj, kar se navezuje. Mogoče še najbolj Gabijina predavanja, pogovor z družino. Skupinsko delo je bilo slabo.	Gabijina predavanja Suhoparnost znanja Pogovor z družino	Pogovor z družino	Praktična znanja	Praktična znanja
d.2	INT4 Pravni predmeti, psihologija, sociologija ... konkretno o zdravstvu se nismo pogovarjali,	Pravni predmeti, psihologija, sociologija	Pravni predmeti, psihologija, sociologija	Pravni predmeti, psihologija, sociologija	Zakonodaja Psihologija Sociologija
e.2	INT5 Največ pri Gabi, pogovor, delo s posameznikom, skupino, koncepti.	Gabi Pogovor Delo s posameznikom Skupinsko delo	Pogovor in delo z uporabnikom	Praktična znanja	Praktična znanja
f.2	INT6 Največ je individualnega dela z uporabniki, skupinsko delo se izvaja, edukacija svojcev, predavanja na različne teme, npr. o socialnih transferjih	Individualno delo Skupinsko delo Delo s svojci	Izkustveno učenje	Metodika dela	Praktična znanja
g.4	INT7 Kadar se pacient pogovarja s socialno delavko o odpustu, se vsebina navadno vrti okrog raziskovanja pogojev – ali ima pogoje za življenje (glede na njegovo funkcionalnost, odnose, ekonomske pogoje). In posledično socialni delavec pomaga pripravljati pogoje, če le-teh ni. Pri tem pa ne gre brez konkretnih poznavanj vseh oblik in vrst pomoči v skupnosti	Individualni pogovor Pogoji bivanja Urejanje razmer Pomoč v skupnosti	Pogovor	Pomoč v skupnosti	Praktična znanja

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
g.5	INT7 in ne brez poznavanja vseh iz zakonov izhajajočih pravic.	Zakonodaja	Zakonodaja	Zakonodaja	Zakonodaja
g.6	INT7 Osnovna metoda dela socialnega delavca je pogovor – da bi bil kar najbolj učinkovit, so dobrodošla znanja s področja odnosov, psihoterapije. Ne vem več, katera od teh znanj sem pridobila med študijem, katera pa v različnih življenjskih izkušnjah, vključenosti, tudi ob rednih različnih izobraževanjih.	Osnova dela Pogovor Odnosi Psihoterapija	Pogovor	Medosebni odnosi	Psihoterapija
g.7	INT7 Vendar se študijskih let spomnim kot pomembnih za moje zaupanje vase in v ljudi, pomembnih za ohranjanje in rast navdušenja pomagati drugim, pomembnih za spoštovanje in cenjenje vsakega človeka. Vsa znanja in izkušnje, pa tudi zgledi profesorjev in odnosi med nami so me tedaj okrepili v prepričanju, da lahko ljudem v poklicu veliko dam. To je bila dobra osnova za bodoče dobro delo socialnega delavca.	Zaupanje vase Pomoč ljudem Rast navdušenja Spoštovanje človeka Zgledi profesorjev	Krepitev vrednot	Krepitev delovne motivacije	Samozavest – samozaupanje
h.4	INT8 V prvi vrsti že če bi se držali kodeksa etike, tu je treba samega sebe opozarjat, kaj je bistvo in da smo tu za pacienta, da ne pozabimo na človeka. Mi smo tisti, ki poskušamo človeka čimbolj vključiti.	Etika Bistvo Pacient Vključevanje pacienta	Smoter dela	Delovna etika	Upoštevanje uporabnika
h.5	INT8 Najbolj pogosto je sicer individualno delo, tudi skupinsko imamo.	Individualno delo Skupinsko delo	Individualno delo Skupinsko delo	Metodika dela	Praktična znanja
h.6	INT8 Pa vse metode od Gabi. Socialno delo v bolnici, sploh na psihiatriji je čisto vse – delo z družinami, različne starostne skupine, nasilje, čisto vse. Na CSD morda pokrivaš eno področje, pri nas pa vse.	Metode Gabi Kompleksno delo Družine Starost Skupine Nasilje	Gabijine metode	Kompleksnost dela	Praktična znanja
j.2	INT10 Na začetku sem iskala znanje, pristope, kako celotno družino vključiti, to me je zelo obremenjevalo, kljub temu, da smo imeli delo z družino. Pri nas je specifično delo z družino, pa svetovalno delo, motivacijske tehnike.	Vključevanje družine Iskanje znanja Specifika dela Svetovalno delo Motivacijske tehnike	Svetovanje Motivacija	Metodike dela	Vključevanje družine

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	Ugotovila sem, da moje znanje šepa, sem se potem dodatno izobraževala.				
j.3	INT10 Specializacijo sem naredila iz odvisnosti, pa iz družinske terapije in iz svetovalnega dela. Pridobiš znanja, pristope, ki ti olajšajo delo. Potem, ko sem končala pripravništvo, sem se spraševala, kako vsa znanja iz različnih področij zožati za posameznega pacienta in mu pomagati. Po pripravništvu sem se dodatno izobraževala.	Specializacija Odvisnost Družinska terapija Svetovalno delo	Odvisnost Družinska terapija Svetovalno delo	Specializacija	Dodatno izobraževanje
k.2	INT11 Verjetno je kaj, metode dela s skupino, posameznikom, individualni načrt.	Delo s skupino Individualno	Delo s skupino Individualno	Metodika dela	Praktična znanja
n.2	INT14 Pri vseh osebah, ki se pri nas zdravijo, imamo nek dogovor, da bomo skupaj iskali rešitve, da ne delamo proti njim., Nikoli ne gremo proti osebi, jih obveščamo, kaj se dogaja, s kom komuniciramo, dajemo povratne informacije, pa gradimo na zaupanju. Ne rečem, da se lahko z vsemi to doseže, z večino pa že.	Iskanje rešitve Skupni pristop Obveščanje Upoštevanje Komunikacija Zaupanje	Iskanje rešitve	Skupni pristop	Upoštevanje uporabnika
o.2	INT15 Predvsem so to neke socialne veščine. Zlo se osredotočamo na metode, tudi nekih pravnih osnov, zakonodaje je bilo. Potem pa odvisno, koliko to nadgrajuješ. Jaz sem izredno rada imela študij.	Socialne veščine Zakonodaja	Socialne veščine Zakonodaja	Socialne veščine Zakonodaja	Praktična znanja
	Katera znanja in veščine jim še pomagajo pri načrtovanju odpusta? Kje in kako so jih pridobile?				
a.4	INT1 Zelo pomembna je vedenjsko kognitivna terapija,	Vedenjsko kognitivna terapija	Vedenjsko kognitivna terapija	Vedenjsko kognitivna terapija	Vedenjsko kognitivna terapija
a.5	INT1 dodatna znanja sem pridobila na raznih predavanjih, seminarjih, potem zelo pomemben je trening socialnih veščin, ki ga uporabljam pri delu s skupinami, spodbujamo razmišljanje o pripravi na življenje zunaj oziroma ga spodbujamo k razmišljanju o sebi.	Predavanja Seminarji Trening	Predavanja Seminarji Trening	Dodatna izobraževanja	Dodatna (ne)formalna izobraževanja

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorigja	Nadkategorija	Tema (teza 2)
b.4	INT2 Znanja in veščine ki sem jih dobil na izobraževanjih, ki sem jih večinoma sam financiral in delal v prostem času.	Izobraževanja Samoplačniško Prosti čas	Lastno financiranje	Samoplačniško	Dodatna (ne)formalna izobraževanja
b.5	INT2 iz področja duševnih bolezni, komunikacije, mediacije, psihoterapije, Poznat je treba zakonodajo, kako delujejo druge institucije, s katerimi sodelujemo in imet dobre odnose z njimi.	Duševne bolezni Komunikacija Mediacija Psihoterapija Zakonodaja	Psiho-socialna znanja Zakonodaja	Pestrost znanj	Psiho-socialna znanja Zakonodaja
c.4	INT3 V bistvu vsak delodajalec nas pošilja na izobraževanja,	Izobraževanja	Izobraževanje	Napotitev delodajalca	Dodatna (ne)formalna izobraževanja
c.5	INT3 mislim da moramo imeti veliko pravnega znanja, celo sodniki se obračajo na nas s pravnimi vprašanji. Vso zakonodajo, ki jo bereš, saj si jo še oni vsak po svoje razlagajo, kako naj potem mi vse to razumemo.	Zakonodaja Pravno znanje Sodniki Različna interpretacija	Različnost interpretacije	Suverenost	Zakonodaja
d.3	INT4 Znanja o komunikaciji, zakonodaja, psihoterapevtska znanja	Komunikacija Zakonodaja Psihoterapija	Psiho-socialna znanja Zakonodaja	Pestrost znanj	Psiho-socialna znanja Zakonodaja
e.3	INT5 Jaz imam srečo, da izhajam iz poklica medicinske sestre.	Medicinska sestra	Medicinska sestra	Medicinska sestra	Pridobljena izobrazba
e.4	INT5 Psihiatrija je bila včasih študijski predmet, sedaj ni več.	Psihiatrija Študijski predmet	Psihiatrija	Študijski predmet	Sprememba programa izobraževanja
f.3	INT6 Šolanje na fakulteti ni vse, veliko mora storiti tudi vsak sam, kaj prebrat, se izobraževati.	Branje Želja	Samoinicativnost	Samoizobraževanje	Dodatna (ne)formalna izobraževanja
g.8	INT7, poleg tega pa še vsa poznavanja programov pomoči, zakonodaje s področja socialnega varstva, pravic, družine, duševnega zdravja. Poznavanja služb pomoči in dobro sodelovanje z vsemi temi službami – javnimi, vladnimi, nevladnimi, privatnimi. Dobro sodelovanje z vsemi službami pomoči v državi.	Programi pomoči Zakonodaja Socialno varstvo Duševno zdravje Službe pomoči Institucionalno sodelovanje	Zakonodaja Socialno varstvo Duševne bolezni Medinstitucionalno sodelovanje Psihoterapija	Pestrost znanj	Psiho-socialna znanja Zakonodaja
g.9	INT7 Torej, vsa znanja in izkušnje iz študija, Ta znanja se pridobi z izkušnjami, učenjem od sodelavcev predhodnikov, kolegov, izobraževanji s področja	Študij Izkušnje Kolegialno učenje Izobraževanja	Delovne izkušnje Izobraževanja	Izkušnjsko učenje	Dodatna (ne)formalna izobraževanja

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	zakonodaje, programov, odnosov.				
i.3	INT9 Jaz, če pogledam za nazaj, najprej nisem niti poznal modalitet tega izobraževanja (psihoterapevtskega), priporočili sta mi sodelavki. Začutil sem, da mi to pri delu zelo pomaga, pa tudi pri drugih življenjskih stvareh.	Psihoterapevtsko znanje Nepoznavanje Priporočilo	Modalitet izobraževanje	Študij psihoterapije	Dodatna (ne)formalna izobraževanja
j.4	INT10 Jaz, ko sem začela delati, sem bila medicinska sestra, sem imela nekaj izkušenj, dosti medicinskega znanja,	Medicinska sestra Izkušnje Medicinska znanja	Medicinska znanja	Medicinska sestra	Pridobljena izobrazba
k.3	INT11 ker je neka specifika, učili smo se od mentorjev, ki so se prej tudi sami učili. Veliko smo spraševali, brali knjige s tega področja,	Mentorstvo Branje knjig Osnovna znanja	Temeljna znanja	Mentorstvo	Dodatna (ne)formalna izobraževanja
k.4	INT11 da veš, kako pristopiti, čista osnova manjka. Na oddelku pa tudi terapevtsko delo,	Terapevtsko delo Psihatrija	Terapevtsko delo	Psihatrija	Psiho-socialna znanja
k.5	INT11 posebej se v ta namen izobražujem iz realitetne terapije. Drugače je res težko biti suveren, odločen. Ja, v bistvu na sploh v psihiatriji bi bila nujna neka specializacija,	Izobraževanje Realitetna terapija Specializacija	Realitetna terapija	Specializacija	Dodatna (ne)formalna izobraževanja
	Na kakšen način so znanja s fakultete in druga znanja prilagodile delu v psihiatrični bolnišnici in kako jih uporabljajo pri načrtovanju odpusta?				Prilagoditev znanj delu in uporaba znanj pri načrtovanju odpusta
a.6	INT1 Se da, še kar se da, če se malo poglobiš. Napišeš zapisnik s svojim besedami, potem ga pa prevedeš v socialnodelavski jezik. Pri tem smo zelo prepuščeni sami sebi, delamo, kot znamo, kot nam čas dopušča, da se tukaj dogovarjamo.	Poglobitev Uresničitev Zapis zapisnika Terminologija Prepuščenost sebi	Poglobitev	Priprava zapisnika	Uporaba terminologije
b.6	INT2 Kot sem že rekel, na faksu nisem dobil nekih uporabnih znanj, so neke teoretične osnove, ampak za samo delo s pacientom, ti to ne pomaga.	Neuporabna znanja Fakulteta Teoretične osnove	Neuporabna znanja	Teoretične osnove	Pomanjkanje znanja pri NO
b.7	INT2 Spet je odvisno, s kakšnimi pacienti delaš, na katerem oddelku si. Je razlika med delom z odvisnimi, kjer	Pogojenost s pacienti odvisniki Psihoterapevtska skupina	Kompleksnost dela	Zdravstveno stanje uporabnika	Pogojenost z uporabnikovo situacijo

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	vsak dan vodiš psihoterapevtsko skupino, pa delo z dementnimi, kjer je več dela s svojci, njihovi edukaciji, rabijo več pomoči pri urejanju namestitve ali pa, če se pacient vrne domov. Na sprejemnih je spet drugače, tako da na to te faks ne pripravi, ker se o tem nismo učili. Samo propagirali so antipsihiatrijo, brez da sploh poznajo to področje.	Vsakodnevno Demenca Svojci Izobraževanje Namestitve Sprejemanje			
c.6	INT3 Praksa me je naredila socialnega delavca.	Praksa	Praksa	Praksa	Praktična znanja
d.4	INT4 Že sama patologija bolezni, marsikdaj v pogovoru svojci in pacienti vprašajo, želijo informacije o svojem napredku, na kaj morajo biti pozorni, tisti, ki to želijo seveda. In seveda jih tukaj usmerjam na zdravnika, pa vseeno so stvari, ki jih moramo znati razložiti. Treba je prepoznati, da lahko usmerjamo ljudi, že v domačem okolju, da bo pravočasno uporabnik odreagirai. Vsak socialni delavec bi moral poznati osnove psihiatrije in skupinskega dela.	Bolezenska patologija Pogovor s svojci Informacije o napredku Pojasnjevanje Razlaga Usmerjanje Psihiatrije Skupinsko delo	Informiranje in usmerjanje	Znanja psihiatrije	Bolezenska patologija
e.5	INT5 Poskušaj biti realen, ne mečeš vsega v isti koš, moraš znati prečitati impulze, to ti dajo delovne izkušnje.	Analiza vzgibov Realna ocena Delovne izkušnje	Delovne izkušnje	Analitičnost	Objektivnost
g.10	INT7 Za delo v psihiatrični bolnišnici je potrebno znanja dopolniti (ne prilagoditi).	Dopolnjevanje	Izobraževanje	Dodatna izobraževanja	Dopolnjevanje znanja
h.7	INT8 Vedno moramo biti iznajdljivi.	Iznajdljivost	Iznajdljivost	Iznajdljivost	Iznajdljivost
i.4	INT9 Če se spomnim na študij, še največji približek temu, bi rekel da je Gabi Čačinovič Vogrinčič, s temi njenimi predavanji, kot so empatija, refleksija, da slišiš uporabnika, da mu daš vedeti, da ti ni vseeno zanj. Mislim, da ona, pa to, kar se v praksi dogaja. Skupinskega dela smo imeli včasih v bolnici več, kadrovsko, časovno trenutno ni možno, sicer smo jih imeli tedensko	Predavanja Gabi Empatija Refleksija Upoštevanje uporabnika Delovne izkušnje	Upoštevanje uporabnika	Vzpostavitev odnosa	Delovne izkušnje Socialna znanja

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
k.4	INT11 Ja, to znanje je potem seveda spet vse prirejeno, nekaj smo prinesli k temu, neko opolnomočenje. Mi smo štartali iz nule.	Pridobivanje znanja Prirejanje Dopolnjevanje	Prilagoditev znanja	Nenehno dopolnjevanje	Pomanjkanje znanja pri NO
l.2	INT12 Ja, kar nekaj zadev je bilo uporabnih. Praksa naredi svoje, da vidiš, kako sistem deluje, pripravnikom povem, kako zadeve delujejo.	Uporabnost Praksa Delovanje sistema	Spoznavanje sistema	Delovna praksa	Praktična znanja
m.3	INT13 Meni je še zmeraj osnova človek kot tak in bi mi bil iz tega vidika tak tudi drugje, s tem, da je tu treba upoštevati specifične, kako pristopati. V osnovi pa je treba gledati isto vire moči, ki jih ima, kot bi gledala drugje, na drugem področju. Ja definitivno je potrebno stalno izobraževanje. Kar nekaj nam omogočijo v službi, nekaj pa sami.	Upoštevanje uporabnika Vire moči Nenehno izobraževanje	Močna področja uporabnika	Opolnomočenje uporabnika	Nenehna izobraževanja
n.3	INT14 Mislim, da se lahko da veliko uporabiti tega po Gabi.	Predavanja Gabi	Predavanja Gabi	Predavanja Gabi	Praktična znanja
o.3	INT15 Potrebno pa je tudi samoiniciativno izobraževanje, ne samo tisto, kar delodajalec, moraš tudi sam. Seveda potrebna bi bila tudi supervizija, je nimamo. Smo poskušali nekaj na to temo, pa ni bilo nič sprejeto.	Samoiniciativnost Pomanjkanje Supervizija	Samoiniciativnost	Supervizija	Nenehno izobraževanje
	V katerih situacijah se pri delu z uporabniki soočajo z etičnimi dilemami?				Situacije pri delu z uporabniki, ki povzročajo etične dileme
a.7	INT1 Pri odpustu, pri urejanju okolja, kjer bo uporabnik živel, kamor bo odpuščjen.	Odpust Urejanje namestitve	Bivanjska problematika	Neurejeni namestitveni pogoji	Odpust uporabnika
a.8	INT1 Včasih tudi pri samem pogovoru s pacientom. Na primer, pacient želi odpust v domače okolje, kjer nima pogojev. Veliko služb bi bilo potrebno vključiti, kar pa ne gre tako hitro, kot bo zaključeno zdravljenje. V tem primeru bi bila npr. rešitev stanovanjska skupina, medtem se uredijo pogoji doma, kamor se bo vrnila.	Pogovor Odpust v domače okolje Neustrezni pogoji Vključevanje služb Počasnost postopka Stanovanjska skupnost	Želje uporabnika	Identifikacija nerealnih želja	Pogovor z uporabnikom
a.9	INT1 Tu je etična dilema, ali ji prisluhniti in jo odpustiti	Upoštevanje želje Nerealnost želje	Upoštevanje nerealnih želja	Upoštevanje nerealnih želja	Identifikacija razsodnosti

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	domov, ali vztrajati pri ureditvi bivalnega okolja.				
b.8	INT2 Nimam takih izkušenj	Brez izkušenj	Brez izkušenj	Brez izkušenj	Brez izkušenj
c.7.	INT3 No, name se obrnejo v zvezi zdravili na primer. Na ta del zdravljenja se nimam pravice vtikati, zato jim lahko dam samo informacije, kdaj lahko odklonijo in kdaj ne morejo, to morajo imeti in jo od mene dobijo in na koga se lahko obrnejo za svoje pravice. Niti nikoli ne dajem svojega mnenja.	Zdravila Brez pristojnosti Informiranje Odklonitev Varuh pravic	Informiranje	Varuh pravic	Jemanje zdravil
c.8	INT3 Kadar gre za prijavo nasilja v družini, to so dileme	Prijava družinskega nasilja	Prijava družinskega nasilja	Prijava družinskega nasilja	Prijava družinskega nasilja
d.5	INT4 Ravno pri teh bivanjskih zadevah, ko se ljudje odločajo, pa ne glede na to, da je možnost izbire,	Bivanjske razmere Možnost izbire	Bivanjska situacija	Namestitveni pogoji	Odpust uporabnika
d.6	INT4 ali pa da se odloči, da ne bi imel stikov z otroki, čeprav jih drugi želijo.	Stik z otroki Želja	Družinski odnosi	Nasprotujoče si želje	Stiki s svojci
d.7	INT4 To so take dileme, ko želiš razumeti, spoštovati, edina stvar, ki jo lahko narediš je ta, da mu poveš, ker on mogoče ne pozna druge opcije, ne pozna zakonodaje ali pa da mu daš nek čas za premislek. Spoštovat je treba, prisilit ne smeš.	Razumevanje Spoštovanje Brez prisile Informiranje Čas za razmislek	Informiranje	Spoštovanje odločitve	Reševanje dilem
d.8	INT4 Zelo je važen pogovor o tem znotraj tima, intervizija.	Pogovor v timu	Intervizija	Intervizija	Reševanje dilem
e.6	INT5 Največkrat se z etičnimi dilemami srečujem na kulturološkem področju, je veliko nestrpnosti	Kulturna nestrpnost	Kulturna nestrpnost	Kulturna nestrpnost	Kulturna nestrpnost
f.4	INT6 To se pa nam vsem zgodi, včasih bi rad več naredil za paciente in svojce. V timu prosiš, če bi se dalo še malo počakati z odpustom, če imaš kaj na vidiku, če je možna vključitev v neakutno obravnavo.	Angažiranost podaljšanje odpusta Neakutna obravnavo	Neakutna obravnavo	Podaljšanje hospitalizacije	Odpust uporabnika
f.5	INT6 Tudi ostali v timu opazijo stisko, s čim vse se moramo soočati socialni delavci, pokasiramo marsikaj.	Zaznavanje stiske Pogovor	Intervizija	Intervizija	Reševanje dilem
g.11	INT7 Največ stisk in dilem glede etičnosti seveda povzroča področje skrbništva, zaščite otrok (z odvzemi,	Skrbništvo Zaščita otrok Odvzem Rejništvo	Odvzem otrok	Skrbništvo otrok	Stiki s svojci

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	rejništvi), namestitev v SVZ brez privolitve in podobno.	Namestitev v SVZ			
g.12	INT7 Torej problem prepoznavanja prave meje, ali oseba res ne more več trajno in polnomočno sodelovati pri odločanju o sebi, ker je zaradi bolezni že toliko okrnjena, spremenjena, oškodovana, da ne zmore več razumeti, prav izbrati, sodelovati pri izbiri in skrbti za pravice, koristi, osebnosti in ni več zmožna razumeti posledic svojih odločitev in mora o določenih zadevah glede te osebe odločati nekdo drug.	Prava meja Nezmožnost sodelovanja Izbiranja Nerazsodnost	Kognitivne zmožnosti	Zdravstveno stanje uporabnika	Identifikacija razsodnosti
h.8	INT8 Joj, jaz sem v večih dilemah, predvsem pri forenziki. Trudimo se človeku narediti čim bolj prijazno, ampak so zakoni takšni. Poskušamo jim stvari približati. Pri namestitvah proti volji niti ni takih dilem, ker tu res poskušamo vse urediti že prej, ampak res ne gre drugače. So izčrpane vse možnosti, pa nadzorovana obravnava, skratka več vrst pomoči. Tu se meni zdi problem, pri forenzičnih pacientih, da ni prostora v zavoda, čeprav je socialno delo v smislu dezinstitutionalizacije, ampak se srečujem z ljudmi, kjer je tako velika ponovitvena nevarnost, da ne morejo živeti zunaj ali pa ne zmorejo. Po kazenskem zakonu piše, da bo po zaključku ukrepa potreboval namestitev v zavodu, mi ali pa CSD ali tožilstvo poda predlog za namestitev v zavodu, prostora ni, zato se te ljudi dobesedno namesti na forenziko. Človek dobi mesto v zavodu, ampak ker ni prostora, čaka na forenziki, mi smo pa bolnica in tu se jim kršijo osnovne pravice. Dejstvo je, da je to forenzika, človek bi pa moral biti v zavodu. Država ne poskrbi za prostor, ljudje imajo pa posledice. Rečejo, da	Forenzika Zakonodaja Namestitvene razmere Pomanjkanje prostora Preobremenjenost zavodov Nesamostojnost Namestitev na forenziki Kršenje pravic Neprimerna namestitev Pomanjkanje prostora Pomanjkanje individualizacije Pomanjkanje podpore	Kršenje pravic pri namestitvi	Neprimerna namestitev (forenzika)	Neurejenost delovanja sistema

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	zavodi niso v redu, ampak toliko in toliko ljudi pa nimajo podpore v okolju, ne zmorejo in potem ni zanje primernih namestitvev, v zavodih je tudi premalo prostora , so na kupu, ni individualnega pristopa. Za te se mi zdi, da je zelo slabo poskrbljeno. Če bi ti ljudje šli v skupnost, bi morda šlo, ampak potem bi jim moral biti nekdo na voljo 24 ur na dan, kar pa ne bi šlo skozi. Npr. stanovanjske skupnosti, mi jih nočejo vzeti, ker niso pokriti čez cel dan.				
k.5	INT11 Mogoče kar nas malo ovira v zadnjem času je Zakon o varstvu osebnih podatkov, bi kdaj kaj želeli, pa koga kam vključiti, pa avtomatično ne gre, ker ne moremo kar reči, da je nekdo pri nas na primer.	Zakon o varstvu osebnih podatkov Vključevanje uporabnika	Okrnjenost vključevanja uporabnika	Okrnjenost vključevanja uporabnika	Zakonske ureditve
k.6	INT11 Pa supervizija, te možnosti nimamo, sicer so intervizije, supervizije pa ni, tu je manjko in tu bi se tudi etične dileme lahko obravnavalo.	Supervizija Intervizija Pomanjkanje	Pomanjkanje supervizije	Supervizija	Reševanje dilem
m.4	INT13 Pri odpustih so etične dileme. Na eni strani oseba, ki je opravilno sposobna, meni je dilema, do katere mere mi tu lahko posegamo. Večkrat so kompleksne situacije. Problem na gerontopsihiatriji so vedno krajše hospitalizacije, sistemsko so težave, ker ni mesta v domovih, po možnosti, da je oseba mlajša od 65 let. V bolnici ne more biti, oseba bo odpuščena domov. To bi dala pod ta sklop.	Odpust Opravilna sposobnost Meja poseganja Kompleksnost Sistemske težave Pomanjkanje prostora DSO	Načrtovanje odpusta	Namestitvena problematika	Neurejenost delovanja sistema
n.4	INT14 Včasih veš, kaj bi bilo bolje, pa ne moreš tega naredit. Niti zakon tega ne dopušča, niti postopki ne grejo skozi, včasih kdo ne sodeluje.	Zakonodaja Omejevanje Nesodelovanje	Omejevanje	Zakonodaja	Neurejenost delovanja sistema
o.4	INT15 Seveda so etične dileme, po drugi strani pa spet ne toliko, moje mnenje je, da se je treba naslanjati na stroko. Smo socialni delavci in moramo naslanjati na stroko. Tu pa moramo skrbeti za to, da	Naslonitev na stroko Izobraževanje Nadgrajevanje Pridobivanje znanj	Nenehno izpopolnjevanje	Strokovnost delovanja	Reševanje dilem

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	se izobražujemo, nadgrajujemo, dobivamo dodatna znanja. Odvisno pa tudi od dneva. Včasih se ti zdi, da si vse naredil fino, da vse gladko teče, spet drugač pa ne.				
	Koliko avtonomije imajo socialne delavke pri delu v psihiatrični bolnišnici?				Avtonomija socialnih delavk pri delu v psihiatrični bolnišnici
a.10	INT1 Odvisno od tistih, s katerimi socialna delavka sodeluje, koliko avtonomije dopuščajo. Odvisno od sogovornika in njegove osebnosti, razmišljanja.	Sodelovanje Dopuščanje avtonomije Sogovornik Osebnost	Sodelovanje	Osebnost sogovornika	Osebnostna pogojenost
b.9	INT2 Imamo jo za svoje področje, mislim, da smo v timu pomemben del in da nas večina tudi tako vidi.	Področje SD Timsko delo Pomemben član	Timsko delo	Področje SD	Prisotnost
c.9	INT3 Popolno, ker če ne, si jo pa izborim.	Prisotnost Borba	Prisotnost	Izboriti	Prisotnost
d.9	INT4 Spet odvisno od funkcioniranja tima na oddelku, mislim, da če znamo na konstruktiven način povedati stvari, se mogoče ta komunikacija razvije v tako, da se razumemo, da si gremo naproti. Mislim, da so pomembne tudi izkušnje, kako komuniciramo v timu, na kakšen način poveš.	Delovanje tima Konstruktivni pogovori Razumevanje Dopolnjevanje Komunikacija Izkušnje	Timsko delo	Konstruktivni pogovori	Komunikacijska pogojenost
e.7	INT5 Jaz sem enakopraven član tima.	Enakopravnost v timu	Enakopravnost v timu	Enakopravnost v timu	Prisotnost
g.13	INT7 Pri nas imam vso avtonomijo in posledično tudi vso odgovornost za vse socialne obravnave, ki jih opravljajo. Delajo s pacienti, svojci,	Odgovornost Obravnave Delo s pacienti Svojci	Obravnava uporabnika	Obravnava uporabnika	Prisotnost
g.14	INT7 sodelujejo v strokovnih timih znotraj bolnišnice in sodelujejo s strokovnimi službami v državi ...	Sodelovanje Strokovni timi Državne službe	Timsko delo	Sodelovanje v timih	Prisotnost
i.5	INT9 Ja, moram tukaj kar pohvaliti, nam pustijo proste roke, pri organizaciji in načinu našega dela,	Organizacija dela Način dela	Organizacija dela	Organizacija dela	Prisotnost
j.5	INT10 Jaz bi rekla, da mi to dopuščajo, sploh geriatrija, vse je prepuščeno meni, kako bom to izpeljala, pomoč pacientu in družini. Zdravnik me prosi, da	Dopuščanje Izvajanje Pomoč pacientu Družinska obravnava	Izvajanje podpore uporabniku	Organizacija dela	Prisotnost

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorigja	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	čimprej uredim to. Jaz lahko načrtujem, imam avtonomijo ja.				
j.6	INT10 razlikuje se seveda tudi od zdravnika do zdravnika	Razlike med zdravniki	Osebnost sogovornika	Osebnostna pogojenost	Osebnost sogovornika
j.3	INT12 Jaz imam kar veliko avtonomije, pa tudi nikoli ni bilo, da ne bi smel kaj povedati. Tako bom rekel, odvisno tudi kateri zdravnik je. Recimo določeni bodo ravno nasprotno naredili, kot boš rekel.	Prisotnost Razlike med zdravniki Namerno nasprotovanje	Osebnost sogovornika	Osebnostna pogojenost	Prisotnost
m.5	INT13 Ja, v bistvu je odvisno od vodje tima, najbolj to. Nimam pa avtonomije kar se tiče odpustov, včasih je tu malo problem, ker se zaplete. Vendar pa se da delati kompromise.	Vodja tima Odpusti Pregovarjanje Kompromisi	Kompromisi	Vodja tima	Osebnost sogovornika
m.6	INT13 Rekla bi, da imam avtonomijo na svojih oddelkih glede socialnih zadev, zaupanje, avtonomijo, se me upošteva.	Področje dela Zaupanje Upoštevanje	Upoštevanje	Področju dela SD	Prisotnost
n.5	INT14 Bom spet rekla, da je odvisno od osebe, od zdravnika, mi smo vezni člen med bolnico, razumemo stanje, reakcije, kako se zdravnik odloči in potem CSD. Razumemo tudi, kako je njim na terenu. Občasno nismo slišani o tem, kako bo potem v domačem okolju in se gleda samo na to, kako je sedaj pri nas. Spet odvisno od osebe, včasih so pripravljeni iti naproti in sodelovati, včasih pa ne.	Razlike med zdravniki Vezni člen Bolnišnica-CSD Neslišnost Domače okolje Različna pripravljenost	Bivanjska problematika	(ne)upoštevanje mnenja	Osebnost sogovornika
	Kako je s timskim delom v psihiatrični bolnišnici?				Sodelovanje služb
a.11	INT1 Bom rekla, jaz, ker sem probala že več oddelkov, odvisno je od oddelka, od vodje oddelka, od ljudi, ki sodelujejo s tabo, oz. s katerimi sodeluješ. Socialni delavec je neizogiben član tima, čeprav vsi ne priznajo tega, takrat, ko ga ni, se to vidi.	Oddelek Vodja Sodelavci Neizogiben člen Nepriznavanje	Sodelavci	Vodja oddelka	Pogojenost
b.10	INT2 Timsko delo poteka na vseh oddelkih, vsakodnevno.	Oddelki Vsakodnevno	Oddelki	Vsakodnevno	Prisotnost

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorigja	Nadkategorija	Tema (teza 2)
c.10	INT3 Timski del, kjerkoli sem bila, je bil slišan moj glas, isti procent vseh delovnih skupin sem, enakovredna.	Slišan glas Upoštevanje	Upoštevanje mnenja	Enakovreden član	Prisotnost
d.10	INT4 Timsko delo je nekaj, brez česar ne gre, sicer bi se tudi informacije porazgubile. Vsak član tima je dolžan vedeti, kako stvari stojijo, sodelovati pri načrtovanju odpusta, sodelovanje mora biti kontinuirano, v dobro pacienta.	Nujnost Informiranje Dolžnost Sodelovanje Odpust Kontinuiranost	Nujen pogoj dela	Kontinuirano informiranje	Prisotnost
d.11	INT4 Mislim, da ja, sploh pri načrtovanju odpusta. Je pa fino, da je socialno delavec na voljo za pogovor, ne samo za paciente, ampak tudi za zaposlene, ker včasih pridejo situacije ko lahko pomaga rešit samo socialno delavec, zato je važno, da si odprt, da imaš zaupen odnos.	Načrtovanje odpusta Pogovor Dostopnost Zaupen odnos	Nenačrtovani zapleti	Načrtovanje odpusta	Prisotnost
e.8	INT5 Timske sestanke imamo, sem enakopraven član. Težko rečem, da je pri vseh tako, govorim zase. Delamo v različnih timih, zdravnik je vodja. Odvisno je od vseh članov tima.	Sestanki Enakopravnost Vodja tima	Vodja tima	Enakovreden član	Prisotnost
f.6	INT6 Timsko delo redno poteka, vsako dan zjutraj. Sestra in zdravnik informirata vse ostale člane tima o novih sprejemih, o dogajanju na oddelku, da smo informirani.	Redno izvajanje Vsakodnevno Informiranje Spremembe	Informiranje	Vsakodnevno	Prisotnost
g.15	INT7 Naše delo temelji na timskem modelu dela. Naša izkušnja je, da je tak model dela odličen. Gre za multidisciplinarni pristop h kompleksni problematiki naših pacientov.	Temelj dela Odlična izkušnja Kakovostno delo Multidisciplinarno Kompleksnost dela	Pogoj zaradi kompleksnosti	Izhodišče kakovosti dela	Prisotnost
h.9	INT8 Pri nas je zelo pomembno, na odprti enoti, me normalno vključujejo, kdor se želi pogovoriti z menoj, se lahko obrne name, imam skupino, imamo interne napotnice, lahko zdravnik odloči, da potrebuje pogovor, lahko sama na skupini ugotovim, da potrebuje moje sodelovanje, ali pa sam pride do mene. Vse je timsko, tudi	Pomembnost Vključevanje SD Pogovor Odprtost Določitev Lastna identifikacija	Odprtost odnosov	Izhodišče kakovosti dela	Prisotnost

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	delovni terapevt je, psiholog, medicinska sestra, zdravnik.				
i.6	INT9 Ja, tedensko se dobivamo na timih, boljše bi bilo, če bi se lahko dnevno, kadrovsko to ni možno, za hospital sva samo dva. V praksi dnevna prisotnost na timih ni možna. Zmenjeni smo, da se dobivamo enkrat tedensko, vmes pa individualno in po potrebi, nas informirajo ostali zaposleni na oddelku ali pa nas poiščejo pacienti sami.	Tedenska srečanja Intenzivneje Dnevna srečanja Kadrovski primanjkljaj Po potrebi Informiranje	Informiranje	Intenziviranje srečanj	Prisotnost
j.7	INT10 Ja, naj bi bili enakopravni, enakomerno prispevali svoj del. Pri nekaterih obravnavah je tako, pri drugih pa ne. Večinoma se dogovarjamo, pogovarjamo, mislim, da je tudi drugod tako. Zdravniki včasih malo drugače vidijo zadeve.	Enakopravnost Enak prispevek Različnost Dogovori Pogovori Različen pogled Zdravniki	Vodja tima	Variiranje sodelovanja	Pogojenost
k.7	INT11 Ja, pri nas se izvaja v praksi, delamo kot tim, ni po hierarhiji razdeljeno, upošteva se mnenje vsakega, pacienta dobro poznamo, zdravnik je del tima.	Praksa Hierarhična struktura Upoštevanje mnenja	Hierarhično delovanje tima	Upoštevanje mnenj članov	Prisotnost
l.4	INT12 Mi imamo na oddelkih enkrat na teden timske, jaz sicer pridem vsak dan na oddelek, zdravnica je kot naročnik storitev, ampak tudi če mi kdo drug, npr. sestra kaj reče, naredim. Mislim, da v redu sodelujemo in na timskih se zmenimo, kaj bo kdo naredil, kaj bi lahko kdo naredil, pa predloge se da. Tak da, mislim, da ne gre enosmerni tok.	Tedenska srečanja Naročnik zdravnik Dobra ocena Dogovori Delitev dela Predlogi	Tedenska srečanja	Določanje delovnih nalog	Prisotnost
m.7	INT13 Jaz bi rekla, da je timsko delo razvito, da se dela timsko delo. Moja opažanja so, da kot socialni delavec k temu prispevaš, ima pa še vedno zdravnik kot vodja oddelčnega tima največ vpliva na to, kakšno bo delo. V osnovi pa so postavke take, da se dela timsko. Nekateri dajo velik poudarek na to, da se dela timsko in so potem tudi rezultati takšni, meni se zdi to	Razvitost dela Prispevanje SD Vodja zdravnik Odločevalec Pogojenost z vodjo tima Kakovost dela	Kakovost dela	Vodja oddelka	Pogojenost

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kateogrija	Nadkategorija	Tema (teza 2)
	zelo v redu, so pa drugi, ki temu niso tako naklonjeni. Kar jaz zaznam, je odvisno od vodje tima.				
n.5	INT14 Smo enakovreden član tima, spet odvisno od oddelka do oddelka. Smo tim in informacije dobro potujejo. Sodelujemo z zdravniki, delovnimi terapevti, psihologi tehniki, diplomiranimi medicinskimi sestrami, ne glede na to, kaj so. Oni imajo veliko informacij, ker so non-stop na oddelku, timsko delo je dobro.	Enakovrednost Oddelčna pogojenost Informiranje Sodelovanje Dobra ocena	Informiranje	Enakovrednost	Prisotnost
o.5	INT15 Ja, načeloma naj bi bil, tako tudi skušamo pristopati, vendar se dostikrat to potem nekako vidi bolj kot ne-timsko delo. Včasih je pa mnenje socialnega delavca zelo pomembno, drugič se ga ne upošteva. Vseeno je veliko dejavnikov, ki na to vplivajo. Prvič že to, če že nekaj časa delaš, nek svoj položaj utrdiš preko svoje stroke in tako. Druga stvar potem, kolikšna je možnost sploh nekega podajanja svojih mnenj, vsak lahko poda mnenje, ampak je odvisno, koliko bo upoštevano. Lahko ne bo in potem se ti zdi, da se te ne sliši. Ni vse za posploševati. Včasih je kakšen načrt zelo dobro sprejet in od vseh služb in uporabnik bo imel največ od tega.	Načelna usmeritev Razlike v praksi (ne)upoštevanje Različni dejavniki Delovne izkušnje Utrditev položaja Strokovnost Podajanje mnenja Upoštevanje mnenja	Načelna usmeritev dela	Odstopanja v praksi	Pogojenost

9.5. Osnovno kodiranje – socialne delavke 2. teza

Prva podtema – opremljenost SD za delo na področju zdravstva

Uporabnost znanj pridobljenih s študijem pri načrtovanju odpusta (1.RV druge teze)

Pomanjkanje znanja pri NO (a.1) (b.1) (b.3) (e.1) (f.1) (g.1) (g.2) (i.2) (j.1) (l.1) (n.1) (o.1)

Dopolnjevanje vsebin (a.1)

Neustreznost vsebin (b.1)

Okrnjeno institucionalno sodelovanje (e.1)

Presenečenost nad neznanjem (f.1)

Napačnost predstav ZO (g.1)

Neselektivnost (g.2)

Ne prepoznavanje pomembnosti (i.2)

Opustitev psihiatričnega znanja (j.1)

Razkol med teorijo in prakso (l.1)

Razlike v modelih (o.1) (n.1)

Praktična znanja (b.3)

Reševanje primanjkljaja znanja (b.2) (c.1) (d.1) (c.2) (h.3) (g.3) (k.1) (j.3)

Vseživljenjsko učenje (b.2)

Samoizobraževanje in kolegalno učenje (c.1) (d.1)

Dopolnjevanje znanja (c.2) (h.3)

Delovne izkušnje (d.1)

Dodatna izobraževanja (g.3) (k.1) (j.3)

Uporabnost znanja (h.1) (h.2) (i.1) (m.2)

Pestre delovne izkušnje (h.1) (i.1)

Socialna znanja (h.2) (m.2)

Vrste znanja pridobljene pri študiju SD uporabljajo pri načrtovanju odpusta (1.RV druge teze)

Praktična znanja (a.2) (a.3) (c.3) (e.2) (f.2) (g.4) (h.5) (h.6) (o.2)

Pogovor (c.3) (e.2) (g.4) (g.6)

Metodika dela (f.2) (h.5) (h.6) (j.2) (k.2)

Pomoč v skupini (g.4) (a.3)

Zakonodaja (d.2) (g.5) (o.2)

Krepitev delovne motivacije (g.7)

Delovna etika – upoštevanje uporabnika (h.4) (n.2)

Dodatna znanja in veščine kot pomoč SD pri načrtovanju odpusta

Vedenjsko kognitivna terapija (a.4)

Psiho-socialna znanja (b.5) (d.3) (g.8) (k.4)

Zakonodaja (b.5) (c.5) (d.3) (g.8)

Pridobljena izobrazba (e.3) (j.4)

Dodatna (ne)formalna izobraževanja (a.5) (b.4) (c.4) (f.3) (g.9) (i.3) (k.3) (k.5)

Samoplačniško (b.4)

- Napotitev delodajalca (c.4)
- Samoizobraževanje (f.3)
- Izkušensko učenje (g.9)
- Študij psihoterapije (i.3)
- Mentorstvo (k.3)
- Specializacija (k.5)

Druga podtema: prilagoditev znanja delu SD pri načrtovanju odpusta (RV 2)

- Uporaba terminologije (a.6)
- Pogojenost z uporabnikovo situacijo (b.7)
- Praktična znanja (c.6) (n.3)
- Bolezenska patologija (d.4)
- Objektivnost (e.5)
- Iznajdljivost (h.7)
- Delovne izkušnje (i.4)
- Socialna znanja (i.4)
- Dopolnjevanje znanja (g.10) (k.4) (o.3)

Tretja podtema: soočanje z etičnimi dilemami (RV 3)

- Odpust uporabnika (a.7) (d.5) (f.4)
 - Namestitveni pogoji (d.5) (a.7)
 - Podaljšanje hospitalizacije (f.4)
- Pogovor z uporabnikom (a.8)
- Identifikacija razsodnosti uporabnika (a.9) (g.12)
 - Zdravstveno stanje uporabnika (g.12)
 - Upoštevanje nerealnih želja (a.9)
- Medikamentno zdravljenje (c.7)
- Prijava družinskega nasilja (c.8)
- Stiki s svojci (d.6) (g.11)
 - Nasprotujoče si želje (d.6)
 - Skrbnništvo otrok (g.11)
- Reševanje dilem (d.8) (f.5) (k.6) (o.4)
 - Spoštovanje odločitve (d.7)
 - Intervizija (k.6) (d.8)
 - Supervizija (k.6)
 - Strokovnost delovanja (o.4)
- Kulturna nestrpnost (e.6)
- Neurejenost delovanja sistema (h.8) (m.4)
 - Namestitvena problematika (h.8) (m.4)
 - Zakonodaja (n.4)

Zakonske ureditve (k.5)

Četrta podtema: stopnja avtonomije socialnih delavcev pri delu v psihiatrični bolnišnici (RV 4)

Osebnostna pogojenost (a.10) (m.5)

Vodja tima (m.5)

Prisotnost (b.9) (c.9) (e.7)(g.13) (g.14) (j.5)

Enakopravnost v timu (e.7)

Obravnava uporabnika (g.13)

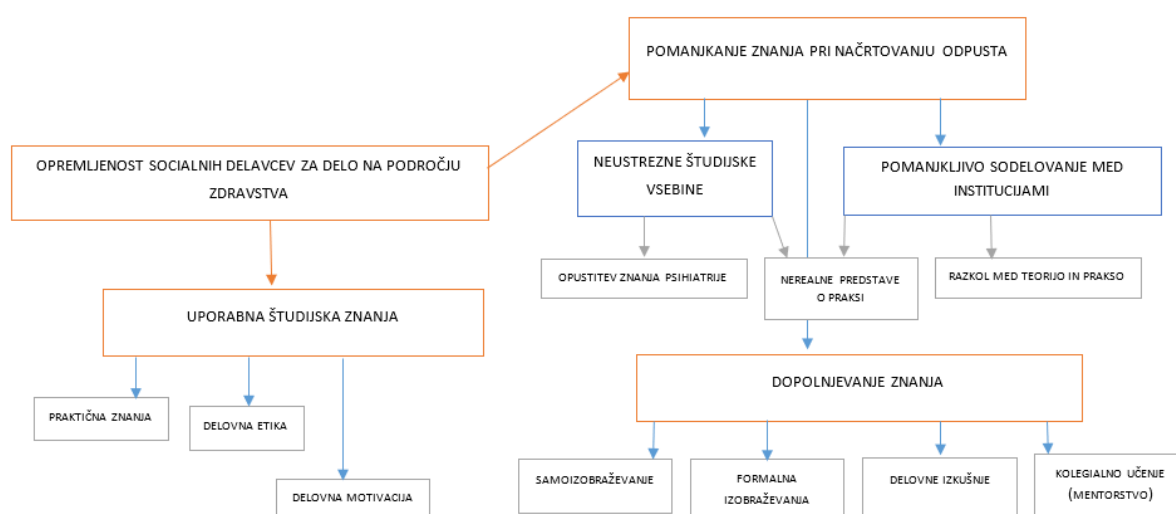
Sodelovanje v timu (g.14)

Organizacija dela (j.5)

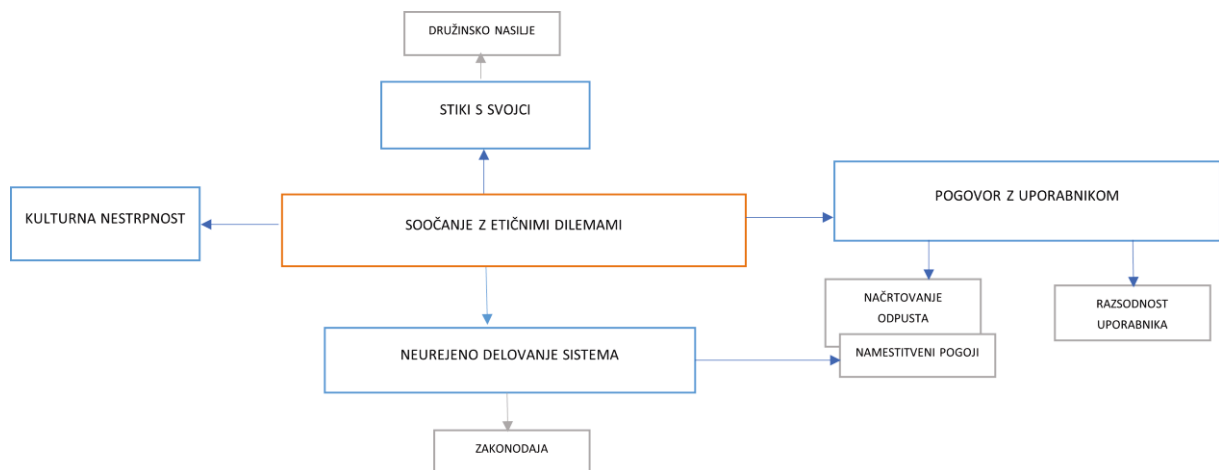
Komunikacijska pogojenost (d.9)

9.6. Odnosno kodiranje – socialne delavke 2. teza

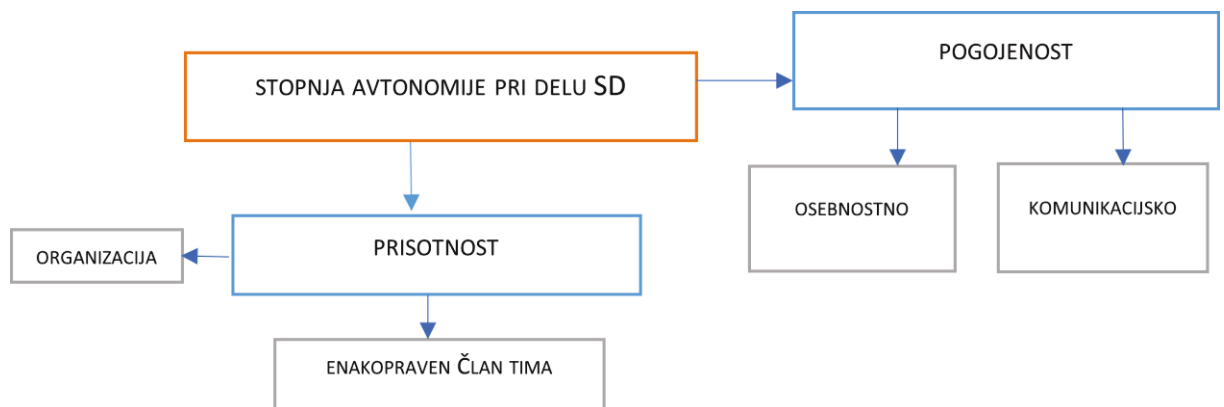
Usposobljenost socialnih delavk za delo na področju zdravstva in prilagajanje znanj za delo v psihiatriji.



Soočanja z etičnimi dilemami



Stopnja avtonomije pri delu SD



9.7. Kodirna tabela - uporabniki 3. teza

Upoštevanje in dopuščanje uporabniške participacije in emancipacije pri načrtovanju odpusta

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
Podtema 1: pripravljenost socialnih delavk na vključevanje uporabnikov ter njihova avtonomija pri načrtovanju odhoda iz psihiatrične bolnišnice.					
	Ste pred odpustom, s kom vse ste se v bolnišnici <u>pogovarjali o tem, kam boste šli po odpustu in kaj je potrebno urediti v vaši situaciji?</u>				
A1	INT1 Z vsemi sem se pogovarjala, seveda z doktorico in socialno delavko največ. Seveda socialna delavka je imela veliko vlogo, ker je treba imeti za odpust rešene tudi finančne probleme, drugače ne vidiš izhoda. Ne samo to, tudi čisto stanovanje, okolje, želela je, da pridem v čisto in urejeno stanovanje. Timsko delo je treba.	Zdravnik Socialna delavka Intenzivnost pogovora Finančna situacija Urejen stanovanje Čisto stanovanje	Celostna obravnava	Sodelovanje strokovnega tima	Vključevanje uporabnikov
A2	INT1 In tudi z delovno terapevtko, ker je ona imela tudi veliko vlogo, npr., kuhanje, pomivanje, serviranje hrane me je učila.	Delovna terapevтка Kuhanje pomivanje Načrtovanje po odpustu	Celostna obravnava	Sodelovanje strokovnega tima	Vključevanje uporabnikov
A3	INT1 Vsi so bili vključeni, tudi psiholog je sodeloval pri mojih planih po odpustu. Povedal je, da je zadovoljen s tem, da sem se odločila za nakup manjšega avta. In tako da so vsi nekaj pridali.	Psiholog	Zadovoljstvo pri načrtovanju odpusta	Avtonomija pri načrtovanju odhoda	Vključevanje uporabnika
B1	INT2 Predvsem se pogovarjam z zdravnikom in socialno.	Zdravnik	Kombiniranje pogovorov	Ožji strokovni tim	Vključevanje uporabnikov
B2	INT 2 Socialno navadno obveščajo vsi, tudi s terena.	Socialna delavka Informiranost	Informiranost socialne delavke	Ožji strokovni tim	Vključevanje uporabnikov
C1	INT3 Jaz lahko primerjam s prejšnjič, z zdravnico, čeprav potem so se pred odpustom stvari spremenile,	Zdravnica Sprememba	Zdravnik	Odklon od dogovorjenega	Nesistematično načrtovanje odpusta
C2	INT3 nič ni šlo tako, kot smo se pogovarjali., V hostlu sem si najela sobo, sama sem urejala.	Odklon od dogovorjenega Samostojnost	Prepuščenost sebi	Odklon od dogovorjenega	Nesistematično načrtovanje odpusta
C3	INT3 Vmes pa mi je socialna delavka pomagala, dala mi je tudi kontakte, v stiku smo bili s CSD, da smo uredili pomoč.	Socialna delavka CSD Urejanje pomoči	Pomoč socialne delavke	Pomoč socialne delavke pri CSD	Nesistematično načrtovanje odpusta

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
D1	INT 4 Največ sem se pogovarjala s sopacienti, pa na vikendu z enim iz zavarovalnice.	Drugi pacienti	Medsebojna pomoč pacientov	Umanjkanje pomoči strokovnega tima	Nesistematično načrtovanje odpusta
E1	INT5 Z zdravnikom, v bolnici sem že večkrat, sodelujem tudi s socialno delavko. Pogovor sva imeli	Zdravnik Socialna delavka	Pogovor z ožjim timom	Ožji strokovni tim	Vključevanje uporabnikov
F1	INT 6 Z zdravnico, pa s socialno delavko	Zdravnik Socialna delavka	Pogovor z ožjim timom	Ožji strokovni tim	Vključevanje uporabnikov
G1	INT7 Z vsemi	Z vsemi	Celostna obravnava	Sodelovanje strokovnega tima	Vključevanje uporabnikov
H1	INT 8 Nisem hotel veliko obremeniti ljudi. Ene dva meseca nisem mogel spati	Strah obremenjevanja	Čustvena stiska	Zadržanost	Nerealizirano načrtovanje
H2	INT8 S tehniki in z vsemi sem se pogovarjal, predvsem z zdravnico.	Tehniki Zdravnico	Pogovori z zdravniki	Pomoč zaposlenih	Vključevanje uporabnikov
I1	INT 9 S socialno delavko največ	Socialna delavka	Najpogostejši pogovori	Pomoč socialne delavke	Vključevanje uporabnikov
J1	INT 10 Načeloma se nisem še pogovarjal, z zdravnikom recimo, pa socialnim delavcem.	Zdravnik Socialna delavka	Pogovor z ožjim timom	Ožji strokovni tim	Vključevanje uporabnikov
K1	INT 11 Bolj tiho sem bil, bolj za sebe. Ja nič, par besed s tehniki, s terapevtko par besed, nič posebnega.	Tehnik Terapevt	Skopi pogovori	Zadržanost	Nerealizirano načrtovanje
L1	INT 12 Ja nič jasnega mi ni nihče povedal, jaz bi najraje šla domov, za ta zavetišča pa to pa nisem bila preveč navdušena. Zdej grem nekam v dom za stare. Ne vem, kje je to.	Nenaklonjenost predlogom Želja po domu DSO	Negacija želje uporabnika	Nerazumevanje načrtovanja odpusta	Okrnjena avtonomija pri načrtovanju
M1	INT 13 V bistvu jaz sem začel urejati že prej, tukaj pa s socialno službo, ker nisem točno vedel, kam bom šel, potem sem se pa odločil. Socialna služba no.	Predhodno samostojno načrtovanje	Pomoč socialne delavke	Pomoč socialne delavke	Avtonomija pri načrtovanju odhoda
N1	INT 14 Z zdravnico, nekaj pa s socialnim delavcem.	Zdravnik Socialna delavka	Pogovor z ožjim timom	Ožji strokovni tim	Vključevanje uporabnikov
O1	INT 15 Z zaposlenimi, z zdravnico, socialno delavko in	Zdravnik Socialna delavka	Pogovor z ožjim timom	Ožji strokovni tim	Vključevanje uporabnikov
O2	INT15 nekaterimi sopacienti, to zadnje bolj malo, večino jaz poslušam.	Drugi pacienti	Pridobivanje informacij s poslušanjem	Medsebojna pomoč pacientov	Nesistematično načrtovanje odpusta
P1	INT 16 Tukaj samo s socialnim delavcem Bojanom.	Socialna delavka	Informiranost socialne delavke	Ožji strokovni tim	Vključevanje uporabnikov

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
R1	INT 17 S sestrami, tehniki, pa tudi s socialno delavko sva že na začetku imeli en pogovor.	Medicinske sestre Tehniki Socialna delavka	Informiranost socialne delavke	Ožji strokovni tim	Vključevanje uporabnikov
	Na čigavo pobudo in kdaj sta pričeli sodelovati s socialno delavko?				
A4	INT1 Veste kaj, kako je bilo. Ne, mislim, da je Marica stopila do mene, vprašala me je, kako stojim, glede prihodkov, če imam vse dodatke, če zmorem, ali imam dolgove. Spodbujala me je, ampak ni bilo to takoj na začetku, sem bila preslaba.	Preverjanje stanja Finančno stanje Dolgovi Urejenost dodatkov	Urejanje ekonomskega stanja uporabnika	Iniciator sodelovanja je SD	Sodelovanje na pobudo SD po stabilizaciji
B3	INT2 Nisva imeli takih stikov, če sem kaj rabila, sem se obrnila nanjo. Nič nimam zadržkov do socialne delavke, čisto po domače.	Brez zadržkov	Zadovoljevanje potreb	Iniciator sodelovanja je uporabnik	Sodelovanje na pobudi uporabnika
C4	INT3 Ona (glede na prejšnji odgovor = socialna delavka) mi je tudi pomagala s ključi, avtom, denarjem, sestra mi je povedal, da se nanjo obrnem	Pomoč SD Avto Finance	Urejanje zadev uporabnika po odpustu	Iniciator sodelovanja je uporabnik	Sodelovanje na pobudo medicinske sestre
D2	INT 4 Ja zelo veliko sva sodelovali, jaz sem se obrnila nanjo, pa še za Janeza, mojega partnerja mi je pomagala. Kmalu na začetku sva začeli sodelovati. Se mi je poslabšalo, ko so mi ukinili ene zdravila, pa se mi je poslabšalo.	Intenzivno sodelovanje Kmalu ob hospitalizaciji	Urejanje zadev uporabnika in njegovega partnerja	Iniciator sodelovanja je uporabnik	Sodelovanje na pobudi uporabnika
E2	INT 5 Ona je prišla do mene, to je bilo v treh tednih	SD do uporabnika	Iniciator SD	Iniciator sodelovanja je SD	Sodelovanje na pobudo SD
F2	INT 6 Jaz sem se obrnil na zdravnico, potem pa na socialno delavko, kmalu na začetku.	Kmalu ob hospitalizaciji Zdravnik SD	Primarno iskanje pomoči pri zdravniku	Iniciator sodelovanja je uporabnik	Na pobudo uporabnika
G2	INT 7 Ona je prišla do mene, med skupino z njo sem izrazil željo, pa sva se dogovorila. Na začetku sva se zmenila, potem je pa trajalo ene tri tedne.	Skupinska obravnava Dogovor	Uporabnik izrazi željo	Iniciator sodelovanja je uporabnik	Sodelovanje na pobudi uporabnika
H3	INT 8 Sem prišel do socialne delavke kmalu na začetku	Takojšnje sodelovanje	Iniciator je uporabnik	Iniciator sodelovanja je uporabnik	Sodelovanje na pobudo uporabnika
I2	INT 9 Jaz jo poiščem za pomoč, včasih pa ona mene, odvisno od situacije	Pogojenost s situacijo	Izmenjevanje pobude	Iniciacija za sodelovanje pogojena s situacijo	Pogojenost s situacijo

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
J2	INT10 Ja, jaz se obrnem.	Iskanje pomoči/pogovor	Iniciator je uporabnik	Iniciator sodelovanja je uporabnik	Sodelovanje na pobudo uporabnika
L2	INT12 Lohk de sem se, ampak jest vse sprot pozabm. Nimam v glavi, da bi človeka zamerkala kdo je bil, vem da je ženska, da je socialna delavka, več pa ne vem.	Pozabljivost Ženska Socialna delavka	Pogovor s SD	Negotovost iniciatorja za sodelovanje	Negotovost
M2	INT13 V bistvu bom začel z letom 2007, ko sem bil prvič tu, takrat mi je socialna služba to omogočila. Jaz nimam kam it. Pač, informiranost, to je super. In tudi pri sociali glede denarja.	Socialna služba Omogočanje Brezdomec Informiranost	Krepitev samostojnosti uporabnika	Iniciator sodelovanja je SD	Sodelovanje na pobudo SD
N2	INT14 On je pršu do mene.	SD do uporabnika	Iniciator SD	Iniciator sodelovanja je SD	Sodelovanje na pobudo SD
03	INT 15 Na njeno, ona mi je rekla, da mi je na voljo. Potem pa sem ji jaz rekla, da se imam nekatere stvari z njo za zmenit. Istič je blo, je rekla, da si bo vzela čas zame.	SD do uporabnika Na voljo Pogovor	Povabilo SD in dostopnost	Iniciator sodelovanja je SD	Sodelovanje na pobudo SD
P2	INT16 Meni se zdi, da je on pršu do mene	SD do uporabnika	Iniciator SD	Iniciator sodelovanja je SD	Sodelovanje na pobudo SD
R2	INT 17 Videla sem jo na oddelku, pa sem vprašala, kdo je, pa mi je potem vse razložila.	Srečanje na oddelku Razlaga pozicije	Zainteresiranost uporabnika	Iniciator sodelovanja je uporabnik	Sodelovanje na pobudo SD
Kako ste se počutili ob prvem srečanju?					
A5	INT 1 Bila sem presenečena. Na začetku sem bila v obrambah, bilo mi je nerodno, da imamo toliko problemov,	Presenečenost Obrambna pozicija Nelagodnost zaradi problemov	Zadržanost uporabnika zaradi problemov	Obrambna pozicija uporabnika	Obrambna pozicija
A6	INT1 ona pa je znala, taktno, počasi, da sva vse rešili.	Postopnost SD Reševanje problemov	Dostopnost SD	Strokovna dostopnost SD	Zadovoljstvo uporabnika
A7	INT1 Potem je sodelovanje potekalo naprej v redu, sproti sva reševali, uredila mi je za plačilo RTV prispevka, da imam zastoj, tudi en dolg mi je uredila, bila sem vesela. Tudi druge stvari, na sodišču je bilo več izvršb, ker imam nizko penzijo, 300 evrov, ker sem ukinila varstveni dodatek, ker sem se mislila zaposliti. Morala bi najprej dobiti službo, potem pa ukiniti.	Brezplačni prispevek RTV Ureditev dolga Ureditev izvršb	Pomoč pri reševanju težav uporabnika	Reševanje težav uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
A8	INT1 Pomagala mi je, me spodbujala, pogledala, kjer so dolgovi, poklicala tja,	Spodbujanje Urejanje finančnega stanja	Reševanje težav uporabnika	Spodbudna pomoč SD	Zadovoljstvo uporabnika
A9	INT1 vse uredila, bila sem vesela.	Zavzetost Zadovoljstvo	Reševanje težav uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika zaradi zavzetosti SD	Zadovoljstvo uporabnika
B4	INT 2 potem mi je doktor napisal v odpustnico, da ne želim nobene pomoči. Jaz sem rekla, da ne rabim sociale, da bom zmogla sama.	Samostojnost Zapis na odpustnici Zdravnik	Zavračanje pomoči	Odklonilnost uporabnika do pomoči	Obrambna pozicij
B5	INT2 Sedaj pa se bolj poslušam naše želje. Kot mi je povedala moja prijateljica, ki je že doma, da se sedaj bolj poslušam. To se je spremenilo	Zaznavanje želja Upoštevanje želja Zaznavanje spremembe	Zaznavanje spremembe pri upoštevanju potreb uporabnika	Upoštevanje potreb uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika
C5	INT 3 Dobro je blo. V redu je blo, nič nisem pogrešala.	Brez pomanjkanj	Dobro sodelovanje	Zadovoljstvo uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika
D3	INT 4 Pa socialna delavka je prišla do mene, ker sem imela polno položnic.	Prvi stik SD Plačilo položnic	Pomoč pri reševanju finančnih težav uporabnika	Pomoč pri reševanju finančnih težav uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika
E3	INT 5 Meni je bilo v redu, prosila sem za pogovor, ker sem imela težave.	Pomoč na željo uporabnika Prošnja za pogovor Težave	Reševanje težav uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika
F3	INT 6 V redu sem se počutil, ni bilo težav	Brez težav	Dobro počutje	Zadovoljstvo uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika
G3	INT 7 Mogoče, ker nisem navajen o novih zadevah govoriti, potem, ko sva govorila, je bilo pa v redu.	Nevajenost pogovora	Postopnost	Zadovoljstvo uporabnika	
H4	INT 8 Nimam, povem pošteno, ne delam scenarijev vnaprej, povem spontano. Povem realno stanje, kot je. Včasih me je bilo strah, a me bodo dali v dom, sem se boril, se bom še boril, ne morem biti zaprt v kletki, kot žival v kletki, ki bega, kot breja koza naokrog.	Ne načrtovanje Spontanost Iskrenost Strah posledic Borbenost	Iskrenost in spontanost uporabnika pri načrtovanju	Borbenost uporabnika za svoje potrebe	Zadovoljstvo uporabnika
I4	INT 9 Ne sploh ne, meni je v redu, dobri občutki.	V redu	Pozitivna čustva	Zadovoljstvo uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika
J3	INT 10 Nič posebnega.	Brez posebnosti	Brez posebnosti	Nevtralnost ocene uporabnika	Nevtralnost
K2	INT 11 V redu, v redu, dober vtis sem dobil. Kako bi ocenili sodelovanje? Kaj ste pogrešali? Jaz verjamem pač, kar se reče, zaupam.	V redu	Pozitivni vtisi/izkušnje	Zaupanje uporabnika v SD	Zadovoljstvo uporabnika

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
L3	INT 12 Dobro, dobro, prijazna je.	Dobro	Strokovna dostopnost SD	Zadovoljstvo uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika
M3	INT 13 V redu je bilo, super sem sodeloval.	Dobro	Zadovoljstvo s sodelovanjem	Zadovoljstvo uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika
N3	INT 14 V redu, korektno	V redu	Strokovna dostopnost SD	Zadovoljstvo uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika
O4	INT 15 Zelo v redu.	V redu	Strokovna dostopnost SD	Zadovoljstvo uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika
P3	INT 16 Ne, ne dobro, zelo dobro, ker z njim se pogovarjam o teh zadevah, ker jaz sem imel same skrbi, kako bo doma in to. Mi zelo prija to, da se pogovarjava.	Skrb Življenje doma Potreba po pogovoru	Razbremenitev skrbi po odpustu	Zadovoljstvo uporabnika	Zadovoljstvo uporabnika
R3	INT 17 Se mi je zdela vedno zelo odprta, pripravljena na sodelovanje.	Postopnost SD Pripravljenost na sodelovanje	Strokovna dostopnost SD	Strokovna dostopnost SD	Zadovoljstvo uporabnika
Koliko ste sami sodelovali pri načrtovanju odpusta in življenja po njem? Navedite kakšen primer.					
A10	INT1 Se mi zdi , da sem zmeraj sodelovala s socialno delavko, o vsem sva se pogovorili, zaupala sem ji, da bo vse v redu. Če se mi nekaj ni zdelo v redu, sem pa to povedala.	Vključenost Odrpti pogovori Zaupanje Pomiritev Izražanje dvoma Iskrenost	Spodbujanje samostojnosti	Intenzivna vključenost uporabnika	Vključenost uporabnika
B6	INT2 Seveda moram biti aktivna, sej ona ne more vsega narediti, ker nima pooblastila.	Zahtevana aktivnost Pooblastila	Zavedanje lastne odgovornosti	Intenzivna vključenost uporabnika	Vključenost uporabnika
C6	INT3 Socialna delavka mi je dala kontakte, sama sem se dogovarjala.	Posredovanje kontaktov	Spodbujanje samostojnosti	Intenzivna vključenost uporabnika	Vključenost uporabnika
D4	INT4 Veliko, veliko sem se morala truditi	Lastni trud	Zahtevnost in napornost načrtovanja	Napor uporabnika pri načrtovanju	Vključenost uporabnika
E4	INT5 Razreševali sva različne stvari. To je težko, ker nisem taka, da bi se upirala ali pa kaj rekla, sem sprejela določene stvari	Razreševanje Težko Brez upora Sprejemanje	Sprejemanje načrtovanja brez negacij	Delna vključenost uporabnika	Delna vključenost uporabnika
F4	INT6 Ja, rad bi več sodeloval, pa nisem mogel,	Želja po sodelovanju ž	Nezmožnost zaradi zdravstvenega stanja	Delna vključenost uporabnika	Delna vključenost uporabnika
F5	INT6 ker nisem dober Imam shizofrenijo, zato ne morem.	Nezmožnost	Nezmožnost zaradi zdravstvenega stanja	Delna vključenost uporabnika	Delna vključenost uporabnika
G4	INT7 Ja, ja, mi je dala določene naloge, ki sem jih opravil do naslednjega srečanja	Naloge	Zadolžitve do srečanja	Vključenost uporabnika	Vključenost uporabnika

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
H4	INT8 Na vse načine, na vse načine, celo po internetu sem iskal, kot vojnemu veteranu mi pripada, dodatek za pomoč in postrežbo. To se bo treba pozanimati, ene 200 eurov na mesec. S tem denarjem si bi lahko plačal pomoč na domu, da i me strokovnjaki pomagali pri sistemu hranjenja in pranju perila, s tem imam težave. Sem inteligenčen človek, droga in alkohol so naredili svoje, pa zdravila tudi, to moram sprejeti.	Različni načini sodelovanja Iskanje na netu Vojni veteran Dodatek za pomoč in postrežbo Pomoč na domu Zavedanje težav odvisnosti	Zavedanje lastnih omejitev in iskanje rešitev	Vključenost uporabnika	Vključenost uporabnika
J4	INT10 Zmeraj sem zraven, ko je kaj treba urejat.	Prisotnost uporabnika	Sodelovanje pri urejanju	Vključenost uporabnika	Vključenost uporabnika
K3	INT11 Nekaj sem, ne kaj dosti, kot je, je v redu.	Šibko sodelovanje	Sprejemanje načrtovanja brez negacij	Brez vključenosti uporabnika	Brez vključenosti uporabnika
L4	INT12 Ja, prilagodila sem se, kar so drugi rekl.	Prilagodljivost Sprejemanje navodil	Sprejemanje načrtovanja brez negacij	Brez vključenosti uporabnika	Brez vključenosti uporabnika
M4	INT13 V harmoniji, če je socialna služba, zakaj bi z neko vnemo delal 100 %, če ste vi tukaj. Sem pa sodeloval.	Potuha uporabniku Manjša pripravljenost	Prenos odgovornosti na SD Zmanjševanje pripravljenosti po samostojnem načrtovanju	Delna vključenost uporabnika	Delna vključenost uporabnika
N4	INT14 Nisem nič zaenkrat, se sestra je, pa socialni delavec.	Svojci SD	Prepuščanje načrtovanja drugim	Brez vključenosti uporabnika	Brez vključenosti uporabnika
O5	INT15 Sodelovala sem kvečjemu toliko, da sem povedala, katera področja me zaenkrat zanimajo, da vidim, kaj bo uspela urediti,	Izraz zanimanja Preverjanje zavzetosti SD	Nemotiviranost za sodelovanje	Delna vključenost uporabnika	Delna vključenost uporabnika
O6	INT15 da vidim, kaj bo uspela urediti, v kolikšnem času in kako kvaliteten in profesionalen, strokoven bo njen vložek, trud vložen.	Kakovost Profesionalnost Zavzetnost	Testiranje SD Preizkušanje strokovnosti SD	Delna vključenost uporabnika	Delna vključenost uporabnika
O7	INT15 In ker sem že danes prišla do informacij in so ble zadovoljive, sem videla, da se zelo potrudila, se je lepo pozanimala. Jaz nisem pri tem rabila nič nardit, razen da sem se po riti praskala. Je blo super.	Zadovoljstvo z delom Trud Brez sodelovanja Zadovoljstvo	Zadovoljstvo z lagodjem	Delna vključenost uporabnika	Delna vključenost uporabnika
P4	INT16 Se moram informirat, kakšne možnosti so, ker jaz padem ven, ker imam nad 15	Nujnost informiranja	Želja po informiranju	Vključenost uporabnika	Vključenost uporabnika

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	000 eurov in ne vem, če mi pripada. To se moram informirat.				
R4	INT17 Jaz sem jih izpolnjevala, ona jih je poslala, potem sem pa sama naprej.	Izpolnjevanje obrazcev	Spodbujanje samostojnosti	Vključenost uporabnika	Vključenost uporabnika
	S katerimi službami boste po odpustu sodelovali, ste že bili z njimi v kontaktu? Se vam takšno sodelovanje zdi potrebno in kaj boste od tega pridobili vi?				
A11	INT1 Veste kaj, mislim, da je v pomoč, če so naprej stiki, predvsem s koordinatorko za področje obala, sem jo že srečala, to mi bo v pomoč, da bova pogledali, kako naprej, v zvezi s financami, položnice, enkratna pomoč, da mi direktno pomaga.	Prvi stik Koordinator Srečanje Pomoč Pregled nadaljevanja Finančno stanje	Urejanje in načrtovanje finančnega stanja	Pomoč CSD koordinatorja	Potreba pomoči
A12	INT1 Potem se mi zdi potrebno tudi druženje, vzela sem veliko tel. številke od pacientk, da se bomo slišale, eno že kličem, me je že povabila k sebi. programe. Socialna delavka v bolnici mi je predstavila tudi prostovoljce. Zadovoljna sem.	Druženje Telefonske številke Pacienti Pogovori Obiski	Vzdrževanje stikov s pacienti	Stiki s pacienti	Potreba pomoči
B7	INT2 Koordinatorica mi je predlagala še Ozaro, me bo obiskala delavka na domu, da mi predstavi svoje	Ozara Obisk delavke Obisk na domu Predlog koordinatorke	Obisk na domu delavke NVO	NVO	Potreba pomoči
C7	INT3 Jaz se itak zaposlena, morda bom rabila v zvezi s skrbništvom otroka, ampak to so druge službe. Od njih sicer nič ne pričakujem, upam, da se bova s partnerjem zmenila, od CSD nič ne pričakujem. On je dal vlogo za skrbništvo, sej nisem jezna, ampak nisem vedela, kaj sledi.	Skrbnštvo otroka Brez pričakovanj Nepoznavanje postopkov	CSD zaradi skrbništva	Dogovor s partnerjem	Nepotrebnost pomoči
C8	So vam te službe v podporo? INT3 Ne, ne, ta služba meni ni bla nikol v oporo. Sam moraš biti razsoden, da narediš prav za otroka.	Brez podpore Lastna razsodnost Dobro otroka	Lastna razsodnost nad pričakovanjem pomoči	Lastna razsodnost	Nepotrebnost pomoči
D5	INT4 Z občino, tam mi bodo pomagali z enimi položnicami. Vse pride nekaj čez 120 evrov. Pa socialna, pa Zavod za zaposlovanje. Na CSD mi bodo pomagali z	Pomoč občine Položnice Zavod za zaposlovanje Upokojitev CSD	Pomoč vezana na socialno-ekonomski položaj	CSD Zavod za zaposlovanje	Potreba pomoči

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	denarjem, pa Janezu tudi. Pa na Zavodu bodo pomagali njemu tudi, sej se bo kmalu upokojil. Jaz se pa invalidsko upokojena, ampak bom šla spet delat. Imam licenco za turističnega vodiča. Drgač sem pa profesorica glasbe, sem delala v svojem poklicu.	Finančna pomoč			
E5	INT5 Z zavodom za zaposlovanje, psihiatrom, psihologinjo. 4 ure sem v pokoju, 4 pa na Zavodu za zaposlovanje. Tam sem iskalka zaposlitve, ne vem, če bom še lahko hodila v službo, so same take službe, ki niso za mene, pa še zdravje mi to ne dopušča.	Zavod za zaposlovanje Iskanje zaposlitve Dvom v zmožnost zaposlitve Psihiater Psiholog	Pomoč vezana na možnost zaposlitve	Potrebnost pomoči zavoda za zaposlovanje in psihologa, psihiatra	Potreba pomoči
F6	INT6 Več izboljšanja, da bom lahko igral šah, da bom več lahko mihal to pričakujem. S CSD sodelujem tudi, ker imam DSP, z njimi tudi sodelujem. Samo socialno imam, varstvenega pa ne, ga nočem, ker mi isto ostane samo žepnina.	CSD zaradi DSP Socialna pomoč	Socialna pomoč	CSD	Potreba pomoči
G5	INT7 Še ne vem, s katerimi, ker zaenkrat imam še službo, tudi mi je rekla socialna delavka, da ne pustim službo, preden najdem novo. Je rekla socialna delavka, da je potem s tem povezanih kup zadev.	Pogojenost z zaposlovanjem Zaposlenost Nepoznavanje	Pomoč pogojena z zaposlenostjo	Zaposlenost uporabnika	Nepotrebnost pomoči
H6	INT8 S koordinatorjem, pomoč na domu, veterani, če mi pripada pomoč, ne pričakujem veliko pomoči.	Koordinator Pomoč na domu Ne pričakovanje pomoči	Pomoč koordinatorja na domu	Koordinator, CSD	Potreba pomoči
H7	INT8 Zmenil sem se s prijateljico, ki mi veliko pomaga, pa njen partner. Z majhno mrežo bom poskusil, rad bi bil spet normalen človek.	Prijateljica in njen partner Majhna socialna mreža	Pomoč prijateljice in njenega partnerja	Bližnji	Potreba pomoči
I5	INT 9 CSD, v bistvu imam koordinatorico Natašo in pole tam ureja stvari. Zavod je tudi.	Koordinatorica CSD Zavod za zaposlovanje	Urejanje življenja po odpustu	Koordinator, CSD in Zavoda za zaposlovanje	Potreba pomoči
J5	INT10 V bistvu še nisem imel te izkušnje. V službo sem hodil, nimam socialne stiske, finančno sem preskrbljen, stanovanje imam, otroci so preskrbljeni.	Brez izkušnje Zaposlenost Finančna preskrbljenost Individualnost	Samozaupanja in urejenost socialno-ekonomskega stanja	Preskrbljenost	Nepotrebnost pomoči

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	Za neke organizirane oblike druženja pa sem bolj individualist. Niste za vključevanje? Ne, jaz sebi prisluhnem in potem to delam, na izlet lahko grem sam. Izogibam se množici.	Zavračanje skupinski pomoči Izogibanje množice			
K5	INT11 Stanovanjska skupnost, center za socialno delo, ker bi rad izredno denarno socialno pomoč. Imam pokojnino in varstveni dodatek.	CSD Stanovanjska skupnost Finančna stiska	Pridobitev izredne denarne socialne pomoči	CSD	Potreba pomoči
L5	INT12 Nikamor ne, imam doma družbo, imam velik vrt, nimam prijateljev, najbližji sosed je mogoče 300 metrov stran, k meni pridejo drugi.	Družba Prijatelji Obiski	Ustrezna socialna mreža	Socialna mreža	Nepotrebnost pomoči
M5	INT13 Ozara, zavod za zaposlovanje, ampak itak si sam iščem službo, je brez veze, samo formalno, pa CSD,	Ozara Zavod za zaposlovanje CSD	Samostojnost urejanje življenja	Neučinkovitost	Nepotrebnost pomoči
M6	INT13 Teh koordinatorjev ne rabim, sem sem prišel samostojno, vem, kaj delam, kaj želim. Ni še vse določeno, pri meni je tako Eno obdobje je v redu, drugo totalno zanič. Niha. Ne smeš tlačit v podzavest, drugače butne ven.	Samostojna hospitalizacija Nihanje razpoloženja	Samostojno urejanje življenja	Samostojnost	Nepotrebnost pomoči
N5	INT14 V Ozaro hodim, pa v Šent.. Pa s prijatli se družim. Prav veliko ih nimam, bolj znanci, enga mam.	Ozara Šent CSD Prijatelj Znanci	Neformalna pomoč	NVO in bližnji	Potreba pomoči
N6	INT14 Na CSD	CSD	CSD	CSD	Potreba pomoči
O8	INT15 Šent, kjer bivam, CSD, potem obravnava CSD v skupnosti (KOS), podporne skupina ljudi z bipolarno motnjo.	Šent – bivanje Podporna skupina	NVO CSD	NVO in CSD	Potreba pomoči
P5	INT16 Absolutno bom moral kontaktirat, sej sem že po telefonu, mi je dal socialni delavec številko, center za socialno delo. Z njimi obvezno zaradi financ,	Telefonski pogovor Vzpostavitev kontakta SD posredovanje kontakta CSD Finančno stanje	Pomoč CSD pri finančni ureditvi	CSD	Potreba pomoči
P6	INT16 pa prej sem imel obiske Darje terapevtke iz bolnice, skupnostno. Bi želel	Terapevtka Obiski	Urejanje nadaljevanje	Bolnišnična terapevtka	Potreba pomoči

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	še naprej. Sva s socialnim delavcem že govorila o tem.	Želja po nadaljevanju Urejanje	pomoči terapevtke		
R5	INT17 S socialno službo zagotovo še nekaj časa,	CSD	CSD	CSD	Potreba pomoči
R6	INT17 diplomirati še moram na faksu.	Pridobitev diplome	Zaključevanje formalnega izobraževanja	Visokošolski zavod	Potreba pomoči
Podtema 2: upoštevanje želja in potreb uporabnikov pri obravnavi in pri načrtovanju odhoda iz bolnišnice					
	Koliko so bile pri vajinem sodelovanju s socialno delavko upoštevane vaše želje, potrebe, kaj rabite in kaj bi si želeli?				
A13	INT 1 Vsekakor sem bila povprašana in upoštevana, Niso šli mimo mojih želja in potreb. So, so upoštevali.	Izpraševanje Upoštevanje Pogovor	SD popraša po željah	Prepoznavanje želja s pogovorom	Upoštevanje želja
A14	INT1 Predstavila mi je, jaz pa sem se odločila. Nekaj sem tudi odklonila in je bilo upoštevano. Nič mimo mene.	Predstavitev možnosti Izbira Odločitev	SD predstavi možnosti in omogoča izbiro	Samostojna izbira možnosti	Upoštevanje želja
B8	INT 2 Sedaj jih upoštevajo, včasih so me hoteli pa v Petrovo Brdo spraviti. Kot da grem tja na izlet,. Sedaj pa se bolj posluša naše želje. Kot mi je povedala moja prijateljica, ki je že doma, da se sedaj bolj posluša. Ste ji omogočili eno in drugo To se je spremenilo.	Petrovo Brdo Zaznavanje spremembe Omogočanje izbire	Večja mera upoštevanja uporabnikovih želja	Spremembe pri upoštevanju želja/potreb	Upoštevanje želja
C9	INT 3 Ne, ne, mislim, da se zelo prilagaja. Sedaj pa vidim, da veliko ureja.	Prilagajanje potrebam Urejanje	Načrtovanje s prilagajanjem	Upoštevanje želja in potreb	Upoštevanje želja
D6	INT 4 Ja, ja, Marica je iz Logatca, tako kot jaz, čeprav sem sedaj v Pivki. Imam same pozitivne o njej. Ko je Janez ostal brez službe, se nama je nabralo veliko položnic, brez socialne delavke ne bi šlo. Sedaj je vse v redu, pa še upokojila sem se. Pa imava avto, da se lahko kam peljeva. Pa Janez dobiva denarno.	Brezposelnost partnerja Finančni dolgovi Upokojitev Avto Denarna podpora	Upoštevanje potreb/želja uporabnikovega partnerja	Celostna obravnava potreb	Upoštevanje želja
E6	INT 5 Slišana sem bila, dala mi je nasvete,	Slišnost Nasveti	SD podaja nasvete	Občutek slišnosti z nasveti SD	Upoštevanje želja

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
F7	INT 6 Še kar, od ena do pet je 4	Ocena slišnosti	Dobra mera upoštevanja	Zadovoljstvo z upoštevanjem	Upoštevanje želja
G8	INT 7 Ja, ja so bile.	So bile	Potrebe/želje so upoštevane	Upoštevanje želja in potreb	Upoštevanje želja
H8	INT 8 Mislim, da v celoti, nič nisem pogrešal, Koordinatorja se težko dobi, ponavadi sem falil, ko sem imel največjo paniko. Določene stvari sem videl pri sebi, kaj delam narobe, npr. bi se obril v dveh minutah. Včasih sem preveč dol z moralo, potem bi pa rad na hitro rešil. Rabiš plan, pomagala mi bo prijateljica, fino bi bilo, če bi imel podporo CSD, zaupam, Bojanu, mi je dosti pomagal	Brez pogrešanja Zaupanje v SD Zavedanje pomoči Organizacija dneva	Pomoč SD pri strukturi dneva in reševanju težav	Prepoznavanje primanjkljajev	Upoštevanje želja
I6	INT 9 Vse upošteva, tisto, kar upošteva, tisto tudi naredimo. Ja, išče rešitve.	Vse upošteva Iskanje rešitev Uresničevanje	Uresničevanje želja/potreb z iskanjem rešitev	Iskanje rešitev za potrebe/želje uporabnika	Upoštevanje želja
J6	INT 10 Se upošteva želje. Ja, se, moja izkušnja je, da se.	Upoštevanje potreb	Načrtovanje s prilagajanjem	Upoštevanje želje/potrebe	Upoštevanje želja
K5	INT 11 Meni se zdi, da ja. Če hm, poteka tako, kot mora. Prej sem bil v Ormožu v začetku leta, sem isto hotu stanovanjsko skupnost, pa bi blo za čakat. Sem bil presenečen, je šlo hitro. Kot je blo, je blo v redu.	Načrtovanje s prilagajanjem	Presenečenost nad upoštevanjem želja/potreb	Spremembe	Upoštevanje želja
M6	INT13 Od leta 2013 se je marsikaj spremenilo, takrat nisem bil zadovoljen. Itak, da se spreminja. Boljše je, pač pogovor je najbolj važen.	Zaznavanje sprememb Zadovoljstvo Pogovor Izboljšanje	Večja mera upoštevanja uporabnikovih želja	Spremembe pri upoštevanju želja/potreb	Upoštevanje želja
N7	INT 14 V glavnem me je upošteval, sam za uro sem ga prosu, to me pa ni upošteval. Verjetno so taka pravil na oddelku.	Upoštevanje Pravila oddelka	Upoštevanje pravil pri uresničevanju želja	Upoštevanje želja/potreb skladno s pravili	Upoštevanje želja
O9	INT 15 Jaz sem bila petkrat hospitalizirana drugje, v preteklosti si niso vzeli toliko časa zame, ker je bistveno več ljudi razmazanih, kot maslo na kruhu, tukaj pa je manjši kos kruha in isto količina masla in dobiš več na kvadratni cm. Zame super, vse b. p.	5x hospitalizacija Manj časa Obremenjenost	Upoštevanje povezano s številom pacientov	Sprememba	Preobremenjenost
P7	INT 16 Ja, ja, absolutno, odlično mu gre, nimam pripomb.	Upoštevanje potreb	Načrtovanje s prilagajanjem	Upoštevanje želje/potrebe	Upoštevanje želja

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
R7	INT 17 Bile so ja.	Upoštevanje potreb	Načrtovanje s prilagajanjem	Upoštevanje želje/potrebe	Upoštevanje želja
	Koliko je socialna delavka sodelovala pri iskanju rešitev za vaše želje in potrebe in kaj je bilo predlagano kot rešitev?				
A15	INT 1 Predvsem zdravnica na viziti in socialna delavka, ona največ, vsak dan ko je bila v službi	Zdravnik vizita SD	Vsak dan v službi	Vsakodnevno sodelovanje	Zavzetost SD
C10	INT 3 Tudi bolniško mi je tik, tak uredila, takoj. To sem tudi delala z njo. Pa še vse številke mi je dala.	Hitra odzivnost Ureditev bolniške Kontakti	Zdravstven stalež Bolniški stalež	Hitra odzivnost	Zavzetost SD
C11	INT3 Čisto tako je bilo, kot sva se dogovorili.	Skladno z dogovorom	Sledenje dogovoru	Rešitev skladna z željami	Zavzetost
D7	INT 4 Dobro, vse je zrihtala, je klicala na šolo, v komunalo, pa vzdrževalce za stanovanje.	Ureditev stanja Šola Komunala Vzdrževalce	Bivanjska problematika	Rešitev skladna z željami	Zavzetost
E7	INT 5 Pomagala mi je s svojimi izkušnjami.	Pomoč Izkušnje	Izkušnost SD	Izkušnost SD	Zavzetost
G9	INT 7 V bistvu ona mi je najdlja ene rešitve, potem, mi je kolega našel službo, pa sva se o tem pogovarjala.	SD predlaga rešitve SD najde rešitve	SD predlaga zaposlitev	Zaposlitev uporabnika	Zavzetost
H9	INT 8 Dostikrat je pasivno vse skupaj, ker so preobremenjeni, toliko je za nardit, nisi sam na svetu, da bi te rihtali	Številčnost pacientov	Preobremenjenost	Preobremenjenost SD	Preobremenjenost
K6	INT 11 Seveda, saj je iskala. Mislim, glejte tako, čisto po pravici, v stanovanjsko skupnost grem za nekaj časa, meni je cilj zavod, baje da tudi mlade lahko vzamejo. Itak je za čakat dve leti.	Iskanje Stanovanjska skupnost Zavod Čakanje	Bivanjska problematika	Rešitev skladna z željami	Zavzetost
L6	INT 12 Pozabim vse take stvari, zginejo, ne vem, pa še slabo slišim in sem raje tiho, kot da bi narobe odgovorila.	Pozabljivost Naglušnost Zadržanost Nelagodje napačnega odgovora	Prepuščanje reševanja SD		Zavzetost
M7	INT 13 Vsaka jim čas, nimam pripomb	Brez pripomb	Pohvala	Zadovoljstvo	Zavzetost
N8	INT 14 Dobro sva se pogovarjala, bom šel na Markovec, ko se sprosti mesto. To rešitev je iskal zame.	Pogovor Čakanje prostega mesta	Bivanjska problematika	Rešitev skladna z željami	Zavzetost
O10	INT 15 Ja in zaenkrat jo je tudi najdlja, čeprav sva prvič govorile šele prejšnji teden, pa jo je že najdlja, to je brzinska hitrost.	Teden dni Pogovor	Hitrost reševanja	Hitra odzivnost	Zavzetost

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
P8	INT 16 Ja, sej za to, gre, ker potem se stvari začnejo premikati proti, v bližino rešitev. Ja pripelje se do rešitve.	Premikanje Usmerjenost v rešitev	Uresničitev rešitve	Rešitev skladna z željami	Zavzetost
R8	INT 17 Socialna pomoč, skupaj sva to naredili. To je prvič, da sem sodelovala s socialnimi službami.	Sodelovanje Prva izkušnja	Uresničitev rešitve	Skupno iskanje rešitev	Zavzetost
	So po vašem mnenju v ustanovi kakšne omejitve za socialno delavko, za vajino sodelovanje, da ne more vsega opraviti, kar bi želela, ali pa bi bilo potrebno opraviti?				
B9	INT2 Znotraj bolnice uredite do drugih ustanov, da jih pokličete.	Druge ustanove Sodelovanje	Krepitev sodelovanja	Med organizacijsko povezovanje	
B10	INT2 Nimam nobenih predlogov.	Brez predlogov	Brez predlogov	Brez predlogov	
D7	INT4 Omejeni glede naslova psihiatrije. Če je socialna delavka v šoli, je v redu, če je pa v psihiatriji, pa je malo označen.	Omejitve Primerjava s šolo	Primerjava z drugimi ustanovami	Etiketiranje SD	
E8	INT5 To je prav, je pa odvisno, kaj kdo želi, vedno se vse ne da. Mislim, da ja, ker imajo ljudje tudi želje, ki se jih ne da izpolniti.	Odvisno Želje uporabnika Neuresničljivost Nerealna pričakovanja	Pogojenost z željami in potrebami uporabnikov	Nerealne želje in pričakovanja uporabnikov	
	Kako bi ocenili sodelovanje? Kaj ste pogrešali?				
A16	INT 1 Ma veste kaj, boljše si ne predstavljam, ker je bilo vse rešeno, kot nisem pričakovala. Nisem vedela, da je to tako.	Zadovoljstvo Nad pričakovanji	Rešitev vseh težav	Sodelovanje preseglo pričakovanja uporabnika	Preseganje pričakovanj
A17	Zelo dobro sva sodelovali, ves čas me je spodbujala. Ne, ne, ne, ni da bi imela kakšen predlog. Pozabila sem jo vprašati edino za upokojece v Izoli, v zvezi s koriščenjem bonov.	Reševanje težav Dobro sodelovanje Spodbujanje	Spodbudnost	Brez predlogov izboljšav	Dobro sodelovanje
B11	Pozitivno vidim socialne delavke, dela svoje delo, ti pove, kdaj dobiš denar, ti založi, če je treba	Pozitivna ocena dela Pogovor Opozarjanje Denar	Skrbnost nad finančno situacijo	Zadovoljstvo z delom SD	Dobro sodelovanje
D8	INT 4 Prov neč, Marica je super, jaz ji dam oceno deset od deset.	Ocena deset	Pozitivna ocena	Zadovoljstvo z delom	Dobro sodelovanje
F8	INT6 s socialno delavko je pa vse v redu, vse v redu.	V redu	Pozitivna ocena	Zadovoljstvo z delom	Dobro sodelovanje
G10	INT 7, pa da bi se midva dlje časa pogovarjala, pa da bi se večkrat dobila.	Pogovor	Pogostejši stiki	Pogostejši stiki s SD	Inteziteta stika

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
G11	INT 7 Malo več časa na to temo, več skupinskega dela	Pomanjkanje časa	Čas za skupinsko delo	Skupinsko delo	Inteziteta stika
H10	INT 8 Glede socialnih delavcev nisem v bolnici nič pogrešal, sem dobil kartico, ključ, denar ko sem ga rabil, nisem n.	Kartica Ključ Denar	Uresničevanje potreb	Zadovoljstvo z delom	Dobro sodelovanje
I7	INT 9 Več pogovora, več časa da si vzame, premalo si ga vzamejo.	Pogovor Dalj časa trajajoči	Časovna stiska	Pogostejši stiki	Inteziteta stika
J7	INT 10 Ja, včasih imam skrbi, če bo vse teklo, ko mora, kje so dokumenti. Ker jaz nekako nisem takšen pacient, da mi povsod pomagajo, to so protokoli, ne vem, kako to gre in če ne vem, kako gre, me v bistvu skrbi. Če vas skrbi, ali vprašate? Ja sej, kakšen si vzame čas, kakšen pa ne, Si socialni delavci vzamejo čas, iščejo rešitve? Ja , moja izkušnja, da ja. Tisti ki kaj rabijo, bi še lažje povedali.	Skrb Dokumenti Protokoli Urejenost Nerazumevanje Stiska	Čustvena stiska zaradi nerazumevanja protokolov	Zadovoljstvo z delom SD	Dobro sodelovanje
L7	INT12 Ne, zahtevna pa nisem, ker sem z ene revne družine, s Poljanske doline.	Nezahtevnost Revnost	Skromnost	Nezahtevnost uporabnika	Dobro sodelovanje
M8	INT13 Nič nisem pogrešal, zmeraj so mi bli na voljo. Takrat sem bil še na zaprtem oddelku, pa brez telefona, ampak to je najbrž del hišnega reda. To se podrediš.	Dostopnost Hišni red Upoštevanje	Upoštevanje pravil ustanove	Dostopnost SD	Dobro sodelovanje
M9	INT 13 Sodelujem osebno, preko maila, npr. klical sem na CSD, poslani so mi papirje, pa sem preposlal socialnemu delavcu.	Osebno sodelovanje Mail Telefonski pogovori Uradni dokumenti	Pestrost stikov	Različne oblike sodelovanja	Dobro sodelovanje
N9	INT14 Ne, ne nič nisem pogrešal.	Nisem pogrešal	Brez pripomb	Zadovoljstvo z delom	Dobro sodelovanje
O11	INT15 11 na lestvici od 10, zelo v redu, nad mojim pričakovanjem.	Pozitivna ocena	Uresničitev želja in potreb	Sodelovanje preseglo pričakovanja uporabnika	Preseganje pričakovanj
P9	INT16 Ma ocenil bi odlično.	Pozitivna ocena Odlično	Uresničitev želja in potreb	Sodelovanje preseglo pričakovanja uporabnika	Preseganje pričakovanj
R9	INT17 Ne, sem bila zelo zadovoljna, kar mi je ponudila, predvsem v zvezi z	Zadovoljstvo Denarna pomoč	Skrbnost nad finančno situacijo	Zadovoljstvo z delom	Dobro sodelovanje

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	denarno pomočjo, Zelo dobro opravlja svoje delo.	Pozitivna ocena dela			
	Je po vašem mnenju dolžnost socialnih delavcev in drugim profilov prisluhniti uporabniku ali je to stvar dobre volje, njegove odločitve?				
A18	INT1 Mislim, da je to dolžnost, neke vrste etika, da se prisluhne. Ker če je odvisno od dobre volje, vprašanje, kaj bi prišlo ven.	Dolžnost Etika	Strokovna etika	Etična dolžnost	Dolžnost
C12	INT3 Seveda, drugače ne sme.	Dolžnost Kršenje pravil	Upoštevanje pravil	Delovna obveznost	Dolžnost
D9	INT4 Dolžnost in etika je, da prisluhne, to mora. Ni pa, ne vem no, en ti je bolj simpatičen, to je kot v šoli. Kot učitelj, ko uči, če ti je en bolj simpatičen. Socialna delavka tega pa ne sme. Do vseh mora biti enak odnos.	Dolžnost Etika Obveznost Objektivnost odnosa	Enakopravna obravnava	Etična dolžnost	Dolžnost
H11	INT8 Ne vem, da je to poslanstvo,	Poslanstvo	Sledenje poslanstvu	Osebno poslanstvo	Osebna odločitev
H12	INT8 mislim, da se držite tega, so pa eni, ki se ne, so pasivni, se jim fučka.	Variiranje Zavzetost Indiferentnost	Različen odnos SD	Zavzetost SD	Osebna odločitev
I8	INT9 Stvar njegove odločitve, zato ker ni vse za socialno delavko.	Lastna presoja Odločitev	Strokovna presoja	Prostojnost SD	Osebna odločitev
J8	INT10 Po moje je to delovno mesto, ki to zahteva.	Zahteva Delovno mesto	Določitev pristojnosti	Delovna obveznost	Dolžnost
K7	INT11 Mislim dolžnost, v taki službi so, da se to pričakuje	Dolžnost Pričakovanje	Dolžnost dela	Delovna obveznost	Dolžnost
N10	INT14 Ja seveda, to je njihovo delo.	Njihovo delo	Dolžnost dela	Delovna obveznost	Dolžnost
O12	INT15 Jest mislem, da je dolžnost pacienta, da poskrbi sam zase, da čimprej okreva,	Dolžnost pacienta Skrb zase Okrevanje	Usmerjenost pacienta v lastno okrevanje	Dolžnost pacienta za lastno zdravje	Dolžnost pacienta
O13	INT15 če je pri tem potrebno vključit socialno službo, da se tega loti in da je pravica socialnega delavca, da mu pri tem pomaga.	Pravica Potreba Pomoč	Vključenost pogojena s potrebami	Delovna obveznost	Dolžnost
P10	INT 16 Jaz mislem, da glede na službo in znanje, podatke, ki jih ima, je to dolžan, ker je to njegova služba.	Dolžnost Služba Služba Znanje	Kompetentnost	Delovna obveznost	Dolžnost
R10	INT 17 Mislim, da je moja socialna delavka, pripravljena več naredit, kot bi morala, da gre dlje, kot je to, kar bi morala. Odvisno, kot je pripravljen človek vložiti v svoj prosti čas.	Preseganje obveznosti Lastna zavzetost	Prekomerna zavzetost SD	Zavzetost SD	Osebna odločitev

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	Koliko po vašem mnenju socialna delavka v bolnišnici lahko upošteva vaše želje, potrebe in predloge glede zdravljenja in življenja po odpustu?				
A19	INT1 So omejitve, sem videla, da so, ker sem se zanimala glede posvojitve otroka, malo večjega. Sem prosila socialno delavko, eno drugo, ker Marice takrat ni bilo, če mi lahko pomaga pri tem, pa je rekla, da žal tega v bolnici ne more urejati. Takrat sem videla, da vsega pa ne morejo, kar bi mi radi.	Omejitve Posvojitev Prošnja za pomoč Spoznanje omejenosti	Nerealna pričakovanja in želje Omejitve	Upoštevanje realnih želja	Nerealne želje uporabnika
G13	INT7 Ne bi rekel, da vas okolje omejuje. Ne vem, kaj lahko delaš, če si v službi v bolnici.	Nepoznavanje dela Nepoznavanje pristojnosti	Dvom v omejevanje okolja	Nepoznavanje pristojnosti SD	Nepoznavanje dela socialnih delavk
H13	INT8 Ja vsekakor zde prej ne toliko, v času korona virusa pa. Če jaz nimam spodnjih hlač, mi jih nihče ne bo šel kupit v mesto. Tu ste omejeni. Doma se to lažje reši, tudi koordinator bi lahko pomagal. Vi pa ne morete. Rad bi bil samostojen, pa ne morem čisto.	Krona virus Osebna higiena Spodnje hlače Nakup	Okrnjena samostojnost	Korona virus	Korona virus
I9	INT9 Meni, se zdi, da največ pomagata, kar se da, verjetno ste omejeni tui. Za vse paciente.	Zaznavanje pomoči	Predvidevanje omejitev	Nepoznavanje pristojnosti SD	Obremenjenost
J9	INT10 Po moje ne, ker če bi bila to služba izven bolnice, bi tut ljudje potrebovali nasvete. V bolnici je to združeno.	Svetovanje Potreba	Konsistentnost potrebe	Ne zaznavanje omejitev	Brez omejitev dela socialnih delavk
K8	INT11 Mislim, da so tu bolj pomembni, kot zunanji, v smislu da lahko več pomagata. Greste v stik z zdravnico, da se kaj pomenite.	Intenzivnost pomoči Stik z zdravnikom Pogovor	Nujnost SD v bolnišnici	Intenzivno upoštevanje	Brez omejitev dela socialnih delavk
L8	INT12 Ja, verjetn lahko.	Lahko	Možnosti upoštevanja	Ne zaznavanje omejitev	Brez omejitev dela socialnih delavk
M10	INT13 Odvisno od človeka, če si v bolnici, si v bolnici, če si na CSD, si na CSD, ni razlike.	Brez razlik	Ustanova ni dejavnik razlik	Ne zaznavanje omejitev	Brez omejitev dela socialnih delavk
N11	INT14 Več kot tolko ne more pomagat. Pomagajo sam zdravila, nič drugega ne, uleš se, pa nč mislt.	Zdravila Pomoč	Omejeno upoštevanje	Pomoč zdravil	Zdravstveno stanje

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
O14	INT15 Ja, ker se mi zdi je kvalitete storitev v Ljubljani višja. Ljudje, ki so res dobri, izobraženi, mogoče je to samo moj predsodek, ampak se mi zdi, da rinejo tja, kjer je večja urbanost, kjer je,	Kakovost storitve Izobraženost kadra Urbanost	Zaznavanje razlik glede na okolje	Strokovnost kadra v urbanih okoljih	Obremenjenost
O15	INT15 na podeželju, bolj ko greš v neko vas, pa zakotnost, maš sicer osebni stik, pa komunikacijo, stik, lepo naravo, sonce, gibanje, več pravic, več prostora. Je pa res, da so izjeme, ki potrjujejo pravila povsod.	Ruralnost Vas Osebni stik Komunikacija Več pravic	Zaznavanje razlik glede na okolje	Pristnejši stiki v ruralnih okoljih	Razlike med okolji
O16	INT15 Ja, ker je bolnik takrat manj sposoben zaradi ravno kar preživetega stanja, zaradi zdravstvenega stanja, pacienti ne zmorejo izraziti vseh svojih potreb, se vsega spomniti razložiti, tukaj so še zdravila, stranski učinki, zaradi katerih ne moreš. In če dobiš takega človeka v obravnavo, mu težko pomagaš, tudi če si usposobljen, motiviran in krasen človek.	Nizka sposobnost Preživeto stanje Nezmožnost izražanja potreb Vpliv zdravil Stranski učinki	Nizka sposobnost uporabnika	Omejenost izražanja potreb zaradi vpliv zdravil	Zdravstveno stanje
R11	INT17 Mislim, da še bolj, da imate še boj proste roke in da tudi drugi v bolnici zaupajo socialnim delavcem in jih usmerjajo k njim.	Upoštevanje želja Proste roke Zaupanje SD Usmerjanje k SD	Zaupanje SD in sodelovanje	Intenzivno upoštevanje	Brez omejitev
Podtema3 Spremembe v praksah različnih strokovnih služb v psihiatrični bolnišnici, da bi prekinili s pokroviteljskimi praksami in bi lahko dejansko govorili o emancipaciji uporabnikov					
	V zdravstvu govorijo o »načrtovanju odpusta« iz bolnišnice. Kaj bi na podlagi svojih osebnih izkušenj rekli, kdaj bi to moralo biti?				
A20	INT1 Veste kaj, jaz razumem, da je zajeto že vse, od vsega začetka, celoten proces, če bi bilo samo zadnji teden, ne bi prišli nikamor. Pri meni bi zmanjkalo časa. Celota, celota, celota.	Zajeto vse Od začetka Celoten proces Pomanjkanje časa	Zadostnost časa z načrtovanjem ob hospitalizaciji	Celostna obravnavo od hospitalizacije	Formativno spremljanje
B12	INT2 Ko ti zdravnik zniža določena zdravila, si brez Lorsilana, pomirjeval in tega, takrat začneš načrtovati.	Odmerek zdravil Pomirjevala	Načrtovanje sovpada z odmerki zdravil	Načrtovanje sovpada z zdravstvenim stanjem uporabnika	Upoštevanje zdravstvenega stanja uporabnika
B13	Preden greš domov	Pred odhodom domov	Pred odhodom domov	Pred odhodom domov	Pred odhodom domov
C13	INT3 V bistvu takrat moraš biti že v taki psihofizični kondiciji, moraš biti na	Psihofizična kondicija Seznam želja	Ob hospitalizaciji	Načrtovanje sovpada z zdravstvenim	Upoštevanje zdravstvenega stanja uporabnika

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	takem nivoju, močen, da greš lahko nazaj v svet.	Začetek		stanjem uporabnika	
C14	Že na začetku bi moral npr., spisati na papir, kaj si želiš. Ene stvari se potem uresniči.	Začetek Papir Seznam želja	Analiza stanja	Začetna analiza stanja	Pred odhodom
D10	INT4 Takoj prvi dan po odpustu, po sprejemu sem bila proti volji sprejeta, po odpustu, ker če jemljem zdravila, hodim na kontrolo, potem je v redu. Mama mi pravi, da sem presuha, da bi morala več jesti	Prvi dan odpusta Hospitalizacija proti lastni volji Zdravila Kontrola	(ne)prisilna hospitalizacija	Načrtovanje sovpada z voljo uporabnika	Po odpustu
E9	INT5 Če si dolgo tukaj, je prav nekaj treba skuhat, da lahko greš domov. Določene naloge imaš, če da vidiš, če boš lahko funkcioniral.	Dolgotrajen proces Določitev nalog Presojanje funkcionalnosti	Preverjanje uporabnikove samostojnosti z nalogami	Evalvacija uporabnikovih zmožnosti	Formativno spremljanje
F9	INT6 Da bom svoboden. Kaj za vas pomeni svoboda? Vse. V zavodu bo svoboda	Svoboda Vse Zavod	Omogočanje svobode uporabnika po odpustu	Zagotavljanje svobode	Po odpustu
G14	INT7 Tu je precej teh zadev, kakšen plan čez dan boš naredil, do službe. Veliko stvari se da. Kdaj? Takoj, ko prideš na dobro vejico, ko si slab, te ne zanima, kako bo.	Zahteve Psihofizična kondicija Nezainteresiranost Zdravstveno stanje	Izboljšanje zdravstvenega stanja uporabnika in postavljanje zahtev	Izboljšanje stanja	Upoštevanje zdravstvenega stanja uporabnika
H14	Kdaj se bi začelo INT8 Jaz sem jutri odpuščen. Načrt se lahko naredi že danes, ne moreš ga pa narediti za deset dni vnaprej, ker pridejo nepredvidene stvari. Vsega se ne da načrtovati, nekaj že, jaz računam, da me pride prijateljica jutri iskat, potem greva k meni domov, naredila bova načrt za stanovanje.	Dan pred odpustom Kratkotrajni načrti Nepredvidene stvari Postopno načrtovanje	Nestanovitnost življenja	Kratkotrajni načrti	Pred odhodom domov
I10	INT9 Da grem nazaj, da se osredotočim na svoje življenje, probam vse vzeti iz bolnice. Kdo naj bi načrtoval odpust? Zdravnik, ko vidi, da je pacient dovolj dober, proti koncu zdravljenja.	Zdravnik Ob koncu zdravljenja	Osredotočenost na življenje uporabnika	Opolnomočenje uporabnika	Pred odhodom domov
J10	INT10 Ena sprememba je, tisti ki so dolgo tu, človek se v bolnici malo odtuji od normalnega življenja, ta monotonija, čas mine nekako. Po drugi strani, ko	Dolgotrajna hospitalizacija Monotonost dneva Umirjenost	Intenzivna sprememba načina življenja po dolgotrajni hospitalizaciji	Opolnomočenje uporabnika	Formativno spremljanje

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	prides v normalno življenje po dolgem času je spet sprememba, te vrže malo iz tira.	Sprememba odpusta Vrže iz tira			
J11	INT10 Po moje bi moral pacient sodelovat z zdravnikom , izrazit željo, V tem poklicu je treba zaupat pacientom, medsebojno.	Sodelovanje z zdravnikom Zaupanje Izražanje želje	Medosebno zaupanje in odprtost odnosa	Možnost iskrenega izražanja želja/potreb uporabnika	Formativno spremljanje
K9	INT11 Da ne greš ven, brez veze, da se načrtuje, zdravnica in socialna delavka bi to morala delati. Kdaj? Ko gre že boljše	Gre na bolje	Izboljšanje zdravstvenega stanja uporabnika	Načrtovanje sovpada z zdravstvenim stanjem uporabnika	Upoštevanje zdravstvenega stanja uporabnika
L9	INT12 Prov ne vem, kaj odgovoriti, prvič slišim, to je nekaj ko enkrat probaš it domov. Nikdar nisem imela s takim posla.	Prvič slišim Brez izkušenj	Nepoznavanje postopka	Nepoznavanje postopka	Nepoznavanje postopka
M11	INT13 S socialno in doktorico se načrtuje odpust, iščeš nekaj, da imaš en lep spomin za naprej. Psihološko. Nekaj, kar pomeni iti nazaj v življenje.	SD Zdravnik Identifikacija spomina Psihološka usmerjenost	Psihološka priprava vrnitve v življenje	opolnomočenje uporabnika	Formativno spremljanje
N12	INT14 Človek se veseli, da gre domov, ne vem, kakšna merila imajo socialni delavci. Jaz pomislim na to, da grem na boljše.	Veselje Vračanje domov Izboljšanje	Krepitev izboljšanja zdravstvenega stanja	Načrtovanje sovpada z zdravstvenim stanjem uporabnika	Nepoznavanje postopka
O17	INT15 Da se pripravi duševno, socialno, psihično, fizično mentalno, čustveno osebo na to, da bo prišla v stik z zunanjim svetom,	Dušeno Socialno Psihološka Fizično Mentalno Čustveno Stik z zunanjim svetom	Celostna priprava uporabnika na ponovni stik z zunanjim svetom	Celostna obravnava	Formativno spremljanje
O18	INT15 da se bo počasi večala možnost bivanja, rekreacije, da se ga uvaja v okolje, kjer ni v vati postopoma uvaja njemu prilagojenim ureditvam in	Postopnost Prilagoditve bivanja	Zmanjševanje tenzij ponovnega vključevanja	Postopnost vključevanja v življenje	Formativno spremljanje
O19	INT15 da se ga zmeraj zaščiti, če se izpostavi situacijam, na katere ni pripravljen.	Zaščita Nepripravljenost situacij Izpostavitev	Podpora in pomoč pri neobvladljivih situacijah	Podpora pri neobvladljivih situacijah	Formativno spremljanje
P11	INT16 Se pravi tisti, dan, ko je treba odpustiti človeka. Jaz obleke nimam, samo ene hlače, sem jih dal prati. Pa prevoza nimam. V mojem primeru bi blo fino, če me	Obleke Prevoz Reševalno vozilo	Dan odpusta	Načrtovanje dneva odpusta	Pred odhodom domov

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	pelje rešilec, potem ne bo problema z obleko.				
P12	INT16 Zadnji dan je prepozno, treba je že prej urejat, takoj ne, ker ne vemo, kako se bo razvijalo.	Predhodno načrtovanje Nepredvidene stvari Ne takoj	Upoštevanje zdravstvenega stanja	Evalvacija uporabnikovih zmožnosti	Formativno spremljanje
R12	INT17 Dnevna rutina, načrt, kako bo človek preživel dneve, čas za počitek in skrb zase na prvem mestu.	Dnevna rutina Preživljanje dni Skrb zase Prosti čas	Dnevna rutina in skrb zase	Polonomočenje uporabnika	Formativno spremljanje
R13	INT17 O tem mora razmišljati čimprej, ko pride v bolnico. Velika past je v bolnici, ker lahko človek tu kar spi, ko prideš ven mora biti pa aktiven.	Čim prej Hospitalizacija Pasivnost	Nevarnost pasivnosti s hospitalizacijo	Opolnomočenje uporabnika	Formativno spremljanje
R14	INT17 Ko je sposoben, da si najde neke dejavnosti.	Sposobnost Identifikacija dejavnosti	Upoštevanje zdravstvenega stanja	Evalvacija uporabnikovih zmožnosti	Upoštevanje zdravstvenega stanja uporabnika
	Katere potrebe morajo, po vašem mnenju biti zadovoljene, kaj mora biti urejeno za funkcioniranje?				
A21	INT1 Mislim, da najprej tiste osnovne zadeve, da imaš denar za hrano in položnice. To je najbolj važno, da sploh lahko preživiš. So pa tudi druge zadeve važne, npr.	Denar Hrana Položnice	Hrana in bivanje	Primarne eksistenčne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe
A22	INT1 da kam greš, da imaš prijatelje.	Prijatelji	Druženje s prijatelji	Socialna vključenost	Socialna vključenost
D11	INT4 Ja da ima človek za preživetje, to je najbolj važno	Najpomembnejše Preživetje	Preživetje	Primarne eksistenčne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe
E10	INT5 To bi težko odgovorila, ker sem v slabi koži. Stanovanje, za zdravstvo, da imaš urejeno, za hrano, bivanje.	Stanovanje Zdravstvo Hrano	Hrana in bivanje Stanovanje, zdravstvo	Primarne eksistenčne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe
F10	INT6 Prehrano, zdravje, da bi bil čist.	Čistoča Zdravje Hrana	Urejene osnovne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe
F11	Osnovne stvari, kaj pa prijatelji? INT6 Imam prijatelje.	Prijatelji	Druženje s prijatelji	Socialna vključenost	Socialna vključenost
G15	INT7 Še največ se mi zdi del službe, da imaš vse urejeno, to je glavno, potem pa vse drugo pride. Kaj pa še? Terapija in vse drugo.	Služba Terapija	Zaposlitev	Status zaposlitve	Primarne eksistenčne potrebe
H15	INT8 Sistem hranjenja je zelo pomemben, ni treba veliko jesti, bazirana na sadju, zelenjavi, da ne uživam drog in alkohola, da	Zdravo prehranjevanje Sadje Zelenjava Ne uživanje drog	Zdrav življenjski slog	Primarne eksistenčne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	jem zdravila, ki so predpisana, da pokličem psihiatra. Rad bi vedel, če sem fizično slab, ali me bo peljal v psih. bol in ali fizično bol. Osnovne potrebe morajo biti zadovoljene.	Pomoč psihiatra Osnovne potrebe			
I11	INT9 Jemanje zdravil redno, se vključevam v Ozaro Šent, da smo v stiku, da se ne zapiramo vase, da smo socialna bitja.	Jemanje zdravil Ozara šent Stik	Uporaba zdravil za socialno vključenost	Socialna vključenost	Socialna vključenost
J12	INT10 Vse te zadeve, da so urejene, služba da je	Služba	Zaposlitev	Status zaposlitve	Zaposlitev
J13	INT10 pa da ni slabih odnosov.	Dobri odnosi	Dobri odnosi	Socialna vključenost	Socialna vključenost
K10	INT11 Jaz ne tražim puno, malo mi je dovolj, da imam streho nad glavo in en obrok na dan, več ne rabim.	Streha nad glavo Dnevni obrok	Urejene osnovne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe
L10	INT12. Poskrbljeno, da imaš postlo, približno hrano in streho nad glavo.	Postelja Hrana Streha nad glavo	Urejene osnovne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe
M12	INT13 Streha nad glavo in hrano. Socialna služba pri trem pomaga. Če nimaš strehe nad glavo, briga mene za avto, briga mene za denarje, da imaš osnovo za preživetje, da greš v trgovino, pa rečeš zdej pa ne bom kupu za 5,5, ampak za 10 evrov.	Streha nad glavo Hrana Finančna preskrbljenost	Urejene osnovne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe
N13	INT14 Ja, urejena prehrana, higiena, čistoča, red, streha nad glavo,	Prehrana Higiena Streha nad glavo	Urejene osnovne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe
N14	INT 14možnost izobraževanja, pomoč drugim ljudem.	Izobraževanje Pomoč drugim	Izobraževanje	Možnost izobraževanja	Izobraževanje
020	INT15 Jaz sem najprej mislna streha nad glavo in mesečni priliv, ki bo vsaj minimalen, da lahko človek dostojno živi po njegovih kriterijih dostojnosti,	Streha nad glavo Mesečni priliv	Človeka dostojno življenje	Primarne eksistenčne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe
021	INT15 zdej pa mislem, da je prav, da tudi če nekdo hoče bit brezdomec, da se mu to omogoči, če pri tem ne omejuje in ne škoduje svobode drugega ali tretjega Če pa hoče sebi škoditi, je pa to njegova pravica. Da se mu omogoča tudi dostop do	Brezdomec Omogočanje želja Brez omejevanja Izbira – osebna pravica Illegalne droge	Svoboda izbire načina življenja	Ne preprečevanje osebne pravice izbire	Pravica izbire

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	ilegalnih drog, če si on to želi.				
P13	INT16 Osnovne stvar. Samo jaz nisem plačeval računov, denar, hrano, to je to u glavnem, pa da bi bil zopet v naši hiši, da me ne bi slučajno kdo kam premikal, ne sprejemem tega.	Osnovne stvari Hrana Hiša	Urejene osnovne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe	Primarne eksistenčne potrebe
R15	INT17 Duševni mir, način, kako ga vzpostaviti, da se znaš umiri. Teh tehnik se ne naučimo od osebja, ampak od sopacientov.	Duševni mir Vzpostavitev mira Umirjanje	Učenje tehnik sproščanja	Samonadzor	Tehnike samonadzora
	Koliko je po vašem mnenju še prisotna stigma v zvezi z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici? Kako vi gledate na to?				
A23	INT1 Mislim, da to ni več problem, toliko ljudi je bilo na zdravljenju v bolnici al pa samo pri psihiatru. Mislim, da če bi bila stigma prisotna, ljudje ne bi šli k zdravniku. Jaz odkrito povem, kje sem, tudi sem poklicala sosedo v blok in ji povedala, kje sem. Včasih je bil mogoče sram, da si si bolnik, pa da si potem umsko zaostal ali ne vem kako so si to predstavljali. Če me bo kdo vprašal kje sem bila, bom to odkrito povedala.	Ni problem Veliko ljudi Odkritost Priznavanje hospitalizacije Stigma v preteklosti	Odkritost/priznavanje obravnave	Intenziviranje pojava	Zmanjševanje stigme
A24	INT1 Ko greš nazaj domov, družba misli, da si nor. Še vedno mislim, da je v Sloveniji velika stigma. Potem se te to vedno drži, kot ena velika črna pika.	Nazaj domov Nor	Velika črna pika	Etiketiranje	Prisotnost stigme
C15	INT3 Zelo velika po mojem občutku. Če bi vedela, da se bo vse to zgodilo dve leti nazaj ne bi prišla, ker potem te označijo, da si bil v bolnišnici. Tokrat pa sem sama videla, da sem za v bolnico, sem se sicer sama pri sebi upirala, ker sem še v službi. Po enem tednu sem se odločila, življenje teče svojo pot, tukaj pa sem prvič v življenju nekaj spremenila. Stigma pa mislim, da se ne manjša, če si ti, mislijo, da si nor. Še veliko je treba ozavestiti, da nisi nor če si tu.	Velika Odklon obrnave Oznaka Mislijo, da si nor Ozaveščanje	Potreba po ozaveščanju	Etiketiranje	Prisotnost stigme

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
D12	INT4 Imam veliko izkušenj s Poljem in Idrijo. To se lahko zgodi vsakemu, se pa da pozdraviti s terapijo, da se sploh ne vidi. Jaz povem, kje sem bila, sinu sem tudi povedala. Se je učil psihologijo v šoli, sem mu pomagala. Sin me razume	Veliko izkušenj Zgodi vsakemu Pomoč terapije Odkritost Razumevanje	Razumevanje bližnjih	Odkritost/priznavanje obravnave	Zmanjševanje stigme
D13	INT 4 hčerka pa ne, mi je rekla, da je tatko jokal, da bomo imeli pečat. Ona se boji, da ne bi kdo od otrok zbolu. Ja, ja, povedati, bi morali, da bo vse v redu in da bo ok. Ona je bila pod vplivom mojih staršev, mama me je poslala v Polje, meni je vzela materinstvo, Janezu očetovstvo, ko me je najbolj rabila me ni bilo. Mi jo je vzela.	Jok Pečat Strah prenosa Odvzem starševstva Vzela otroka	Odvzem starševskih pravic	Okrnjeni socialni stiki	Stigmatizacija
E11	INT5 Jaz prvič, ko sem bila, 15 let nazaj, mi je bilo tako, da je bilo neznosno, mama me ni pustila, ker bom v pidžami in natabletana. Sem toliko časa odlašala, da sem bila že na koncu,	Pidžama Tableti Prepoved starša Neznosnost	Predsodki starša	Prepoved hospitalizacije	Stigmatizacija
E12	INT5 sedaj mi pa ni več težko, to je moja pomoč. Mama se je takrat bala, strah jo je bilo, ker je bil tudi brat tukaj. Jaz sem tukaj mislim da osmič. Se pa to spreminja. So pa še taki, da Idrija, pa to.	Pomoč Spreminjanje Strah Osmi obisk	Pomoč uporabniku	Zaznavanje sprememb	Zmanjševanje stigme
F11	INT6 Ne, nimam nobenih težav s tem, ne.	Nimam težav	Brez težav	Indiferentnost	Indiferentnost
G16	INT7 Jaz lahko rečem, da sem se že večkrat srečal s stigmo, ker sem bil tu večkrat. Tisti bližnji so v redu,	Srečanje Stigma Večkratna obravnava Bližnji Razumevanje	Razumevanje bližnjih	Ne zaznavanje stigme med bližnjimi	Zmanjševanje stigme
G17	INT7 potem so pa eni, ki niso imeli še nobenega prijatelja, znanca, oni pa ne razumejo. Kako veste, da ne razumejo? So pripombe. Imajo stigmo o bolnici, si predstavljajo, da je norišnica.	Noben prijatelj Znanci Ne razumevanje Pripombe Norišnica	Nepoznavanje obravnave	Etiketiranje	Prisotnost stigme
H16	INT8 Vsi vejo, vsi vejo, po celi Novi Gorici vejo, to je malo večja vas, vejo, da sem največji norec v Gorici, kaj čem.	Vsi vedo Norec Trajnost mnenja Osebna etiketa	Etiketiranje	Etiketiranje	Prisotnost stigme

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	Sedaj nisem več tak, ljudje ne spremenijo mnenja tako hitro. Blagovna znamka, ki jo težko spreminjaš.				
I12	INT9 Zelo. Jaz sem zgubila vse prijateljice, ker sem bila v bolnici zaradi zdravja, ni več isto. Ko pridem spet v Idrijo, se mi stanje poslabša v možganih. Doma sem slaba, ko pridem, je zmeri slabše, rabim čas. Pokličem, prijateljice, nimajo časa, ali pa se ne javijo. Se ne spreminja, ostaja isto	Zelo Izguba vseh prijateljev Bolnišnica Nimajo časa Ne javijo	Izguba prijateljstva	Okrnjeni socialni stiki	Prisotnost stigme
J14	INT10 Ja, je stigma še. Kako jo občutite? Pri nas je slabšalno, če se reče Idrija, to se reče kar vmes med pogovorom, če je kje kaj čudno, to rečejo kar tako, v pogovoru. Jaz da sem šel v bolnico, mi je moj ravnatelj pomagal takrat in z dej upam, da ni širil tega, ker meni bi bilo neprijetno, da pridem v kolektiv, pa bi čisto vsi vedeli. Jaz sem bil tri tedne tu, pa sem šel domov in se spet vrnil. Upam, da ni imel materiala za širit, sej jest ga cenim. Eden me sedaj klicari za vajo, pa se ne javljam, ker ne vem, kaj bi povedal. Menite, da bi to povezali z vašim profesionalnim delom? Starši morajo zaupati otroke nam. Mislite, da bi manj zaupali? Mislím, da ja, ker mi imamo kar pomembno vlogo, precej vplivamo na njih, včasih večjega kot starši.	Prisotnost stigme Slabšalno Med pogovorom Širjenje informacij Ravnatelj Zaupanje Neprijetnost Kolektiv Skrivanje zdravstvenega stanja Učitelj Zaupanje staršev Upad zaupanja Vpliv učitelja	Slabšalna konotacija v pogovorih Zmanjševanje avtoritete učitelja Strah pred razkritjem Zaposlovanje	Prekrivanje zdravstvenega stanja	Prisotnost stigme
K11	INT11 Ma po moje ni tako hudo, tempo življenja je takšen ali je alkohol ali psiha, to je normalno. Nimam problema povedati, bolnica kot bolnica, tu sem srečal veliko super ljudi.	Ni hudo Tempo življenja Odkritost Priznavanje	Hiter način življenja	Intenziviranje pojava	Zmanjševanje stigme
L11	INT12 To je umska bolnica, ja. Prej dok sem bla prov zdrava, so vsi rekl če boš neumna, boš šla v bolnico, ali pa če si kašno neumnost naredu, so vsi rekl uf ti si pa	Umska bolnica Napaka Stigma Domači izrek Bolnica kot vsaka	Domači pregovor	Etiketiranje	Prisotnost stigme

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	glih za v Idrijo, kot naš domači izrek je bil to. Ja sej je to bolnica, kot vsaka, če si bolan, nimaš kej odmikati.				
M13	INT13 Ja itak je, imaš pomisleke, v nekem zdravem duhu, načinu pristopu do neke službe. Potem rečeš: Pizda, kaj pa če bo un zvedu«,	Stigma Pomisleki zaposlovanje	Možnosti zaposlovanja	Prikrivanje zdravstvenega stanja	Prisotnost stigmatizacije
M14	INT13 drugje pa mi je ravno, rečeš, bil sem, pa kaj. V službi ja, drugače me pa ne zanima. Zdravnik da te zaščiti, da se ne piše v papirje, pa da se ne zagovoriš.	Zdravnik Ščitenje Zaupnost	Razumevanje bližnjih	Prikrivanje zdravstvenega stanja	Prisotnost stigmatizacije
N15	INT14 Dosti je prisotno, v bolnici ne, drugje je zelo močno prisotna, v bolnici ne, zunaj pa ja. Ne smeš vsakemu rečt, kje si bil.	Prisotnost zunaj Prekrivanje Penzija Invalidnina Odvzem pravic	Upad pravic in finančnih virov	Prikrivanje zdravstvenega stanja	Prisotnost stigmatizacije
N16	INT14 Sestri, materi, nečakinji povem, kje sem, dvema prijateljema, drugim pa ne več.	Mama Nečakinja Prijatelji Priznavanje	Razumevanje bližnjih	Nezaznavnje stigmatizacije med bližnjimi	Zmanjševanje stigmatizacije
O22	INT15 Men se zdi, da je družba zelo slabo izobražena in na podlagi tega diskriminira, tut če se tega ne zaveda v 95 % je v podzavesti. Kot rečejo: »Jaz nisem rasist, ampak...«, potem pa sledi rasistična izjava.	Neizobraženost družbe Diskriminacija Ne zavedanje	Diskriminacija	Nizka stopnja družbene osveščenosti	Prisotnost stigmatizacije
O23	INT15 svojci, bližnji, prijatelji, tudi potem, ko se izobrazijo, čutijo neko nelagodje, al pa pretirano skrb ali pa malodušje, obupanost, jezo do pacienta, ker je zbolel, ker ni in ne bo več ta, kot je bil pred boleznijo al pa da se stanje poslabšuje.	Bližnji Informiranost Sprememba vedenja Obupanost Jeza Nelagodje	Informiranje bližnjih	Sprememba odnosa bližnjih	Prisotnost stigmatizacije
O24	INT15 Jaz osebno tudi sama nad sabo izvajam stigmatizacijo, ne odpustim si tega, da sem zbolela in se mi zdi, da si ne zaslužim pravične in enakopravne obravnave z nekom, ki je nima. Ne znam prosit za pomoč, zelo težko prva navežem kontakte, stike, z najboljšo prijateljico	Sama nad samo Zamera do sebe Ne vrednot obravnav	Samo zamera in očitanje	Stigmatizacija do sebe	Prisotnost stigmatizacije

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	se ne slišva pol mesca, tri mesce.				
P14	INT16 Sem že dostikrat slišal stigmatiziran biti. Jaz ne razlagam, ljudi to ne zanima, da bi govoril znancem okoli, da si v bolnici, to ne bi bilo pozitivno, ker je tretirana Idrija kot »naš dom, Idrija je cel svet«, v smislu norišnice. Seveda ne govorim, kaj jih pa briga, koristi ne bi blo nobene, samo besede. Ne razlagam teh stvari, itak nimam dosti stikov z ljudmi.	Slišanje Prekrivanje Norišnica Pogovor Brez koristi	Pogovor o norišnici	Prekrivanje zdravstvenega stanja	Prisotnost stigme
R16	INT17 Mislim da ja, družba je bolj odprta, ljudje se zavedajo, kaj to pomeni, čas, ki je namenjen tebi, tvojemu dušenemu zdravju. O tem se pogovarjamo, tudi svojci se o tem pogovarjajo, potem si delijo te izkušnje	Prisotnost Odprtost Pogovori Izmenjava izkušenj	Pogovori s svojci	Zaznavanje sprememb	Zmanjševanje stigme
	Kako bi se to lahko spremenilo? (Stigma – zgornje vprašanje)				
C16	INT3 Kdo bi največ lahko ozaveščal po vašem mnenju? Ne vem, če ljudje sami, njih tako ne bodo jemali resno, širša javnost bi morala, mediji. Duševna stiska je lahko trenutna, lahko je dolgotrajna, ampak sam moraš nekaj vložiti.	Mediji Širša javnost	Medijsko poročanje	Krepitev informiranosti	Informiranost
G18	INT7 Kaj bi bila rešitev Da bi vedeli, kako je v bolnici, da vsak pove doma. Ko se počutiš slabo, si slab, ko si v redu, si v redu.	Pogovori Delitev izkušenj s Zaupanje svojcem	Krepitev odprtih pogovorov	Krepitev informiranost	Informiranost
I13	INT9 Ne vem, ker ne vem, zakaj pride do tega. Stigma je že tako in tako	Ne vem	Ne vem	Nepoznavanje vzrokov stigmatizacije	
J15	INT10 V bistvu v tej bolnici mal razčlovečijo človeka s tem, ko mu poberejo vse dokumente, to se ti ne dogaja v normalnem življenju, pa tudi v drugih bolnicah ne. Tu ti vse vzamejo, vzeli so mi brivski aparat, sedaj moram težiti tehnikom. Imam občutek, da ko prideš, so vsi prijazni, potem pa vedno manj. To je sedaj zelo odkrito.	Odvzem osebnih predmetov Dokumentov	Razčlovečenje	Sprememba obravnave pacienta	Obravnava pacienta

Št. izjave	Transkript z izjavo	Pojem	Kategorija	Nad kategorija	Tema (teza 3)
	Ste rekli kdaj ob sprejemu, da želite obdržati vrednotne predmete? Ne, nisem. Enkrat ko sem šel domov na štiri dni dopusta, nisem dobil nobenega dokumenta, pa še avto sem vozil. To se mi ne zdi prav. Itak se bom vrnil, če se pa ne bom, bi pa dokumente tu pustil.				
N16	INT14 Spreminjanje od navadnega človeka do politike, na vseh ravneh.	Navaden človek Politika	Ozaveščanje na vseh ravneh	Krepitev informiranosti	Informiranost
O25	INT15 Mislim, da bi bli prvi korak mediji, od Lady, Dela, vseh časopisov, da bi bil kakšen prispevek, kolumna mogoče, pa čim več ljudi prebere, pa TV, radio. Pa da se piše o kakšnih zgodbah, npr. ne sam da piše, da je kakšen pogumen gasilec rešu mačka pred gotovo smrtjo, ampak da je kakšen duševni bolnik skočil v reko in rešu mačko pred utopitvijo. Se mi zdi, da takšnih zgodb manjka, da se pometejo pod preprogo. Jaz namreč nisem še nobene take zasledila. Ker to ni zanimivo, zanimivo je, ko nekoga ustreliš, potem pa še sebe.	Mediji Tiskani mediji TV Kolumna Radio Zgodbe junakov	Osebne zgodbe	Krepitev informiranosti	Informiranost

9.8. Osnovno kodiranje – uporabniki 3. teza

Prva podtema – načela krepitve moči in normalizacije pri participaciji načrtovanja odpusta uporabnika

Deležniki načrtovanja odpusta

sodelovanje strokovnega tima (A1) (A2) (G1)

celostna obravnava (A1) (A2) (G1)

zadovoljstvo (A3)

avtonomija pri načrtovanju odpusta (A3)

pogovor z ožjim strokovnim timom (B1) (B2) (E1) (F1) (J1) (N1) (O1) (P1) (R1)

informiranost SD (P1) (R1) (B2)

pomoč SD (C3) (I1) (M1)

doseganje konsenza s pogovorom (M1)

zdravnik (C1) (H2)

pomanjkanje pomoči strokovnega tima (D1)

medsebojna pomoč pacientov (D1)

odklon od dogovorjenega (C2) (C1)

prepuščenost sebi (C2)

zadržanost (H1) (K1)

nerazumevanje načrtovanja odpusta (L1)

Iniciator sodelovanja

iniciator sodelovanja je socialna delavka (A4) (E2) (M2) (N2) (O3) (P2)

krepitev samostojnosti uporabnika (M2)

iniciator sodelovanja je uporabnik (B3) (C4) (D2) (F2) (G2) (H3) (J2)

zadovoljevanje potreb (B3)

urejanje zadev po odpustu (C4) (D2)

Počutje uporabnika ob prvem srečanju s socialno delavko

Obrambna pozicija uporabnika (A5) (H4)

Odklonilnost uporabnika do pomoči (B4)

Zadovoljstvo uporabnika (A10) (C5) (E3) (F3) (G3) (I4) (K2)(L3) (M3) (N3) (O4) (P3)

Strokovna dostopnost socialne delavke (A6) (R3) (L3) (N3) (R3)

Reševanje težav uporabnika (A7) (A9) (E3)

Upoštevanje potreb uporabnika (B5)

Postopnost (G3)

Razbremenitev skrbi po odpustu (P3)

Upoštevanje potreb uporabnika (B5)

Intenziteta vključenosti uporabnika v načrtovanje odpusta

Vključenost uporabnika (A10) (B6) (C6) (D4) (H5) (J4) (P4) (R4) (G4)

Spodbujanje samostojnosti (A10) (C6) (R4)

Zavedanje lastne odgovornosti (B6)

Zavedanje lastnih omejitev in iskanje rešitev (H5)

Zadolžitve do srečanja (G4)

Želja po informiranju (P4)

Delna vključenost uporabnika (E4) (F4) (F5) (M4) (O5) (O6) (O7)

Nezmožnost zaradi zdravstvenega stanja (F4) (F5)

Prenos odgovornosti na socialno delavko (M4)

Nemotiviranost za sodelovanje (O5)

Testiranje socialne delavke (O6)

Zadovoljstvo z lagodjem (O7)

Brez vključenosti uporabnika (K3) (L4) (N4)

Sprejemanje načrtovanja brez negacij (E4) (K3) (L3)

Prepuščanje načrtovanja drugim (N4)

Uporabnikova ocena potrebnosti pomoči po odpustu

Potrebnost pomoči (A11) (A12) (B7) (C7) (C8) (D5) (E5) (F6) (H6) (H7) (I5) (K4) (N5) (N6) (O8) (P5) (P6) (R5) (R6)

CSD (C7) (C8) (D5) (F6) (K4) (N6) (O8) (P5) (R5) (A11) (H6) (I5) (M6)

Zavod RS za zaposlovanje (D5) (E5) (I5)

Psiholog in/ali psihiater (E5)

Bolnišnični terapevt (P6)

NVO (B7) (N5)

Stiki s pacienti (A12)

Bližnji (H7) (N5)

Nepotrebnost pomoči (C7) (C8) (J5) (L5) (M5) (M6)

Dogovor s partnerjem (C7)

Lastna razsodnost (C8)

Preskrbljenost (J5)

Socialna mreža (L5)

Neučinkovitost (M5)

Samostojnost (M6)

Druga podtema: Upoštevanje želja in potreb uporabnikov pri obravnavi in načrtovanju odhoda iz bolnišnice

Upoštevanje želja in potreb uporabnika v pogovoru s socialno delavko

Upoštevanje želja in potreb uporabnika (C9) (F7) (G8) (J6) (P7) (R7)

Spremembe (B8) (M6) (K5) (O9)

Prepoznavanje želja s pogovorom (A13)

Samostojna izbira možnosti (A14)

Celostna obravnavna potreb (D6)

Občutek slišnosti (E6)

Prepoznavanje primanjkljajev (H8)

Iskanje rešitev (I6)

Upoštevanje želja skladno s pravili (N7)

Zavzetost socialne delavke pri iskanju rešitev za želje in potrebe uporabnika

Hitra odzivnost (C10) (O10)

Vsakodnevno sodelovanje (A15)

Zadovoljstvo (M7)

Izkušnost (E7)

Rešitev skladna z željami (P8) (N8) (K6) (G9) (D7) (C11)

Bolniški stalež (C10)

Zaposlitev uporabnika (G9)

Bivanjska problematika (N8) (K6)

Preobremenjenost socialne delavke (H9) (O9)

Ocena sodelovanja s socialno delavko in pomanjkljivosti

Sodelovanje presega pričakovanja (A16) (O11) (P9)

Rešitev vseh težav (A16)

Pozitivna ocena (O11) (P9)

Dobro sodelovanje

Brez predloga izboljšav (A17)

Zadovoljstvo z delom (B11) (D8) (F8) (H10) (J7) (N9) (R9)

Dostopnost SD (M8)

Različne oblike sodelovanja (M9)

Intenziteta stika (G10) (G11) (I7)

Dolžnost ali osebna odločitev socialnega delavca prisluhniti uporabniku

Dolžnost

Etična dolžnost (A18) (D9)

Dolžnost dela – delovna obveznost (C12) (J8) (K7) (N10) (O13) (P10)

Osebna odločitev

Osebno poslanstvo (H11)

Zavzetost SD (H12) (R10)

Pristojnost SD (I8)

Dolžnost pacienta (O12)

Omejitev dela socialnega delavca

Brez omejitev dela SD (J9) (K8) (L8) (M10) (R11)

Omejitve dela

Nerealne želje uporabnika (A19)

Korona virus (H13)

Obremenjenost (I9) (O14)

Zdravstveno stanje (N11) (O16)

Razlike med okolji (O15)

Tretja podtema: Spremembe v praksi različnih strokovnih služb, da bi prekinili s pokroviteljskimi praksami in bi govorili o emancipaciji uporabnikov

Časovna umeščenost »načrtovanja odpusta« uporabnika

Formativno spremljanje

- Celostna obravnava (A20) (O17)
- Začetna analiza stanja (C14) (R13) (P12)
- Evalvacija uporabnikovih zmožnosti (E9)
- Opolnomočenje uporabnika (J10) (M11) (R12) (R14)
- Možnost iskrenega izražanja želja (J11)
- Postopnost vključevanja v življenje (O18)
- Podpora pri neobvladljivih situacijah (O19)

Upoštevanje zdravstvenega stanja uporabnika (C13)

- Recipročnost z zdravili (B12)
- Izboljšanje stanja (G14) (K9)

Pred odhodom domov (B13)

- Kratkotrajni načrti (H14)
- Načrtovanje dneva odpusta (P11)

Po odpustu (D10) (F9)

Uresničene potreb za delovanje uporabnika

Primarne eksistenčne potrebe (D11)

- Hrana in bivanje (A21) (E10) (K10) (L10) (M12) (N13) (P13)
- Higiena (F10) (N13)
- Zdravje (F10) (E10)
- Zdrav življenjski slog (H15)
- Človeka dostojno življenje (O20)

Socialna vključenost (I11)

- Druženje s prijatelji (A22) (F11)
- Medosebni odnosi (J13)

Zaposlitev (G15) (J12)

Pravica izbire (O21)

Tehnike samonadzora (R15)

Zaznavanje stigme zaradi zdravljenja v psihiatrični bolnišnici

Ne prisotnost stigme (A23)

- Intenziviranje pojava (A23) (K11)
- Odkritost priznavanja obravnave (D12)
- Zaznavanje sprememb (E12) (R16)
- Ne zaznavanje stigme med bližnjimi (G16) (N16)

Prisotnost stigme

- Etiketiranje (A24) (C15) (G17) (H16) (L11)
- Okrnjeni socialni stiki (D13) (I12)

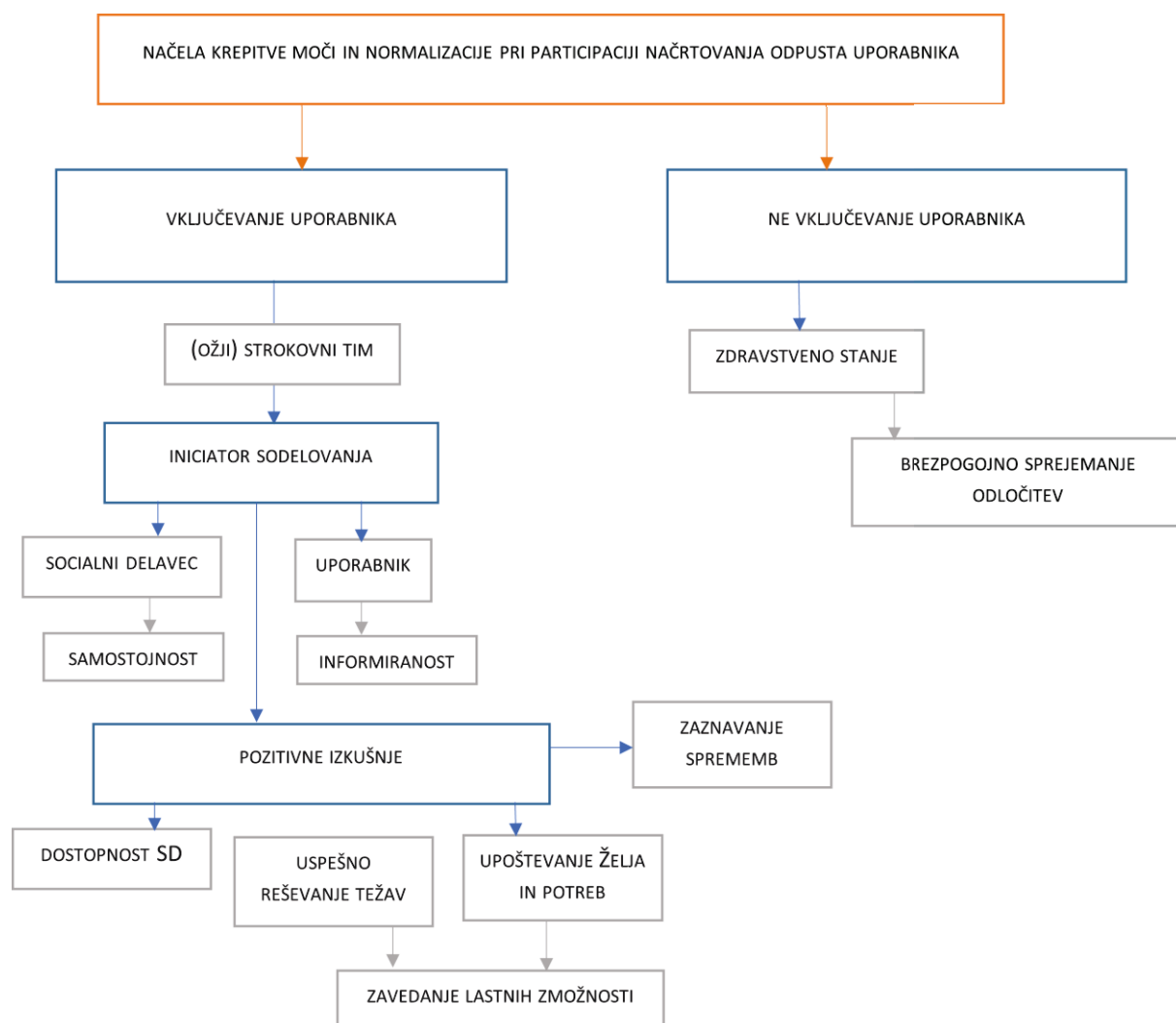
Sprememba odnosa bližnjih (O23)
 Prepoved hospitalizacije (E11)
 Prekrivanje zdravstvenega stanja (J14) (M13) (M14) (N16) (P14)
 Stigmatizacija do sebe (O24)
 Nizka stopnja družbene osveščenosti (O22)

Načini zmanjševanja stigme

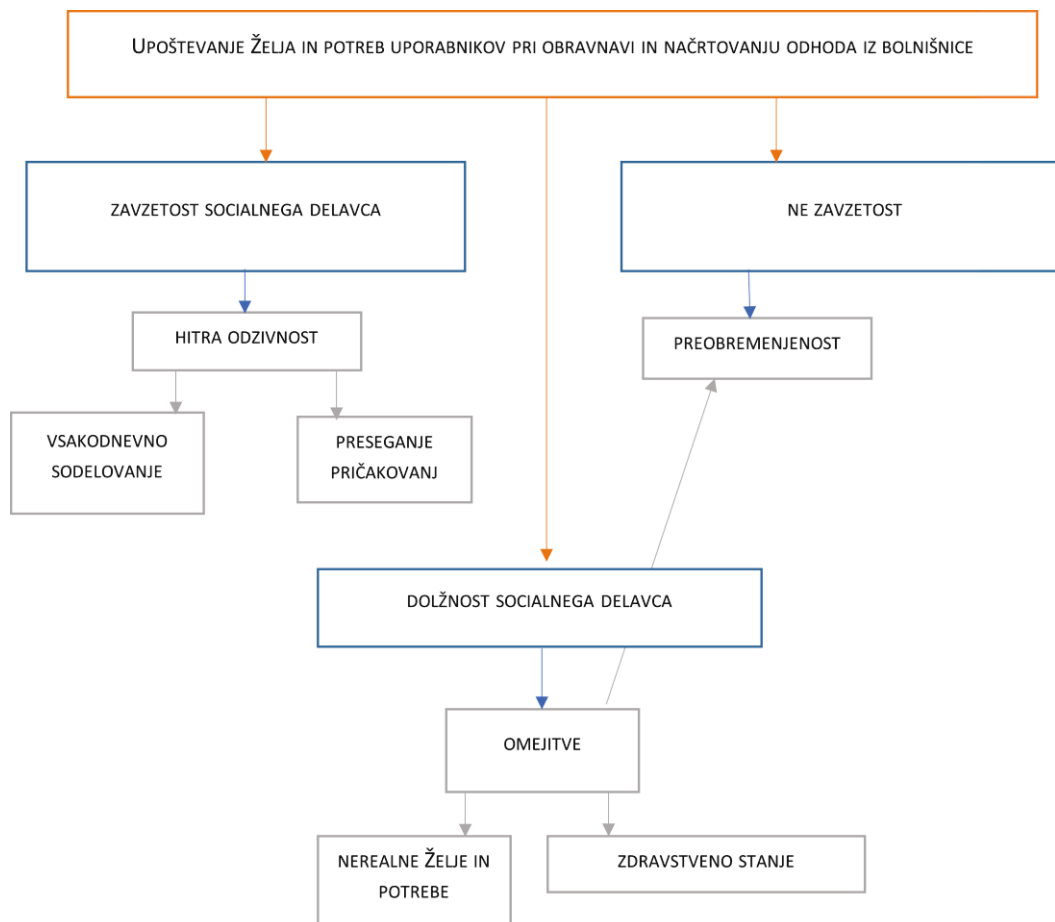
Krepitev informiranosti (C16) (G18) (N16) (O25)
 Sprememba obravnave pacienta (J15)

9.9. Odnosno kodiranje – uporabniki 3. teza

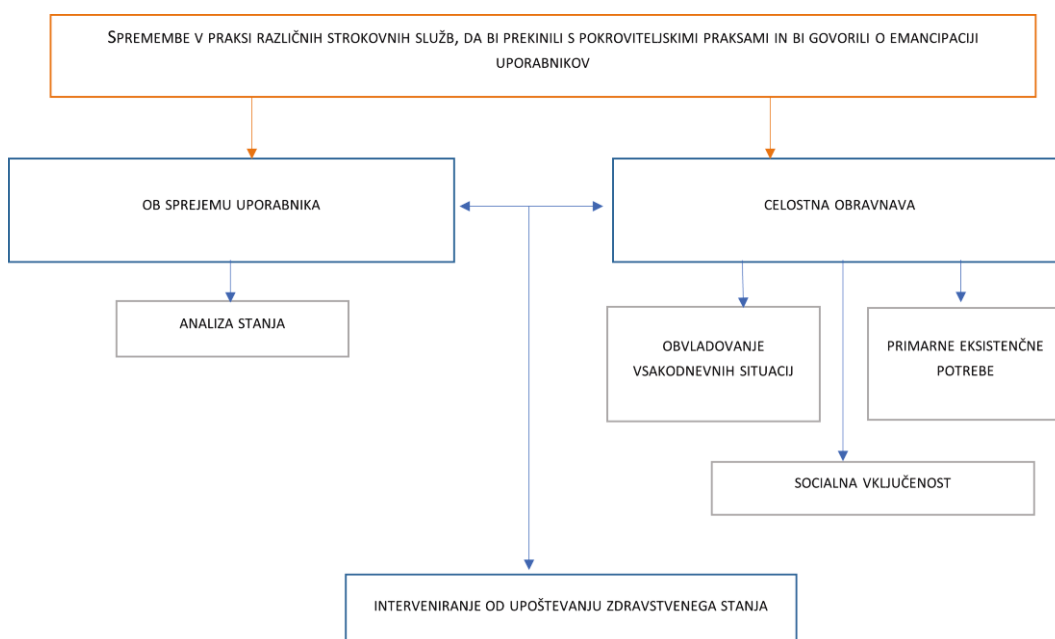
Pripravljenost socialnih delavk na avtonomijo uporabnikov



Upoštevanje želja in potreb uporabnikov



Spremembe za odpravo pokroviteljskih praks



9.10. Analiza dokumentacije socialne službe

Osební podatki

Spol

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
ženske	0	100	50,00	50,00	50,00
moški	1	100	50,00	50,00	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Starost

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
pod 25	1,00	12	6,00	6,00	6,00
25 do 44	2,00	53	26,50	26,50	32,50
45 do 54	3,00	38	19,00	19,00	51,50
55 do 64	4,00	49	24,50	24,50	76,00
65 do 74	5,00	26	13,00	13,00	89,00
75 do 84	6,00	12	6,00	6,00	95,00
85 in več	7,00	10	5,00	5,00	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Stan

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	samski	103	51,5%	51,5%	51,5%
	v zvezi	62	31,0%	31,0%	82,5%
	drugo	35	17,5%	17,5%	100,0%
Skupaj		200	100,0%		

Zaposlitveni status

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	brezposeln	46	23,0%	23,0%	23,0%
	drugo	22	11,0%	11,0%	34,0%
	inv. up.	35	17,5%	17,5%	51,5%
	upokojen	61	30,5%	30,5%	82,0%
	zaposlen	36	18,0%	18,0%	100,0%
Skupaj		200	100,0%		

Zavarovanje

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	neurejeno	17	8,50	8,50	8,50
urejeno	urejeno	183	91,50	91,50	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Pobuda_za zdravljenje

Pobuda_za zdravljenje

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	drugi	4	2,0%	2,0%	2,0%
	otroci	12	6,0%	6,0%	8,0%
	Partner/ka	11	5,5%	5,5%	13,5%
	sam	30	15,0%	15,0%	28,5%
	sorojenci	6	3,0%	3,0%	31,5%
	starši	12	6,0%	6,0%	37,5%
	ustanove	21	10,5%	10,5%	48,0%
	zdravstvo	104	52,0%	52,0%	100,0%
Skupaj		200	100,0%		

Pobuda za zdravljenje × spol

			Osební podatki Spol		Skupaj
			ženske	moški	
pobud_z_r	drugi	Število	2	2	4
		Row %	50,0%	50,0%	100,0%
		Column %	2,0%	2,0%	2,0%
	otroci	Število	4	8	12
		Row %	33,3%	66,7%	100,0%
		Column %	4,0%	8,0%	6,0%
	partner	Število	8	3	11
		Row %	72,7%	27,3%	100,0%
		Column %	8,0%	3,0%	5,5%
	sam	Število	13	17	30
		Row %	43,3%	56,7%	100,0%
		Column %	13,0%	17,0%	15,0%
	sorojenci	Število	2	4	6
		Row %	33,3%	66,7%	100,0%
		Column %	2,0%	4,0%	3,0%
	starši	Število	4	8	12
		Row %	33,3%	66,7%	100,0%
		Column %	4,0%	8,0%	6,0%
	ustanove	Število	13	8	21
		Row %	61,9%	38,1%	100,0%
		Column %	13,0%	8,0%	10,5%
	zdravstvo	Število	54	50	104
		Row %	51,9%	48,1%	100,0%
		Column %	54,0%	50,0%	52,0%
Skupaj		Število	100	100	200
		Row %	50,0%	50,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	7,48	7	,380
Razmerje verjetij	7,65	7	,365
Fisher-Freeman-Halton test			,390
N veljavnih primerov	200		

Pobuda za zdravljenje× stan

			stan r			Skupaj
			samski	v zvezi	drugo	
pobud_z_r	drugi	Število	2	2	0	4
		Row %	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
		Column %	1,9%	3,2%	,0%	2,0%
	otroci	Število	2	6	4	12
		Row %	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%
		Column %	1,9%	9,7%	11,4%	6,0%
	partner	Število	0	11	0	11
		Row %	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		Column %	,0%	17,7%	,0%	5,5%
	sam	Število	16	9	5	30
		Row %	53,3%	30,0%	16,7%	100,0%
		Column %	15,5%	14,5%	14,3%	15,0%
	sorojenci	Število	1	2	3	6
		Row %	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%
		Column %	1,0%	3,2%	8,6%	3,0%
	starši	Število	12	0	0	12
		Row %	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		Column %	11,7%	,0%	,0%	6,0%
	ustanove	Število	14	3	4	21
		Row %	66,7%	14,3%	19,0%	100,0%
		Column %	13,6%	4,8%	11,4%	10,5%
	zdravstvo	Število	56	29	19	104
		Row %	53,8%	27,9%	18,3%	100,0%
		Column %	54,4%	46,8%	54,3%	52,0%
Skupaj		Število	103	62	35	200
		Row %	51,5%	31,0%	17,5%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	51,31	14	,000
Razmerje verjetij	57,98	14	,000
Fisher-Freeman-Halton test			,000
N veljavnih primerov	200		

Pobuda za zdravljenje × zap. status

			zap_r					Skupaj
			brezposeln	drugo	inv.up.	upokojen	zaposlen	
pobud_z_r	drugi	Število	0	0	1	1	2	4
		Row %	,0%	,0%	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
		Column %	,0%	,0%	2,9%	1,6%	5,6%	2,0%
	otroci	Število	1	0	0	11	0	12
		Row %	8,3%	,0%	,0%	91,7%	,0%	100,0%
		Column %	2,2%	,0%	,0%	18,0%	,0%	6,0%
	partner	Število	2	0	2	2	5	11
		Row %	18,2%	,0%	18,2%	18,2%	45,5%	100,0%
		Column %	4,3%	,0%	5,7%	3,3%	13,9%	5,5%
	sam	Število	9	1	6	3	11	30
		Row %	30,0%	3,3%	20,0%	10,0%	36,7%	100,0%
		Column %	19,6%	4,5%	17,1%	4,9%	30,6%	15,0%
	sorojenci	Število	0	2	1	3	0	6
		Row %	,0%	33,3%	16,7%	50,0%	,0%	100,0%
		Column %	,0%	9,1%	2,9%	4,9%	,0%	3,0%

			zap_r					Skupaj
			brezposeln	drugo	inv.up.	upokojen	zaposlen	
	starši	Število	4	4	0	1	3	12
		Row %	33,3%	33,3%	,0%	8,3%	25,0%	100,0%
		Column %	8,7%	18,2%	,0%	1,6%	8,3%	6,0%
	ustanove	Število	3	3	9	6	0	21
		Row %	14,3%	14,3%	42,9%	28,6%	,0%	100,0%
		Column %	6,5%	13,6%	25,7%	9,8%	,0%	10,5%
	zdravstvo	Število	27	12	16	34	15	104
		Row %	26,0%	11,5%	15,4%	32,7%	14,4%	100,0%
		Column %	58,7%	54,5%	45,7%	55,7%	41,7%	52,0%
Skupaj		Število	46	22	35	61	36	200
		Row %	23,0%	11,0%	17,5%	30,5%	18,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	74,30	28	,000
Razmerje verjetij	80,15	28	,000
Fisher-Freeman-Halton test			,000
N veljavnih primerov	200		

Pobuda za zdravljenje × star. Obdobje

			star_obd						Skupaj
			pod 25	25 do 44	45 do 54	55 do 64	65 do 74	75 do 84	85 in več
pobud_z_r	drugi	Število	0	1	1	2	0	0	0
		Row %	,0%	25,0%	25,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%
		Column %	,0%	1,9%	2,6%	4,1%	,0%	,0%	,0%
	otroci	Število	0	0	0	4	2	4	2
		Row %	,0%	,0%	,0%	33,3%	16,7%	33,3%	16,7%
		Column %	,0%	,0%	,0%	8,2%	7,7%	33,3%	20,0%
	partner	Število	0	3	2	4	2	0	0
		Row %	,0%	27,3%	18,2%	36,4%	18,2%	,0%	,0%
		Column %	,0%	5,7%	5,3%	8,2%	7,7%	,0%	,0%
	sam	Število	1	7	7	12	2	1	0
		Row %	3,3%	23,3%	23,3%	40,0%	6,7%	3,3%	,0%
		Column %	8,3%	13,2%	18,4%	24,5%	7,7%	8,3%	,0%
	sorojenci	Število	0	1	1	0	3	1	0
		Row %	,0%	16,7%	16,7%	,0%	50,0%	16,7%	,0%
		Column %	,0%	1,9%	2,6%	,0%	11,5%	8,3%	,0%
	starši	Število	1	7	3	1	0	0	0
		Row %	8,3%	58,3%	25,0%	8,3%	,0%	,0%	,0%
		Column %	8,3%	13,2%	7,9%	2,0%	,0%	,0%	,0%
	ustanove	Število	1	5	5	3	5	0	2
		Row %	4,8%	23,8%	23,8%	14,3%	23,8%	,0%	9,5%
		Column %	8,3%	9,4%	13,2%	6,1%	19,2%	,0%	20,0%
	zdravstvo	Število	9	29	19	23	12	6	6
		Row %	8,7%	27,9%	18,3%	22,1%	11,5%	5,8%	5,8%

			star_obd							Skupaj
			pod 25	25 do 44	45 do 54	55 do 64	65 do 74	75 do 84	85 in več	
		Column %	75,0%	54,7%	50,0%	46,9%	46,2%	50,0%	60,0%	52,0%
Skupaj		Število	12	53	38	49	26	12	10	200
		Row %	6,0%	26,5%	19,0%	24,5%	13,0%	6,0%	5,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	62,51	42	,022
Razmerje verjetij	65,59	42	,011
Fisher-Freeman-Halton test			,050
N veljavnih primerov	200		

Pobuda za načrtovanje odpusta

Pobuda za načrtovanje odpusta

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	brez NO	24	12,0%	12,0%	12,0%
	mama	7	3,5%	3,5%	15,5%
	mož	1	,5%	,5%	16,0%
	otroci	15	7,5%	7,5%	23,5%
	psihiater	12	6,0%	6,0%	29,5%
	sam	78	39,0%	39,0%	68,5%
	soc.del.	50	25,0%	25,0%	93,5%
	sorojenci	4	2,0%	2,0%	95,5%
	ustanove	9	4,5%	4,5%	100,0%
Skupaj		200	100,0%		

Pobuda za hospitalizacijo in pobuda za NO - podrobnejše

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	CSD_soc.del.	1	,50	,50	,50
	DU_brez NO	1	,50	,50	1,00
	DU_hči	1	,50	,50	1,50
	DU_soc.del.	1	,50	,50	2,00
	KOS_KOS	1	,50	,50	2,50
	SS_sam	3	1,50	1,50	4,00
	SVZ_SVZ	2	1,00	1,00	5,00
	SVZ_sam	7	3,50	3,50	8,50
	SVZ_soc.del.	2	1,00	1,00	9,50
	VDC_soc.del.	1	,50	,50	10,00
	brat_brat	1	,50	,50	10,50
	brat_soc.del.	1	,50	,50	11,00
	hči_brez NO	1	,50	,50	11,50
	hči_hči	3	1,50	1,50	13,00
	hči_psihiater	1	,50	,50	13,50
	hči_sam	1	,50	,50	14,00

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	hči_sestra	1	,50	,50	14,50
	hči_soc. del.	1	,50	,50	15,00
	hči_svakinja	1	,50	,50	15,50
	mama_brez NO	2	1,00	1,00	16,50
	mama_mama	6	3,00	3,00	19,50
	mama_psihiater	1	,50	,50	20,00
	mama_sam	1	,50	,50	20,50
	mama_soc.del.	1	,50	,50	21,00
	mož_brez NO	1	,50	,50	21,50
	mož_mož	1	,50	,50	22,00
	mož_sam	1	,50	,50	22,50
	mož_soc. del.	3	1,50	1,50	24,00
	oče_brez NO	1	,50	,50	24,50
	partner_soc. del.	1	,50	,50	25,00
	prijatelj_sam	1	,50	,50	25,50
	psihiater_NVO	1	,50	,50	26,00
	psihiater_brez NO	2	1,00	1,00	27,00
	psihiater_hči	4	2,00	2,00	29,00
	psihiater_psihiater	2	1,00	1,00	30,00
	psihiater_sam	16	8,00	8,00	38,00
	psihiater_sin	3	1,50	1,50	39,50
	psihiater_soc. del.	10	5,00	5,00	44,50
	sam_brez NO	7	3,50	3,50	48,00
	sam_sam	18	9,00	9,00	57,00
	sam_soc. del.	5	2,50	2,50	59,50
	sestra_hči	1	,50	,50	60,00
	sestra_psihiater	1	,50	,50	60,50
	sestra_sam	1	,50	,50	61,00
	sestra_soc. del.	1	,50	,50	61,50
	sin_psihiater	1	,50	,50	62,00
	sin_soc. del.	2	1,00	1,00	63,00
	skrbnik_sam	1	,50	,50	63,50
	služba_NVO	1	,50	,50	64,00
	sodižče_sam	1	,50	,50	64,50
	sosed_soc. del.	1	,50	,50	65,00
	spl.bol._CSD	1	,50	,50	65,50
	spl.bol._brez NO	3	1,50	1,50	67,00
	spl.bol._psihiater	1	,50	,50	67,50
	spl.bol._sam	4	2,00	2,00	69,50
	spl.bol._soc. del.	3	1,50	1,50	71,00
	spl.zdr._CSD	2	1,00	1,00	72,00
	spl.zdr._KOS	1	,50	,50	72,50
	spl.zdr._brez NO	4	2,00	2,00	74,50
	spl.zdr._hči	2	1,00	1,00	75,50
	spl.zdr._mama	1	,50	,50	76,00

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	spl.zdr._psihiater	5	2,50	2,50	78,50
	spl.zdr._sam	21	10,50	10,50	89,00
	spl.zdr._sestra	1	,50	,50	89,50
	spl.zdr._sin	1	,50	,50	90,00
	spl.zdr._soc. del.	16	8,00	8,00	98,00
	žena_brez NO	2	1,00	1,00	99,00
	žena_sam	2	1,00	1,00	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Pobuda za načrtovanje odpusta× spol

			Osební podatki Spol		Skupaj
			ženske	moški	
pobud_no_r	brez NO	Število	12	12	24
		Row %	50,0%	50,0%	100,0%
		Column %	12,0%	12,0%	12,0%
	mama	Število	2	5	7
		Row %	28,6%	71,4%	100,0%
		Column %	2,0%	5,0%	3,5%
	partner/ka	Število	1	0	1
		Row %	100,0%	,0%	100,0%
		Column %	1,0%	,0%	,5%
	otroci	Število	6	9	15
		Row %	40,0%	60,0%	100,0%
		Column %	6,0%	9,0%	7,5%
	psihiater	Število	5	7	12
		Row %	41,7%	58,3%	100,0%
		Column %	5,0%	7,0%	6,0%
	sam	Število	39	39	78
		Row %	50,0%	50,0%	100,0%
		Column %	39,0%	39,0%	39,0%
	soc.del.	Število	33	17	50
		Row %	66,0%	34,0%	100,0%
		Column %	33,0%	17,0%	25,0%
	sorojenci	Število	1	3	4
		Row %	25,0%	75,0%	100,0%
		Column %	1,0%	3,0%	2,0%
	ustanove	Število	1	8	9
		Row %	11,1%	88,9%	100,0%
		Column %	1,0%	8,0%	4,5%
Skupaj		Število	100	100	200
		Row %	50,0%	50,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	14,78	8	,063
Razmerje verjetij	16,11	8	,041
Fisher-Freeman-Halton test			,049
N veljavnih primerov	200		

Pobuda za načrtovanje odpusta× stan

			stan_r			Skupaj
			samski	v zvezi	drugo	
pobud_no_r	brez NO	Število	7	13	4	24
		Row %	29,2%	54,2%	16,7%	100,0%
		Column %	6,8%	21,0%	11,4%	12,0%
	mama	Število	7	0	0	7
		Row %	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		Column %	6,8%	,0%	,0%	3,5%
	partner/ka	Število	0	1	0	1
		Row %	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		Column %	,0%	1,6%	,0%	,5%
	otroci	Število	1	8	6	15
		Row %	6,7%	53,3%	40,0%	100,0%
		Column %	1,0%	12,9%	17,1%	7,5%
	psihiater	Število	4	4	4	12
		Row %	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		Column %	3,9%	6,5%	11,4%	6,0%
	Sam	Število	48	23	7	78
		Row %	61,5%	29,5%	9,0%	100,0%
		Column %	46,6%	37,1%	20,0%	39,0%
	soc.del.	Število	27	12	11	50
		Row %	54,0%	24,0%	22,0%	100,0%
		Column %	26,2%	19,4%	31,4%	25,0%
	sorojenci	Število	1	0	3	4
		Row %	25,0%	,0%	75,0%	100,0%
		Column %	1,0%	,0%	8,6%	2,0%
	ustanove	Število	8	1	0	9
		Row %	88,9%	11,1%	,0%	100,0%
		Column %	7,8%	1,6%	,0%	4,5%
Skupaj		Število	103	62	35	200
		Row %	51,5%	31,0%	17,5%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	51,19	16	,000
Razmerje verjetij	55,42	16	,000
Fisher-Freeman-Halton test			,000
N veljavnih primerov	200		

Pobuda za načrtovanje odpusta × zap. status

			zap_r					Skupaj
			brezposeln	drugo	inv.up.	upokojen	zaposlen	
pobud_no_r	brez NO	Število	1	2	2	9	10	24
		Row %	4,2%	8,3%	8,3%	37,5%	41,7%	100,0%
		Column %	2,2%	9,1%	5,7%	14,8%	27,8%	12,0%
	mama	Število	1	4	0	1	1	7
		Row %	14,3%	57,1%	,0%	14,3%	14,3%	100,0%
		Column %	2,2%	18,2%	,0%	1,6%	2,8%	3,5%
	partner/ka	Število	1	0	0	0	0	1
		Row %	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Column %	2,2%	,0%	,0%	,0%	,0%	,5%
	otroci	Število	0	0	0	15	0	15
		Row %	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		Column %	,0%	,0%	,0%	24,6%	,0%	7,5%
	psihiater	Število	1	0	3	6	2	12

			zap_r					Skupaj
			brezposeln	drugo	inv.up.	upokojen	zaposlen	
	sam	Row %	8,3%	,0%	25,0%	50,0%	16,7%	100,0%
		Column %	2,2%	,0%	8,6%	9,8%	5,6%	6,0%
		Število	23	8	19	10	18	78
	soc.del.	Row %	29,5%	10,3%	24,4%	12,8%	23,1%	100,0%
		Column %	50,0%	36,4%	54,3%	16,4%	50,0%	39,0%
		Število	16	8	8	14	4	50
	sorojenci	Row %	32,0%	16,0%	16,0%	28,0%	8,0%	100,0%
		Column %	34,8%	36,4%	22,9%	23,0%	11,1%	25,0%
		Število	0	0	0	4	0	4
	ustanove	Row %	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		Column %	,0%	,0%	,0%	6,6%	,0%	2,0%
		Število	3	0	3	2	1	9
	Skupaj	Row %	33,3%	,0%	33,3%	22,2%	11,1%	100,0%
		Column %	6,5%	,0%	8,6%	3,3%	2,8%	4,5%
		Število	46	22	35	61	36	200
	Skupaj	Row %	23,0%	11,0%	17,5%	30,5%	18,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Število	46	22	35	61	36	200

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	101,16	32	,000
Razmerje verjetij	101,65	32	,000
Fisher-Freeman-Halton test			,000
N veljavnih primerov	200		

Pobuda za načrtovanje odpusta × star. obd

			star obd							Skupaj
			pod 25	25 do 44	45 do 54	55 do 64	65 do 74	75 do 84	85 in več	
pobud_no_r	brez NO	Število	1	6	3	9	3	2	0	24
		Row %	4,2%	25,0%	12,5%	37,5%	12,5%	8,3%	,0%	100,0%
		Column %	8,3%	11,3%	7,9%	18,4%	11,5%	16,7%	,0%	12,0%
	mama	Število	2	3	1	1	0	0	0	7
		Row %	28,6%	42,9%	14,3%	14,3%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Column %	16,7%	5,7%	2,6%	2,0%	,0%	,0%	,0%	3,5%
	partner/ka	Število	0	0	1	0	0	0	0	1
		Row %	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Column %	,0%	,0%	2,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	,5%
	otroci	Število	0	0	0	0	6	4	5	15
		Row %	,0%	,0%	,0%	,0%	40,0%	26,7%	33,3%	100,0%
		Column %	,0%	,0%	,0%	,0%	23,1%	33,3%	50,0%	7,5%
	psihater	Število	1	2	2	2	2	1	2	12
		Row %	8,3%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	8,3%	16,7%	100,0%
		Column %	8,3%	3,8%	5,3%	4,1%	7,7%	8,3%	20,0%	6,0%
	sam	Število	6	17	22	25	8	0	0	78
		Row %	7,7%	21,8%	28,2%	32,1%	10,3%	,0%	,0%	100,0%
		Column %	50,0%	32,1%	57,9%	51,0%	30,8%	,0%	,0%	39,0%
	soc.del.	Število	2	21	5	11	6	2	3	50
		Row %	4,0%	42,0%	10,0%	22,0%	12,0%	4,0%	6,0%	100,0%

			star_obd							Skupaj
			pod 25	25 do 44	45 do 54	55 do 64	65 do 74	75 do84	85 in več	
	sorojenci	Column %	16,7%	39,6%	13,2%	22,4%	23,1%	16,7%	30,0%	25,0%
		Število	0	0	0	1	1	2	0	4
		Row %	,0%	,0%	,0%	25,0%	25,0%	50,0%	,0%	100,0%
	ustanove	Column %	,0%	,0%	,0%	2,0%	3,8%	16,7%	,0%	2,0%
		Število	0	4	4	0	0	1	0	9
		Row %	,0%	44,4%	44,4%	,0%	,0%	11,1%	,0%	100,0%
Skupaj	Column %	,0%	7,5%	10,5%	,0%	,0%	8,3%	,0%	4,5%	
	Število	12	53	38	49	26	12	10	200	
	Row %	6,0%	26,5%	19,0%	24,5%	13,0%	6,0%	5,0%	100,0%	
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	123,17	48	,000
Razmerje verjetij	116,00	48	,000
Fisher-Freeman-Halton test			,000
N veljavnih primerov	200		

Načrtovanje odpusta × spol

			spol		Skupaj
			ženske	moški	
Načrtovanje odpusta	specilizirano načrtovanje	Števec	87	89	176
		Row %	49,4%	50,6%	100,0%
		Column %	87,0%	89,0%	88,0%
		Total %	43,5%	44,5%	88,0%
	osnovno načrtovanje	Števec	13	11	24
		Row %	54,2%	45,8%	100,0%
		Column %	13,0%	11,0%	12,0%
		Total %	6,5%	5,5%	12,0%
Skupaj		Števec	100	100	200
		Row %	50,0%	50,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	50,0%	50,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Natančna stat. znač. (2-smerni test)	Natančna stat. znač. (1-smerni test)
Pearsonov Hi-kvadrat	,19	1	,663		
Razmerje verjetij	,19	1	,663		
Fisherjev natančni test				,828	,414
Continuity Correction	,05	1	,828		

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Natančna stat. znač. (2-smerni test)	Natančna stat. znač. (1-smerni test)
Linear-by-Linear Association	,19	1	,664		
N veljavnih primerov	200				

Načrtovanje odpusta × Zakonski stan

			Zakonski stan			Skupaj
			samski	poročen	drugo	
Načrtovanje odpusta	specilizirano načrtovanje	Števec	97	49	30	176
		Row %	55,1%	27,8%	17,0%	100,0%
		Column %	94,2%	79,0%	85,7%	88,0%
		Total %	48,5%	24,5%	15,0%	88,0%
	osnovno načrtovanje	Števec	6	13	5	24
		Row %	25,0%	54,2%	20,8%	100,0%
		Column %	5,8%	21,0%	14,3%	12,0%
		Total %	3,0%	6,5%	2,5%	12,0%
Skupaj		Števec	103	62	35	200
		Row %	51,5%	31,0%	17,5%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	51,5%	31,0%	17,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	8,61	2	,013
Razmerje verjetij	8,63	2	,013
Linear-by-Linear Association	4,20	1	,040
N veljavnih primerov	200		

Načrtovanje odpusta × Zaposlitveni status

			Zaposlitveni status					Skupaj
			brezposeln	drugo	inv.up.	upokojen	zaposlen	
Načrtovanje odpusta	specilizirano načrtovanje	Števec	46	20	33	51	26	176
		Row %	26,1%	11,4%	18,8%	29,0%	14,8%	100,0%
		Column %	100,0%	90,9%	94,3%	83,6%	72,2%	88,0%
		Total %	23,0%	10,0%	16,5%	25,5%	13,0%	88,0%
	osnovno načrtovanje	Števec	0	2	2	10	10	24
		Row %	,0%	8,3%	8,3%	41,7%	41,7%	100,0%
		Column %	,0%	9,1%	5,7%	16,4%	27,8%	12,0%
		Total %	,0%	1,0%	1,0%	5,0%	5,0%	12,0%
Skupaj		Števec	46	22	35	61	36	200
		Row %	23,0%	11,0%	17,5%	30,5%	18,0%	100,0%

			Zaposlitveni status					Skupaj
			brezposeln	drugo	inv.up.	upokojen	zaposlen	
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	23,0%	11,0%	17,5%	30,5%	18,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	17,36	4	,002
Razmerje verjetij	21,06	4	,000
N veljavnih primerov	200		

Načrtovanje odpusta × Starost

			Starost							Skupaj
			pod 25	25 do 44	45 do 54	55 do 64	65 do 74	75 do84	85 in več	
Načrtovanje odpusta	specilizirano načrtovanje	Števec	11	48	35	41	22	9	10	176
		Row %	6,3%	27,3%	19,9%	23,3%	12,5%	5,1%	5,7%	100,0%
		Column %	91,7%	90,6%	92,1%	83,7%	84,6%	75,0%	100,0%	88,0%
		Total %	5,5%	24,0%	17,5%	20,5%	11,0%	4,5%	5,0%	88,0%
	osnovno načrtovanje	Števec	1	5	3	8	4	3	0	24
		Row %	4,2%	20,8%	12,5%	33,3%	16,7%	12,5%	,0%	100,0%
		Column %	8,3%	9,4%	7,9%	16,3%	15,4%	25,0%	,0%	12,0%
		Total %	,5%	2,5%	1,5%	4,0%	2,0%	1,5%	,0%	12,0%
Skupaj		Števec	12	53	38	49	26	12	10	200
		Row %	6,0%	26,5%	19,0%	24,5%	13,0%	6,0%	5,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	6,0%	26,5%	19,0%	24,5%	13,0%	6,0%	5,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	5,52	6	,479
Razmerje verjetij	6,34	6	,386
Linear-by-Linear Association	,72	1	,397
N veljavnih primerov	200		

Sodelovanje bližnjih

Sodelovanje bližnjih

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	drugi	10	5,0%	5,0%	5,0%
	nihče	105	52,5%	52,5%	57,5%
	otroci	30	15,0%	15,0%	72,5%
	partner	17	8,5%	8,5%	81,0%
	sorojenci	10	5,0%	5,0%	86,0%
	starši	28	14,0%	14,0%	100,0%
Skupaj		200	100,0%		

Sodelovanje bližnjih × spol

			Osební podatki Spol		Skupaj
			ženske	moški	
vkljsvoj_r	drugi	Število	6	4	10
		Row %	60,0%	40,0%	100,0%
		Column %	6,0%	4,0%	5,0%
	nihče	Število	49	56	105
		Row %	46,7%	53,3%	100,0%
		Column %	49,0%	56,0%	52,5%
	otroci	Število	19	11	30
		Row %	63,3%	36,7%	100,0%
		Column %	19,0%	11,0%	15,0%
	partner	Število	10	7	17
		Row %	58,8%	41,2%	100,0%
		Column %	10,0%	7,0%	8,5%
	sorojenci	Število	4	6	10
		Row %	40,0%	60,0%	100,0%
		Column %	4,0%	6,0%	5,0%
	starši	Število	12	16	28
		Row %	42,9%	57,1%	100,0%
		Column %	12,0%	16,0%	14,0%
Skupaj		Število	100	100	200
		Row %	50,0%	50,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	4,50	5	,480
Razmerje verjetij	4,54	5	,475
Fisher-Freeman-Halton test			,488
N veljavnih primerov	200		

Sodelovanje bližnjih × stan

		stan_r				Skupaj
			samski	v zvezi	drugo	
vkljsvoj_r	drugi	Število	3	1	6	10
		Row %	30,0%	10,0%	60,0%	100,0%
		Column %	2,9%	1,6%	17,1%	5,0%
	nihče	Število	57	31	17	105
		Row %	54,3%	29,5%	16,2%	100,0%
		Column %	55,3%	50,0%	48,6%	52,5%
	otroci	Število	7	13	10	30

			stan_r			Skupaj
			samski	v zvezi	drugo	
	Partner/ka	Row %	23,3%	43,3%	33,3%	100,0%
		Column %	6,8%	21,0%	28,6%	15,0%
		Število	1	16	0	17
		Row %	5,9%	94,1%	,0%	100,0%
		Column %	1,0%	25,8%	,0%	8,5%
		sorojenci	Število	7	1	2
	Row %		70,0%	10,0%	20,0%	100,0%
	Column %		6,8%	1,6%	5,7%	5,0%
	starši	Število	28	0	0	28
		Row %	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		Column %	27,2%	,0%	,0%	14,0%
	Skupaj		Število	103	62	35
Row %			51,5%	31,0%	17,5%	100,0%
Column %			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	83,55	10	,000
Razmerje verjetij	91,06	10	,000
Fisher-Freeman-Halton test			,000
N veljavnih primerov	200		

Sodelovanje bližnjih × zap.status

			zap_r					Skupaj
			brezposeln	drugo	inv.up.	upokojen	zaposlen	
vkljsvoj_r	drugi	Število	0	1	3	6	0	10
		Row %	,0%	10,0%	30,0%	60,0%	,0%	100,0%
		Column %	,0%	4,5%	8,6%	9,8%	,0%	5,0%
	nihče	Število	27	10	22	21	25	105
		Row %	25,7%	9,5%	21,0%	20,0%	23,8%	100,0%
		Column %	58,7%	45,5%	62,9%	34,4%	69,4%	52,5%
	otroci	Število	4	0	2	24	0	30
		Row %	13,3%	,0%	6,7%	80,0%	,0%	100,0%
		Column %	8,7%	,0%	5,7%	39,3%	,0%	15,0%
	Partner/ka	Število	1	1	2	5	8	17
		Row %	5,9%	5,9%	11,8%	29,4%	47,1%	100,0%
		Column %	2,2%	4,5%	5,7%	8,2%	22,2%	8,5%
	sorojenci	Število	2	2	2	3	1	10
		Row %	20,0%	20,0%	20,0%	30,0%	10,0%	100,0%
		Column %	4,3%	9,1%	5,7%	4,9%	2,8%	5,0%
starši	Število	12	8	4	2	2	28	
	Row %	42,9%	28,6%	14,3%	7,1%	7,1%	100,0%	
	Column %	26,1%	36,4%	11,4%	3,3%	5,6%	14,0%	
Skupaj		Število	46	22	35	61	36	200
		Row %	23,0%	11,0%	17,5%	30,5%	18,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	82,62	20	,000
Razmerje verjetij	86,17	20	,000
Fisher-Freeman-Halton test			,000
N veljavnih primerov	200		

Sodelovanje bližnjih × star.obd

			star_ obd							Skupaj
			pod 25	25 do 44	45 do 54	55 do 64	65 do 74	75 do84	85 in več	
vkljsvoj_r	drugi	Število	0	1	2	3	2	1	1	10
		Row %	,0%	10,0%	20,0%	30,0%	20,0%	10,0%	10,0%	100,0%
		Column %	,0%	1,9%	5,3%	6,1%	7,7%	8,3%	10,0%	5,0%
	nihče	Število	3	36	23	29	11	2	1	105
		Row %	2,9%	34,3%	21,9%	27,6%	10,5%	1,9%	1,0%	100,0%
		Column %	25,0%	67,9%	60,5%	59,2%	42,3%	16,7%	10,0%	52,5%
	otroci	Število	0	0	2	7	7	6	8	30
		Row %	,0%	,0%	6,7%	23,3%	23,3%	20,0%	26,7%	100,0%
		Column %	,0%	,0%	5,3%	14,3%	26,9%	50,0%	80,0%	15,0%
	Partner/ka	Število	1	3	3	5	4	1	0	17
		Row %	5,9%	17,6%	17,6%	29,4%	23,5%	5,9%	,0%	100,0%
		Column %	8,3%	5,7%	7,9%	10,2%	15,4%	8,3%	,0%	8,5%
	sorojenci	Število	1	3	0	3	2	1	0	10
		Row %	10,0%	30,0%	,0%	30,0%	20,0%	10,0%	,0%	100,0%
		Column %	8,3%	5,7%	,0%	6,1%	7,7%	8,3%	,0%	5,0%
	starši	Število	7	10	8	2	0	1	0	28
		Row %	25,0%	35,7%	28,6%	7,1%	,0%	3,6%	,0%	100,0%
		Column %	58,3%	18,9%	21,1%	4,1%	,0%	8,3%	,0%	14,0%
Skupaj		Število	12	53	38	49	26	12	10	200
		Row %	6,0%	26,5%	19,0%	24,5%	13,0%	6,0%	5,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	101,72	30	,000
Razmerje verjetij	98,93	30	,000
Fisher-Freeman-Halton test			,000
N veljavnih primerov	200		

Uporabnik (aktivni/ pasivni)

Uporabnik (aktivni/ pasivni)

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	pasivni	62	31,00	31,00	31,00
	aktivni	138	69,00	69,00	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Uporabnik (sodelovanje pri načrtovanju) × Spol

			Spol		Skupaj
			ženske	moški	
Uporabnik (sodelovanje pri načrtovanju)	Neaktiven	Števec	33	29	62
		Vrstica %	53,2 %	46,8 %	100,0 %
		Stolpec %	33,0 %	29,0 %	31,0 %
		Skupni %	16,5 %	14,5 %	31,0 %
	Aktiven	Števec	67	71	138
		Vrstica %	48,6 %	51,4 %	100,0 %
		Stolpec %	67,0 %	71,0 %	69,0 %
		Skupni %	33,5 %	35,5 %	69,0 %
Skupaj		Števec	100	100	200
		Vrstica %	50,0 %	50,0 %	100,0 %
		Stolpec %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		Skupni %	50,0 %	50,0 %	100,0 %

Hi-kvadrat test

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Natančna stat. znač. (2-smerni test)	Natančna stat. znač. (1-smerni test)
Pearsonov Hi-kvadrat	,37	1	,541		
N veljavnih primerov	200				

Uporabnik (sodelovanje pri načrtovanju) × Starost

			Starost							Skupaj
			pod 25	25 do 44	45 do 54	55 do 64	65 do 74	75 do84	85 in več	
Uporabnik (sodelovanje pri načrtovanju)	Neaktiven	Števec	4	10	7	10	11	11	9	62
		Vrstica %	6,5 %	16,1 %	11,3 %	16,1 %	17,7 %	17,7 %	14,5 %	100,0 %
		Stolpec %	33,3 %	18,9 %	18,4 %	20,4 %	42,3 %	91,7 %	90,0 %	31,0 %
		Skupni %	2,0 %	5,0 %	3,5 %	5,0 %	5,5 %	5,5 %	4,5 %	31,0 %
	Aktiven	Števec	8	43	31	39	15	1	1	138
		Vrstica %	5,8 %	31,2 %	22,5 %	28,3 %	10,9 %	,7 %	,7 %	100,0 %
		Stolpec %	66,7 %	81,1 %	81,6 %	79,6 %	57,7 %	8,3 %	10,0 %	69,0 %
		Skupni %	4,0 %	21,5 %	15,5 %	19,5 %	7,5 %	,5 %	,5 %	69,0 %
Skupaj		Števec	12	53	38	49	26	12	10	200
		Vrstica %	6,0 %	26,5 %	19,0 %	24,5 %	13,0 %	6,0 %	5,0 %	100,0 %
		Stolpec %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		Skupni %	6,0 %	26,5 %	19,0 %	24,5 %	13,0 %	6,0 %	5,0 %	100,0 %

Hi-kvadrat test

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	47,53	6	,000
N veljavnih primerov	200		

Ključna oseba

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	nihče	27	13,5 %	13,5 %	13,5 %
	soc. del	171	85,5 %	85,5 %	99,0 %
	KOS	2	1,0 %	1,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Sodelovanje služb pri NO

Sodelovanje pri NO v PB soc. del.

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	27	13,5 %	13,5 %	13,5 %
	1	173	86,5 %	86,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Sodelovanje pri NO v PB psihiater

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	128	64,0 %	64,0 %	64,0 %
	1	72	36,0 %	36,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Sodelovanje pri NO v PB direktor

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	198	99,0 %	99,0 %	99,0 %
	1	2	1,0 %	1,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Sodelovanje pri NO v PB dipl. med. ses.

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	160	80,0 %	80,0 %	80,0 %
	1	40	20,0 %	20,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Število sodelujočih služb

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	0	26	13,00	13,00	13,00
	1	30	15,00	15,00	28,00
	2	94	47,00	47,00	75,00
	3	36	18,00	18,00	93,00
	4	14	7,00	7,00	100,00

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
Skupaj		200	100,0	100,0	

Ključna oseba

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
nihče	0	27	13,50	13,50	13,50
soc. del	1	171	85,50	85,50	99,00
KOS	2	2	1,00	1,00	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Število ugotovljenih potreb

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	0	33	16,50	16,50	16,50
	1	96	48,00	48,00	64,50
	2	39	19,50	19,50	84,00
	3	23	11,50	11,50	95,50
	4	7	3,50	3,50	99,00
	5	2	1,00	1,00	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Ocena potreb:

Ocena potreb Pomanjkanje ustreznih informacij

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	180	90,0 %	90,0 %	90,0 %
	1	20	10,0 %	10,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Materialna stiska

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	160	80,0 %	80,0 %	80,0 %
	1	40	20,0 %	20,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Nestrinjanje s hospitalizacijo

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	196	98,0 %	98,0 %	98,0 %
	1	4	2,0 %	2,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Nasilje

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	196	98,0 %	98,0 %	98,0 %
	1	4	2,0 %	2,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Slabi družinski odnosi

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	192	96,0 %	96,0 %	96,0 %
	1	8	4,0 %	4,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Neurejen status

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	194	97,0 %	97,0 %	97,0 %
	1	6	3,0 %	3,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Odvisnost

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	188	94,0 %	94,0 %	94,0 %
	1	12	6,0 %	6,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Preskrba osnovnih sredstev in denarja

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	154	77,0 %	77,0 %	77,0 %
	1	46	23,0 %	23,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Osamljenost

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	196	98,0 %	98,0 %	98,0 %
	1	4	2,0 %	2,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Težave pri šolanju

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	196	98,0 %	98,0 %	98,0 %
	1	4	2,0 %	2,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Težave v službi

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	194	97,0 %	97,0 %	97,0 %
	1	6	3,0 %	3,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Neurejene bivanjske razmere

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	189	94,5 %	94,5 %	94,5 %
	1	11	5,5 %	5,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Nezmožnost samostojnega bivanja

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	153	76,5 %	76,5 %	76,5 %
	1	47	23,5 %	23,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Neurejeno zdravstveno zavarovanje

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	187	93,5 %	93,5 %	93,5 %
	1	13	6,5 %	6,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Potrebuje pomoč pri bančnih, upravnih, pravnih zadevah

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	177	88,5 %	88,5 %	88,5 %
	1	23	11,5 %	11,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Potreba po pomoči pri vsakodnevnih opravilih

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	195	97,5 %	97,5 %	97,5 %
	1	5	2,5 %	2,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Potreba po urediti skrbništva

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	196	98,0 %	98,0 %	98,0 %
	1	4	2,0 %	2,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Tujec na zdravljenju v SLO

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	199	99,5 %	99,5 %	99,5 %
	1	1	,5 %	,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Sprememba statusa

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	192	96,0 %	96,0 %	96,0 %
	1	8	4,0 %	4,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Neurejen bolniški stalež

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	192	96,0 %	96,0 %	96,0 %
	1	8	4,0 %	4,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Ocena potreb Premestitev (DU, SVZ, SS, VDC)

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	193	96,5 %	96,5 %	96,5 %
	1	7	3,5 %	3,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Število napotitev ob odpustu

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	0	83	41,50	41,50	41,50
	1	76	38,00	38,00	79,50
	2	39	19,50	19,50	99,00
	3	1	,50	,50	99,50
	4	1	,50	,50	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Število ciljev po odpustu

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	0	52	26,00	26,00	26,00
	1	86	43,00	43,00	69,00
	2	38	19,00	19,00	88,00
	3	20	10,00	10,00	98,00
	4	3	1,50	1,50	99,50
	5	1	,50	,50	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Postavljeni cilji:

Cilji po odpustu Edukacija o možnih virih pomoči v skupnosti

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	180	90,0 %	90,0 %	90,0 %
	1	20	10,0 %	10,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu ureditev IDSP

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	187	93,5 %	93,5 %	93,5 %
	1	13	6,5 %	6,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu ureditev DSP

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	188	94,0 %	94,0 %	94,0 %
	1	12	6,0 %	6,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu ureditev varstvenega dodatka

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	198	99,0 %	99,0 %	99,0 %
	1	2	1,0 %	1,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu krizne namestitve zaradi nasilja

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	198	99,0 %	99,0 %	99,0 %
	1	2	1,0 %	1,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu vključitev v družinsko obravnavo zaradi slabih odnosov

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	198	99,0 %	99,0 %	99,0 %
	1	2	1,0 %	1,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu urejanje odvisnosti (terapevtski programi)

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	188	94,0 %	94,0 %	94,0 %
	1	12	6,0 %	6,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu preskrba osnovnih potrebščin (Karitas, Rdeči križ)

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	182	91,0 %	91,0 %	91,0 %
	1	18	9,0 %	9,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu vključitev po odpustu (dnevni centri, društva ...)

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	AA,KZA	3	1,5 %	1,5 %	1,5 %
	NVO	26	13,0 %	13,0 %	14,5 %
	dne.cent.za odv.	2	1,0 %	1,0 %	15,5 %
	dnev. cen. VDC	1	,5 %	,5 %	16,0 %
	dnev.cen.za demenco	2	1,0 %	1,0 %	17,0 %
	ni	166	83,0 %	83,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu dogovor o nadaljevanju šolanja

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	197	98,5 %	98,5 %	98,5 %
	1	3	1,5 %	1,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu dogovor o pogojih dela v službi

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	197	98,5 %	98,5 %	98,5 %
	1	3	1,5 %	1,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu namestitev v stanovanjske skupnosti

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	196	98,0 %	98,0 %	98,0 %
	1	4	2,0 %	2,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu namestitve v DU, SVZ in VDC

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	173	86,5 %	86,5 %	86,5 %
	1	27	13,5 %	13,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu namestitev v DU, SVZ po 75. členu ZDZ

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	195	97,5 %	97,5 %	97,5 %
	1	5	2,5 %	2,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu namestitve v zavetišče za brezdomce

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	199	99,5 %	99,5 %	99,5 %
	1	1	,5 %	,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu namestitev v zasebna bivališča

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	197	98,5 %	98,5 %	98,5 %
	1	3	1,5 %	1,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu ureditev zdravstvenega zavarovanja

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	185	92,5 %	92,5 %	92,5 %
	1	15	7,5 %	7,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu ureditev pravnih, upravnih, bančnih zadev

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	177	88,5 %	88,5 %	88,5 %
	1	23	11,5 %	11,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu ureditev pomoči na domu

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	193	96,5 %	96,5 %	96,5 %
	1	7	3,5 %	3,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu ureditev osebne asistencе

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	196	98,0 %	98,0 %	98,0 %
	1	4	2,0 %	2,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu urejeno skrbništvo

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	193	96,5 %	96,5 %	96,5 %
	1	7	3,5 %	3,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu vrnitev tujca v svojo državo

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	199	99,5 %	99,5 %	99,5 %
	1	1	,5 %	,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu sprožitve IK postopka

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	196	98,0 %	98,0 %	98,0 %
	1	4	2,0 %	2,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu prijave na Urad za delo

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	192	96,0 %	96,0 %	96,0 %
	1	8	4,0 %	4,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu ureditev bolniškega staleža

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	192	96,0 %	96,0 %	96,0 %
	1	8	4,0 %	4,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Cilji po odpustu ureditev primerne domačega bivalnega okolja (neustrezni pogoji)

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	199	99,5 %	99,5 %	99,5 %
	1	1	,5 %	,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Metode dela

Metode dela s posameznikom

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	0	47	23,50	23,50	23,50
	1	153	76,50	76,50	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Metode dela S skupino

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	0	50	25,00	25,00	25,00
	1	150	75,00	75,00	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Metode dela S skupnostjo SD

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	0	47	23,50	23,50	23,50
	1	153	76,50	76,50	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Kam ob odpustu

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
domov	1	132	66,00	66,00	66,00
DU	3	21	10,50	10,50	76,50
k prijatelju	4	1	,50	,50	77,00
k sorodnikom	5	1	,50	,50	77,50
materinski dom	6	1	,50	,50	78,00
najemniško st.	7	5	2,50	2,50	80,50
noče povedati	8	1	,50	,50	81,00
SS	9	10	5,00	5,00	86,00
SVZ	11	18	9,00	9,00	95,00
terap.prog.	12	4	2,00	2,00	97,00
VDC	13	3	1,50	1,50	98,50
zavetišče za brez.	14	3	1,50	1,50	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

DESCRIPTIVES / VARIABLES = star n_hosp zdravi n_rehosp zac_no srec_st / STATISTICS = DEFAULT.

Število izdanih vlog

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	0	83	41,50	41,50	41,50
	1	87	43,50	43,50	85,00
	2	26	13,00	13,00	98,00
	3	4	2,00	2,00	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	

Kam so bile podane vloge:

Vloge podane CSD

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	165	82,5 %	82,5 %	82,5 %
	1	35	17,5 %	17,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vloge podane SVZ, DU, VDC

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	151	75,5 %	75,5 %	75,5 %
	1	49	24,5 %	24,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vloge podane NVO

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	193	96,5 %	96,5 %	96,5 %
	1	7	3,5 %	3,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vloge podane ZZ

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	193	96,5 %	96,5 %	96,5 %
	1	7	3,5 %	3,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vloge podane ZZSZ

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	191	95,5 %	95,5 %	95,5 %
	1	9	4,5 %	4,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vloge podane terap. prog. za odv.

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	196	98,0 %	98,0 %	98,0 %
	1	4	2,0 %	2,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vloge podane sodišče, upravna enota

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	174	87,0 %	87,0 %	87,0 %
	1	26	13,0 %	13,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vloge podane splošni zdr., spl. bol.

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	192	96,0 %	96,0 %	96,0 %
	1	8	4,0 %	4,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vloge podane mat. dom, kriz. cen.

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	199	99,5 %	99,5 %	99,5 %
	1	1	,5 %	,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vloge podane Rdeči križ, Karitas

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	199	99,5 %	99,5 %	99,5 %
	1	1	,5 %	,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vloge podane šola

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	197	98,5 %	98,5 %	98,5 %
	1	3	1,5 %	1,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vloge podane ZPIZ

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	199	99,5 %	99,5 %	99,5 %
	1	1	,5 %	,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Število podanih vlog

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	75	37,5 %	37,5 %	37,5 %
	1	64	32,0 %	32,0 %	69,5 %
	2	25	12,5 %	12,5 %	82,0 %
	3	15	7,5 %	7,5 %	89,5 %
	4	6	3,0 %	3,0 %	92,5 %
	5	9	4,5 %	4,5 %	97,0 %
	6	2	1,0 %	1,0 %	98,0 %
	7	2	1,0 %	1,0 %	99,0 %
	8	1	,5 %	,5 %	99,5 %
	15	1	,5 %	,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Število srečanj pri NO

Izvajanje uvodne faze NO

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	2	1,0 %	1,0 %	1,0 %
	1	198	99,0 %	99,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Izvajanje redne faze NO

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	47	23,5 %	23,5 %	23,5 %
	1	20	10,0 %	10,0 %	33,5 %
	2	29	14,5 %	14,5 %	48,0 %
	3	24	12,0 %	12,0 %	60,0 %
	4	17	8,5 %	8,5 %	68,5 %
	5	9	4,5 %	4,5 %	73,0 %
	6	19	9,5 %	9,5 %	82,5 %
	7	4	2,0 %	2,0 %	84,5 %
	8	6	3,0 %	3,0 %	87,5 %
	9	5	2,5 %	2,5 %	90,0 %
	10	8	4,0 %	4,0 %	94,0 %
	11	3	1,5 %	1,5 %	95,5 %
	12	1	,5 %	,5 %	96,0 %
	14	2	1,0 %	1,0 %	97,0 %
	15	2	1,0 %	1,0 %	98,0 %
	16	1	,5 %	,5 %	98,5 %
	20	1	,5 %	,5 %	99,0 %
	25	1	,5 %	,5 %	99,5 %
	26	1	,5 %	,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Izvajanje zaključne faze NO

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	54	27,0 %	27,0 %	27,0 %
	1	146	73,0 %	73,0 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Sodelovanje po odpustu:

KOS

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	167	83,5 %	83,5 %	83,5 %
	1	33	16,5 %	16,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

PZS

		Frekvenca	Odstotek	Odstotek veljavnih	Zbirni odstotek
Veljavno	0	173	86,5 %	86,5 %	86,5 %
	1	27	13,5 %	13,5 %	100,0 %
Skupaj		200	100,0 %		

Vključitev po odpustu × spol

			Osebni podatki Spol		Skupaj
			ženske	moški	
poodp_r	NVO	Število	7	19	26
		Row %	26,9%	73,1%	100,0%
		Column %	7,0%	19,0%	13,0%
	drugo(dnevni centri, klubi, društva)	Število	4	4	8
		Row %	50,0%	50,0%	100,0%
		Column %	4,0%	4,0%	4,0%
	nikamor	Število	89	77	166
		Row %	53,6%	46,4%	100,0%
		Column %	89,0%	77,0%	83,0%
Skupaj		Število	100	100	200
		Row %	50,0%	50,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	6,41	2	,041
Razmerje verjetij	6,62	2	,036
Fisher-Freeman-Halton test			,040
N veljavnih primerov	200		

Vključitev po odpustu × stan

			stan r			Skupaj
			samski	V zvezi	drugo	
poodp_r	NVO	Število	16	7	3	26
		Row %	61,5%	26,9%	11,5%	100,0%
		Column %	15,5%	11,3%	8,6%	13,0%
	drugo(dnev. centri, klubi, društva)	Število	5	3	0	8
		Row %	62,5%	37,5%	,0%	100,0%
		Column %	4,9%	4,8%	,0%	4,0%
	nikamor	Število	82	52	32	166
		Row %	49,4%	31,3%	19,3%	100,0%
		Column %	79,6%	83,9%	91,4%	83,0%
Skupaj		Število	103	62	35	200
		Row %	51,5%	31,0%	17,5%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	3,32	4	,506
Razmerje verjetij	4,74	4	,315
Fisher-Freeman-Halton test			,589
N veljavnih primerov	200		

Vključitev po odpustu × zap. status

			zap_r					Skupaj
			brezposeln	drugo	inv.up.	upokojen	zaposlen	
poodp_r	NVO	Število	7	2	9	4	4	26
		Row %	26,9%	7,7%	34,6%	15,4%	15,4%	100,0%
		Column %	15,2%	9,1%	25,7%	6,6%	11,1%	13,0%
	drugo(dnev. centri, klubi, društva)	Število	2	1	1	2	2	8
		Row %	25,0%	12,5%	12,5%	25,0%	25,0%	100,0%
		Column %	4,3%	4,5%	2,9%	3,3%	5,6%	4,0%
	nikamor	Število	37	19	25	55	30	166
		Row %	22,3%	11,4%	15,1%	33,1%	18,1%	100,0%
		Column %	80,4%	86,4%	71,4%	90,2%	83,3%	83,0%
Skupaj		Število	46	22	35	61	36	200
		Row %	23,0%	11,0%	17,5%	30,5%	18,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	8,28	8	,406
Razmerje verjetij	7,78	8	,455
Fisher-Freeman-Halton test			,367
N veljavnih primerov	200		

Vključitev po odpustu × star. obd

			star obd							Skupaj
			pod 25	25 do 44	45 do 54	55 do 64	65 do 74	75 do 84	85 in več	
poodp_r	NVO	Število	3	6	5	12	0	0	0	26
		Row %	11,5%	23,1%	19,2%	46,2%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Column %	25,0%	11,3%	13,2%	24,5%	,0%	,0%	,0%	13,0%
	Drugo(d.cent.,društva, klubi)	Število	0	1	3	2	2	0	0	8
		Row %	,0%	12,5%	37,5%	25,0%	25,0%	,0%	,0%	100,0%
		Column %	,0%	1,9%	7,9%	4,1%	7,7%	,0%	,0%	4,0%
	nikamor	Število	9	46	30	35	24	12	10	166
		Row %	5,4%	27,7%	18,1%	21,1%	14,5%	7,2%	6,0%	100,0%
		Column %	75,0%	86,8%	78,9%	71,4%	92,3%	100,0%	100,0%	83,0%
Skupaj			Število	12	53	38	49	26	12	200
			Row %	6,0%	26,5%	19,0%	24,5%	13,0%	6,0%	100,0%
			Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Vrednost	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearsonov Hi-kvadrat	19,03	12	,088
Razmerje verjetij	24,93	12	,015
Fisher-Freeman-Halton test			,070
N veljavnih primerov	200		

Načrt v primeru neuresničitve ciljev – krizni načrt

Oznaka vrednosti	Vrednost	Frekvenca	Odstotek	Veljaven delež	Kumulativni delež
	0	182	91,00	91,00	91,00
	1	18	9,00	9,00	100,00
Skupaj		200	100,0	100,0	