

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

**SOCIALNE DIMENZIJE NEGOVALNE BOLNIŠNICE**

Mentor: doc. dr. Jana Mali

Barbara Potočnik

Ljubljana, 2012

# PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

**Ime in priimek:** Barbara Potočnik

**Naslov naloge:** Socialne dimenzije negovalne bolnišnice

**Kraj:** Vrzenec

**Leto:** 2012

**Število strani:** 152

**število tabel:** 0

**število grafov:** 0

**Število virov:** 79

**število prilog:** 1

**Mentorica:** doc. dr. Jana Mali

**Deskriptorji:** starost, stari ljudje, bolezen, invalidnost, socialno delo, negovalna bolnišnica.

## **Povzetek:**

V diplomski nalogi sem raziskovala elemente socialne usmerjenosti institucije, potrebe uporabnikov negovalne bolnišnice in kako zaposleni na njih odgovarjajo ter vlogo in pomen socialnega dela v instituciji. Opravila sem kvalitativno raziskavo s skupno desetimi intervjuji. V vzorec sem zajela pet zaposlenih v negovalni bolnišnici, tri uporabnike in dva svojca. Podrobneje sem raziskala posamezne elemente socialne in medicinske usmerjenosti, ki so prisotni ali odsotni v negovalni bolnišnici, posamezne sestavine določenih potreb ljudi v institucijah in naloge socialnega dela. Ugotovila sem, da ima negovalna bolnišnica, kljub močnemu vplivu medicinskega modela dela, kar nekaj elementov, ki so socialni, ki ustvarjajo klimo uporabnikom bolj prijazne ustanove. Potrebe uporabnikov so podobne potrebam uporabnikom drugih institucij, z razliko, da so določene potrebe bolj v ospredju in izražene, druge pa so bolj splošene in prikrite. Socialno delo ima v negovalni bolnišnici pomembno vlogo in veliko nalog ter kaže močno tendenco po tem, da bi postalo neodvisno od medicinskega načina dela institucije, ampak bo za to potrebno dodatno kadrovanje in nekaj reorganizacije.

**Descriptors:** Ageing, older people, illness, disability, social work, nursing hospital.

## **Summary:**

The thesis explores elements of the institution's social orientation, requirements and needs of the residents, how the employees meet them and the role as well as the importance of social work performed in the Nursing hospital. I carried out a qualitative research with a total of ten interviews. The sample of interviewees included five employees at the Nursing hospital, three residents and two relatives of the residents. I focused in more detail on specific elements of social and medical orientation present or absent in the Nursing hospital, the individual components of specific needs of the institution's residents and tasks of social work. I found out that the Nursing hospital, despite being under a strong influence of the medical model of work, still has quite a few elements that are social and make it a more resident-friendly facility. Residents' needs are similar to those in other institutions with the difference that certain needs are more in the foreground and expressed while others are more generalized and hidden. Social work in the Nursing hospital has a big role and a lot of tasks; it shows a strong tendency for independency from the institution's medical way of work, but this would require additional staffing and some reorganization.

## **ZAHVALA**

Za nastanek tega diplomskega dela se moram zahvaliti veliko ljudem, ki so mi bili v takšno ali drugačno pomoč. Vendar naj omenim le tiste, ki so najbolj izstopali.

Na prvem mestu gre iskrena hvala moji mami Ireni, ker brez njene podpore skozi vsa leta študija nikakor ne bi šlo.

Najlepša hvala tudi moji mentorici dr. Jani Mali za inspiracijo, strokovno podporo in vodenje v času pisanja diplome. Prav tako ne smem pozabiti na gospo Mari Potokar, socialno delavko v negovalni bolnišnici, ki mi je omogočila opravljanje raziskave. Hvala obema tudi za vse nasvete in vzpodbude.

## **PREDGOVOR**

Med študijem in v zasebnem življenju sem se kar nekaj let veliko srečevala s starimi ljudmi. Navdušila me je njihova odprtost, prijaznost, dobrosrčnost in življenjske izkušnje, ki so jih vedno radi delili z mano. Naučili so me veliko o življenju, njegovih lepih trenutkih in pasteh, ter tudi o starosti. Stare ljudi danes srečamo vsepovsod, zdi pa se, da jih je v pozni starosti največ v različnih bolnišnicah in ustanovah za stare. Ugotovila sem, da je star človek najbolj ranljiv, ko pride iz znanega, domačega okolja v neznano in tuje okolje institucije. Če je ta institucija bolnišnica, je človeku še toliko težje, saj je verjetno razlog za odhod bolezen, ki je prišla nepričakovano. Tako se mora spopasti poleg novega neznanega okolja in ljudi tudi z boleznijo in različnimi fizičnimi omejitvami. Zdi se mi, da je o tematiki starih ljudi v bolnišnicah z vidika socialnega dela veliko premalo napisanega, kljub temu da so te v starosti pogosto stalne ali občasne spremljevalke uporabnika, ki lahko tam preživi veliko časa. Življenje starih ljudi sem spoznavala v domovih za stare ter dnevnem centru in v bolnišnici kot študentka socialnega dela ter kot študentka zdravstvene nege. Tako sem imela priložnost doživeti in spoznati tudi medicinsko obravnavo zdravstvenih težav v starosti, ter si ustvariti pogled na bolj ali manj uspešno celostno skrb za starega človeka. Lahko trdim, da je sodelovanje zdravstvenih in socialnih poklicev na tem področju še vedno precej pomanjkljivo in bo potrebnega še kar nekaj časa, da bomo homogeno in funkcionalno sodelovali pri pomoči starim ljudem. Vse te izkušnje so me motivirale, da sem se odločila podrobno raziskati življenje uporabnikov, razpetih med bolnišnico in domom. V negovalno bolnišnico sem odšla z željo odkriti, da se danes v vse novejših ustanovah stanje na področju skrbi za stare ljudi izboljšuje, da ni ta le medicinska, ampak tudi psihosocialna, torej celostna.

Med pisanjem diplomskega dela sem se ves čas zavedala, da ima danes medicina še vedno velik vpliv na bolnišnično socialno delo. Posledica tega je, da je veliko literature – tudi s področja socialnega dela v bolnišnici – še vedno napisane v jeziku medicinske patologije. Medicinske diagnoze imajo še vedno velik vpliv na samo delo bolnišnične svetovalne službe. Temu se zaradi specifičnosti težav uporabnikov ne moremo popolnoma izogniti, še vedno pa lahko povečamo sam vpliv doktrine socialnega dela v socialni službi ter se zavestno odpovemo številnim enostranskim medicinskim definicijam nezmožnosti in oviranosti. »Označevanju« ljudi skozi njihovo bolezen in starost sem se poskušala čim bolj izogniti.

Ugotovila sem, da je kljubovanje vplivu medicine v bolnišnični svetovalni službi zelo zahtevna naloga.

Ko sem prebrala članek švedske raziskovalke Anne Whitaker (2009: 100) s švedskega nacionalnega inštituta za študije staranja, se mi je v spomin vtisnil stavek enega od njenih intervjuvancev v raziskavi (starejši človek, stanovalec doma za starejše občane), ki je potožil: *»Če rečem nekaj ... ali če rečem ne, oni (osebje) vseeno z mano naredijo tisto, kar se jim pač zazdi (Oscar, 87).«* Situacija mi je znana tudi iz slovenskih domov za stare in splošnih bolnišnic. Ker je del osebja tam skoraj vedno tudi socialni delavec, se mi zdi, da je v tem primeru ena od njegovih najpomembnejših nalog, da je zvest in neomajen zagovornik pravic uporabnika. Tudi tistih človekovih pravic, na katere se prehitro pozabi, da sploh so pravice (na primer pravica do izbire pri izvajanju osebne higiene, hranjenju, zasebnosti, preživljanju prostega časa ...). V prihodnosti si želim, da se po vseh ustanovah, ki prihajajo v stik s starimi ljudmi, razširi ideja o neponovljivosti posameznega človeka. Naj se na ljudi ne gleda le skozi medicinske diagnoze, ki jih imajo. Tudi če je nekdo star, ima svoj karakter, svoj način življenja in sprejemanja sveta ter specifične potrebe, ki jih moramo opaziti ter mu, če je potrebno, pomagati, da jih uresniči.

Helen Keller (1880–1968), slepa, gluha in nema pisateljica, je avtorica misli: *»Nikoli se ne bi naučili biti pogumni in potrpežljivi, če bi bilo na svetu samo veselje.«* Torej, nikoli ni prepozno, da v vsakem novem dnevu iščemo izzive, možnosti in priložnosti za lepo in polno življenje vseh ljudi, tudi tistih z boljšimi ali slabšimi izkušnjami zdravja in boleznimi.

# KAZALO

<b>PREDGOVOR .....</b>	<b>4</b>
<b>1. TEORETIČNI UVOD .....</b>	<b>7</b>
1.1. POSEBNOSTI SOCIALNEGA DELA V MREŽI RAZLIČNIH POKLICEV, KI DELAJO S STARIMI LJUDMI.....	7
1.2. ŽIVLJENJSKE SPREMEMBE, KI JIH PRINAŠATA STAROST IN STARANJE.....	14
1.3. SOCIALNO DELO S STARIMI LJUDMI.....	17
1.4. SOCIALNI VIDIKI ZDRAVJA IN BOLEZNI.....	19
1.5. SOCIALNO DELO V ZDRAVSTVU .....	23
1.6. POTREBE STARIH LJUDI.....	28
1.7. RAZLIČNE OBLIKE FORMALNE POMOČI STAREMU ČLOVEKU .....	34
1.8. NEFORMALNA POMOČ STAREMU ČLOVEKU .....	38
1.9. DIMENZIJE SOCIALNE IN MEDICINSKE USMERJENOSTI INSTITUCIJ ZA STARE LJUDI .....	44
1.10. HOSPITALIZACIJA IN MEDICINSKA REHABILITACIJA STARIH LJUDI.....	50
1.11. NEGOVALNA BOLNIŠNICA V LJUBLJANI .....	52
<b>2. PROBLEM .....</b>	<b>57</b>
<b>3. METODOLOGIJA .....</b>	<b>58</b>
3.1. VRSTA RAZISKAVE.....	58
3.2. MERSKI INSTRUMENT IN VIRI PODATKOV.....	58
3.3. POPULACIJA IN VZORČENJE.....	59
3.4. ZBIRANJE PODATKOV .....	59
3.5. OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV.....	60
<b>4. REZULTATI .....</b>	<b>61</b>
<b>5. RAZPRAVA .....</b>	<b>116</b>
<b>6. SKLEPI.....</b>	<b>126</b>
<b>7. PREDLOGI .....</b>	<b>130</b>
<b>8. OPOMBE.....</b>	<b>135</b>
<b>9. LITERATURA .....</b>	<b>136</b>
<b>10. PRILOGE .....</b>	<b>145</b>
10.1. SMERNICE ZA INTERVJUJE.....	145
<b>11. POVZETEK.....</b>	<b>151</b>

# 1. TEORETIČNI UVOD

## 1.1. POSEBNOSTI SOCIALNEGA DELA V MREŽI RAZLIČNIH POKLICEV, KI DELAJO S STARIMI LJUDMI

Stari ljudje prihajajo v stik z različnimi ljudmi, različnih poklicev in izobrazb. Stroke, ki veliko delajo s starimi ljudmi, so, poleg socialnega dela, še medicina, psihiatrija, psihologija, sociologija, delovna terapija, fizioterapija in zdravstvena nega. Vsaka od njih ima do uporabnika drugačen, poseben pristop, ki je skladen z načeli in opredelitvijo poklica.

Leskošek (2009: 1) pravi, da je šel poklic socialnega dela v preteklosti skozi številne faze in si s tem pridobil veliko različnih interpretacij glede na tradicijo in različne socialne režime. Payne (1991: 7–9) piše, da so v teoriji socialnega dela pomembne razlike in kulturni okvirji, definicije socialnega dela ne moremo posploševati, kajti vrednote razvitih kultur in zahodne družbe so lahko velikokrat v nasprotju z vrednotami nekaterih drugih skupnosti. Ravno tako se različni narodi ne soočajo vedno z identičnimi težavami in problemi. Staub-Bernasconi (2009: 9) piše, da sta pomen in status socialnega dela močno odvisna tudi od države, kjer ga poskušamo definirati. Na primer v skandinavskih državah traja doktorat iz socialnega dela od štiri do pet let, medtem ko se drugje, na primer v Nemčiji in Avstriji, še vedno razglablja, ali se socialno delo sploh lahko obravnava kot znanost ali ne. Na splošno pa velja, da je socialno delo v razvitem svetu približno sredi 20. stoletja pridobilo svoj profesionalni status (Milošević Arnold, Postrak 2003: 12). Pri nas je socialno delo v postopku profesionalizacije jasno opredelilo področje svojega zanimanja in delovanja, po katerem se razlikuje od drugih sorodnih strok in disciplin. Zagotovo je to pragmatičen način mišljenja, ki išče hitre in učinkovite rešitve za nastale probleme (*op. cit.:* 2003: 90).

Mesec (2003: 140–143) opisuje socialno delo kot pomoč ljudem in skupnostim pri reševanju težavnih življenjskih situacij, pri družbenem vključevanju in pri doseganju bolj kakovostnega življenja. Namen socialnega dela je izboljšanje socialnih problemov in sposobnosti ljudi za spopadanje z njimi, povezovati ljudi s sistemi, ki jim ponujajo vire, storitve in priložnosti, promovirati učinkovito in humano delovanje teh sistemov ter prispevati k razvoju socialne politike. Pri socialnem delu se ne osredotočamo na stiske in težave ljudi samih s seboj, niti na notranje probleme sistemov virov, ampak na interakcijo med posamezniki in sistemi.

Pri pregledu številnih definicij socialnega dela, ki so jih napisali različni socialni delavci, lahko izluščimo nekaj najpomembnejših trditvev. Te trditve so naslednje: socialno delo zagotavlja pomoč ljudem pri zadovoljevanju potreb, je posredovanje v interakcijah med posameznikom, skupinami in skupnostjo, predmet socialnega dela je tudi pomoč ljudem pri vključevanju v družbo, socialno delo se zavzema tudi za preprečevanje socialnih problemov in reševanje problemov posameznika. Iz omenjenih ter številnih drugih definicij socialnega dela lahko povzamemo, da je predmet in specifično delovanje socialnega dela delo z ogroženimi posamezniki, družinami, skupinami in skupnostmi v smislu zagotavljanja varstva, zagotavljanja pomoči, spreminjanja posameznika in njegovih življenjskih razmer, zagotavljanje pogojev za socialno integracijo, spodbujanje razvojnih možnosti ter soustvarjanje celotnega konteksta pomoči (Milošević Arnold, Postrak 2003: 90–91).

Statut Društva socialnih delavcev Slovenije navaja, da so cilji socialnega dela sodelovanje pri oblikovanju programov socialnega varstva, sodelovanje pri oblikovanju socialne varnosti in socialne politike, prizadevanje za spoštovanje človekovih pravic in dosledno upoštevanje vseh vrst diskriminacije, spodbujanje in razvijanje samopomoči, razvijanje prostovoljnega dela kot komplementarnega elementa pri profesionalnem socialnem delu ter zagotavljanje kakovostnih storitev vsem uporabnikom. Cilji socialnega dela so torej tista temeljna prvina socialnega dela, ki je najbolj občutljiva za družbeno-politične razmere in za vrednote, ki prevladujejo v nekem obdobju in v določeni družbi, ravno tako pa se odziva tudi na vrednote in načela samega socialnega dela (*op .cit.:* 97–98).

Vrednote so pojmovanje ali prepričanje o zaželenih končnih stanjih ali vedenjih, ki presegajo specifične situacije, usmerjajo in vodijo izbiro ali oceno ravnanja in pojavov ter so usmerjene glede na relativno pomembnost (Kompore *et. al.* 2001: 334). Flaker (2003: 16) piše, da so vrednote, ki jih moramo nujno spoštovati v socialnem delu, naslednje: spoštovati in ceniti razlike in različnost, samoodločanje, prosta izbira, vpliv uporabnika na svoje življenje, biti (aktivno) proti diskriminaciji, ne stigmatizirati ter pravica do socialne enakosti. Temeljne vrednote socialnega dela lahko združimo v dva temeljna snopa. Eden govori o svobodi, samodeterminaciji, pravicah in svoboščinah. Je utemeljen v moralni filozofiji in sodobnem pojmovanju posameznika. Drugi govori o socialni pravičnosti, o preseganju krivic, ki se dogajajo ljudem, o dolžnosti pomagati v stiski in o solidarnosti. Temelji na socialnih filozofijah 19. stoletja in različnih pojmovanjih družbe in pravičnosti (*ibid.*). K omenjenim vrednotam, ki vodijo socialnega delavca pri njegovem delu, lahko dodamo še vrednoto zaupnost. Zaupnost pomeni dogovor med strokovnjakom in uporabnikom, s katerim se ohrani

zasebna narava informacij, ki se nanašajo na uporabnikovo življenje (Milošević Arnold, Poštrak 2003: 95).

Spretnosti socialnega dela so tehnična osnova socialnega dela. Ravno spretnosti so tiste, ki usposobijo za socialno delo. Spretnosti socialnega dela so zelo različne, so spretnosti poslušanja, pogovarjanja, tudi psihoterapevtske spretnosti, spretnosti ocenjevanja, skupinskega dela, interaktivnega dela, kulturnega dela, načrtovanja, izvajanja načrtov, upravljanja s tveganjem, odpravljanja, zmanjševanja škode, zagovarjanja krepitve moči, organiziranja storitev, delovanja v namestitvenih strukturah, organiziranja življenja, delovanja v skupnosti, na ulici in med ljudmi, organiziranja aktivnosti in akcij, so spretnosti dokumentiranja, pisanja, poročanja, znanstvenega in osebnega praktičnega raziskovanja prakse, spretnosti vodenja, pridobivanja sredstev (za delovanje organizacij, za posamezne projekte in za posamezne uporabnike), so spretnosti poučevanja in objavljanja ter opozarjanja na krivice uporabnikov. Širina socialnega dela in nuja delovanja v nestrukturiranem prostoru narekujeta, da je teh spretnosti veliko in da so manj doktrinarno določene kot morda v kakšni drugi stroki. Socialno delo mora vedno skrbeti za to, da ostanejo odprte različne alternative, in hkrati razvijati rešitve – kar je tudi spretnost socialnega dela (Flaker 2003: 22–23). Metode socialnega dela so v svojem najširšem pomenu način, sredstvo in oblika postopanja v socialnem delu. Metoda je torej dejavnik zavestno odbranih, strokovno in znanstveno izdelanih postopkov v dobro organiziranem socialnem delu (Milošević Arnold, Poštrak 2003: 100). Milošević Arnold in Poštrak (*op. cit.*: 100–112) naštevata kot temeljne metode socialnega dela socialno delo s posameznim primerom, socialno delo s skupino, skupnostno socialno delo, raziskovanje v socialnem delu in supervizijo. V teh metodah socialnega dela se zrcalijo in dejansko uresničujejo vse ostale temeljne prvine socialnega dela (od načel, predmeta dela, ciljev, vrednot ...).

Socialno delo v naši družbi ima zaradi svoje specifične družbene vloge svoje mesto povsod tam, kjer ljudje živijo in delajo. Težnja socialnega dela je, da se razvije na vseh tistih področjih, kjer se izražajo in zadovoljujejo življenjske in družbene potrebe ljudi ali dejavnosti, v katerih se zagotavljajo sredstva v ta namen. Tako se je v nekaj manj kot tridesetih letih, odkar se je profesionaliziralo, razvilo na zelo različnih področjih in se še vedno širi na nova. Zato je nujno, da obstaja doktrina socialnega dela, ki mora biti enotna, ne glede na to, kje se izvaja in komu je namenjena (Pogačnik 1984: 386).

Flaker (2003: 20) piše, da je socialno delo prisotno tako v javnem sektorju in tudi v organizacijah zasebnega in prostovoljnega sektorja. Socialni delavci delajo v socialnih službah (centri za socialno delo, socialni zavodi, zavodi za zaposlovanje), v šolstvu, v pravosodnih organih (sodišča, zapori), v policiji, upravi, industriji in zdravstvu (psihiatriji, onkologiji, pediatriji ipd.). V teh organizacijah opravljajo zelo različne naloge in vloge, ki so lahko ponekod bolj pokroviteljske (npr. v stanovanjski skupini), druge pa so bolj zagovorniške. V nekaterih okoljih bodo od socialnih delavk pričakovali svetovanje, v drugih bolj posredovanje v konfliktih, v tretjih bolj to, da uporabnikom priskrbijo sredstva (stanovanje, službo, denar za boljše preživetje). V prostovoljnem sektorju imajo socialne delavke in delavci običajno (a ne nujno) priložnosti za večjo inovativnost in prilagodljivost. Po drugi strani pa je bistvena naloga socialnega dela v javnem sektorju, da zagotovi pristop do storitev vsem uporabnikom. To terja, da je socialno delo, še zlasti v javnem sektorju, služba povsem in docela nizkega praga. Ukvarjati se morajo z vsemi uporabniki, ne glede na njihovo težavnost in zahtevnost. To pomeni, da so morda v svojih vlogah in nalogah bolj omejeni, hkrati pa si morajo izmisliti široko paleto ravnanj in so zato lahko bolj ustvarjalni. Socialni delavci v različnih okoljih opravljajo različne naloge in vloge, kar določa tudi metode dela, ki jih uporabljajo ter nenehno prilagajajo konkretni situaciji. Tako je tudi v socialnem delu, kjer delamo s starimi ljudmi.

Ameriško združenje socialnih delavcev navaja spretnosti, znanja in sposobnosti, ki jih morajo imeti socialni delavci, če želijo delati s starimi ljudmi (Mali 2008: 68): Socialni delavec mora imeti znanje za razumevanje posameznih faz staranja, na podlagi katerih oblikuje primerna pričakovanja do starih ljudi. Ramovš (2003: 69) omenja tri starosti. To so kronološka starost (rojstni datum), funkcionalna starost (biološka, koliko je človek zdrav, zmožen skrbeti zase) ter doživljajska starost (kako človek sprejema svojo starost ter vse, kar je povezano z njo). Dalje pa Ramovš (*op. cit.*: 74–75) omenja tudi delitev starosti na naslednja obdobja: zgodnje starostno obdobje (66.–75. leta, ko se človek privaja na upokojitveno svobodno življenje, ponavadi je zdrav in dejaven), srednje starostno obdobje (76.–85. leta, ko se privaja na upadanje življenjske moči in zdravja, ko naglo izgublja sovrstnike, večini umre že zakonec) ter pozno starostno obdobje (po 86. letu starosti, ko postaja tudi prejemnik pomoči od mlajših dveh generacij ter nemi učitelj najglobljih temeljev življenjskega dostojanstva, sam pa opravlja zadnje naloge v življenju).

Stari ljudje zavzemajo določene socialne vloge v svojem okolju, ravno tako imajo zgodovino različnih vlog, kamor so bili postavljeni tekom svojega življenja. Pridobili so si bogate

življenjske izkušnje, ki so socialnim delavcem v pomoč, ko skupaj z uporabniki iščejo možne spremembe in prilagoditve življenja zaradi procesa staranja. Čačinovič Vogrinčič (2000: 287) navaja, da mora socialni delavec starega človeka povabiti, da pove zgodbo o svojem življenju, o ljudeh, ki jih je poznal, in o svetu, v katerem je živel. Tako spoznamo pomembno dimenzijo, ko sedanost povežemo s preteklostjo, da bi jo lahko vzeli s seboj v prihodnost. Razumevanje doživljanja starosti pri starem človeku omogoči vpogled v posameznikovo doživljanje in sprejemanje starosti pa tudi morebitna nasprotja med njegovimi izkušnjami in sedanjimi pričakovanji, upi in željami, ki jih goji zase in za svojo družino. Ramovš (2003: 75) pravi, da je z doživljajskega vidika lahko človek enako mladostno svež v vseh življenjskih obdobjih, če je seveda pri polni zavesti, dovolj osebno zrelo in v zadovoljivih življenjskih okoliščinah. Ravno tako je človek lahko v vsakem življenjskem okolju osamel in izčrpan. Starost zagotovo ne pomeni vsem ljudem isto, vzbuja nam različne misli, asociacije in čustva, nanjo gledamo tudi skozi lastne izkušnje ter pričakovanja v življenju.

Razumevanje in poznavanje funkcionalnih sposobnosti starega človeka v vsakdanjem življenju je bistvenega pomena za organiziranje ustrezne pomoči. Različne bolezni v starosti namreč ne morejo biti zadosten razlog za sklepanje, da stari ljudje niso sposobni samostojno opravljati določenih vsakodnevnih opravil. S pretiranim zaščitništvom odvezujemo starim ljudem občutek samostojnosti in odvisnosti. Socialni delavec mora imeti tudi sposobnost, da razširi in preoblikuje dosedanje osredotočenost na morebitno medicinsko diagnozo starega človeka in razišče njen vpliv na vse ostale vidike uporabnikovega življenja. Socialni delavec je namreč tisti, ki nenehno poudarja, da človek ni le biološko, ampak tudi psihosocialno bitje, zato mora imeti sposobnost prepoznavati potrebe uporabnika na področju duševnega zdravja in znake depresije. Tako kot pri vseh starostnih skupinah se tudi pri starih ljudeh pojavljajo težave v duševnem zdravju. Soočenje starega človeka z vsakodnevnimi zahtevami, skupaj z izgubo nekaterih spominskih, besednih in funkcionalnih zmožnosti, ter pomanjkanje socialne podpore pomembno vplivajo k depresivnemu razpoloženju. Včasih človeka, ki je samo depresiven, prehitro označimo za »dementnega«, čeprav drži, da se čustven odziv človeka na demenco in številne izgube, ki jih ta prinaša, pogosto izraža tudi z depresivnim razpoloženjem (Scrutton 1999: 163). Prepoznavanje znakov in simptomov omenjenih stanj je pomembno za to, da starim ljudem priskrbimo ustrezno pomoč.

Socialni delavec mora poznavati tudi dinamiko družinskega sistema. Vsaka družina deluje po svojih pravilih, ima določene značilnosti in specifičnosti. Starega človeka je treba videti v kontekstu njegovega neformalnega podpornega sistema ter upoštevati spremembe v njegovi

družinski vlogi. Starost, ki ima vpliv na človekovo telo, bo zagotovo spremenila tudi uporabnikovo mesto v družbi, ter njegov odnos do samega sebe in drugih. Ohranitev medgeneracijskih razlik je pomembna v vseh obdobjih staranja. Ohranitev medgeneracijskih razlik pomeni, da starši v zadovoljevanju svojih potreb ne smejo postati odvisni od svojih otrok, ter tako obvarujejo otroka, da bi moral prevzeti vlogo razbremenjevalca v družinskih konfliktih. V večgeneracijski družini se koncept reorganizira ter dobi nov pomen. Družina potrebuje spremembe v funkciji družine kot delovne skupine, zato da bi v njej nastal prostor za življenje s starim človekom. Kljub vsemu se lahko pojavijo težave in nejasnosti v družini. Socialni delavec mora zato znati kreativno delati tudi z etičnimi dilemami, kot so na primer tveganje za kršitev človekovih pravic ter konflikti med uporabnikom in ljudmi, ki skrbijo zanj. Premagovanje socialnih težav je brez pogovora skoraj neuresničljivo, socialni delavec mora imeti sposobnost govora v jeziku starega človeka. Ni pomembna samo vsebina jezika, torej kaj uporabniku povemo, ampak tudi, kako mu to povemo. Jezik, ki ga uporablja socialni delavec, je prilagojen uporabniku, saj je osnovno orodje za oblikovanje dobrega delovnega, pozitivnega in efektivnega odnosa med socialnim delavcem in starejšo osebo (uporabnikom). Socialni delavec mora znati na razumljiv način posredovati informacije starejšim ljudem in jim tako omogočiti, da se sami odločajo in sprejemajo odločitve (Čačinovič Vogrinčinč 2000: 288).

Ravno tako mora biti trdno prepričan o neodvisnosti starih ljudi. Prevladujoči stereotipi o odvisnosti in nesamostojnosti starih ljudi so tako močno vtakani v naša življenja, da lahko socialni delavci zapademo pod njihov vpliv. Dejstvo, da je naša družba polna predsodkov do starih ljudi, kar vodi tudi do zadržanosti strokovnjakov z različnih področij (npr. medicine, zdravstvene nege, socialnega dela, izobraževanja, psihologije) pri odločanju za delo s starejšo populacijo. Nekateri raziskovalci opozarjajo tudi na prisotnost negativnih stereotipov do pozne starosti pri starejših osebah samih, in ti dolgoročno vodijo do negativnih samozavnanj (do manj ugodnega zaznavanja samega sebe) in lastnega staranja (Zupančič *et al.* 2011: 73). Pomembno je, da se socialni delavec zaveda, da ti stereotipi obstajajo, in da so trdno prepričani o neodvisnosti starih ljudi. Ostati morajo trdno odločeni, da bodo delali v dobro starejšega človeka, tudi ko pride do nenačrtovanih sprememb in velike negotovosti.

Tema smrti in umiranja je v sodobni družbi tabu. O njej se ne govori veliko, še vedno jo pogosto povezujemo izključno s staranjem in starimi ljudmi. Socialni delavec je na to pozoren in učinkovito reagira. Pomemben je tudi duhovni vidik smrti, ki se ga mora socialni delavec zavedati oziroma mora spoštovati uporabnikova prepričanja in biti z njimi seznanjen. V času

staranja, bolezni ali umiranja ta vidik človeka pogosto pride na površje in uporabnik si lahko zastavlja vprašanja, povezana z bistvom in smotnostjo življenja. Pomembno je tudi spoštovanje religije in duhovnosti uporabnika. Pri pripravi načrta pomoči socialni delavec prepozna in vključi vlogo pomoči, ki jo lahko star človek in njegova družina črpajo iz religije. Kot strokovnjak mora socialni delavec spoštovati vero in prepričanja uporabnika in njegove družine. Dobro je, če ima tudi nekaj znanj o raznolikosti in bistvih določenih religij in kaj le-te pomenijo uporabnikom, ki se izrečejo za verne. Ko se pogovor z uporabnikom dotakne religije in verovanja, mora biti socialni delavec senzibilen za to, kar uporabnik pove. Tako bo lažje razumel in upošteval kompleksnost duhovnega življenja starega človeka (Bradshaw, Merriman (2007: 141–142).

Pomembno je prepričanje strokovnega delavca o pomenu krepitve uporabnikove moči. Vsekakor je uspeh socialnega dela viden takrat, ko ima uporabnik okrepljeno moč, kar pomeni, da nas ne potrebuje več in si zna in zmore življenje urejati brez naše pomoči. Tudi delamo na tem, da je star človek od nas čim bolj neodvisen, po potrebi mu poiščemo podpirne vire moči v socialni mreži (ki jo raziščemo skupaj z uporabnikom) in v lokalni skupnosti. Slednje zahteva od socialne delavke, da je aktivna pri raziskovanju virov moči uporabnika in njegovega okolja, ter je spretna pri navezovanju stikov z različnimi organizacijami. Prepričanje o krepitvi moči ne pomaga samo pri načrtovanju ustrezne pomoči, temveč omogoči nov pogled na vlogo starih v družbi. Tudi stari ljudje so danes prostovoljci, ki pomagajo drugim ter uspešno zagovarjajo svoj pravice in pravice drugih skupin (Milošević Arnold 2003: 12, Mali 2008: 69, 71–72). Socialni delavec mora upoštevati pravico uporabnika do izbire pomoči. Pravica do izbire pomoči je pri nas navedena kot etična norma v etičnem kodeksu socialnih delavk in delavcev Slovenije, na seznamu spretnosti, sposobnosti in znanja ameriških socialnih delavcev pa je ni. Čeprav v praksi pravica še ni povsem zaživela, ne moremo zanemariti njenega pomena. Zlasti v institucionalnem varstvu je ta pravica spregledana – tako je paket storitev, ki jih ponujajo domovi, preobsežen. Uporaben je tedaj, ko človek tudi z zunanjo pomočjo ni več sposoben živeti v domačem okolju in potrebuje pomoč iz omenjenega »paketa«. Pa tudi tedaj generaliziranje problemov ni upravičeno, ker stanovalci, ki so še sposobni skrbeti zase, ob obilici pomoči postanejo neaktivni, nesamostojni in zares odvisni od drugih. Z dobronamerno vseobsegajočo pomočjo jih potisnemo v položaj brezpogojne odvisnosti od ponujene pomoči. Tak položaj pusti dolgoročne negativne posledice na samopodobi starih ljudi (*op. cit.:* 70).

## 1.2. ŽIVLJENJSKE SPREMEMBE, KI JIH PRINAŠATA STAROST IN STARANJE

Ramovš (2003: 68–69) pravi, da je starost tretje življenjsko obdobje, ki pride za mladostjo in obdobjem srednjih let. Je čas, ko človek dozori do polne človeške uresničitve. Skrb za materialni razvoj prepušča naslednji generaciji, njemu pa se z upokojitvijo pojavi nova kakovost svobode in življenjskih možnosti za dejavno življenje, ki ni nič manj razgibano in polno kot v srednjih letih, pač pa bolj sproščeno in izbrano v skladu z osnovnimi potrebami, sposobnostmi in okoliščinami. Značilno za tretje življenjsko obdobje je tudi, da človek predaja svoja življenjska spoznanja in izkušnje neposredno soljudem ali posredno kulturi. Dejavno kljubuje starostnemu usihanju in boleznim, če pa ni možno, oboje sprejema v svoj življenjski svet, vključno s smrtjo, ki je zadnji mejnik življenja. Ramovš starost deli na kronološko (rojstni datum), funkcionalno (koliko je človek sposoben samostojno opravljati temeljna življenjska opravila, koliko je zdrav) ter doživljajsko starost (psihično dožemanje starosti in človekov odnos do nje). Dragoš (2000: 293) starost vidi kot fenomen »generacijskih razlik«. Od številnih dejavnikov je odvisno, kakšno bo razvrščanje ljudi v eno ali drugo generacijo in kako je ena generacija razumljena s strani druge ter kakšen je odnos med njimi. Staranje je kompleksen proces. Lahko ga opredelimo kot biološki, kulturni, ekonomski, socialni in fenomenološki pojav. Biološki vidik nam je najlažje razumljiv, ker se vsi staramo že od vsega začetka (*ibid.*). Da je staranje tudi kulturni pojav, odvisen od navad, vrednot in simbolov, se lahko prepričamo s primerjavo različnih družb ali pa različnih časovnih obdobjih znotraj neke družbe. Ljudje (iste) kronološke starosti so v različnih kulturnih kontekstih vrednoteni različno.

Mali (2008: 42–43) pravi, da obstajajo tri teorije staranja. Prva je biološka teorija, ki staranje pojasnjuje kot proces v organizmu in spremembe, ki so posledica staranja na molekularni in celični ravni. Druga je psihološka teorija staranja, ki obsega zelo kompleksno področje, ki preučuje človekov kognitivni razvoj, osebni razvoj, socialni razvoj in specifična področja, kot so učenje, občutenje in percepcija. Tretje so sociološke teorije staranja, ki vsebujejo različne podteorije (teorija pasivizacije, teorija aktivnosti, teorija modernizacije in teorija subkulture) ter se zelo hitro razvijajo, kar je prineslo samostojno vejo znanosti – socialno gerontologijo.

Regoršek (2005: 1–3) pravi, da s starostjo rastejo in se množijo tegobe. Mnoge poraja že samo pešanje človekovih moči. Za druge pa je krivec napačno doživljanje starosti v današnji družbi,

in s tem povezana marginalizacija starih ljudi. Subjektivno se oboje kaže v zavesti starega človeka kot osebna stiska in težava. Regoršek (*op. cit.* 4–5) razdeli težave in stiske starih ljudi glede na posamezne človekove razsežnosti. Prve so telesno-materialne težave, ki zajemajo revščino, nezmožnost za vsakdanjo oskrbo in različne bolezni. Whitaker (2009: 98–103) piše, da je bilo človekovo starajoče se telo vedno vredno zanimanje različnih socioloških ved, zadnja leta pa ga podrobno opazuje tudi v družbi vse bolj uveljavljena veda – gerontologija. Pojavljajo se tudi vse večje potrebe po tem, da se ugotovi, kako svoje telo v zadnjem obdobju življenja doživljajo starejši ljudje sami. Telo pri starejših je namreč centralna entiteta, skozi katero uporabniki občutijo vsakdanje življenje, in sicer skozi telesno bolečino, vsakdanjo nego, skozi zmanjšane fizične in kognitivne funkcije. Stari ljudje so tudi bolj izpostavljeni padcem, poškodbam in kroničnim boleznim, kot so rak, presnovne in srčne bolezni, inkontinenca in podobno. Okrevanje je včasih dolgotrajno in mučno. Mali (2007: 39) meni, da so spremembe, ki jih prinaša bolezen, na dveh ravneh: na ravni individualnega, notranjega doživljanja bolezni in na ravni medsebojnih odnosov. Težave z zdravjem lahko pripeljejo tudi do povečane potrebe po pomoči druge osebe in dodatnih zdravstvenih storitvah, kar običajno ni poceni. Ramovš (2003: 94) piše, da je bila v preteklosti materialna varnost starega človeka odvisna od imetja, ki ga je posedoval ter od družinsko-sorodstvene socialne mreže, ki je skrbela zanj v onemoglosti. V današnjih razvitih družbah je glavni vir materialne preskrbljenosti starostno in invalidsko zavarovanje na temelju zaposlitve. Mnogi stari ljudje so zato danes izpostavljeni revščini, kajti zaradi naraščajočega deleža upokojencev je pokojninski sistem v krizi in izpostavljen številnim reformam, če nimajo dovolj dobre pomoči s strani sorodstva, se lahko hitro znajdejo na robu preživetja.

Pogoste težave, s katerimi se srečujejo stari ljudje, so tudi duševne težave (potrtost in slaba čustvena razpoloženja, izguba spomina, pešanje v zaznavanju okolja). Ramovš (*op. cit.*: 203) te motnje imenuje »socialna patologija«, kar morda danes z vidika izrazoslovja socialnega dela ni sprejemljiv izraz. Res pa je, da starost zaradi številnih bolezenskih procesov lahko načne tudi človekova čustva, razum, navade, spominjanje, obnašanje v družbi. Pri starih ljudeh, še posebej tistih, ki stalno ali začasno bivajo v institucijah, se zelo pogosto pojavlja neodkrita depresija in ostale duševne težave, ki jih svojci ter zaposleni prevečkrat pripisujejo demenci in ostalim posledicam staranja. Tako težave ostanejo in slabšajo kakovost življenja uporabnikov, kljub temu da bi jih z zdravili in nefarmakološkim zdravljenjem lahko pozdravili (Hill, Brett 2006: 281).

Stare ljudi lahko prizadenejo tudi težave v medčloveških odnosih (osamljenost, odrinjenost od dogajanja). V starosti se ljudje pogosto počutijo nekoristne, odvečne in osamljene. Ramovš (2003: 89–99) trdi, da je potreba po tesni medsebojni povezanosti z nekim »svojim« človekom najbolj pomembna nematerialna potreba v starosti. Bogat in zdrav star človek je lahko povsem na tleh, če nima nikogar, pri katerem bi lahko občutil, da ga jemlje resno, kot človeka, da ga sprejema takšnega, kakršen je, da rad prisluhne njegovi besedi, ceni njegove izkušnje in ga ima rad.

Zadnja oblika težav, ki jih lahko sreča star človek, so bivanjsko-duhovne težave. Ena od teh je duhovna praznina. Te težave se pojavijo, ko človek ne vidi smisla svoje preteklosti, ne tega, kar se z njim dogaja, za koga in kaj bi živel, kaj bi počel s svojo življenjsko izkušnjo in energijo, kadar ima človek zavest krivde ter strah pred bližajočo se smrtjo (*op. cit.*: 69).

Težava v modernem svetu so tudi predsodki pred starimi ljudmi in krivice, ki jih ti ljudje doživljajo zaradi stereotipne predstave o starosti med mlajšimi. Scrutton (1999: 9–23) pravi, da je v današnjih časih prisoten ageizem – ki pomeni socialno konstrukcijo starosti. V tuji literaturi lahko zasledimo izraz »ageism«, ki označuje diskriminacijo starih ljudi samo zato, ker so stari. Poudarja razločevanje med generacijami, med bolj ali manj starimi ljudmi, med nekoristnim starim in koristnim mladim posameznikom. Ta diskriminacija ustvarja razmerja, ki starim ljudem škodijo in mladim ljudem koristijo (Mali 2008: 74).

Nekatere družbe, ki so bolj tradicionalne od naše, in družba v preteklosti, imajo ali pa so imele drugačen odnos do starejših ljudi. Antropologi poročajo, da so se v moderni družbi razvili novi koncepti starosti. Za primer drugačnega mišljenja lahko vzamemo današnjo japonsko kulturo. Japonska tradicija in močna kultura sta namreč omogočili, da se spoštovanje do starejših ljudi kljub predsodkom ni znižalo. Morda se ljudje zaradi družbene konstrukcije starosti, ki jo predstavlja kot nekaj slabega, tudi tako zelo bojimo staranja. Gillick (2006:1–10) je mnenja, da danes obstaja ogromno knjig, ki nam svetujejo, kako naj se borimo s staranjem in kaj naj storimo, da bomo ostali večno mladi. Še več je na to temo ustvarila farmacevtska industrija – obstaja cel kup tabletk in injekcij, ki naj bi podaljševale mladost. Nasvetov, kako se boriti s starostjo in jo preprečiti, je namreč veliko več kot tistih, ki nam svetujejo, kako to neizogibno tretje življenjsko obdobje sprejeti in v njem kakovostno živeti. Če bi starost danes bila pojmovana tako kot desetletja nazaj, ko je pomenila modrost, izkušnost in znanje, ne bi imeli potrebe po njeni tabuizaciji in zanikanju. Napačno je, da današnja družba ceni človeka le po tem, koliko je delovno produktiven. Mladost je v današnji

kapitalistični družbi sinonim za uspeh in delovno storilnost. Nihče več ne ceni življenjske modrosti in izkušenj, nihče več se ne obrača po nasvet k starejšim ljudem. Kljub vsemu se današnja družba kot rezultat vztrajnega ozaveščanja (predvsem neprofitnih organizacij) počasi osvobaja predsodkov pred starejšimi. Nastajajo številna društva za medgeneracijsko sodelovanje, promovirajo in izvajajo se aktivnosti, katerih namen je zopet povezati generacije med seboj ter s ponovnim druženjem in spoznavanjem zrušiti predsodke o določenem časovnem obdobju.

### 1.3. SOCIALNO DELO S STARIMI LJUDMI

Ray *et al* (2009:20) pišejo, da se socialni delavci veliko srečujejo z ljudmi, ki potrebujejo dolgotrajno fizično podporo, skrb in pomoč pri vsakdanjem življenju. Najbolj potrebujejo to pomoč starejši ljudje, ki imajo izkušnjo dolgotrajne bolezni in nezmožnosti za samooskrbo. Socialni delavec naj bi imel za uspešno delo s starimi ljudmi dodatna znanja in izkušnje. Ponekod v tujini se socialni delavci, ki delajo s starimi ljudmi, ne imenujejo samo socialni delavci, ampak bolj natančno gerontološki socialni delavci, kar nakazuje na to, da imajo poleg osnovnih še posebna, dodatna znanja za delo s starejšo populacijo. Ena od ved, ki se posveča izključno starim ljudem, se imenuje gerontologija. Gerontologijo lahko opredelimo kot socialno medicinsko znanost 21. stoletja (Mali 1998: 35). V svojem začetnem razvoju je temeljila na medicinskih vidikih staranja, zato v literaturi zasledimo povezovanje gerontologije z »biomedicinskim modelom« razumevanja starosti. Nato se je gerontologija z vključevanjem sociologije in psihologije odcepila od medicine, področje gerontološkega raziskovanja starosti se je tako razširilo (*ibid.*). Kljub temu so v gerontologiji ostali prisotni vplivi geriatrije in biomedicinskega modela, kar se odraža v gerontoloških teorijah, ki ne opisujejo procesov staranja celostno, temveč v kontekstu posameznikovega telesa. Gerontološka spoznanja so že v začetni fazi te vede v veliki meri vplivala na splošno družbeno razumevanje staranja in odnos do starosti, posledice so vidne še danes (*ibid.*). Pogosta kritika in očitek gerontologiji gresta na račun tega, da je sedanje znanje znotraj gerontologije pomanjkljivo, ker ne vsebuje življenjskih izkušenj ljudi. Za definiranje in razumevanje celostnega problema so namreč pomembne tudi izkušnje ljudi, njihovo doživljanje, zlasti pa večja občutljivost na njihove probleme. Tak pristop omogoča pogled na posameznika kot aktivnega člana družbe, ki lahko spreminja naravo svojega socialnega okolja (*op. cit.:* 40–41).

Načela in koncepti, ki jih uporabljamo v socialnem delu s starimi ljudmi danes, temeljijo na holističnem razumevanju človeka in njegovih potreb, s poudarkom na uveljavljanju uporabnika kot partnerja v procesu pomoči, z namenom, da bi bila v ospredju njegova pravica do izbire različnih vrst pomoči (*op. cit.:* 79). Načela in koncepti socialnega dela s starimi ljudmi so številni. Prvi je partnerski odnos v socialnem delu, ki pomeni, da uporabnik in socialni delavec enakopravno sodelujeta pri definiranju in reševanju problema, da strokovnjak verjame v sposobnost uporabnika za uspešno rešitev težave, v njegovo kompetentnost za prevzem družbene vloge ter kontrole nad lastnim življenjem. Socialni delavec in uporabnik sta sodelavca in si zaupata. S tem uporabnik pridobiva moč, ima možnost izbire in večji nadzor nad lastnim življenjem (*op. cit.:* 70–76). Naslednje načelo je perspektiva moči. V sodobnem socialnem delu je perspektiva moči paradigmatični premik, saj nas usmeri k iskanju virov in moči uporabnikov. Na področju socialnega dela s starimi, bolnimi ljudmi je eden od temeljnih konceptov, ki pripadajo socialnem delu in ne gerontologiji (*op. cit.:* 71). V slovenskem okolju ga je razvila Čačinovič Vogrinčič. Opira se na Saleebyja, ki pravi: »Praksa, ki temelji na perspektivi moči, pomeni, da bo vse, kar delaš kot socialni delavec, utemeljeno s tem, da pomagaš odkriti, olepšati, raziskati in izkoristiti klientovo moč in vire, ko mu pomagaš, da doseže svoje cilje, uresniči svoje sanje ter razbije okove ovir in nesreč« (*ibid.*). Naslednji koncept je zagovorništvo, ki je najpogosteje opredeljeno kot dejavnost, ki vključuje osebe ali skupine, ki se zavzemajo za uresničevanje svojih potreb in želja ali za skupen cilj pri vplivnih osebah, da bi dobili dostop do storitev, ki jih potrebujejo (*op. cit.:* 73). Namen zagovorništva je, da poveča občutek moči posameznika, pomaga mu, da pridobi več samozaupanja, postane asertivnejši, dobi več izbire v svojem življenju, izboljša kakovost življenja ter zmanjša izgube, prikrajšanosti ter izključenosti. Med drugim tudi krepi moč uporabnika tako, da ga informira, uči različnih spretnosti, ga spremlja v različnih institucijah, skupaj z njim išče nove možnosti in izbire, mu pomaga pri uresničevanju pravic iz socialnega varstva, odpravljanje diskriminatornih praks in podobno (*ibid.*).

Socialni delavec mora upoštevati načelo socialnih mrež. Socialna mreža pomeni povezavo posameznika z drugimi ljudmi v njegovem življenjskem okolju. Pri tem oblikujemo neformalne socialne mreže, ki vključujejo stike s sorodstvom, družino, sosedi in prijatelji, na katere se lahko človek v primeru potrebe opre, in formalne socialne mreže. Med formalne socialne mreže sodijo vsi formalizirani stiki posameznika z njegovim okoljem. Star človek, ki biva v neki ustanovi, potrebuje socialno mrežo ljudi, iz katere črpa socialno oporo tako, da se z njimi poveže in ohranja stike. Najpomembnejši med njimi so ožji svojci stanovalcev

ustanove (otroci, partnerji, vnuki). Naslednji pomembni člen je osebje ustanove. Čeprav stanovalci z osebjem niso v zelo intimnem in poglobljenem odnosu, kot so s sorodniki, jih star človek potrebuje, da se po potrebi zateče k njim po pomoč (*op. cit.: 75–76*). V socialnem delu s starimi ljudmi je zelo pomembna tudi antidiskriminacijska usmeritev, kar pomeni prakso socialnega dela, ki je usmerjena proti predsodkom, negativnemu odnosu in neustrezni obravnavi ljudi glede na njihove značilnosti, kot so rasa, spol, religija, etična pripadnost, starost ali kaj drugega. Sam Kodeks etike socialnih delavk in delavcev Slovenije v 6. členu prepoveduje diskriminacijo uporabnikov na podlagi njihovih telesnih in socialnih značilnosti. Žal ne najdemo izrecne navedbe diskriminacije ljudi zaradi starosti, kar pa še ne pomeni, da v naši družbi ni prisotna in da lahko nanjo v socialnem delu kar pozabimo (*op. cit.: 73–74*).

Socialni delavec je pogosto pobudnik ustanovitve skupine starih ljudi za samopomoč. Te so pomembna oblika pomoči starim ljudem. Skupina za samopomoč je skupina, v kateri se zberejo ljudje zaradi skupne potrebe ali stiske in deluje kot demokratična ali prijateljska skupina ter temelji na energiji osnovnega socialnega imunskega vzgiba samopomoči (Ramovš 2003: 428). Skupine starih ljudi za samopomoč prispevajo k zmanjševanju izolacije starih ljudi in medgeneracijske nepovezanosti. Socialni delavec se mora zavzemati za uveljavitev novih oblik pomoči, mednje spada tudi koncept skupnostne skrbi. Za stare ljudi v naši državi je organizirano zlasti institucionalno varstvo, skupnostne oblike pomoči pa se navkljub izraženim tendencam iz šestdesetih let prejšnjega stoletja niso razvile. Proces uveljavljanja koncepta skupnostne skrbi je povezan z deinstitucionalizacijo in ustanavljanjem ustreznih služb pomoči v skupnosti, pa tudi stanovanjskih skupin, v katerih ljudje lažje ohranjajo identiteto in samostojnost. Skupnostna skrb je kolektivno zasnovana in ima za cilj povečanje kakovosti življenja v skupnosti, vzpostavljanje različnih vrst fleksibilnih mrež pomoči, ki so na voljo različnim potencialnim uporabnikom v njihovem življenjskem okolju. Pri tem je pomembno, da se načrtovalci skupnostne skrbi opirajo na potrebe uporabnikov. Program razvoja dejavnosti za potrebe starih ljudi prav tako predvideva največ dejavnosti za to populacijo v njenem bivalnem okolju (*op. cit.: 74*).

#### 1.4. SOCIALNI VIDIKI ZDRAVJA IN BOLEZNI

Temeljna pravica vsakega človeka na področju zdravja je pravica do kakovostnega zdravstvenega in socialnega varstva brez razlikovanja na podlagi vere, rase, političnega

prepričanja, ekonomskega ali socialnega stanja. Pri tem je pomembno, da lahko posameznik doseže svoj zdravstveni potencial in da ni nihče v neenakem položaju glede doseganja tega potenciala zaradi socialno-ekonomskega statusa ali drugih determinant (Eržen 2012: 16). Svetovna zdravstvena organizacija navaja, da so socialni vidiki zdravja razmere, v katerih se ljudje rodijo, odraščajo, živijo, delajo in da prav socialne determinante pripomorejo k neenakosti na področju zdravja (*ibid.*).

Zdravje in bolezen sta namreč pojma, ki imata več dimenzij in lahko nanju gledamo tudi kot produkt kulture, v kateri živimo. Zato je pomembno, da ko govorimo o tej tematiki, prej raziščemo tudi njene socialne in kulturne interpretacije, ter simbolični pomen, ki ga v določeni družbi imata. Temu rečemo socialna konstrukcija zdravja in bolezni (Lupton 2000: 51).

Armstrong (2000: 26) pravi, da ima bolezen ravno tako kot biološke (telesne) tudi socialne faktorje. Ravno ti socialni vzroki bolezni so bili pobuda za prvo povezavo in sodelovanje, ki je nastalo med medicino ter socialnimi znanostmi. Včasih se je bolezen raziskovalo le skozi medicinski vidik, socialni del pa je ostal neraziskan in slabo pojasnjen z utemeljeno teorijo. Ljudje, ki občutijo bolezen, njihova družina ter člani njihove socialne mreže se pogosto upirajo dejstvu, da zdravstveni ter socialni delavci njihove stiske in izkušnje grupirajo v določene kategorije skupaj z ostalimi, ki naj bi doživljali isto in imeli podobne težave (Kleinman in Seeman 2000: 230). Lupton (2000: 61) ravno tako piše, da je danes vse bolj pomemben vidik uporabnika in njegova osebna izkušnja. V prihodnosti bo treba povezati medicinske teorije s teorijami bolnikov ter dobro raziskati njihovo povezavo.

Prav družben vidik bolezni je tisti, zaradi katerega se vsi ukvarjamo z njo, skupaj z dejstvom, da zadeva vprašanje o kakovosti življenja in preživetja. Zato o zdravju in bolezni razpravljajo različne znanosti in različne stroke, poleg medicine so to predvsem socialne in družbene znanosti. Imeti moramo tudi razvite različne pristope za sodelovanje med njimi z namenom nudenja pomoči uporabniku. Razlog za uporabo tako širokega spektra znanosti je preprost – vprašanja, zakaj ljudje zbolijo in kako naj ohranijo zdravje in dobro počutje, sta tako pomembni, da ju nobena veda, ki se ukvarja z ljudmi, ne more prezreti (Ule 2012: 5).

Zdravje je v naši družbi visoko cenjena vrednota in v družbenem kontekstu je torej pomen zdravja razumljiv. Socialni vidik pa je bolj razpršena dimenzija, ki vključuje širok krog udeležencev. Bolezen je v človekovem življenju obdobje osebne stiske, v kateri ljudje ne želijo ostati sami (Eržen 2012: 16). Socialna podpora pri bolniku je pomemben dejavnik, ki

vpliva na zdravje oziroma zmanjšuje verjetnost poslabšanja bolezni (*ibid.*). Dragoš (2000: 304) pravi, da empirične raziskave kažejo, da so učinki socialnih mrež tesno povezani z zdravstvenim stanjem starih ljudi (vključno z nižjo smrtnostjo), s kardiovaskularnimi obolenji, z umrljivostjo zaradi raka in z nivojem funkcionalnih zmožnosti. Potrjeno je, da so socialne mreže varovalni dejavnik, seveda pa ne vse v enaki meri. Učinek mrežnih interakcij je odvisen od različnih okoliščin, med katerimi so bistvene zlasti tri: dohodek oz. materialno stanje, fizična kondicija starega človeka in njegov spol. Od teh treh je materialni dejavnik še najbolj predvidljiv. Tisti z nižjimi dohodki so praviloma bolj izpostavljeni zdravstvenim tveganjem, imajo slabši dostop do zdravstvenih storitev, so pogosteje žrtve kriminalnih napadov (ker živijo v revnih soseskah z višjo stopnjo kriminala) in imajo manj ustrezno prehrano (*ibid.*). Ponekod socialni elementi vplivajo tudi na to, da imajo ljudje določenih ras ter ženske (v primerjavi z moškimi) nižje dohodke, kar v kombinaciji s stresnim življenjem ljudi na obrobju, izpostavljanju tveganim okoliščinam, omejeno izobrazbo in financami ter nezdravim okoljem, kjer ti ljudje običajno živijo, vpliva na večjo obolevnost in slabše zdravljenje (Lillie Blanton *et al.* 1999: 396).

Bolezen človeka prizadene telesno, psihično in socialno ter lahko trajno spremeni življenje posameznika. Včasih so njegovi občutki, doživljanja, čustva in odnosi s svetom bolj prizadeti, kot je človek prizadet telesno. V svetu zdravih, v katerem je zdravje moralna vrednota in družbena norma, morajo bolniki najti smisel kljub oviranosti, izdelati prilagoditve v vsakdanjem življenju in na novo oblikovati samopodobo.

Glede na to, da sta se sistema zdravstvenega in socialnega varstva v devetdesetih letih 20. stoletja ločila, je to vsekakor težava, kadar se mora posameznik v primeru bolezni spopadati z delitvijo svojih potreb na zdravstvene in socialne ter jih prilagajati sistemu (Ule 2012: 5–8).

Ule (*ibid.*) pravi, da ima sicer v moderni družbi in moderni medicini prednost znanstveno-racionalna predelava bolezni in njenih znakov, je vendarle veliko vsakdanjih dokazov za to, da poleg nje obstaja še veliko bolj elementarna čustvena raven zaznavanja in doživljanja bolezni ter njenih učinkov in posledic. Posebej pri eksistencialnih izkušnjah, kot so bolečina, trpljenje in negotovost, je lahko čustveno doživljanje odločilno. Tako se naučimo reagirati na bolečino, se naučimo njenega jezika in tega, kaj smemo in česa ne smemo pokazati pred drugimi zaradi socialnih omejitev in odgovornosti. In obratno, če je nekdo priznано bolan, mora kazati občutke bolečine in mora govoriti o svoji bolečini, čeprav morda ni tako hudo bolan.

Posameznik v bolezni svojih potreb ne le deli na zdravstveno in socialno dimenzijo, ampak se srečuje tudi s težavami razpršenosti opor in bližine pomembnih drugih. Človek je v svoji osnovi celostno bitje in tudi njegove zdravstvene in socialne potrebe so nedeljive.

Bolezen v svoji elementarni obliki je torej dogodek, ki se ne kaže samo v bioloških znakih, ki prizadenejo celo telo. Ne gre le za to, da ima bolezen tudi psihološke in socialne posledice. Bolezen je socialno-kulturno uokvirjena (Ule 2012: 5) in je hkrati najbolj individualna in socialna izkušnja in dogodek. Njen pomemben del so tudi socialne manifestacije bolezni, ki prizadenejo socialne odnose, socialne vloge in socialne dejavnosti posameznika. Bolezen se razvija v določenem socialnem kontekstu in ta kontekst moramo upoštevati pri analizi vzrokov in posledic bolezni. Simptomi so namreč več kot znaki različnih sprememb, ki se zgodijo v telesu. Vse to pomeni, da je to, da ima nekdo simptome bolezni, več kot telesni problem, je problem spremembe socialnega statusa, spremembe samopodobe, kakovosti življenja in odnosov. Pomembno je ne le to, kaj ljudje mislimo o zdravju in bolezni, temveč tudi, kako je naše razmišljanje povezano s predstavami o naših medsebojnih odnosih, dejavnosti in kulturi, v kateri živimo (*ibid.*).

Sociologija govori tudi o družbeni stigmatizaciji bolezni in invalidnosti. Zato se oseba, ki je telesno oškodovana, običajno želi predstaviti kot nekdo, ki je le fizično drugačen, ne pa tudi družbeno odkloni. Takšni ljudje želijo doseči preprostost in naravnost v svoji interakciji z drugimi, saj to ponazarja dejstvo, da so slednji sprejeli njihovo najljubšo definicijo jaza, vendar predstavlja njihova bolezen številne grožnje vrsti sociabilnosti, ki si jo želijo. To izvira iz dejstva, da jih tisti, ki ne delijo usode njihove bolezni ali invalidnosti, označujejo kot »drugačne«, »nenavadne« in nekaj drugega kot normalne (Haralambos, Holborn 1999: 902). Ravno tako je predstava večine »zdravih« ljudi glede bolezni in invalidnosti resnično negativna, kar je ravno tako posledica družbenega vpliva na posameznika. Nihče ne more vedeti, kako bi se resnično počutil v vlogi bolnika in predvidevati, kako bi se na določeno stanje in življenje z ovirami dejansko navadi in ga sprejel (Campbell 2008: 90–92). Ko človek izve za bolezen ali težko poškodbo, namreč običajno doživi hud psihološki šok. Zavedati se moramo, da če je diagnoza hujša, nepričakovana in izrečena na neprimeren način, s katerim osebo pustimo nemočno in brez upanja, lahko to privede do posttravmatske reakcije. Ta tesnoba lahko tudi pripelje do depresije in samomora. Pacient je ohromljen, namesto da bi se boril proti bolezni. Precejšnje izboljšanje kakovosti življenja bolnikov je plod sodelovanja njih samih kot tudi pomoči oskrbovalnih ekip. Vključitev psihologov in socialnih delavcev, navzočnost kvalificiranega osebja in poučevanje, kako obvladati bolečino so spremenili

bolniške službe, zdravljenje je postalo bolj humano. Tudi psihološki in socialni vidiki so bolj znani in spodbujajo psihično in fizično prilagajanje. Psihološka podpora, skupine za pogovor in terapevtske skupine so sestavni del teh možnosti, primerjalne študije dokazujejo učinkovitost in vsaj izboljšanje subjektivnega doživljanja bolezni (Bacqué 2005: 315).

Medicina diagnosticira kompleksne situacije ljudi, ki pridejo k njej po pomoč, in glede na to diagnozo določi odgovore (recept, navodila za ravnanje), socialno delo pa se s situacijo spopade na način, ki upošteva nepredvidljivost (želje posameznika, odzive okolja in razpoložljive vire v skupnosti). Rezultat dela v socialnem delu je odvisen od uspeha pri »pogajanjih« z vsemi akterji (Eržen 2012: 16). Vsekakor pa sta medicinski in socialni vidik ter pristop do bolezni in zdravja nujna ter obvezno združljiva, če želimo skupaj z uporabnikom doseči premik naprej.

## 1.5. SOCIALNO DELO V ZDRAVSTVU

Pogačnik (1984: 379) pravi, da Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot popolno telesno, duševno in socialno blagostanje, zato ni treba posebej utemeljevati potrebe, da se tudi socialni delavec vključuje v delo zdravstvenih organizacij. Že davno so ugotovili, da dejavniki iz človekovega okolja lahko pospešujejo ali ovirajo nastanek bolezni in ovirajo potek zdravljenja, zato so nosilcem zdravstvenih dejavnosti priključili še druge, tako imenovane paramedicinske profile, kot so psihologi, socialni delavci itd. Socialno delo v zdravstvu k nam prihaja iz ZDA. Tam so ugotovili, da bi poleg zdravnika moral biti še nekdo, ki bi obiskal bolnika na domu in na njegovem delovnem mestu, da bi preveril njegovo socialno-ekonomsko stanje in kako to stanje vpliva na potek zdravljenja. Preobremenjen zdravnik ni imel časa, da bi se poglobljal v bolnikove težave, zato se je pojavil nov profil delavca terapevta v zdravstvu – socialni delavec. Knapp (2010: 2) piše, da je vloga socialnega delavca na nešteto načinov različna od vloge pomagajočega prijatelja, ki nam ponuja pomoč v bolezni po dobronamerni in neformalni poti. Socialno delo je med drugim tudi poklic, ki v bolnišnici razume in izboljšuje kakovost človeškega življenja. Socialni delavec v primerjavi z laikom, prijateljem ne izbira, komu bo pomagal in komu ne. Kot profesionalc je dolžan pomagati ljudem ne glede na njihovo starost, raso, spol, vero in bolezen.

Pri nas socialno delo v zdravstvenih ustanovah ni tako zelo specializirano kot npr. v Ameriki, kjer strokovnjaki iz Ameriškega združenja socialnih delavcev poročajo o delitvi stroke

socialnega dela ne samo na socialno delo v zdravstvu [*medical social work*], ampak le tega razdelijo še na specializacije, kot so pediatrija, onkologija, nefrologija, travmatologija in področje transplantacij organov (National Association of Social Workers). Beder (2006: 21, 33, 57, 95, 123) piše še o specializiranih socialnih delavcih na področjih dela z bolniki s HIV-om in AIDS-om, opeklinami in z ljudmi, ki imajo srčno ali ledvično obolenje in tudi tistimi, ki potrebujejo transplantacijo določenega organa.

Pri nas delitev ni tako natančno izvedena, ravno tako ne obstajajo specializacije za omenjena področja. Socialni delavci pri nas kljub temu delajo na različnih splošnih in bolj specializiranih področjih v bolnišnicah (na primer na področju reprodukcije, rehabilitacije, nevrologije, psihiatrije, pediatrije, v negovalnih oddelkih bolnišnic). Naloge socialnega delavca v bolnišnici delimo na splošne in sistematične. Ameriško združenje socialnih delavcev navaja raznolike splošne naloge bolnišničnega socialnega delavca (National Association of Social Workers). Prva od njih je raziskovanje uporabnikovih življenjskih okoliščin ter razumevanje uporabnika s psihosocialnega vidika, kar pomeni, da naj bi socialni delavec v bolnišnici skrbel za to, da se pacient sam in njegovi svojci naučijo pravilno razumeti bolezen in situacijo, v kateri so se znašli. Njegova naloga je, da uporabnika vzpodbudi, da na bolezen pogleda z vidika, kako le-ta vpliva na njegovo čustveno in socialno življenje ter dojetje situacije. Pogačnik (1984: 386) dodaja, da med splošne naloge spada tudi proučevanje socialne situacije bolnika in potrebe v zvezi z njegovo boleznijo, socialna terapija bolnika v sodelovanju z zdravnikom, sodelovanje z bolnikovo okolico, kadar socialni dejavniki škodujejo fizičnemu in mentalnemu zdravju bolnika.

Socialni delavec sodeluje z ljudmi pri sprejemanju odločitev, ki bodo imele vpliv na njihovo nadaljnje življenje, pri tem uporablja metodo dela s posameznim primerom, da pomaga pacientom in njihovim svojcem razrešiti psihološke, socialne in finančne težave, ki so povezane z njihovim zdravstvenim stanjem. Uporabnik mora biti na začetku sodelovanja povabljen, da socialni delavki pove svoja pričakovanja. S tem, ko socialni delavec dosledno upošteva doktrino socialnega dela, se zaveda, da na koncu ni tako pomembna rešitev sama, kot je pomembno zadovoljstvo uporabnika z rešitvijo, do katere smo prišli skupaj, z enakovrednim sodelovanjem in delom na problemu, ki ga je uporabnik na začetku izpostavil. Socialni delavec tudi informira o vrstah in načinih pomoči, ki jo zagotavlja bolnišnica, ter možnih oblikah pomoči po odpustu domov (npr. akutna, subakutna obravnava, nega na domu). Pomembno je tudi to, da ob zaključku sodelovanja bolnik dobi možnost in je opogumljen, da oceni pomoč, ki mu je bila med bivanjem v bolnišnici zagotovljena.

Pomembna naloga socialne službe je tudi pomoč uporabniku in njegovi družini pri soočenju z bivanjem v bolnišnici. Socialni delavec vse vpletene seznanja s trenutno situacijo ter morebitno zmedo in zamenjavo socialno-družbenih vlog, z morebitnimi čustvenimi in socialnimi odzivi na bolezen in zdravljenje, ki se lahko pojavijo. Olajša jim sprejemanje odločitev ter intervenira v kritičnih trenutkih in situacijah. Socialni delavec naj bi tudi zaznal psihično stisko in težave uporabnika in ga v primeru, da ta resnično potrebuje pomoč in mu je sam ni sposoben nuditi, napotil v ustrezne institucije, na primer na individualno ali družinsko psihoterapijo, k psihologu ali psihiatru. Ena od nalog je ravno tako skrb za komunikacijo med uporabnikom in zaposlenimi. Socialni delavec seznanja uporabnike z vlogami članov zdravstvenega tima, pomaga uporabniku in njegovi družini pri medosebni komunikaciji ter njihovi komunikaciji s preostalim zdravstvenim timom. Socialni delavec tudi zagotavlja pomoč bolnikom pri razumevanju in sporočanju informacij, ter skrbi za to, da so podatki pravilno podani in razumljeni z obeh strani. Skrbi tudi za to, da se odpravijo motnje komunikacije in sodelovanja med samimi člani delovnega tima v bolnišnici. Socialni delavec v bolnišnici ima ravno tako vlogo zagovornika uporabnika, ter se zavzema za to, da diagnoza dobi ne le medicinski pomen, ampak je viden tudi psihosocialni, odnosni in družbeni vidik bolezni, ki naj bo tak, kot si želi uporabnik sam. Socialni delavec pomaga, da uporabnik po vseh medicinskih postopkih, ki jih je preživel v času zdravljenja in terapije, na katero ni imel vpliva, končno začne dobivati novo moč in možnost odločanja o svojem življenju. Uporabnik mora biti zavarovan pred predsodki in stereotipi družbe, ki lahko izhajajo in njegove bolezni. Socialni delavec mora razumeti tudi družbeno konstrukcijo invalidnosti in jo uporabniku pojasniti na način, kot jo je sposoben razumeti. Uporabnik s tem pridobi na moči in mu različne socialne konstrukcije več ne jemljejo poguma v življenju. Za vse to je odgovoren socialni delavec, ki je vedno na strani bolnika ter njegov zagovornik pred dominantnim vplivom medicine ter njenim enačenjem uporabnika (pacienta) z boleznijo. Socialni delavec ima torej težko nalogo, da se izogne medicinski obravnavi uporabnika, kljub temu da je biološka bolezen vzrok, da je uporabnik pravzaprav prišel do socialne službe in zato diagnoze ne more ignorirati, ampak jo mora prevesti v jezik socialnega dela. Slednje velikokrat ni lahka naloga in za dobro delo potrebuje veliko pomoči in sodelovanja z uporabnikom samim in njegovo socialno mrežo, če je to potrebno.

Socialni delavec mora stalno sodelovati s ključnimi zunanjsimi službami in organizacijami. Tako išče skupaj z uporabnikom različne možnosti glede nadaljnje pomoči. Pogačnik (1984: 387) omenja, da mora tu socialni delavec nenehno vzpostavljati stik z različnimi drugimi

zdravstvenimi institucijami, centri za socialno delo, delovnimi organizacijami in drugimi službami.

Ena od nalog socialnega delavca je tudi prizadevanje za novosti in spremembe v socialnem varstvu. Mednarodna zveza socialnih delavcev opisuje to aktivnost kot zagotavljanje in uresničevanje uporabnikovih pravic tudi na ta način, da se socialno delo zavzema za sprejetje zakonodaje, ki bo ugodna in primerna za psihosocialno blaginjo in potrebe uporabnikov, s katerimi delamo. Pogačnik (*ibid.*) pa bolj konkretno s tega področja omenja razvijanje novih socialnih programov in akcij v zdravstvenih organizacijah. Ravno tako kot dela z uporabnikom socialni delavec, dela s svojci pacienta. Sodelovanje socialnega delavca s svojci ima velik pomen pri premagovanju začetnih težav in privajanju bolnika na začasno bivanje v bolnišnici. Socialni delavec tudi svetuje o pravicah bolnika, o različnih oblikah pomoči, ki jih lahko uporabijo in jim nudi podporo ob morebitni izgubi sorodnika. Socialni delavec vedno sodeluje tudi v zdravstvenem timu (timsko delo), ki ga sestavljajo zdravniki, diplomirane medicinske sestre, srednje medicinske sestre ter zdravstveni tehniki, fizioterapevti, delovni terapevti ter psihologi. Socialni delavec prinaša k timu specifičen socialno-delovni vidik in znanja. Zelo pomembno je, da se tako socialni delavec sam kot tudi njegovi sodelavci in uporabniki zavedajo, kakšna je vloga in pomen socialnega dela v bolnišnici ter kaj je in kaj ni naloga socialnega delavca.

Socialni delavec v zdravstvu ima tudi točno določene in predpisane organizacijske (sistematične) naloge, ki so vezane na prihode in odhode bolnikov. Pogačnik (*ibid.*) omenja več delovnih nalog. Prva od teh je sprejem bolnika. Socialni delavec naj bi bil obveščen o vsakem novem bolniku, katerega naj bi ga uvedel v novo okolico ter sproti opravljal urejevanje plačila določenih storitev. Ob sprejemu se mora zanimati tudi za tiste člane družine, ki so ostali doma in so nepreskrbljeni, npr. otroci in stari ljudje. Sem spada tudi prvo seznanjenje zdravnika in medicinske sestre o socialnem stanju bolnika. Druga sistematična naloga se navezuje na bivanje bolnika v bolnišnici. Socialna delavka tekom bivanja v bolnišnici poskuša aktivirati bolnika pri reševanju njegovih socialnih problemov, izvaja pogovor z bolnikom – pomoč pri reševanju osebnih in stvarnih težav ter reševanj morebitnih konfliktov bolnika z njegovo družino in ostalimi za uporabnika pomembnimi osebami. Socialni delavec v timskem delu obvešča in je obveščen o vseh okoliščinah, ki se nanašajo na bolnikove socialne oz. zdravstvene probleme. Naloga socialne službe je tudi urejanje odpusta bolnika iz bolnišnice. Socialni delavec po potrebi seznanja družino ali ustanovo, od kjer uporabnik prihaja, o njegovi vrnitvi, pomaga reševati morebitne probleme, ki se tičejo

invalidskega in pokojninskega zavarovanja, obvešča zdravnika, če obstajajo socialne težave ob odpustu ter pomaga pri premeščanju bolnika v drugo zdravstveno ustanovo, v zdravilišče oz. rehabilitacijsko ustanovo ali v dom za starejše občane, pomaga pri urejanju bolnikove dokumentacije, skratka bolniku daje pomoč v vseh oblikah socialne skrbi, če je to potrebno.

Eržen (2012: 17) piše, da se kljub prizadevanjem, da bi se socialno delo v bolnišnici čim bolj osamosvojilo od medicinske obravnave bolnika, socialne storitve v bolnišnici še vedno opravljajo na predlog zdravnika in so organizirane tako, da ne ovirajo časovnega razporeda in dela medicinske stroke. Delo socialne delavke v bolnišnici je pogosto nepredvidljivo, pomembna je sposobnost za obvladovanje zahtev in sprememb, ki so lahko tedenske ali dnevne: spremembe obsega dela, menjava posameznih članov zdravstvenega tima ter spremembe pri načrtovanih diagnostičnih in terapevtskih posegih. Nepričakovane razmere zahtevajo sposobnost za takojšnjo prilagodljivost. Socialne delavke se pri svojem delu v bolnišnicah pogosto srečujejo s posebnimi okoliščinami in morajo biti nujno pripravljene na prilagajanje. Ko socialna delavka pride v sobo k pacientu, mu je lahko slabo, ima bolečine, težko govori o konfliktnih odnosih in o svojih finančnih stiskah. Pomembna je skrb za uravnotežene potrebe pacienta, družine in zdravstvenega tima, kljub temu da si pogosto nasprotujejo. Potrebe po storitvah socialnega dela v bolnišnicah se nenehno povečujejo, raziskave o vzrokih pa še niso opravljene. V Nemčiji namreč ugotavljajo, da sta se zaradi družbenih in demografskih sprememb ter sprememb zdravstvene politike in financiranja zdravstvenih storitev izjemno povečala število in zahtevnost obravnav. Skrajševanje bolnišničnega zdravljenja pomeni, da so pacienti ob odpustu bolj odvisni od pomoči drugih. Pred leti so številni uporabniki imeli zaradi daljše hospitalizacije boljše možnost rehabilitacije ter obnovitve funkcijskih sposobnosti. Bolnišnice, namenjene akutni zdravstveni obravnavi, zaradi zdravstvene politike in sprejetih dogovorov o financiranju paciente prej odpuščajo, zato ti potrebujejo pomoč pri urejanju nadaljnjih zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev, do katerih so upravičeni, pri tem pa se nenehno srečujejo s problemi, ker sistemi ne upoštevajo potreb in niso prilagojeni zahtevam. Posebej starejši ljudje pogosto trpijo zaradi številnih kroničnih bolezni in zato nadpovprečno pogosto potrebujejo bolnišnično obravnavo, sam proces zdravljenja pa zaradi zmanjšanih psihofizičnih sposobnosti zahteva dalj časa. Veliko uporabnikov tudi nima družine in dovolj razvite socialne mreže, ki bi jim lahko zagotavljala pomoč in podporo, zato nujno potrebujejo strokovne storitve socialnega dela v bolnišnici. Spoznanje, da je treba pri zdravljenju upoštevati tudi socialne okoliščine pacienta, je

pripomoglo k dodatnemu zaposlovanju ustrezno usposobljenih strokovnih socialnih delavk v zdravstvu kljub varčevalnim ukrepom (Gö edecker Geenen 2000: 22 V: Eržen 2012: 18).

## 1.6. POTREBE STARIH LJUDI

Človekove potrebe so zelo širok pojem, o njih obstaja cel niz predstav in razumevanj, tudi ljudje jih različno razumemo. Teorije, ki govorijo o človekovih potrebah, se opirajo na vprašanja fizičnih in družbenih pogojev, ki ljudem omogočajo življenje in preživetje, nanašajo pa se tudi na vprašanja človekovih pravic in pravičnosti ter dolžnosti (Flaker *et.al.* 2008: 9). Človek je bitje potreb, nižjih in višjih, ki so gibalo njegovega vedenja in razvoja, torej aktivne determinante in organizatorji njegovega življenja. Osnovnih potreb nam ne morejo nadomestiti drevesa, planine, psi ali mačke. Spoštovanje, varnost in ljubezen nam lahko nudi le človeško bitje in v vsakem medčloveškem odnosu težimo k temu, da te potrebe zadovoljimo. Abraham Maslow, ameriški psiholog, je človekove potrebe razdelil na osnovne potrebe (po hrani, pijači, spolnosti, počitku, gibanju), potrebe po varnosti (stabilnost, red, zaščita pred nevarnostmi), potrebe po ljubezni in pripadnosti (naklonjenost, dajanje in sprejemanje ljubezni, zaupanje v druge ljudi), potrebe po ugledu in spoštovanju (priznanje s strani drugih, kar ustvarja pozitivno samopodobo), kognitivne potrebe (po razumevanju, znanju, radovednosti), estetske potrebe (po umetnosti, redu, lepoti) ter potrebe po samoaktualizaciji (človek naj bi postal to, kar lahko postane, uresničitev lastnih vizij). Osnovne biološke potrebe so močnejše kot vse druge. Človek je najbolj motiviran in največ svoje energije vложи v zadovoljitev teh potreb. Če so vse njegove potrebe nezadovoljene, organizem in njegovo vedenje obvladujejo fiziološke potrebe, vse ostale so potisnjene v ozadje (Kladnik 2010: 67).

Ramovš (2003: 87–88) meni, da so potrebe temeljni mehanizem živih bitij, s katerim se ohranjajo in napredujejo. Kakovost človeškega življenja se meri po tem, koliko in v kakšni medsebojni skladnosti so zadovoljene vse njegove potrebe.

Obstoj potreb je zlasti posledica načina organiziranosti družbe in delovanja skupnosti. Več kot je v njej ovir, ki preprečujejo prebivalcem organizirati svoje življenje in izboljšati kakovost lastnega življenja, večji bo obseg intervencij, ki jih bo morala skupnost izvesti za odpravljanje posledic. Zato je pomembno tudi vprašanje, katere ovire preprečujejo ljudem organiziranje kakovostnega življenja v skupnosti. To vprašanje zadeva sistem socialnega varstva le v manjši

meri, veliko bolj pa celoten družbeni ustroj od lokalne skupnosti do državne ravni (Flaker *et. al.* 2008: 28).

Flaker *et. al.* (*op. cit.*: 111–387) so pri pisanju kataloga potreb uporabnikov socialnega dela, s pomočjo raziskovanja uporabnikovega vidika, prišli do ugotovitev, da je najbolj izrazitih in za socialno delo pomembnih osem kategorij potreb.

Prva potreba je potreba po stanovanju. To potrebo lahko imenujemo tudi potreba po »biti kje«, potreba po stanovanju, prostoru za organizacijo identitete, zasebnosti, za bivanje skupaj z drugimi – kolektivno bivanje –, tudi potreba po posebnih prostorih ter stanovanjski oskrbi in pomoči. Prostor bivanja je temeljna eksistenčna in identitetna nuja. Ljudje s potrebami po dolgotrajni oskrbi (starejši, s telesnimi in duševnimi omejitvami, revni, mladina) se pogosto znajdejo v stanovanjski stiski in težavah, povezanih s tem, kje in kako živeti. Človek lahko ima stanovanje in kljub temu ni nujno, da ne bo imel stanovanjske stiske – na primer stari ljudje ob namestitvi v bolnišnico ali socialni zavod. Tam na primer nimajo kje shraniti svojih potrebščin, osebne lastnine in njim ljubelega pohištva ... Odhod v zavod je lahko rešitev stanovanjskega problema ali pa ga povzroči. Stanovanje je mesto zasebnosti, posameznika omeji od drugih prostorov ter od javnosti. Ko star človek pride v institucijo, izgubi svoje intimno mesto za splošno organizacijo bivanja in za zadovoljevanje lastnih potreb, želja v želenem tempu. S hospitalizacijo ali institucionalizacijo star človek izgubi svoje pridobljeno imetje, ker ga po odhodu iz doma nima kje hraniti. Človek tudi v instituciji potrebuje prostor za organizacijo lastne identitete, hranjenje osebnih stvari, za umik od ostalega sveta. Včasih potrebuje prostor bivanja, ki je prilagojen njegovim posebnim potrebam in mu omogoči večjo samostojnost (*op. cit.*: 115–132).

Flaker *et. al.* (*op. cit.*: 142–190) v katalogu potreb omenjajo tudi delo in denar. Stari ljudje so načeloma že upokojeni in prejemajo pokojnino, a kljub temu to ne pomeni, da ne delajo. Delo je potreba in sredstvo za zadovoljevanje potreb. V našem življenju se pojavlja na različne načine, v temelju kot želja, da smo dejavni, zaposleni. Vsak človek ima potrebo po tem, da lahko dela, kaj ustvarja, torej ima potrebo po sredstvih za lastno življenje, morda si želi posebne prilagoditve pri delu ter delovno rehabilitacijo. Vsakdo potrebuje finančna sredstva za življenje. Pojavljajo se lahko tudi težave pri pomanjkanju denarja zaradi različnih razlogov (npr. upokojitve ali izdatnih stroškov rehabilitacije). K potrebi po delu štejemo tudi potrebo po izvajanju neplačanega dela (skrb za okolico, gospodinjstvo, vnuke).

Naslednja potreba je potreba po urejenem vsakdanjem življenju. Vsakdanje življenje je sestavljeno iz ponavljanj. Vsakdanje rutine nam dajejo socialni občutek življenjskega ritma, samega sebe in pripadanja okolju, v katerem živimo. Kot del potrebe po urejenem vsakdanjem življenju uvrščamo potek dneva, rutine, zdravila, dnevne aktivnosti, gospodinjstvo, počitek, obleko, higieno, spretnosti vsakdanjega življenja, prehrano, vzdrževanje čistoče, prosti čas, zabavo in igro, rekreacijo, družabnost, prosti čas ... Potrebe, ki jih imajo ljudje v prostem času, so zelo raznovrstne. Pogosto so družabne narave ali pa gre za hobije, šport, zabavo. Teme prostočasnih aktivnosti so ravno tako zelo različne. Lahko so povezane z umetnostjo, kulturo, politiko ali celo znanostjo. Mednje sodi tudi šport, ukvarjanje s telesom, videzom, živalmi ... Sem spadajo tudi mediji, potrošništvo (nakupi), izleti, dejavnosti družabnega tipa, pa primer kavice, klepeti, šah, namizne igre ... V večini ustanov za stare ljudi izvajajo tako imenovano »terapevtizacijo prostega časa«. Gledano z vidika ljudi, ki imajo etiketo in vlogo bolnika, se dejavnosti, ki jih imamo za prostočasne in imajo svoj lasten namen, hitro preobrazijo v terapevtske aktivnosti, ki so lahko v korist osebjem (stanovalci ne »tavajo« naokoli). Učinkovitost delovne terapije je povsem odvisna od človeka, ki jo izvaja, in tistega, ki jo prejema. Ni nujno, da vsakega uporabnika aktivnosti delovne terapije zabavajo in mu koristijo. Nekaterim so odveč, se dolgočasijo in se počutijo prisiljene v sodelovanje (*op. cit.:* 191–230).

Med uporabniki obstaja tudi potreba po izogibanju nelagodju v interakciji. Interakcijski prekrški so prezrt, a izredno pomemben vidik procesa konstrukcije drugačnosti in tudi družbenega izločanja in stigmatiziranja. Interakcijski prekrški so zagotovo najbolj razširjeni med vsemi prekrški, ki jih omogoča naša civilizacija. Ko govorimo o interakcijskih prekrških, imamo v mislih niz prekrškov, ki bi jim lahko rekli tudi vljudnostni (odmaknjen pogled, kršitev vljudnostne razdalje, pretirana posrednost ali zadržanost itn.). Te prekrške delamo vsi brez izjeme in jih hkrati popravljamo z opravičili, pojasnili ipd. Pri ljudeh s prizadetostjo je po eni strani teh prekrškov več ali pa bolj izstopajo in se po pravilu povezujejo z njihovo stigmo ter zmanjšajo interakcijsko, posledično tudi pogodbeno kredibilnost posameznika. Če interakcijski prekrški povzročajo nelagodje interaktantom, so tudi za prekršitelje pogosto breme. Ljudje z demenco zatrjujejo, da je veliko težje prenašati fizične bolečine kot pozabljenost. Uporabnike v socialnem delu pogosto spremlja nalepka stigme, ki povzroča nelagodje, tako njim samim kot ljudem v okolici. Ti se z naslavljanjem na spremljevalca uporabnikov izognejo interakciji z imetnikom stigme, ki je lahko za oba nevarna. Stigma lahko postane izgovor za opuščanje skrbi ali pa za to, da osebe ne jemljemo resno oz. ji celo

preveč pomagamo, ker je bolna. Najbolj osnovna taktika, ki ni stigmatizirajoča, je človeka, ki dela interakcijske prekrške, pustiti pri miru. Na primer, osebe z demenco v odnosu z drugimi ljudmi, tudi svojci, pogosto moti nenavadno vedenje do njih. Moti jih, da jih drugi preveč sprašujejo, pogosto tudi čudne podrobnosti o njihovem življenju, osebe z demenco pa si želijo zgolj miru (Falker *et. al.* 2008: 231–241). Kobentar (2011: 7) je mnenja, da je uporabniku (staremu človeku) treba prisluhniti z občutkom, ga diskretno opazovati, mu vedno ponuditi drugo možnost ter ob tem upoštevati njegovo osebnost in dostojanstvo. Prehitevanje s takojšnjim popravljanjem napak ter odvzemanje priložnosti za samoaktivnost nikakor ni priporočljivo, saj z neposredno pomočjo pri opravih razvrednotimo njegovo znanje in izkušnje. Zato moramo dovoliti, da vsak sam poišče možnosti in pomagamo šele, ko sam zaprosi za pomoč. Interakcijske prekrške, ki se pojavijo, lahko ignoriramo ali pa jih sprejmemo kot nestigmativne, s humorjem, in preprosto sprejmemo uporabnikovo drugačnost. Drugi način, kako se izogniti stigmativni interakciji, je, da jo »banaliziramo oz. trivializiramo« (Flaker *et al.* 2008: 247–253).

Flaker *et. al.* (2008: 258–310) omenjajo tudi potrebo ljudi po vključitvi v družbo (potreba po stikih in druženju). Potreba po stikih in druženju je ena temeljnih človekovih potreb. Človek je družbeno bitje, stiki z drugimi pa so fiziološka nuja. Skozi življenje vzpostavljamo veliko različnih stikov, od globokih in trajnih vezi do bežnih, vsakdanjih stikov. Stiki nas glede na vrsto in intenzivnost nekako zaznamujejo, govorijo o tem, kdo smo, govorijo o naši identiteti (vredni smo glede na to, koga poznamo, s kom se družimo) in lastni vrednosti ter omogočajo, da ustvarjamo svet okoli sebe. Tudi ljudje, ki so deležni dolgotrajne oskrbe, imajo potrebo po stikih in druženju. K tej potrebi spadajo uporabnikove socialne mreže, krepitev družabnosti, navezovanje stikov, vzdrževanje in širjenje mrež – pot iz osamljenosti, obnavljanje stikov s svojci in drugimi bližnjimi. Če potreba ni učinkovito zadovoljena, se pojavljajo občutek osamljenosti (tudi osamljenosti v množici) ter nezadovoljstvo s trenutno situacijo. Stiki so lahko normativni (npr. odnos osebja do uporabnikov), informativni (služijo pridobivanju različnih informacij, bolj kot je naša mreža revna z informacijami, manj smo sposobni kaj narediti in poskrbeti zase), menjalni (izmenjavanje dobrin in uslug), podporni (vsebujejo vse tri značilnosti, vrednote, informiranje, menjavo, izražajo solidarnost, pomoč in podporo) in usodni (zanje je značilna močna čustvena povezanost, vez – prijateljstvo, ljubezen, strast). Socialne mreže uporabnikov so načeloma šibke, majhne in omejene na ozek krog ljudi. Življenje v ustanovi lahko te mreže zmanjša na najmanjšo možno mero. Pomemben del omrežja uporabnikov so tudi ljudje, ki so plačani, da pomagajo (zaposleni), ti lahko postanejo

za uporabnika pomemben vir opore in priložnosti za druženje. Takšnim stikom rečemo plačani prijatelji in so pogosto večinski del uporabnikove socialne mreže in edini stik uporabnika z zunanjim svetom. Hkrati pa pogrešajo izhode iz institucije in druženje z zunanjim svetom. Uporabniki lahko spoznajo veliko ljudi med bivanjem v instituciji, stiki so včasih zelo prisrčni in intenzivni (vrstniške mreže). Osamljenost (v množici) je glavna stiska, ki jo občutijo ljudje v dolgotrajni oskrbi. Krepitev družabnosti je zato zagotovo potreba oz. nuja na področju organiziranja pomoči in podpore ljudem z dolgotrajnimi stiskami in prizadetostmi. Veliko uporabnikov si želi več stikov z drugimi, pa ne vedo, kako vzpostaviti ta stik. Včasih si želijo tudi, da bi jim kdo pomagal pri vzpostavljanju stikov. Ena od redkih prednosti totalne ustanove je, da je lahko tudi družabni prostor, saj združuje veliko ljudi pod isto streho, kar omogoča družabne stike. Kljub temu v instituciji stiki ter družabnost uporabnikov niso nekaj samoumevnega in da bi jih okrepili, lahko naredimo marsikaj. Pomembni so tudi stiki s svojci, ki pa niso vedno tako zadovoljivi, kot bi lahko bili (pogosto nimajo vsebine, svojci in stanovalci si izmenjajo nekaj informacij, nato ne vedo, kaj bi počeli, kam bi šli ...).

Med uporabniki v institucijah je prisotna potreba po izogibanju tipični institucionalni karieri. Ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, velik del življenja preživijo v institucijah, v katerih prihajajo v tesen stik z osebjem in strokovnjaki. Življenjske zgodbe uporabnikov institucije zaznamujejo dogodki, vezani na razmerja med uporabniki in osebjem, ki pogosto vplivajo tudi na subjektivno doživljanje posameznikove vloge uporabnika institucije. Ker gre na eni strani za niz dogodkov in statusni položaj uporabnika v instituciji in na drugi strani za doživljanje identitete posameznika v vlogi uporabnika institucije, ima tako razmerje značilnosti, ki jih združuje pojem institucionalna kariera. Pomembno je izhajati iz izkušenj uporabnikov, njihovih potreb in želja, ki jih izražajo do osebja in institucije. Uporabniki imajo institucije v slabem ali v dobrem spominu in ne glede na to, ali je njihova izkušnja ugodna ali neprijetna, imajo podobne zahteve in predloge. Želijo si, da bi imeli večjo izbiro, da bi bili bolj informirani o zdravljenju in obravnavi, v stikih s službami, si želijo več vpliva in varstvo, ne le pravic, ampak tudi interesov. Uporabniki imajo veliko željo po nadzoru nad lastnim življenjem ter možnostjo izbire. V ustanovah, kjer živijo, je možnost izbire omejena, zato pa še toliko bolj pomembna. Želijo si izbirati med različnimi aktivnostmi, spoštovanje izbire, možnost pridobivanja novih izkušenj, možnost upravljanja s svojim denarjem ... Ravno tako si želijo imeti vpliv na potek zdravljenja in rehabilitacije ter življenje po tem. Možnosti izbire v instituciji ni samodejna, temveč v korelaciji z značilnostmi posameznika (statusa, bolezni,

okoliščin) in institucionalnega sistema (način, organizacija dela osebja). Zapleteno je tudi vprašanje informiranja o diagnozah in zdravljenju. Včasih kdo sploh ne ve, kakšno diagnozo ima. Ravno tako si uporabniki želijo, da bi imeli zaposleni do njih drugačen odnos, kot ga predvideva običajna institucionalna drža. Želijo si tudi nekoliko drugačnega pristopa s strani osebja, da bi bili ti bolj strpni, da bi imeli bolj osebni pristop in da bi se zavzemali za potrebe posameznega stanovalca. Ravno tako jim je pomembno preseganje birokratskih vlog zaposlenih, čas, ki ga ti namenijo posameznemu uporabniku, da znajo poslušati stanovalce ter da je moč zaposlenih enaka moči uporabnikov (Flaker *et al.* 2008: 311–345).

Uporabniki v instituciji imajo tudi potrebo po umeščeni in pripadnosti. To je potreba, ki je pravzaprav ni mogoče jasno definirati. Gre za dinamično in dialektično potrebo, ki se vzpostavi na razkoraku med neumeščeno (samostojnostjo in odvisnostjo) ter pripadnostjo. Nasprotnoče si težnje po osamosvojitvi in pripadnosti povezujeta dejavnost in subjektivnost – zlasti tisti deli, kjer se najbolj občutimo. Izidi so lahko destruktivni ali produktivni, potreba po umeščeni in pripadnosti je nujna za polno življenje posameznika. Uporabniki so pogosto v zelo odvisnostnem razmerju s svojimi bližnjimi. Samostojnost je osrednji problem med svojcem in uporabniki. Ne glede na to, ali je razmerje dobronamerno ali ne, je treba partnerja ali drugega bližnjega razbremeniti. Načini razbremenitve svojcev morajo biti nujno vključeni v sistem podpore in dolgotrajne oskrbe, saj v nasprotnem primeru dosežemo, da postane edini način razbremenitve ta, da povsem izgoreli sorodnik uporabnika namesti v institucijo. Star človek namreč pogosto izgubi občutek nadzora nad lastnim življenjem. Po majhnih korakih moramo iskati, kaj ta oseba še zmore (Flaker *et al.* 2008: 346–386). Društvo za teorijo in kulturo hendikepa v svojem manifestu neodvisnega življenja sporoča, da neodvisno življenje pomeni nič več in nič manj kot imeti možnost živeti tako kot kdor koli drug, imeti možnost sprejemanja odločitev o svojem življenju in možnost obvladovanja vsakodnevnih aktivnosti. Če je v institucionalnih okvirih posameznikovo življenje zaščiteno, varovano in oskrbovano na način rutinskih praks, pa neodvisno življenje že po definiciji ne more biti predvidljivo, še manj pa se ga da nadzorovati (*op. cit.*: 350–351). Uporabniki imajo potrebo po tem, da so avtonomni in hkrati, da pripadajo. Biti avtonomen in hkrati pripadati je možno takrat, ko ljudje počnemo pomembne stvari skupaj, se lahko izrazimo in zabavamo. Biti avtonomen pomeni, da skrbimo zase in da lahko skrbimo zase tudi takrat, ko drugi skrbijo za nas. Možnosti za pripadnost ponuja druženje z ljudmi, ki so v podobnem položaju, in po drugi strani druženje z različnimi ljudmi iz istega okolja (sosedji, sodelavci ipd.). Vir občutka

pripadnosti je tudi v vključevanju v različne organizacije in društva. Da bi kdo pripadal, se mora vključiti, fizično in socialno stopiti v skupino (*op. cit.*: 362–366).

Zadnja potreba uporabnikov v dolgotrajni oskrbi in institucijah je potreba po izogibanju hospitalizaciji in institucionalizaciji. Statistični urad Republike Slovenije poroča, da je v letu 2010 v domovih za starejše, v posebnih socialnovarstvenih zavodih in v varstveno-delovnih centrih bivalo skupno 22.254 oskrbovancev oz. varovancev, od tega je bilo nekoliko manj kot 70 % žensk (Statistični urad Republike Slovenije). Za ljudi, ki doživljajo dolgotrajno stisko, je odhod v zavod ali bolnišnico skoraj neizogibno dejstvo, stvarnost, v kateri živijo, če pa ni stvarnost, je zelo realna grožnja. Ljudje, ki jim grozi institucionalizacija, si najbolj od vsega želijo živeti normalno življenje, nič posebnega, le da bi lahko čim bolj mirno in vsakdanje živeli. Za tiste, ki živijo v ustanovi, življenje izven ustanov pomeni zlasti zasebnost, da jih nihče ne nadzira in se ne vmešava v njihovo življenje. Ravno tako si želijo, da bi se lahko odločali o majhnih stvareh o svojem življenju, želijo si, da bi bili blizu ljudi, ki jih imajo radi. Večinoma je hospitalizacija in odhod iz domačega okolja močna, neprijetna in grenka izkušnja. Odhod v ustanovo je običajno pobuda drugih, zlasti ljudi z neposrednega okolja v povezavi s strokovnjaki. Svojci se odločijo za namestitev v bolnišnico ali zavod, ko ne zmorejo več. Življenje z nekom, ki potrebuje veliko pozornosti in skrbi, terja veliko energije in svojci lahko pregorijo. Drugi strokovnjaki, zlasti zdravstvene stroke, pa menijo, da je namestitev bistvenega pomena in si prizadevajo za čimprejšnjo institucionalizacijo. Opazimo lahko dva nasprotna odnosa do hospitalizacije in institucionalizacije. Eden zagovarja hitro vključitev v zavodsko okolje, drugi pa teži k temu, da naj uporabnik čim dlje živi samostojno. Prvi stremi k prilagajanju uporabnika okolju, drugi pa ravno obratno, zagovarja prilagajanje okolja uporabniku (Flaker *et. al.* 2008: 30–43).

## 1.7. RAZLIČNE OBLIKE FORMALNE POMOČI STAREMU ČLOVEKU

Knific (2010: 125–127) pravi, da naša država zagotavlja obseg raznovrstnih storitev (oskrba na domu, institucionalno varstvo, dnevni centri in podobno) za približno 10 % starejših oseb od 65 let. Tudi zato večina starih ljudi starost preživlja doma. Obenem pa po obsegu zagotovljenih storitev, vsaj na področju socialne oskrbe na domu, z velikim zaostankom sledi lastnim načrtom, kaj šele dejanskim potrebam starih ljudi. Glede na statistične podatke je kar 2/3 oseb, ki potrebujejo pomoč pri ohranjanju kakovosti vsakdanjega življenja, primorano

poiskati pomoč izven uradne ponudbe. Po mnenju večine EU držav je cenejša, predvsem pa bolj humana oblika bivanja za stare osebe v domačem okolju. Ko razmišljamo o staranju prebivalstva, se moramo odločiti, ali bomo nadaljevali z gradnjo domov ali omogočili vsestransko podporo družinam, ki skrbijo za stare ljudi. Možno je tudi vzporedno poskrbeti tako za ene kot za druge, to je z gradnjo ustreznih domov in povečano pomočjo na domu. V korist slednjemu je tudi Zakon o dolgotrajni negi (Cajnko 2010: 123).

Tako kot druge razvite države si tudi Slovenija prizadeva ustvariti takšne okoliščine, ki bi staremu človeku omogočale čim dlje ostati v domačem okolju, na čim bolj samostojen, kakovosten in varen način. Ena od njih je pomoč na domu (socialna oskrba). Slednja se je, med organiziranimi oblikami pomoči na domu starejšega človeka, najbolj okrepila in razvila. Pomoč na domu je temeljna socialnovarstvena storitev, ki se izvaja na domu posameznika in obsega gospodinjsko pomoč, pomoč pri vzdrževanju osebne higiene ter pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev). Namenjena in dostopna je predvsem starim in invalidnim ljudem ter tistim, ki jim tovrstna oskrba lahko nadomesti institucionalno oskrbo (Zakon o socialnem varstvu). Pri nas omenjeno storitev nudi Zavod za oskrbo na domu Ljubljana, različni centri za socialno delo, ki pokrivajo svoje regije ter številni zasebniki, katerih je vedno več. Slednje pa ne pomeni, da je služb za nego na domu dovolj – zaradi velikega povpraševanja jih še vedno primanjkuje, tudi niso vsi ljudje in »samostojni podjetniki« primerni za negovalce (Ramovš 2003: 306–307).

Število dni, ki jih uporabniki preživijo v bolnišnici, vse bolj upada. Velikokrat se star človek ali svojci uporabnika, zaradi hitrega odhoda domov, spopadejo z bolj zahtevnimi oblikami nege na domu, ki je sami (še) ne znajo izvajati – na primer, da se star človek iz bolnišnice vrne domov z različnimi kroničnimi ranami, inkontinenčnimi pripomočki ali nefiziološkimi načini hranjenja in izločanja (sonde, stome). Takrat so svojci pogosto v stiski, ker želijo pomagati, pa morda za to niso dovolj usposobljeni. Pomoč jim v tem primeru lahko nudi patronažna služba najbližjega zdravstvenega doma, ki družino po potrebi obišče na domu, opravi zahtevnejše zdravstvene postopke in uporabnike po potrebi določenih stvari tudi nauči (Hvalič Touzery 2007: 61). Uporabnika na domu obiskuje patronažna sestra, ki je najozja sodelavka zdravnika pri oskrbi na domu, določena opravila nege na domu pa opravljajo tudi medicinski tehniki (Kersnik, Kravos 2001: 21–22).

Oskrbovana stanovanja so zelo zaželeni, ampak draga oblika podpore pri organiziranju vsakdanjega življenja oseb v tretjem življenjskem obdobju (Knific 2010: 130). V Sloveniji so

oskrbovana stanovanja začeli graditi konec 90. let. Gradnja teh stanovanj se je v letih njihovega uvajanja financirala iz različnih javnih in zasebnih virov. Dosedanja stanovanja stojijo v bližini domov za stare ljudi. Večinoma so garsonjere in enosobna stanovanja, nekaj je dvosobnih (Ramovš 2003: 311). Stanovanje se za starega človeka uredi na ta način, da mu omogoča varnost, gibanje, kljub telesni oviranosti ter možnost vključevanja v dogajanje izven doma. Tovrstne prilagoditve prostorov in omogočanje premagovanja stopnic so izvrstna rešitev, ki ima vsestranske pozitivne učinke, predvsem pa ohranja starega človeka, vpetega v okolje (Knific 2010: 130). Zanimanje za oskrbovana stanovanja naj bi bilo kar precejšnje, tako med uporabniki kot investitorji za njihovo gradnjo. Kljub temu se polnijo precej počasi, razlog so visoke cene, neprimerne lokacije in pa tudi tradicija – ljudje ne želijo prodati svojega doma in se preseliti v manjše stanovanje (Ramovš 2003: 311).

Že kar nekaj domov za stare ljudi nudi upokoženim prebivalcem občine dnevno obliko skrbi – dnevne centre, ki so nekakšna predpriprava na dom. Ramovš (*op. cit.*: 317) dnevne centre imenuje dnevno varstvo in jih po načinu skrbi primerja z vrtci za otroke. Res gre v osnovi za podobno skrb, kljub temu izraz »varstvo« in primerjava morda le nista primerna, saj s tem starostnike degradiramo iz odraslih oseb na raven neboljjenih otrok. Dnevni centri običajno delujejo v delovnih dneh in zagotavljajo oskrbo starih ljudi v razponu med 8.00 in 17:00 uro (Knific 2010: 130). Če je uporabnik prej le del dneva preživel v instituciji, se tako počasi in brez stiske navaja na spremembo okolja, zaposlene, potencialne sostanovalce in se hkrati tudi počasi pripravlja na odhod od doma. V dnevnem centru je star človek preskrbljen glede fizioloških (hrana, osebna higiena) in psihosocialnih potreb (druženje, motiviranje, rekreacija, zaposlitev).

Nekateri dnevni centri so usposobljeni tudi za to, da nudijo kakovostno oskrbo starih ljudi z demenco. V primeru, da uporabnik iz bolnišnice še ne želi v dom ali pa zanj tam ni prostora, svojci pa niso zmožni 24 ur na dan skrbeti zanj, je dnevni center za starejše občane dobra in tudi finančno sprejemljiva izbira.

Mali (2008: 9) piše, da je za Slovenijo zaradi družbenih, političnih in strokovnih razlogov značilna izrazito institucionalna usmeritev (življenje ljudi je nenehno povezano z različnimi ustanovami, zlasti v starosti, ko naletimo predvsem na bolnišnice in domove za stare ljudi). Osebe, ki so starejše od 65 let in zaradi različnih razlogov potrebujejo celodnevno oskrbo, imajo možnost vključitve v socialni zavod. Ti se glede na specifične potrebe stanovalcev ločijo na splošne in posebne socialne zavode. Domovi upokožencev in centri za starejše

občane so splošni socialni zavodi, posebni socialni zavodi pa nudijo celodnevno oskrbo osebam s posebnimi potrebami in/ali težavami v duševnem zdravju (Knific 2010: 132).

Društvo socialnih zavodov Slovenije opredeljuje dom za stare kot institucijo, katere osnovna dejavnost je izvajanje institucionalnega varstva za starejše. Zakon o socialnem varstvu jo uvršča v javno službo ter opredeljuje kot obliko socialnovarstvene storitve, ki je namenjena odpravljanju osebnih stisk in težav starejših od 65 let in drugih oseb, ki zaradi starosti, bolezni ali drugih razlogov ne morejo živeti doma. Ob začetku leta 2012 je bilo v Sloveniji na voljo 19.576 mest v 96 javnih ter zasebnih domovih in posebnih zavodih na 116 lokacijah. Institucionalno varstvo po zakonu obsega vse oblike pomoči v zavodu ali drugi organizirani obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, zlasti bivanje, organizirana prehrana, varstvo ter zdravstveno varstvo (Skupnost socialnih zavodov Slovenije).

Naloga družbe je na najrazličnejše načine poskrbeti za stare ljudi in jim čim bolj omogočiti, da ostanejo v okolju, v katerem so živeli in delali. Tistim starostnikom, ki ne morejo živeti v lastnih gospodinjstvih iz zdravstvenih ali socialnih razlogov, je treba zagotoviti bivanje v domovih za stare (Bohinc, Cibic 1998: 406). Z odhodom iz domačega okolja v dom je človek izkoreninjen iz vsakdanjega življenja. S tem je povezano veliko dvomov, bojzani in negotovosti, ljudje izgubijo dotedanje socialne stike, nato se morajo povsem navaditi na domski način življenja. Prilagajanje je v vseh življenjskih obdobjih težko, v starosti pa je še toliko težje sprejemati nova pravila. Domovi za stare ljudi torej niso vedno najboljša rešitev, največja prednost bivanja v domu je 24-urna navzočnost negovalnega in zdravniškega osebja, tako da je s fizičnega vidika za uporabnika najboljše poskrbljeno. Mali (2008: 4–5) je mnenja, da sta danes življenje in delo v domovih za stare postavljena pred nove naloge. Tako uporabniki domov kot zaposleni strokovnjaki na tem področju ugotavljajo, da koncepti domov iz preteklosti ne ustrezajo današnjim potrebam, željam in zahtevam stanovalcev, ravno tako ne usmeritvam strok, zastopanih na področju domskega varstva. Niso več bistvena vprašanja, koliko programov pomoči imamo, koliko ustanov za različne vrste varstva in kako usposobljene strokovne delavce, temveč kako vse to vpliva na reševanje problemov ljudi in njihovo kakovost življenja. Poudarjena je pravica posameznika do izbire, njegove potrebe, želje in interesi. To pa je v nasprotju z osnovnimi značilnostmi institucije in prevladujočo medicinsko skrbjo za ljudi. Med organizirane oblike pomoči na domu sodi tudi storitev varovanje na daljavo, ki sicer ni tako nova, ampak jo stari ljudje kljub temu veliko premalo

poznajo in se zato ne odločajo zanjo. V slovenskem prostoru pravzaprav ni nikoli zares zaživela, leta 2009 je imela samo približno 340 uporabnikov (Nagode 2009: 132–133).

Rudel (2004: 23) trdi, da je omenjena »telecare« tehnologija za pomoč na daljavo rešitev za reševanje problema socialno-zdravstvene pomoči starejšim. Avtor namreč meni, da do zdaj favoriziran sistem institucionalnega varstva ne deluje več – soočamo se z dolgimi čakalnimi vrstami in premajhnimi kapacitetami. Rešitev je treba iskati v organizirani pomoči na domu, torej v okolju, kjer stari ljudje živijo ter jim za ohranjanje določene mere samostojnosti omogočiti dodatno, redno in zadostno pomoč. Pri tem so nam v veliko pomoč nove telekomunikacijske in informacijske rešitve, ki vključujejo dodatne modele organiziranosti in izvajanja pomoči na domu. Eden od takih je »home telecare«, pomoč in oskrba na daljavo v domačem okolju. Rudel (*ibid.*) piše, da je ena prvih »telecare« aplikacij v svetu, t. i. program Lifeline, med uporabniki bolj znan kot »rdeči gumb«. Rdeči gumb je dejansko daljinsko sprožilo posebnega telefona Lifeline, s katerim uporabnik vzpostavi stik s skrbnikom. Vzpostavljena telefonska zveza in poseben telefon omogočita, da se oseba potrebna pomoči in skrbnik pogovorita. Skrbnik je lahko nekdo od svojcev ali pa dežurni operater v centru za pomoč na domu, ki klic sprejme. Če je mogoče, nudi pomoč na daljavo v obliki nasveta, informacije ali pogovora, če to ni dovolj, pošlje na dom osebo, ki nudi ustrezno pomoč. Izvajalci pomoči so običajno svojci, sosedge, znanci (neformalni vir pomoči), oseba iz javnega zavoda (socialni delavec, patronažna sestra, nujna medicinska pomoč) ali pa izvajalec plačljive pomoči na domu (Rudel, *ibid.*).

## 1.8. NEFORMALNA POMOČ STAREMU ČLOVEKU

V Sloveniji najpogosteje staremu človeku podporo, oskrbo in nego nudijo v družini. Družinski oskrbovalci so največja skupina znotraj neformalnih oskrbovalcev, kamor sodijo tudi prijatelji, znanci in sosedge. V Sloveniji namreč opravljajo družinski člani precej več oskrbe in nege starih ljudi kot ustanove, različni programi in javne mreže pomoči. Danes obstajajo različne definicije in pojmovanja družinske oskrbe ter družinskih oskrbovancev starih ljudi. Evropsko priznana definicija govori o družinskih oskrbovancih kot osebah, ki so krvno ali sorodstveno povezane z osebo, ki jo oskrbujejo, ji brezplačno nudijo paleto različnih storitev – od nege, gospodinjskih opravil do ohranjanja socialnih stikov (Hvalič Touzery 2009: 109–110).

Mali (2007: 128) opozarja, da danes prihaja do razpada tradicionalne družine, zaradi česar bo v prihodnje vedno več starih ljudi samih in brez družinske opore. Ločitve so vse pogostejše, rodnost je manjša. Čačinovič Vogrinčič (1998: 10–18) piše, da pri iskanju pomoči za starega človeka v družini ne smemo pozabiti na to, da se je definicija družine v socialnem delu danes spremenila, tako kot so se razvejale oblike družinskega življenja (poznamo veliko različnih oblik družine, ne le tradicionalno priznane oblike). Družina je neizogibna konfliktna skupina, kar pomeni, da se vedno znova sooča z nalogo, da rešuje konflikte, bodisi skupaj v dogovarjanju, sporazumevanju ali v spopadu, boju drug proti drugem. Temeljna naloga družine je namreč sposobnost ravnanja pri konfliktih v družini. Vsak človek potrebuje socialno-psihološki prostor za izkušnjo o individualnih razlikah in organizacijo skupine oz. sistema, ki omogoča soočenje z edinstvenostjo človeka, tako da zagotavlja obstoj družini. Tukaj si posameznik (tudi star človek) zadovolji dve temeljni potrebi – potrebo po avtonomiji in potrebo po povezanosti ter pravico do resničnosti. Kar pomeni, da lahko pove, kdo je, kaj želi in prejme enako sporočilo tudi od drugega. Tako se človek počuti varnega izražati lastne misli in čustva ter na izkušnjah sprejetosti gradi občutek lastne vrednosti. V družinski skupini morajo biti jasno izoblikovane vloge, enotnost, povezanost ter ohranitev medgeneracijskih razlik. Ramovš (2003: 422) piše, da zagotovo lahko pričakujemo, da se bo s prihodom močno oslabelega (starega) človeka harmonija delovanja in funkcioniranja družine v formi, kot je bila do nedavnega, vsaj za nekaj časa prekinila. Družina se v takšnih dogodkih znajde pred preizkušnjo lastne trdnosti ter sposobnosti reorganiziranja. Pomembno je poudariti, da je pogoj medgeneracijskih razlik eden tistih, za katere se je možno zavestno odločiti (Čačinovič Vogrinčič 2008: 159). Torej, ko v družino prideta starost in bolezen ter odrasli otroci prevzamejo skrb in nego za starše, se lahko medgeneracijske razlike še vedno ohranijo, če se za to zavestno določimo in razumsko sprejmemo nastalo situacijo. Starši še vedno ostanejo v vlogi staršev, čeprav (odrasli) otroci skrbijo za njihove fizične potrebe in ne obratno in z vidika funkcioniranja družinske skupine ni to čisto nič spornega.

Družinska oskrba še pred nekaj leti ni bila deležna večje družbene pozornosti. Bila je nekaj samo po sebi umevnega, nevidni del družbe. Danes pa bo treba skrb za starega človeka v družini ter njegovim negovalcem posvetiti več pozornosti in podpore. Demografski in družbeni trendi namreč tudi zmanjšujejo nabor družinskih oskrbovalcev, hkrati pa se povečuje število starih ljudi, potrebnih pomoči in opore. Neformalna družinska oskrba starih ljudi mora postati, že z vidika socialnega trenda po deinstitutionalizaciji, zopet pomemben vidik družinskega življenja starih ljudi (Hvalič Touzery 109–122). Najboljše izhodišče za obolelega

človeka je namreč podporno, spodbujajoče in razumevajoče okolje, kamor sodijo svojci in najbližji sorodniki, ki pomembno vplivajo na doživljanje in samostojnost bolnega starega človeka. Z morebitnim napredovanjem bolezni so potrebe po ohranjanju identitete, bližini, povezanosti, ljubezni, tolažbi, zaposlitvi in varnosti vse pomembnejše, saj so povezane z izgubami sposobnosti, socialnih stikov, orientacije, komunikacije, spomina in mišljenja (Kobentar 2011: 7). Opozoriti moramo tudi na vprašanje spolne delitve dela pri negi starega človeka. Mali (2007: 128) pravi, da odgovornost za starega in bolnega družinskega člana le redko prevzamejo vsi družinski člani. Navadno je oskrba neenakomerno porazdeljena in osredotočena na eno osebo, običajno je to ženska. Družina določi oskrbovalca po principu substitucije. Če je na voljo zakonec, potem bo to nalogo prevzel zakonec. Če zakonca ni, je prvi naslednji možni oskrbovalec odrasla hči, če ni nje, sta to snaha ali sin. Tudi vnuki so zelo dobri oskrbovalci, saj so odnosi med vnuki in starimi starši pogosto boljši kot med otroki in starši. Oskrba starih ljudi je torej še vedno najbolj pripisana ženskam ter ostaja njihova tradicionalna vloga in naloga znotraj družinske in sorodniške mreže. Zavedati se moramo tudi, da se danes ženske za materinstvo odločajo pozneje, tudi delovna doba je vse daljša. V prihodnosti lahko pričakujemo torej še večjo obremenitev žensk oskrbovalk zaradi nezdržljivosti dveh vlog – skrbi ženske za otroke in za svoje starše.

Družinska pomoč se navadno začne z majhnimi uslugami in občasno pomočjo, nato se vsemu temu pridruži še pomoč v gospodinjstvu, osebni negi, urejanju uradnih stvari ter težjih fizičnih del (Hvalič Touzery 2009: 111). Napotki svojcem za delo z obolelimi temeljijo na pomoči staremu človeku, in sicer le toliko, kolikor jo potrebuje, ob stabilni strukturi fizičnega in socialnega okolja, stalnosti navad in pomoči pri orientaciji, skrbi za varnost, sproščenem vzdušju ob zmanjševanju napetosti ob ponujanju možnosti in iskanju priložnosti za sodelovanje. Tako so ustvarjeni pogoji za kakovost življenja starih ljudi, ohranjeno je njihovo dostojanstvo, zasebnost in vključenost z vzpostavljanjem ter ohranjanjem stikov z drugimi ljudmi (Kobentar 2011: 7).

Oskrbovalci se za oskrbo v glavnem ne odločajo z namenom, da jim bo ta prinesla določene materialne ugodnosti. Nasprotno, oskrbovanje lahko za družinskega oskrbovalca potencialno prinaša štiri vrste obremenitev: telesne (škodi njihovemu zdravju, kronična utrujenost), psihične (malodušnost, občutek čustvene izčrpanosti, strahu pred prihodnostjo), socialne (občutek osamljenosti, izkoriščenosti, pomanjkanje prostega časa, družabnih stikov) in finančne (finančna stiska, prisiljenost v opustitev službe, prisiljenost plačevati za določen material in storitve). Najpogosteje oskrbovalce teži fizična obremenitev. Omeniti je treba tudi

pozitivno stran doživljanja oskrbovanja. Družinski oskrbovalci najpogosteje kot razlog za skrb za starega človeka navajajo čustveno vez, občutek dolžnosti ter moralne odgovornosti. Nekateri družinski oskrbovalci navajajo, da se je zaradi negovanja ali skrbi povečala njihova medsebojna povezanost, občutek varnosti, povečala se je tudi strpnost, ob oskrbi so odkrili notranjo moč, ki je prej niso zaznavali, odnosi s sosedi so se poglobili, utrdila se je njihova socialna mreža. Pogosto obstaja visoka stopnja zadovoljstva s strani oskrbovanca, pa tudi oskrbovalca (Hvalič Touzery 2009: 109–113).

Kuba (2006: 19–31) pravi, da veliko negovalcev navaja, da so v času skrbi za stare starše sovražili, kar so počeli, ampak so imeli radi namen svojih dejanj. Veliko stvari lahko vpliva na to, da družinski negovalec zapade v depresijo. Načeloma so to izgube z različnih vidikov življenja negovalca. Na primer izguba časa zase, časa za družino, zasebnosti, socialnih stikov, financ, izguba energije zaradi fizičnih zahtev negovanja, izguba časa za delo zunaj doma, potrpljenja in samozavesti z občutki neuspešnosti v vlogi negovalca, izgublja se identiteta med uspešnim službenim delavcem in dnevnim negovalcem. Lahko pride tako daleč, da se negovalec v celoti ne zna več pozitivno ceniti. Družinski oskrbovalci med skrbjo za svojca najbolj pogrešajo možnost daljšega oddiha, pogostejši obisk patronažne sestre na domu, večjo dostopnost pomoči na domu, podporo svojih sorodnikov, hitrejši sprejem človeka v dom, možnost dnevnega varstva in denarno pomoč (Hvalič Touzery 2009: 116–117).

Mali (2010: 41) piše, da sodobna (tudi slovenska) družba starost, starejše ljudi in vse, kar je povezano s starostjo, pogosto odriva na družbeni rob. Živimo v času, ko se na vso moč izogibamo besedi star ter jo nadomeščamo z nadomestnimi izrazi (npr. upokojenci, tretje življenjsko obdobje), ne da bi pomislili, zakaj to počnemo. Zato potrebujemo nov pogled na stare ljudi ter uresničevanje nove perspektive staranja in starosti, ki lahko prikaže zmožnosti, sposobnosti, znanje in moč starejših za aktivno vključevanje upokojencev v sodobno družbo. Za njeno uresničevanje potrebujemo sodelovanje starih ljudi ter vseh generacij in tvorcev družbenega delovanja. Starejši so pogosto v literaturi označeni kot ena izmed ranljivejših družbenih skupin, ki se pogosteje sooča s tveganjem socialne izključenosti (Filipovič Hrast 2010: 43). Kar pa ni dobro, starost se je bistveno podaljšala, danes traja 20 do 30 let in več, zato potrebuje strukturo preživljanja, vsebine in vpetost v odnose. Danes je povezanost starih ljudi z ljudmi v okolici bivanja zelo različna, večja je pri starejših ljudeh kot pri mlajših, ter pri tistih, ki živijo na vasi. Mnogo starih ljudi danes vidi odnose s sosedi in na splošno v skupnosti slabše, kot so bili pred dvajsetimi leti, sosede najdemo manj pogosto omenjene kot člane omrežja socialne podpore. Kljub temu mnogi ljudje še vedno navajajo sosede kot osebe,

na katere se lahko obrnejo in ki so jim v pomoč, kar kaže, da je potencial skupnosti, da skrbi za stare, še vedno prisoten (Filipovič Hrast 2009: 80). Ramovš (2003: 196) piše, da je krajevno sosodstvo v modernih, medčloveško odtujenih urbanih naseljih v veliki meri izgubilo stik s starimi ljudmi, zato ne more več skrbeti za zadovoljevanje njihovih materialnih socialnih potreb. Nematerialne potrebe so bile v industrijsko-porabniški družbi sploh odrinjene na pol v pozabo, vladalo pa je prepričanje, da lahko razne socialne ustanove za stare ljudi s svojimi storitvami zadovoljijo vse njihove potrebe. Toda to prepričanje je iluzija, uslužbenci socialnih institucij lahko nudijo vsakemu staremu človeku zelo dobro materialno preskrbo, na področju nematerialnih potreb pa to žal ni mogoče. Uslužbenci morajo namreč po službeni dolžnosti opravljati storitve za vse. Oseben medčloveški odnos, ki ga star človek nujno potrebuje, pa se ne da opravljati službeno in ga ni mogoče zaposlenemu ukazati.

Lokalna skupnost je torej še vedno zanimiva kot možen akter skupnostne skrbi, ki lahko pomembno prispeva k večji kakovosti življenja starih ljudi (Filipovič Hrast 2009: 169). Soseska ima pomembno vlogo v vsakdanjem življenju, zato ker predstavlja poznano okolje ter skupino ljudi, med katerimi se počutimo sprejeto, domače in varno, ter hkrati predstavlja tudi stalno prisotnost manjše praktične pomoči (*op. cit.*: 170). Skupnost torej lahko razumemo tudi kot dejavnik pri zagotavljanju neformalne skrbi. Skupnostna skrb se v tem primeru nanaša na širši pomen pojma »skrbeti«, torej biti v skrbeh za blaginjo drugih ljudi, o katerih imamo neko znanje, z namenom pomagati, če je to potrebno. Tako lahko skrb v skupnosti (skrb na kolektivni ravni), obstaja kot splošna skrb za blaginjo drugih, s pripravljenostjo na pomoč, če je ta potrebna (*ibid.*). Lahko pa je tudi drugačne oblike, na primer, na bolj osebni ravni, kot pomoč pri vsakdanjih opravilih. V tem primeru skupnost ne more več delovati kot akter, pomoč pa ponudijo posamezniki znotraj skupnosti – na primer sosodje. Slednji lahko predstavljajo pomemben del posameznikovega opornega omrežja, še posebej so pomembni v kriznih situacijah, kot so nenadne poškodbe, nesreče, pomoč pri različnih opravilih, zlasti v času odsotnosti starega človeka (npr. dopust, bolnica). Sosodje so torej potencialno pomemben vir socialne opore in tisti akterji, ki lahko skrbijo za stare ljudi znotraj skupnosti. Pomembnejši so za posameznike, ki ostanejo samostojni, kar pomeni, da ne živijo v domu za stare in tudi ne živijo s kom od družinskih članov. Tem ljudem se reče stari, živeči v skupnosti (community- living elders), torej posamezniki, ki samostojno živijo v neki lokalni skupnosti (Filipovič Hrast 2009: 170–177). Posamezniki, ki nudijo pomoč starim ljudem, sebe pogosto ne vidijo v vlogi dajalca neke vrste opore in pomoči, ampak samo v vlogi »dobrega sosoda«. Pri tem je lahko ta vir opore primaren ali celo edini, pogosto pa pomembno (komplementarno)

dopolnilo drugim oblikam opore, kot je formalna in družinska pomoč. Nesorodstveni skrbniki so lahko zelo pomembni za blaginjo majhnega, vendar vseeno pomembnega segmenta stare populacije, ki živi v skupnosti (*op. cit.*: 171).

Knific (2010: 30) za stare ljudi s šibko socialno mrežo ali brez nje predlaga vključitev v skupino starih ljudi za samopomoč, ki je nekakšen dopolnilni program na področju socialnega varstva. Posebnost teh skupin v slovenskem okolju je v tem, da je pobudnik za njihov nastanek običajno socialna stroka, ne pa stari ljudje sami (Mali 2008: 75). Ramovš (2003: 379) pravi, da je samopomoč socialni vzgib v človeku, da skuša sam rešiti svojo stisko ali okrepiti svojo socialno klenost za kljubovanje težavam ter da pomaga »svojim« v okviru družine ali druge skupine in skupnosti, ker njihovo težavo doživlja kot lastno stisko. Samopomoč se tesno povezuje s solidarnostjo, obe pa sta nujen element skupin za samopomoč. Solidarnost pomeni vzajemno pomoč, povezanost, občutek za skupno korist v smislu gesla »vsi za enega, eden za vse«. Solidarnost lahko obstaja kot občutek za drugega in razumevanje drugega ali drugih ali pa zgolj kot idejno strinjanje in ne pripelje do akcije (solidarnost v besedah). V praksi se uresniči, kadar občutek za drugega spodbudi akcijo (Milošević Arnold, Poštrak 2003: 45). Princip delovanja skupine omogoča, da človek, ko posluša v skupini za samopomoč izpoved drugega člana o problemu in rešitvi problema, spozna svoje stanje in zmožnosti ter tako boljše vidi lasten problem in morda celo dobi idejo, kako ga rešiti (Ramovš 2003: 395). S svojimi vsebinami skupina za samopomoč okrepi socialno vključenost posameznikov in omogoča izkustveno učenje ter ustvarjanje medčloveških vezi z naključno izbranimi osebami. Članstvo v skupini je prostovoljno, proces sodelovanja je stalen ter poteka mirno in vsakdanje (Knific 2010: 30–31). Za starega človeka je združevanje v skupino in skupnost pomembno za ustvarjanje socialne mreže, kjer se družijo, čuti pripadnost, je ljubljen in v okviru katere lahko zadovoljuje svoje potrebe ter udejanja svoje želje in interese (Zimšek Kralj 2010: 41).

Stari ljudje, še posebej tisti, ki so pogosto osamljeni, so veseli tudi pomoči in družbe prostovoljcev. Izraz prostovoljno delo govori o delu, ki je zasnovano po tem, da se akter oziroma delavec sam, po svoji volji ali prostovoljno, odloči za neko dejavnost ali delo. To delo mu lahko povzroča napore, probleme, konflikte, lahko pa mu daje tudi izkušnje, ugodje, občutek lastne vrednosti in samospoštovanja. Prostovoljno delo je pravo, če ni zlorabljeno v ideološke namene in če izvira iz solidarnosti (Frkač 1996: 335). Ramovš (2001: 313–314) pravi, da je prostovoljno delo nova, postmoderna oblika socialnega delovanja in je ljubiteljska, prosto izbrana, volonterska, nepoklicna in neplačana dejavnost. Je specifična

sodobna oblika temeljne človeške lastnosti – solidarnosti –, v veliki meri pa tudi samopomoči, kajti v zdravem prostovoljstvu se najboljše vidi neločljiva povezanost med osebno koristjo in pomočjo drugim, torej med samopomočjo in solidarnostjo. Mesec (1991: 37–39) trdi, da je pomembno ob jasno opredeljenih funkcijah, nalogah in prispevkih formalnega sektorja razvijati in podpirati tudi prostovoljski sektor, predvsem kar se tiče dela s starejšimi. Obstaja kar nekaj opravil, ki jih lahko opravljajo nepoklicni prostovoljni delavci in za katere je smiselno, da jih opravljajo prav oni, ker jih lahko opravljajo bolje kot strokovno osebe. Taka opravila so na primer spodbujanje, podpiranje uporabnika, omogočanje človeškega stika in bližine, pomoč pri manjših opravilih ter razbremenitev svojcev (predvsem časovno). Prostovoljno delo se je razvilo ob razkroju države blaginje, saj je država ob delnem umiku s področja neposrednega zagotavljanja storitev potrebovala akterja, ki jo bo vsaj delno nadomestil (Flaker 2001: 305). Danes lahko trdimo, da je sodobno prostovoljstvo preseгло značaj plemenitega delovanja človeka za blaginjo drugega in vstopa v partnerstvo s socialno, zdravstveno in druge politike. Cilj prostovoljstva je zmanjševati razlike v pogojih življenja ter dopolnjevati državne službe. Vključevanje prostovoljcev v neposredno delo, tako v institucijah kot na domu, zahteva od organizatorjev, da oblikujejo in izvajajo ustrezne izobraževalne programe ter se povezujejo z ustreznimi javnimi službami, strokovnimi združenji in številnimi nevladnimi organizacijami, ki imajo v svojih programih prostovoljno delo kot svojo aktivnost za kakovost življenja ljudi. Ker stari ljudje zaradi raznolikosti težav in potreb v starosti potrebujejo poleg pogovora in druženja tudi občasno pomoč na drugih področjih (osebna higiena, pomoč v gospodinjstvu, skrb za zdravje) in glede na to, da v institucijah primanjkuje prostora, bi bilo dobro razmisliti tudi o povezavi vladnih in nevladnih organizacij, ter uvajanju prostovoljstva ne le na področju sociale, ampak tudi zdravstva (Kersnič 2003: 38–40).

## 1.9. DIMENZIJE SOCIALNE IN MEDICINSKE USMERJENOSTI INSTITUCIJ ZA STARE LJUDI

Skrb za stare ljudi v Sloveniji je danes izrazito institucionalno usmerjena, kaže pa, da bo življenje starih ljudi tudi v prihodnje vezano na institucije za stare ljudi (Mali 2008: 31). Življenju v institucijah se v sodobni družbi ni mogoč izogniti, kar potrjujejo številna prizadevanja, da bi zmanjšali ali celo odpravili sistem institucije (*ibid.*). Pri tem ima zagotovo

veliko vlogo tudi medicina, ki je zaradi zdravstvenih pojavov, ki spremljajo starost in staranje, postala vodilna znanost v skrbi za stare ljudi. Sodobna družba v današnjem času potrebuje institucije za stare ljudi iz enakih razlogov, kot jih je v preteklosti, ko jih je zasnovala. V igri ni le dobronamernost in humanost. Institucije za stare ljudi so med drugim tudi sredstvo za odiranje starosti in starih ljudi na družbeni rob. Seveda to ne pomeni, da v teh institucijah niso možne spremembe. Ravno zaradi že tako ožigosanega in stigmatiziranega položaja starih ljudi in institucij za stare ljudi si mora osebje prizadevati za dvig kakovosti življenja, kolikor je to v instituciji sploh možno (*op. cit.*: 31–34).

Mali (*op. cit.*: 156) meni, da socialno in medicinsko usmerjenosti institucije sestavljajo dimenzije splošnih in strukturnih značilnosti ustanove, medsebojnih odnosov med subjekti, ki v ustanovi živijo, delajo ali vstopajo vanjo za določen čas, dimenzije osebnega razvoja stanovalcev ter ohranjanja in spreminjanja sistema delovanja ustanove. Ob primerjanju različnih konceptov usmerjenosti institucij ugotovimo, da je usmerjenost institucij dinamična komponenta in da lahko govorimo o dinamiki usmerjenosti, o nenehnem prehajanju usmerjenosti iz medicinske v socialno in obratno. Socialno delo je eden od najpomembnejših dejavnikov zagotavljanja socialne usmerjenosti institucije. Hkrati pa usmerjenost ustanove vpliva tudi na značilnosti in vlogo socialnega dela v instituciji, tako je za medicinsko usmerjeno ustanovo značilen drugačen model socialnega dela kot za tisto, ki je socialno usmerjena.

Mali (*ibid.*) omenja naslednje dimenzije usmerjenosti institucije:

Med splošne in strukturne značilnosti institucije spada velikost ustanove, notranja ureditev, lokacija, zaprtost pred zunanjim svetom. Pomembno je, koliko ljudi je v ustanovi z neko določeno velikostjo ter arhitekturne značilnosti, ki vplivajo na medicinsko in socialno usmerjenost institucije. Lokacija institucije v krajevnem prostoru na simbolni ravni odraža odnos do njenih stanovalcev. Zapostavljenost in družbeno stigmo uporabnikov ustanove izražajo takrat, ko so oddaljene od večjih mest, slabo dostopne in v starih, slabo vzdrževanih objektih. Načeloma institucije za stare (npr. domovi) nimajo velikega ugleda v družbi (*op. cit.*: 163).

Medicinska podoba ustanove je na primer tista, ki je grajena kot bolnišnica, z dolgimi hodniki, različnimi oddelki, ločenimi prostori za osebje in stanovalce, večposteljnimi sobami ter skupnimi prostori za uporabnike. Tako obstaja velika razlika med razporejenostjo prostorov v domačem okolju in instituciji, kjer je očitno, da je v interesu institucionalne skrbi

ekonomična izraba prostora in zadovoljitev osrednjega cilja – skrb za množico ljudi, ki jih zberemo na enem mestu. V instituciji je večina prostorov večfunkcionalnih, za razliko od doma, ko imamo posamezen prostor običajno za točno določeno aktivnost. Soba stanovalca v takšni instituciji je torej namenjena spanju, dnevnomu prostoru, opravljanju higienskih potreb, ukvarjanju z zaposlitvenimi dejavnostmi ter sprejemanju obiskov. Skupni prostori ter jedilnica so namenjeni večjemu številu stanovalcev in so ravno tako večfunkcionalni (skupinska praznovanja, prireditve, sprejemi obiskov itd.). Večnamembnost prostorov stanovalce pogosto zavaja, dezorientira, ter spravlja v zadrego, saj ne vedo, kakšno obnašanje je v njih primerno. Uporaba manjših prostorov, primerno poimenovanje prostorov, razlaga uporabnosti prostorov odpravijo te težave in kažejo na socialno usmerjenost ustanove. Ravno tako kaže na usmerjenost ustanove videz prostorov. Sterilni, hladni in perfekcionistični prostori, ki spominjajo na bolnišnice, so tipični za medicinsko usmerjene ustanove. V socialno usmerjeni ustanovi je bivanje prilagojeno posameznikovemu odločanju o videzu sobe, opreми, čiščenju in pospravljanju, vsebuje pridih individualnih značilnosti, potreb in zahtev stanovalcev (*op. cit.*: 157–158).

V socialno usmerjeni instituciji je vedno dovolj spremljevalcev in možnosti, da se stanovalec lahko vključi v pestre stike z različnimi predstavniki družbe ter uporablja javne storitve (*op. cit.*: 171).

Institucija, ki je odprta zunanjemu svetu, omogoča veliko obiskov čez dan, ki skoraj niso omejeni, odhod uporabnikov v domače okolje pa je zaželen. Usmerjenost institucije izraža tudi odnos zaposlenih do obiskovalcev v instituciji. Ponekod vzpodbujajo obiske in tudi vzpostavijo stik s svojci uporabnikov z namenom, da izrazijo željo po obisku (poskušajo tudi pojasniti, zakaj so obiski koristni). Ločenost od zunanjega sveta je najbolj vidna v fizičnih pregradah, ki jih postavi institucija (ograja, rampa, zid in podobno), da bi določili meje institucije. Drugačnost od ločenega sveta izraža tudi recepcija, ki preverja prihode in odhode (*op. cit.*: 167).

Na življenje v instituciji vpliva poleg velikosti ustanove tudi način življenja velikega števila stanovalcev v isti hiši ter njihovo sožitje z osebjem. V instituciji, ki ima pridih medicinske usmerjenosti, se osebje in stanovalci med seboj slabo poznajo, kljub temu da nekateri stari ljudje živijo v isti sobi, drug do drugega gojijo neprijetne občutke. Zasebnost stanovalcev je močno kratena (še posebej slabo gibljivih, ki so pogosto pri negi izpostavljeni pogledom drugih stanovalcev). Osebje te institucije dela že tako rutinsko, da ne upošteva več potreb

ter zasebnosti stanovalcev (npr. ne trka na vrata), ampak se osredotoča le na rutinsko opravljanje dela (*ibid.*). Usmerjenost institucije zagotovo vpliva na ravnanje zaposlenih do pravice stanovalcev do zasebnosti ter pravice do intimnosti (*op. cit.*: 168).

Dimenzija medsebojnih odnosov odraža pričakovanja stanovalcev in osebja do življenja v instituciji. Sem spadajo sodelovanje, podpora in odprtost, spontanost odnosov med stanovalci in osebjem, klima in kultura v ustanovi. Za delovanje institucije po načelih medicinske usmerjenosti niso bistveni medsebojni odnosi, temveč generaliziranje medicinske skrbi, ki ne temelji na medsebojnih odnosih med zaposlenimi in stanovalci. V medicinsko usmerjeni instituciji prevladujejo medicinska doktrina, stroka in filozofija, ki za opravljanje svoje dejavnosti ne potrebujejo sodelovanja, podpore in spontanosti v medsebojnih odnosih. Socialna usmeritev pa obratno temelji na dimenziji medsebojnih odnosov in sodelovanja. Rutinsko ravnanje osebja kaže na to, da so odnosi med zaposlenimi in uporabniki neosebni ter na neenako razmerje moči med njimi. V hierarhiji moči je osebje nadrejeno stanovalcem, zato se od stanovalcev pričakuje prilagajanje zahtevam institucije in osebja. Kako uporabnik doživlja institucionalni sistem, je odvisno od njega samega in njegove prilagoditve na sistem, od zaposlenih ter zahtev institucije. Nekaterim uporabnikom se institucionalni sistem skrbi zdi tuj in eden od načinov prilagajanja je ta, da se prepustijo toku dogajanja in postanejo pasivni. Stanovalci v medicinsko usmerjeni instituciji veliko pridobijo (npr. zdravstveno nego in oskrbo) veliko pa tudi izgubijo (*op. cit.*: 171–181).

Nasprotno pa imajo uporabniki občutek, da živijo na svojem domu (čeprav živijo v instituciji), če lahko živijo čim bolj neodvisno od pravil institucionalne ureditve. V takšni socialno usmerjeni instituciji je priložnost za spontan razvoj pomoči sočloveku, navezovanje medčloveških odnosov, ljubezen, sožitje in sodelovanje med različnimi življenjskimi svetovi v instituciji (npr. med življenjskim svetom stanovalcev in profesionalnim svetom delavcev). Ravno tako lahko stanovalci izrazijo tudi svoje nezadovoljstvo, brez strahu pred posledicami. Kljub določenemu hišnemu redu (npr. delitev obrokov hrane, izvajanje oskrbe, določanje mesta in načina bivanja) se lahko uporabnik dogovarja z osebjem in uveljavlja svoje pravice znotraj danih prostorskih in kadrovske možnosti. V socialno usmerjeni instituciji vodstvo pri izbiri kadra upošteva, ali ima potencialni delavec smisel za delo z ljudmi, za razumevanje problemov starih ljudi, dovolj razvito srčno kulturo in ali v komunikaciji s starimi ljudmi izraža spoštovanje in naklonjenost do starejših (*op. cit.*: 172). Osebja je dovolj, da se lahko individualno posvetijo uporabniku.

Odvisnost od osebja se manjša z večanjem giblivosti stanovalcev. Negibljivi pa so odvisni od osebja zlasti pri zagotavljanju osnovnih življenjskih potreb (hranjenje, oblačenje, umivanje) in tudi drugih, višjih potreb (druženje, osmišljanje življenja). V socialno usmerjeni instituciji zaposleni vzpodbujajo uporabnike, da čim več postorijo sami, ter tako ostanejo čim dlje samostojni, ravno tako so zavzemajo za to, da bi stanovalci razvili skrb eden za drugega in si pomagali pri preprostih opravilih (*op. cit.:* 158–159).

Del življenja v ustanovi sta tudi klima in kultura. To so navade in običaji oz. vrednote, ki so skupne vsem članom organizacije. Tako stanovalci kot zaposleni imajo določene navade, ki so za nove stanovalce pogosto drugačne od teh, ki so jih bili vajeni doma. Vrednote, ki prevladujejo v institucijah za stare ljudi in naj bi bile del kulture osebja, so: predanost, zanesljivost, ljubeznivost, človeška toplina, tolerantnost, prijaznost, human in vljuden odnos do stanovalcev ter natančnost. Kultura stanovalcev je v določenih vidikih podobna kulturi zaposlenih. S to razliko, da se ti, običajno bolj skromni, raje prepustijo že ponujenim storitvam, kot da bi razmišljali o tem, kako bi lahko zaposleni bolj upoštevali njihove želje in interese (*op. cit.:* 181).

Pomemben je tudi osebni razvoj. Pod osebni razvoj štejemo naslednje pojme: avtonomija, praktična usmeritev, usmeritev na osebne probleme ter izražanje čustev. Avtonomija je v vsaki instituciji zgolj navidezna. Dvom o zagotavljanju avtonomije v domovih se poraja zaradi družbenega statusa starih ljudi in institucionalnih značilnosti domov. Nadzor nad lastnim življenjem v instituciji omogoči posamezniku doživljanje smiselnosti življenja v instituciji ter na splošno v starosti. Življenje v okolju, ki ga stari ljudje oblikujejo po lastni meri, pozitivno vpliva na njihovo doživljanje starosti. Običajno gre za majhne aktivnosti, ki pa veliko prispevajo k dobremu počutju stanovalcev. Izražanje čustev je ravno tako eden od načinov izražanja nadzora nad lastnim življenjem (*op. cit.:* 160, 182–183). V institucijah za stare ljudi je nadzor nad rutino in življenjskim prostorom pogosto v rokah osebja, kar pogosto služi nadzoru nad stanovalci (*op. cit.:* 160). Tako so zanemarjene pravice stanovalcev do zasebnosti, avtonomnega sprejemanja odločitev in osebne odgovornosti. Ravno tako imajo zaposleni nadzor nad zasebnostjo uporabnikov, ki je prevečkrat problematična že samo zato, ker zaradi določenih težav v zadovoljevanju potreb v starosti potrebujejo pomoč. Zasebnost je človekova osnovna potreba, na podlagi katere oblikujemo avtonomnost, samopodobo in lastno identiteto. V ospredju je doseganje in zadovoljevanje medicinskih ciljev oskrbe (hranjenje, kopanje, odvajanje), avtonomija in zasebnost stanovalcev pa sta prezrti. Uporabniki se počutijo kot predmet medicinske obravnave in ne izkustveni subjekt, osebnost.

Star človek, ki opozarja oskrbovalce na varovanje svoje zasebnosti, pripomore k spoštovanju in ohranjanju ne le zasebnosti, temveč tudi svoje identitete (Mali 2008: 186). Ravno tako pogosto stari ljudje ne pogrešajo drugačne obravnave, saj zadovoljstvo z oskrbo zasenči potrebo po avtonomiji. Drugačna usmerjenost in naravnost zavoda (večje upoštevanje avtonomije in potreb) pa pomeni nov vidik in napredek v osebnostnem razvoju uporabnika (*ibid.*).

Naslednji element je ohranjanje in spreminjanje sistema. Sem spadajo red in organizacija, jasnost programa ter kontrola zaposlenih, ki jo ti izvajajo nad uporabniki. Mali (*op. cit.* 160–162) omenja, da obstajata dve filozofiji institucije in obe sta pomemben pokazatelj, kako dobro je sožitje starih ljudi in zaposlenih v instituciji. Prva filozofija pravi, da je star človek objekt, ki ga je treba nahraniti, očistiti in urediti. Druga pa uporablja tudi individualni in na uporabnika osredotočeni model skrbi. Ta se je pri stari populaciji izkazal za boljšega in uporabnejšega, saj jim daje možnost izbire in samostojnega odločanja o svojem življenju. Obenem je s tem tudi omejena moč zaposlenih nad življenjem starih ljudi. Vpliv stanovalcev na dogajanje v instituciji kot celoti se izraža v možnosti vplivanja stanovalcev na dogajanje v domu, na organiziranje skrbi in druge dejavnike, ki oblikujejo njihovo življenje v ustanovi. Med pravili delovanja institucije in eksistencialnimi potrebami stanovalcev mora biti ravnovesje, ki omogoča usklajevanje na obeh ravneh. Prevlada institucionalnih pravil nad potrebami stanovalcev kaže na značilnosti medicinske usmeritve ustanove, za institucije s socialno usmeritvijo pa je značilno ravnovesje med institucionalnimi pravili in potrebami stanovalcev. Pri medicinsko usmerjeni instituciji je dnevna rutina osebja omejena na natančno določena opravila, na doseganje objektivnih kazalcev dela, ne glede na želje, potrebe stanovalcev. Delo je organizirano po načelih birokratskega dela in temelji na hierarhični strukturi zaposlenih, kar omogoča neosebno vpletenost in avtonomno odgovornost za opravljeno delo. V medicinsko usmerjeni instituciji prevlada prepričanje, da so stari ljudje zaradi bolezni nesamostojni, šibki in da niso sposobni sprejemati odločitev v svojo korist. Strokovnjakova moč nad klientom devalvira klientovo znanje in izkušnje. Osrednjo vlogo v takšnih ustanovah imajo torej zaposleni, ki uporabnikom ponudijo razpoložljive oblike pomoči, kakršne po njihovem mnenju stari ljudje potrebujejo. In sicer zato ker so ti bolni, nesamostojni in nesposobni izražati svoje mnenje. Nasprotno je v socialno-medicinsko usmerjeni instituciji delitev moči med strokovnjakom in stanovalcem drugačna. Izhaja iz paradigmatkega premika v razmerju moči, ki ga poznamo iz socialnega dela. Na ravni medosebnih odnosov so strokovnjaki v socialno usmerjenih institucijah pozorni na poseganje

v avtonomijo stanovalcev in preprečevanje tovrstnih posegov. Ne zmanjšuje se avtonomije stanovalcev, temveč se ustvarja razmere za zagotavljanje avtonomije, kar je v nasprotju s tipično medicinsko usmeritvijo institucije. V takšni instituciji delo temelji na prepričanju, da imajo stari ljudje pravico do čim bolj normalnega življenja, takšnega, kot so ga bili vajeni v domačem okolju.

Vsa opravila osebja se v medicinsko usmerjeni instituciji redno beležijo v različne kartoteke, s tem omogočijo evidentiranje opravil ter ustvarijo specifičen način komuniciranja med osebjem in stanovalci. V takšnih razmerah izgine občutek pristnega človeškega odnosa, ki daje staremu človeku občutek, da je človek in ne popis težav in problemov (*op. cit.*: 194–195).

## 1.10. HOSPITALIZACIJA IN MEDICINSKA REHABILITACIJA STARIH LJUDI

Stari ljudje se v bolnišnicah pogosto počutijo drugače obravnavane kot ostali pacienti, mnogi navajajo, da se zaradi stereotipov zaposlenih o starih ljudeh počutijo segregirane, osamljene in obravnavane rutinsko, vedno na isti način, ki je značilen za delo s to populacijo (Minichiello *et. al.* 2000: 255). Stari ljudje menijo, da so, zaradi predsodkov bolnišničnih delavcev, deležni slabše oskrbe in se zaradi njihovega ravnanja pogosto počutijo nemočne in razosebljene (*ibid.*).

Drugi raziskovalci trdijo, da stari ljudje v takšnih okoliščinah lahko sprejmejo in poosebijo družbene stereotipe o starosti in začnejo tudi sami verjeti vanje (*ibid.*). French (1996: 155–160) ravno tako pravi, da zdravstveni delavci v bolnišnici nimajo vedno pozitivnih ali pa vsaj enakih odnosov do vseh uporabnikov. Pravzaprav nasprotno, študentje in zaposleni v bolnišnicah naj bi raje delali z določenimi bolniki, na primer raje s tistimi z epilepsijo kot tistimi z amputacijo, slepoto ali težjo invalidnostjo. Nekatere študije navajajo večjo empatijo in odsotnost predsodkov med zaposlenimi zdravstvenimi delavci, kot je javno mnenje med laiki, druge pa to ugotovitev zavračajo in navajajo celo obratne rezultate, ter trdijo, da imajo določene medicinske sestre in študentje, ki delajo z invalidi, več predsodkov do njih kot povprečni ljudje. Vse je odvisno od izobrazbe, ki so jo korespondenti prejeli, in od izkušenj, ki jih slednji imajo z določenimi uporabniki.

Stari ljudje, ki imajo težave z zdravjem in so veliko v bolnišnicah, imajo lahko zaradi svojega nesprejemanja v okolju tudi težave z depresijo. Slabo duševno počutje starega človeka poslabša tudi proces zdravljenja in ima vpliv na podaljšanje hospitalizacije (Dennis *et. al.* 2012: 148). Zdravje je vsekakor pomembno povezano s kakovostjo življenja starega človeka. Vse bolj postaja pomembno, da se tudi starejšega človeka aktivno vključi v proces odločanja o lastnem zdravju in poteku zdravljenja. Napačno je, če se svojci ali zdravstveno osebje odločajo namesto pacientov in mimo njih, torej brez da bi stare ljudi vprašali za mnenje, čeprav se odloča o njihovem življenju in zdravju. Stari ljudje postajajo vse številčnejša in za obravnavo vse bolj zahtevna skupina bolnikov (Petek Šter 2007: 67). Zakon o pacientovih pravicah (Ur. l. RS, 1046, 1048–1051) namreč nudi ljudem možnost odločanja tudi v starosti. Pacient je vsaka oseba (zdrava ali bolna), ki potrebuje storitve zdravstvenih delavcev in ima pomembno vlogo pri odločanju o svojem zdravju, privolitvi v zdravstveno obravnavo in si lasti pravico do spoštovanja dostojanstva ne glede na finančno stanje, bolezen ali starost. Pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju daje starim osebam možnost, da so o svoji zdravstveni obravnavi informirani tako, da informacijo razumejo in nanjo pristanejo ali pa jo odklonijo. V sklopu pravic do samostojnega odločanja ima posameznik možnost takrat, ko je je zdrav, pisno pooblastiti določeno polnoletno osebo, ki ji zaupa. Ta oseba sme nato odločati o njegovi zdravstveni oskrbi v primeru, ko sam tega več ne bi zmožel. S tem dejanjem pacient osebe (najbližje sorodnike), ki jim ne zaupa, vnaprej izključi (Marinič 2011: 17).

Z naraščanjem življenjske dobe se pogledi starejših na življenje spreminjajo, vsaj tisti v obdobju od 65 do 75 let želijo živeti kakovostno in zdravo življenje. Zdravniki se še premalo zavedajo pomena ustreznega svetovanja ukrepov za izboljšanje življenjskega sloga in potrebnih preventivnih ukrepov pri starejših, saj se vse preveč ukvarjajo s predpisovanjem zdravil, ki jih stari ljudje pogosto ne želijo (Petek Šter 2007: 67).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) definira vključevanje bolnika kot mobilizacijo občutljivih skupin in posameznikov s pomočjo krepite njihovitih življenjskih sposobnosti in njihovega vpliva na socialno-ekonomsko okolje. SZO meni, da gre za proces, v katerem ljudje pridobivajo večjo kontrolo nad odločitvami in ukrepi v zvezi z zdravjem, kar naj bi posredno krepilo zdravje posameznika. Vključevanje bolnika naj bi vodilo individualne cilje (sposobnosti, avtonomijo, obvladovanje in učinkovitost) v procesu, ki naj bi povečeval vpliv nad odločitvami, ki se pomembno odražajo na posameznikovem življenju. Pri tem pa sta sodelovanje in vpliv posameznika ključna – posameznik se mora odločati samostojno in prevzemati aktivno vlogo v dogajanjih, ki vplivajo na njegovo življenjsko pot – aktivno mora

prepoznavati in reševati svoje probleme (Bulc 2007: 1). Ni pomembno le akutno zdravljenje starega človeka, ampak tudi nadaljevanje rehabilitacije. Rehabilitacija starih ljudi se mora začeti čim prej, njeno odlaganje lahko pomeni tudi slabši končni uspeh zdravljenja (Herman, Tonin 2008: 820–821). Če zdravnik oceni, da je rehabilitacijski potencial dober, bolnika v bolnišnici predlagajo za nadaljevanje zdravljenja v zdravilišču. Za zdraviliško zdravljenje je pogoj dobro sodelovanje bolnika in dovolj kondicije (da v bolnišnici začne hoditi vsaj s pomočjo hodulje). Večinoma morajo biti bolniki sposobni tudi za samostojno osebno higieno. Nekatera zdravilišča imajo tudi celo t. i. negovalne oddelke za bolnike, ki potrebujejo več nadzora in pomoč pri osebni higieni in oblačenju (*op. cit.* 2008: 820–821). V Zdravilišču Laško na negovalni oddelek sprejemajo zlasti ljudi z revmatskimi obolenji, s poškodbami po nesrečah ali po kapi. Začasno ali stalno namestitev ljudi, ki ne morejo skrbeti zase, se ureja tudi v negovalnem oddelku Centra za medicinsko rehabilitacijo v Termah Dolenjske Toplice, v Termah Topolšica in v Termah Dobrna, kjer lahko dobijo posteljo ljudje, ki potrebujejo 24-urno skrb ali nego v času odsotnosti svojcev. Rehabilitacija v zdravilišču lahko traja 2–3 tedne, potem pa bolnik odide domov. Če ima uporabnik sistemske bolezni in ima dober rehabilitacijski potencial, obstaja možnost rehabilitacije na Inštitutu za rehabilitacijo Republike Slovenije ali v rehabilitacijski bolnišnici Sežana. V teh dveh ustanovah je rehabilitacija podaljšana – lahko tudi več kot mesec dni. Bolniki s slabim rehabilitacijskim potencialom so po zaključku zdravljenja odpuščeni v domačo oskrbo. To pomeni, da za njih poslej skrbijo svojci ali pa so sprejeti v Dom starejših občanov. To velja za vse bolnike, ki so bili nepokretni ali slabo pokretni že pred nezgodo oz. po bolnišničnem zdravljenju niso več sposobni poskrbeti zase. Ker precej starih ljudi živi samih, nimajo urejene domske oskrbe, nimajo svojcev ali pa le-ti nočejo prevzeti skrbi za njihovo oskrbo, je v vsaki bolnišnici nujno sodelovanje s socialno službo (*op. cit.:* 821).

### 1.11. NEGOVALNA BOLNIŠNICA V LJUBLJANI

V Sloveniji se bolnike na klinikah in inštitutih pogosto obdrži samo z namenom izvajanja storitve zdravstvene nege, ki poteka, vse dokler uporabnik ne doseže kriterijev za odpustitev iz zavoda. Slednje so kadrovske in tehnološke najdražje ustanove, zato je takšen management na terciarnem področju zdravstvenega varstva z ekonomskih in organizacijskih vidikov nesprejemljiv. Razvite države namreč urejajo področje nepotrebne hospitalizacije, katere vzroki so lahko medicinski, negovalni, rehabilitacijski ali socialni, z organiziranjem

negovalnih bolnišnic. Negovalne bolnišnice bi se lahko opredeljevale kot samostojna kategorija (Bohinc, Cibic 1998: 407).

So namreč posebne vrste ustanove, ki imajo namen zmanjšati pritisk na ostale bolnišnice, hkrati pa omogočili bolnikom kakovostnejši prehod iz bolnišnice v domačo ali domsko oskrbo. Ravno tako služijo zniževanju stroškov in prezasedenosti bolnišnic ter uresničevanju potrebe po krajšanju ležalne dobe v splošnih bolnišnicah. Naraščanje deleža starih ljudi med prebivalci je značilen pojav za večino razvitih okolij današnjega sveta in to narekuje dinamično potrebo po novih organizacijskih oblikah skrbi zanje. Zato so negovalne bolnišnice utemeljene med drugim tudi z vidika demografskih sprememb. Za nekatere probleme starih ljudi je tudi treba gledati z zdravstvenega in socialnega vidika hkrati. Nakazani so trendi potreb po bolj kakovostnem pristopu ter obravnavi in spremljanju omenjenih uporabnikov.

Potrebe ljudi po zdravstveni negi, posebej starejših, se, kot že omenjeno, povečujejo, saj je vedno več takih, ki potrebujejo poleg visoko specializiranih zdravstvenih storitev še drugačno obravnavo, v novejši obliki organiziranosti. Populacija v našem okolju torej potrebuje, pričakuje in tudi zahteva razvoj novih storitev na področju skrbi za stare ljudi (Bohinc, Cibic 1998: 406–409). Pri nas do odpiranja negovalnih bolnišnic že prej ni prišlo predvsem zato, ker še danes večina ljudi ne razume vsebine delovanja teh ustanov. Mnogi jih primerjajo s hiralnicami in hospici (Peternelj 2000). Težje je razumeti, da je to lahko tudi prehodna – časovno omejena – oblika bivanja v zdravstveni ustanovi, kjer bolniki nadaljujejo z različnimi rehabilitacijskimi programi in zdravstveno vzgojnimi programi, zdravstveno nego ali pa v tem času rešujejo socialno problematiko (*op. cit.*: 105–106). Negovalna bolnišnica naj bi za bolnika pomenila predvsem čas okrevanja in po možnosti tudi vzpostavitev prejšnjega stanja.

Na podlagi razmer v slovenskem zdravstvu, zahtev po zmanjševanju programov dela v bolnišničnem varstvu, neustrezni zasedenosti in premajhnih zmogljivostih socialnovarstvenih zavodov lahko opredelimo razloge za in proti večjemu organiziranju negovalnih bolnišnic v slovenskem prostoru (Bohinc, Cibic 1998: 407–408). V korist omenjenim ustanovam so, kot že omenjeno, razbremenitev dragih bolnišničnih zmogljivosti z zgodnjim opravičenim odpustom bolnikov, ravno tako velike možnosti izvajanja rehabilitacijskih programov ter po potrebi sprejem uporabnikov za izvedbo zahtevnejših diagnostično-tehničnih posegov. Možen bi bil tudi sprejem tistih, ki niso sposobni skrbeti zase ali potrebujejo začasno pomoč in podporo ter uporabnikov, ki zaradi starosti ali psihosocialnih okoliščin potrebujejo daljšo rehabilitacijo, s podporo

multidisciplinarnega tima. Dobra stran negovalnih bolnišnic je tudi možnost individualne obravnave uporabnika (bolnika) in bolj pogoste komunikacije s svojci kot v običajni bolnišnici, kar omogoča dobro sodelovanje, humane odnose, dobro počutje bolnikov ter obojestransko zadovoljstvo, omogočeni bi lahko bili tudi posvetovalni obiski v ambulantnih službah negovalne bolnišnice. Dodatna prednost je teoretična možnost koriščenja dnevne bolnišnične oskrbe ter istočasno storitev fizioterapije in delovne terapije, razvijale bi se lahko k zdravju in neodvisnosti usmerjene dejavnosti. Negovalna bolnišnica je resnično ustanova, ki se odziva na potrebe in spremembe v skupnosti in družbi. Kot nobena institucija tudi ta nima le pozitivnih lastnosti in potencialov. Slabosti so potencialno nejasna strokovna merila za sprejem in odpust bolnikov, če namen ni jasno definiran in časovno nejasno omejeno bivanje. V primeru, da bivanje v pravilniku ni točno časovno omejeno, lahko na primer v situaciji uporabnika z malignim (rakavim) obolenjem hospitalizacija traja do smrti (dolga ležalna doba), preveliko primerov bi lahko privedlo do občutka brezizhodnosti (zgolj čakanje na smrt). Slabost je tudi, da bi bile zaradi zahtev po krajši ležalni dobi v bolnišnici premestitve v negovalno bolnišnico vedno pogostejše, s tem pa bile postelje zopet nenehno preobremenjene.

Mencelj (2006: 11) piše, da se v zvezi z bolnišničnim zdravljenjem strokovnjaki z gerontološkega področja zavzemajo za to, da se tudi starejši bolniki zdravijo na tistih oddelkih in klinikah, kamor sodijo po svoji bolezni in ne v posebnih bolnišnicah za stare ljudi. Negovalni oddelki so nedvomno potrebni in smotrni, a po mnenju nekaterih naj ne bi preraščali v gerontološke bolnišnice.

Negovalne bolnišnice z negovalnimi oddelki v Sloveniji so za zdaj naslednje: bolnišnice Topolšica, Sežana, Golnik, Jesenice, Brežice, Slovenj Gradec, Murska Sobota, Novo mesto, Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj ter pod okriljem UKC Ljubljana – negovalna bolnišnica na Vrazovem trgu.

Enajstega februarja 2011, na svetovni dan bolnikov, so tudi v Ljubljani odprli negovalno bolnišnico, in sicer na Vrazovem trgu 1, v bližini ostalih ljubljanskih klinik. Bolnišnica je začela bolnike sprejemati od 1. marca 2011 dalje. Pobudo za njeno ustanovitev s strani Ministrstva za zdravje in Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana je dala Mestna občina Ljubljana. Za mesto je bil to zelo velik projekt, poleg odprtja hiše Hospica leto dni prej. Splošno mnenje je, da je bilo na omenjeno bolnišnico treba čakati veliko predolgo. Namenjena je uporabnikom, ki so v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana končali akutno zdravljenje, niso pa še primerni za samostojno življenje doma ali v kakšni drugi

instituciji, kot je na primer dom za stare. Zaradi kakovostne obravnave bolnikov in znižanja stroškov je negovalna bolnišnica pomembna pridobitev ljubljanskega kliničnega centra. Negovalna bolnišnica na Vrazovem trgu je idealna rešitev, ki uporabniku in svojcem doda nekaj časa, da kakovostno premislijo ter se odločijo, kako bodo ukrepali v prihodnosti. Pomembna je tudi zato, ker ima namen lajšanja zdravljenja uporabnikom, katere so prej iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana selili po Sloveniji, na primer v negovalno bolnišnico v Sežani, ali pa v bolnišnice z negovalnimi oddelki (Splošna bolnišnica Murska Sobota, Splošna bolnišnica Jesenice in Golnik), zdaj pa lahko zanje poskrbijo v domačem okolju, kjer so svojci uporabniku bližje (Vrhnjak 2011: 6–8).

Za zdaj je negovalna bolnišnica namenjena le uporabnikom iz Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, kasneje, ko bo na voljo še več prostora, pa imajo namen sprejemati tudi bolnike iz drugih bolnišnic. Za zdaj sta odprta dva oddelka s 33 posteljami. Bolnišnica je po standardih za negovalni oddelek opremljena s sodobnimi pripomočki za fizioterapijo, rehabilitacijo in delovno terapijo. Negovalna bolnišnica v Ljubljani bo potrebovala še veliko sprememb, ki bodo zadostile potrebam uporabnikov, ki prihajajo. Na primer, prvo leto po odprtju pogrešajo organizirano paliativno oskrbo. Vse negovalne bolnišnice bi namreč morale imeti tudi paliativni tim, ker lahko v negovalno bolnišnico pride uporabnik, ki sicer ni v akutni fazi bolezni, vendar je potek bolezni v terminalni fazi in potrebuje oskrbo do svoje najverjetnejše smrti, svojci pa se kljub temu ne želijo odločiti za oskrbo v hospiciju. Ravno tako ne morejo v celoti poskrbeti za bolnike, ki potrebujejo dolgotrajno hospitalizacijo po poškodbi glave oziroma za tiste, za katere se predvideva zelo dolgotrajna hospitalizacija, ker premestitev drugam ni možna iz kakšnih drugih zdravstvenih razlogov (Koželj 2012: 12–13).

O primernosti napotitve v negovalno bolnišnico odloča ekipa strokovnjakov (običajno diplomirana medicinska sestra, socialna delavka in zdravnik) in ne posameznik sam ali njegovi svojci. Vsekakor pa se morajo slednji s samo premestitvijo strinjati (Vrhnjak 2011: 6–8).

Kriteriji za sprejem v ljubljansko negovalno bolnišnico so že opredeljeni in so naslednji: Zahteva se stabilno zdravstveno stanje bolnika, kjer se ne pričakuje zapletov, ter ne zahteva težje (intravenozne) terapije, parenteralne prehrane (uporabnik lahko sam uživa hrano) ter izpeljave nadaljnje diagnostike in zdravljenja, priloženi morajo biti mikrobiološki izvidi, določene krvne preiskave, psihična stabilnost uporabnika, ki ni vezana na 24-urne varovalne ukrepe, odpustno pismo bolnikovega zdravnika, možnost konzultacij in vrnitve pacienta v

akutno obravnavo, če je njegovo zdravstveno stanje nestabilno in ogroženo, seznanjenost pacienta ter svojcev, njihova volja in privolitev, poročilo zdravstvene nege, fizioterapije in socialne službe, ki vsebuje načrtovano nadaljnjo pacientovo pot ob odpustu iz negovalne bolnišnice (UKC Ljubljana 2011: Kriteriji za sprejem v negovalni oddelek UKC Ljubljana).

Koželj (2012: 12) pravi, da se v ljubljanski negovalni bolnišnici po najboljših močeh trudijo za človeški pristop do uporabnikov, zagotoviti izboljšanje kakovosti njihovega življenja ter jih uspešno vrniti v domače okolje ali drugo institucijo, kjer so bili prej. V procesni obravnavi pri uporabniku (pacientu) enakovredno ocenjujejo njegove fizične, čustvene, miselne, duhovne in socialne potrebe ter možnosti izbire. Z aktivno pripravo na odpust bolnika začnejo že s sprejemom v negovalno bolnišnico. Prizadevajo si za celostno oskrbo uporabnika, pri tem je pomembno povezovanje in usklajeno delovanje zdravstveno-negovalne in socialne službe. Za celostni pristop do uporabnikov skrbi 19 srednjih in diplomiranih medicinskih sester (6 diplomiranih in 13 srednjih medicinskih sester), ena diplomirana medicinska sestra, ki je vodja negovalnega tima, dva fizioterapevta, ena delovna terapevtka, socialni delavec in dva zdravnika (vsak zaposlen po štiri ure, en redno in en po pogodbi).

Pomembno vlogo v negovalni bolnišnici ima ravno socialna služba. Protokol – navodila za socialno obravnavo uporabnika in njihovih svojcev – navaja, da je namen socialne službe zagotoviti strokovno pomoč in socialno podporo pacientom in njihovim svojcem pri reševanju njihovih socialnih stisk in težav. Socialna delavka dela s prejetimi vlogami za premestitev na negovalni oddelek UKC Ljubljana, pregleduje in zbira dodatne informacije s strani socialno-zdravstvene službe ali oddelka UKC Ljubljana, dela tudi z novo sprejetimi uporabniki ter njihovimi svojci (svetovalni razgovor s pacienti in njihovimi svojci, pisanje socialnih anamnez, dopisov, priprava potrebne dokumentacije, obrazcev, uradnih zapisov, informiranje o možnostih uveljavljanja različnih oblik pomoči, psihosocialna pomoč pacientom in njihovim svojcem), strokovno sodeluje v timu v okviru reševanja socialnovarstvene problematike in zdravstvene problematike (sodeluje in načrtuje odpust skupaj s pacientom, svojci in osebjem negovalne bolnišnice). Socialna delavka se tudi povezuje z drugimi strokovnimi službami v zavodu in izven njega, vodi potrebne evidence, izdeluje poročila, statistike, vodi arhiv (Potokar 2012).

Skupinsko delo in celostna obravnavo sta veščini, ki ju bodo morale vse tovrstne ustanove zagotovo obvladati v bližnji prihodnosti. Dobro delo v timu iz različnih poklicev v bolnišnici namreč pomeni kakovostno skrb za uporabnika (Košnik *et. al.* 2006: 679–680).

## 2. PROBLEM

Pri delu s starimi ljudmi, tako v domovih, dnevni centrih in na centru za socialno delo, sem se srečevala z uporabniki in njihovimi svojci, ki so bili v stiski zaradi nenadne bolezni ali poškodbe starega družinskega člana. Ta je bil običajno hospitaliziran in ko se je akutna faza poškodbe in bolezni umirila, so v Kliničnem centru uporabnika napotili domov, kjer pa ni bilo nikogar, ki bi imel čas, moč, pa tudi znanje skrbeti zanj. Takrat smo opazili veliko praznino v sistemu zdravstvenega in socialnega varstva.

Zadnjih nekaj let pa so se začele pojavljati nove oblike skrbi za stare in bolne ljudi – negovalne bolnišnice. Sprva izven Ljubljane, na primer v Sežani in na Golniku, leta 2011 pa se je odprla negovalna bolnišnica tudi v Ljubljani. Ker je bila ustanova do zdaj večinoma obravnavana z medicinskega vidika (okrevanje, rehabilitacija), želim v diplomski nalogi raziskati psihosocialni vidik obravnave bolnikov v negovalni bolnišnici.

Zanimajo me različni pogledi ljudi, ki prihajajo v stik z negovalno bolnišnico, torej uporabnikov ter zaposlenih na ustanovo kot tako in na tamkajšnji način dela. Raziskati želim njihov pogled na življenje v negovalni bolnišnici, ali je bolj podobno domu za stare ljudi ali običajni bolnišnici – torej socialni ali zdravstveni ustanovi. Zanima me, kako zaposleni obravnavajo uporabnike in njihove potrebe ter kako vidijo sebe uporabniki sami, kakšna so njihova doživljanja in želje. Z vprašanji o vlogi socialnega dela in socialne delavke želim v kontekst vnesti tudi pomen svetovalne službe ter tako ugotoviti, kje so v negovalni bolnišnici izzivi in težave stroke socialnega dela.

Z raziskavo želim odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšne so potrebe uporabnikov negovalne bolnišnice ter kako zaposleni na njih odgovarjajo?
2. Ali obstajajo v negovalni bolnišnici poleg medicinskih tudi elementi socialne usmeritve? Torej ali so v splošnih in strukturnih značilnostih ustanove, medsebojnih odnosih, osebnem razvoju uporabnikov in kar se tiče ohranjanja in spreminjanja sistema prisotni elementi, ki so značilni za socialno usmerjene institucije?
3. Kakšen je pomen socialnega dela v negovalni bolnišnici z vidika uporabnikov, njihovih svojcev in zaposlenih?

## 3. METODOLOGIJA

### 3.1. VRSTA RAZISKAVE

Raziskava je kvalitativna in eksplorativna (poizvedovalna). S pomočjo strukturiranih intervjujev, ki sem jih izvedla z uporabniki negovalne bolnišnice, njihovimi svojci ter zaposlenimi, sem želela raziskati različne vidike negovalne bolnišnice, način dela v tej ustanovi ter vlogo tamkajšnjega socialnega dela.

### 3.2. MERSKI INSTRUMENT IN VIRI PODATKOV

V raziskavi sem uporabila vnaprej pripravljene, delno strukturirane vprašalnike odprtega tipa, ki so bili prilagojeni korespondentu (uporabnik, zaposleni).

Intervju pomeni običajno neposredni pogovor iz oči v oči med spraševalcem in vprašancem (respondentom), bodisi zgolj na osnovi vodila za intervju, ki vsebuje samo seznam poglavitnih tem pogovora (nestandardizirani ali odprti intervju), ali na osnovi vnaprej do podrobnosti pripravljenega strukturiranega vprašalnika (standardizirani intervju) (Mesec 2007 b: 112). Vsako vprašanje v intervjuju je merski instrument (*op. cit.:* 60).

Poleg osnovnih podatkov, kot so spol, starost, izobrazba, socialna vloga v negovalni bolnišnici, vprašalniki zajemajo 32 vprašanj, prirejenih za uporabnike, 32 vprašanj za zaposlene ter 32 vprašanj namenjenih svojcem bolnikov v negovalni bolnišnici. Vprašanja so združena v tri raziskovalne teme.

Smernice za vprašanja na prvo raziskovalno vprašanje sem povzela po Flaker *et. al.* 2008, za drugo raziskovalno vprašanje po Mali 2008 in za tretje po Pogačnik 1984 in National Association of Social Workers 2011.

### 3.3. POPULACIJA IN VZORČENJE

Populacijo, katere značilnosti sem želela raziskati, predstavljajo uporabniki, njihovi svojci in zaposleni v negovalni bolnišnici v Ljubljani.

Vzorec je neslučajnostni in priročni, saj vse enote populacije nimajo enake možnosti, da bi bile vključene v vzorec, ampak sem jih izbrala glede na dostopnost in pripravljenost za sodelovanje. Sestavlja ga 5 zaposlenih (tri študentke zdravstvene nege, en diplomirani zdravstvenik ter ena socialna delavka), 3 uporabniki negovalne bolnišnice (dva moška in ena ženska) in dva svojca (hči ter žena uporabnika in uporabnice). Do intervjuvancev sem prišla s pomočjo bolnišnične socialne delavke. Najprej sem želela opraviti intervju z uporabniki, ki so trenutno hospitalizirani, vendar mi kasneje bolnišnična pravila, ki izhajajo iz pravilnika UKC, tega niso dovolila, saj je za izvedbo intervjujev treba predhodno zaprositi etično komisijo in se na njen sklep lahko čaka zelo dolgo. Tako sem anketirala uporabnike, ki so že bili pred kratkim odpuščeni iz bolnišnične obravnave v domačo oskrbo ter njihove svojce. Kontakte od uporabnikov ali njihovih svojcev mi je zaupala (po predhodnem posvetovanju z vodjo oddelka) ravno tako bolnišnična socialna delavka. Te ljudi sem nato poklicala, se jim predstavila in jih prosila za intervju.

### 3.4. ZBIRANJE PODATKOV

Podatke sem zbirala s pomočjo omenjenih intervjujev, in sicer v obdobju od 1. do 30. avgusta 2012. Intervjuji z zaposlenimi so potekali v negovalni bolnišnici v Ljubljani. Intervjuje s svojci in bolniki sem opravila na njihovem domu. Intervjuje s študentkami Zdravstvene fakultete pa sem opravila v prostorih omenjene fakultete.

Pogovore z uporabniki, zaposlenimi in svojci sem snemala s snemalno napravo in jih takoj po končanem pogovoru prepisala v elektronsko obliko, pri tem sem jih poskušala zapisati čim bolj dobesedno, z izrazi in besedami intervjuvanih ljudi samih.

Prednost takšnega zbiranja podatkov je v tem, da sem bila med anketiranjem stalno prisotna in sem lahko ljudem, ki so odgovarjali na moja vprašanja, morebitne nejasnosti pojasnila in sem jim tako olajšala situacijo ter pripomogla k temu, da so bili odgovori na vprašanja bolj točni. Ker sem opravljala intervju le z enim uporabnikom na enkrat, sem si lahko vzela čas samo

zanj in potek intervjuja tudi prilagodila posameznikovim sposobnostim odgovarjanja na vprašanja, morebitni bolezn, težavam s koncentracijo in podobno.

Slabost tega načina zbiranja podatkov je v tem, da je raziskovalec tudi sam vpleten in da se raziskovani odzivajo na njegovo prisotnost in na njegove postopke dela ali pa samo na raziskovano situacijo. Slabost je tudi, da v okviru kvalitativnega pristopa nisem zajela večjega števila oseb, kot enot določene populacije, ampak sem preučila le manjše število primerov, ki sem jih med seboj primerjala (Mesec 2007 b: 17–18).

Na težave sem naletela pri iskanju bolnikov, ki bi bili pripravljene odgovarjati na moja anketna vprašanja, zaradi prej omenjene obvezne privolitve etične komisije UKC ter tudi zaradi samega dejstva, da je večina pacientov, ki pridejo v stik z negovalno bolnišnico, premeščenih iz Nevrološke klinike, ker so utrpeli hujšo poškodbo možganov, ter jim komunikacija in zbranost še vedno povzročata večje težave. Uporabniki, s katerimi sem delala intervjuje, so tudi potrebovali počitek med pogovorom in nekaj več časa za odgovarjanje ali pa le dodatno pojasnitev vprašanj. Ravno tako ni popolnoma neoporečno, da sem v anketi zavzela le uporabnike in svojce, katerih kontakte mi je posredovala socialna delavka, kajti obstaja možnost, da so v vzorec prišli ljudje, ki so imeli dobre odnose z osebjem v negovalni bolnišnici. Tisti, ki imajo (teoretično) z ustanovo zelo slabo izkušnjo, v anketi najverjetneje sploh ne bi želeli sodelovati.

### 3.5. OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Zbrano empirično gradivo sem najprej uredila in prepisala, analizirala sem ga kvalitativno in ročno. Sprva sem k vsakemu od vprašanj zbrala odgovore vseh korespondentov in določila relevantne dele besedila – torej izjave, ki so se mi zdele pomembne glede na zastavljeno vprašanje. Izbrane izjave so bile enote kodiranja, ki sem jih kasneje prosto pripisovala abstraktnejše pojme (odprto kodiranje). Nato sem združevala sorodne pojme v kategorije in na koncu izbrala najbolj relevantne ter jih definirala in formulirala v teorijo. Zaradi obširnosti obdelave gradiva ga diplomski nalogi sicer nisem priložila, vendar ga hranim sama, kot raziskovalka.

## 4. REZULTATI

Negovalno bolnišnico v Ljubljani zaposleni, uporabniki (bolniki) in njihovi svojci vidijo vsak s svojega vidika. Ugotovila sem, da je negovalna bolnišnica kot taka najbolj cenjena s strani svojcev, in sicer zaradi tega, ker jim je v trenutku izjemno hude stiske pomenila veliko rešitev. Takega ugleda pa kot ustanova nima na splošno v javnosti, med laiki in v strokovnih krogih. Kar pritrjuje tudi uporabnikova žena, ga. K.: *»... negovalna bolnišnica nima najboljšega ugleda. Na primer, moj sosed je dohtar in ko sem rekla, so ga dali v negovalno bolnišnico, je rekel: »Kako ste pa lahko to dovolili?« ... ljudem se zdi, da je to čakalnica za dom ali pa za na britof.«*

Skozi pomen, ki ga negovalna bolnišnica posamezniku predstavlja, so pripovedovali tudi o socialnih elementih ustanove, potrebah uporabnikov, ter vlogi in pomenu socialnega dela v negovalni bolnišnici. Zato želim najprej predstaviti, kako so ustanovo predstavili posamezni anketiranci. Diplomirani zdravstveni tehnik A. o negovalni bolnišnici meni, da je negovalna bolnišnica dobra stvar za bolnike po zaključenem akutnem zdravljenju, da ne pridejo domov ali v dom starejših občanov nepripravljeni oziroma v slabi fizični kondiciji. Negovalna bolnišnica po njegovem mnenju nudi to možnost, da se uporabniki rehabilitirajo, dobijo čas, da se pripravijo na dom, na odhod. Tudi domači se lahko pripravijo z nakupom potrebne postelje, ortopedskih in negovalnih pripomočkov, torej glede tehničnih stvari. Študentke zdravstvene nege se pridružujejo njegovemu mnenju, vsem je skupna ideja o tem, da je negovalna bolnišnica predvsem velika pridobitev za zdravstveno nego, doživljajo jo kot dobro in potrebno ustanovo, saj je v pomoč tistim, ki nimajo nikamor za iti. Študentke tudi menijo, da v negovalni bolnišnici nudijo več natančne oskrbe pri negovanju kot v navadnih bolnišnicah, si preprosto vzamejo več časa za bolnike in njihovo oskrbo. Diplomirani zdravstvenik A. tudi pravi, da v negovalni bolnišnici ne vzdržujejo istega stanja kot v domu za stare ljudi, temveč želijo bolnike spraviti na stopnjo višje, jih fizično izboljšati. Manj gledajo na negovalno bolnišnico kot tudi na pridobitev s področja socialnega varstva: *»... da pomagajo iskati nadaljnje možnosti za preživetje, kljub njihovim materialnim pomanjkljivostim ... Da jim omogočijo tudi oskrbo na domu.«* Svojcem negovalna bolnišnica predstavlja neizmerno pomoč, tako njim kot bolniku samemu, kot pravi žena uporabnika: *»... poznamo vse te zadeve in vem, kaj nas bi čakalo v nasprotnem primeru.«* Negovalna bolnišnica je nujna, da se družina organizira in reorganizira, pri tem ji da negovalna bolnišnica pomemben čas, ki ga za to potrebuje. Svojci so omenili tudi druge prednosti, ki jih

je družini prinesla negovalna bolnišnica, ena od njih je pomoč pri ponovnem sprejetju bolnika v družino, z vsemi fizičnimi in psihičnimi spremembami, ki jih je v času bolezni pridobil. Ga. K., žena uporabnika po poškodbi glave, je delila izkušnjo: *»Rabili smo nekaj časa, da smo se ga navadili takšnega, kot je.«* Negovalna bolnišnica je za svojce pomembna tudi zato, ker jih ne razbremeni le fizično, ampak tudi psihično: *»... ga daš pa v posteljo in si želiš samo, da naj da mir za pet minut ... to breme ti v negovalni bolnišnici odvzamejo.«* Ravno tako svojci cenijo, da jih tu naučijo ravnanja z bolnikom, nege, ki jo bodo morali morda opravljati doma, kako nekoga položiti iz postelje v voziček in podobno. Te informacije prejmejo v negovalni bolnišnici pred odhodom uporabnika domov in jih svojci ocenjujejo kot izredno pomembne. Ga. A., hči uporabnice, negovalno bolnišnico vidi kot nek prehodni dom, iz bolnišnice do pravega doma, v stanju, ko je uporabnik fizično šibak. Ravno tako je ustanova videna kot mesto, kjer se lahko goji upanje, da bo bolnik kmalu spet neodvisen, sposoben skrb zase, torej tak, kot je bil pred boleznijo. Ravno tako tudi ga. A. omenja podarjen čas za reorganizacijo: *»Ta premestitev v negovalno bolnišnico je bila najprej za nas eno obdobje, ko bi se lahko organizirali, pa neke rešitve poiskali.«*

Svojci torej pričakujejo od negovalne bolnišnice predvsem to, da se bodo tam funkcionalne sposobnosti bolnika izboljšale in da bo po odpustu v boljši fizični kondiciji. Če povzamem – pričakujejo rehabilitacijo in si želijo, da se dela čim več na tem. Uporabnik, ki je po koncu dneva utrujen od razgibavanj, sprehodov in drugih fizičnih terapij, pa jim predstavlja idealen cilj za ustanovo. Uporabniki so povedali, da je namen negovalne bolnišnice, da človeka, ki pride iz navadne bolnišnice, po dolgotrajnem zdravljenju spravi v boljšo fizično in psihično kondicijo. Menijo, da tukaj zanje lepo poskrbijo in jih na različne načine pripravijo na življenje doma. Doživljajo jo kot pozitiven dogodek na njihovi poti okrevanja, še posebej, ker je bila odlična rešitev, ko jih svojci po tem, ko so bili odpuščeni iz bolnišnice, niso imeli časa in niti znanja negovati. Uporabnik, g. O., je potožil: *»Težko je, ker so danes vsi zaposleni, da se najde kdo, ki skrbi zate potem, ko si doma ...«*

## ALI OBSTAJAJO V NEGOVALNI BOLNIŠNICI POLEG MEDICINSKIH TUDI ELEMENTI SOCIALNE USMERITVE?

Negovalna bolnišnica ima, tako kot vse ustanove, dinamične elemente socialne in medicinske usmerjenosti. Že po imenu »bolnišnica« lahko pričakujemo nešteto elementov medicinske usmerjenosti, vprašamo se, če sploh obstaja med vsemi temi medicinskimi elementi tudi kakšen pridih socialne usmerjenosti. Negovalna bolnišnica ima socialno službo in socialno delavko, ki je pomemben dejavnik zagotavljanja socialne usmerjenosti institucije (Mali 2008: 156).

Negovalno bolnišnico v Ljubljani zaposleni, uporabniki (bolniki) in njihovi svojci vidijo vsak s svojega vidika, ravno tako socialne in medicinske elemente, ki jih ima, potrebe uporabnikov ter imajo različne vidike na socialno delo, ki je, kot že omenjeno, eden pomembnejših elementov socialne usmerjenosti institucije. Medicinski profili (medicinske sestre) gledajo na negovalno bolnišnico zelo formalno in jo nekako želijo predstaviti predvsem kot neko profesionalno ustanovo, kjer je strokovnost na prvem mestu. Topli odnosi med zaposlenimi in uporabniki naj bi bili nezaželen element, saj naj bi po besedah nekaterih »kvarili neoporečnost dela in profesionalnost, h kateri tako težijo«. Kljub temu jih je pozitivno vzdušje pritegnilo in uporabniki poročajo o toplih odnosih, ki so se vzpostavili med osebjem in bolniki. Na primer uporabnica R. pravi: *»Ne jim verjeti, ko govorijo o tem, kako neoseben odnos imajo z bolniki, ker to ni res!. Zaposleni so izjemno prijazni in prav nič hladni.«* Slednje priča o tem, kar so izražali uporabniki, njihovi svojci in socialna delavka, in sicer, da ima negovalna bolnišnica kar nekaj elementov socialne usmeritve.

Dobra notranja ureditev, ki je eden od teh elementov, se v negovalni bolnišnici izraža s tem, da ima le-ta veliko arhitekturnih značilnosti, ki so uporabnikom prijetne. Na primer, da ni prostorske stiske, da sta v eni sobi le dve postelji, stene sob so okrašene s slikami in izdelki uporabnikov, sobe imajo televizijo, na voljo je tudi knjižnica za izposojajo knjig, telovadnica in dnevni prostor, ki je ob času obrokov tudi jedilnica, kar pa uporabnikov ne moti. Prostori so tudi obnovljeni, določenim ljudem vzbujajo celo občutek domačnosti, notranji videz ustanove je boljši od zunanjšega, za kar so veliko zaslužni tudi zaposleni samim, ki so iz danih možnosti naredili največ (tudi z nabiranjem odpadnega pohištva po drugih oddelkih). Tudi svojci opažajo, da je ureditev negovalne bolnišnice nekaj posebnega, pravijo, da jim ne deluje kot navadna bolnišnica, torej ne tako strogo, ampak bolj domače.

Negovalna bolnišnica ima tudi teraso, ki je neke vrste družabni prostor, tam se zbirajo predvsem kadilci, pa tudi nekadilci prihajajo tja na klepet. Prostori so dokaj lepo urejeni, svetli, prostorni, uporabnikom slednje vzbuja prijetna čustva in se v njih dobro počutijo. Negovalna bolnišnica ima tudi prilagojene prostore za uporabnike, ki potrebujejo posebno pomoč pri bivanju in vsakdanjem življenju (npr. prilagojena kopalnica). Uporabnikom izredno ustreza tudi hodnik, kjer se lahko dobro sprehodijo, kar očitno ustreza njihovim potrebam po rehabilitaciji in razgibavanju telesa po hujših poškodbah. Uporabniki imajo možnost hranjenja v jedilnici in jim ni treba obroka jesti v postelji ali sobi, kot na ostalih oddelkih in v ostalih bolnišnicah, hranjenje je tudi družabni dogodek, kjer se uporabniki lahko tudi srečujejo, spoznavajo med sabo. Bolniki si ne želijo v sami instituciji in njeni organizaciji ničesar spreminjati, ker so jim prostori večinoma všeč. K dobremu počutju veliko pripomore tudi glasba na hodnikih, sama zasnova zgradbe ni zapletena, uporabniki se v njej znajdejo. Drugi element socialne usmerjenosti je lokacija ustanove, ki je po pripovedovanju svojcev in uporabnikov ter zaposlenih dobra, tudi boljša kot v preostalih bolnišnicah, lahko dostopna, obdana z vrtom, zelenjem, drevesi, reko in rožami. Lokacija negovalne bolnišnice je resnično prednost te ustanove pred ostalimi, običajnimi bolnišnicami v Ljubljani. Negovalna bolnišnica ima tudi po mnenju določenih ljudi prijeten videz, opisujejo jo kot »*prijetno, belo, vzbujajočo prijetne občutke*«.

Ustanova je ravno tako odprta za zunanji svet, kar se kaže v tem, da imajo uporabniki možnost odhoda domov za dogovorjeno število dni, z namenom, da spet vidijo svoje domače ter poskusijo, kako bo izgledalo življenje po odpustu in se nanj po potrebi dodatno pripravijo, tako psihično kot organizacijsko in tehnično. Vikend izhodi so priporočeni s strani zaposlenih, če so le možni. Uporabnikom zaposleni tudi ne branijo, da ob primernem spremstvu (zaradi nevarnosti padcev in podobnih nevšečnosti) zapustijo bolnišnico in urejajo določene zadeve, na primer na banki in podobno. Ustanova sama je odprta ljudem iz zunanjega sveta, da pridejo in se družijo z uporabniki. Ti ljudje so svojci, prostovoljci, duhovnik, pedikerka, manikerka, frizerka, fotograf, referent iz upravne enote. Ure obiskov so sicer določene, a se jih da prilagajati (fleksibilnost). Odprtost ustanove je lahko tudi negativna, in sicer v primeru, ko bolniki zaradi premajhnega »nadzora« in »nezaklepanja« ustanove zatavajo iz zgradbe in se vrnejo po iskalni akciji, ki jo sproži osebje negovalne bolnišnice. Kot omenja ga. K., žena uporabnika, se je že zgodilo, da so bolniki dejansko odšli in se niso sami, brez pomoči druge osebe vrnili. Tudi njen mož je enkrat to naredil. Šel je na vozičku do izhoda, nazaj pa potem ni več znal. Gospa se sicer ne strinja z omejevanjem svobode uporabnikov, vendar se svojcem

zdi pomembna tudi varnost. Nekateri na primer pravijo: *»Potrebovali bi nekoga, ki bi prav s tem namenom gledal na njih ...«* Podobnega primera se spominja tudi socialna delavka, ter opozarja: *»Se zgodi, čeprav se ne bi smelo. Težko je imeti uporabnike skozi zaprte, zaklenjene ali kar koli. Premalo osebja je, da bi pazili na vse.«*

Socialno usmerjenost ustanove, ki se kaže v naklonjenosti obiskom, dokazujejo trditve svojcev uporabnikov, ki pravijo, da obiski zaposlenim niso bili odveč, ampak so jih celo spodbujali – tudi z namenom, da se razbremenijo osebje. Kot pripoveduje ga. K., se zgodi, da osebje popušča pri urah obiskov tudi zato, da lahko svojci pomagajo pri oskrbi bolnika: *»... torej, da prideš in še kosilo poservisiraš svojcu. Potem večerja je tam ob pol šestih, potem si pa tam, da jih še sprat spraviš.«* Slednje niti ni slabo, ker lahko naredi veliko koristnega – olajša se delo zaposlenih, svojci se naučijo skrbeti za bolnika, pravilnega pristopa k negovanju, uporabnik se počuti boljše, ker z njim dela nekdo, ki ga ima rad in ga pozna, tako da tudi bolj sodeluje, več poje itd.

Zaposleni imajo do obiskovalcev v negovalni bolnišnici pozitiven, prijeten in lep odnos, kot potrjuje pripovedovanje hčere uporabnice, ge. A., so zaposleni svojce uporabnikov poznali že poimensko in so jih tudi tako pozdravljali, klicali z njihovim imenom, s čimer so ustvarili pozitivno vzdušje in dobro počutje tudi pri obiskovalcih.: *»... vidiš, da so te opazili, da te poznajo... bili smo dobrodošli ...«* Tudi zaposleni sami navajajo, da so veseli obiskov, z obiskovalci ravnajo spoštljivo, se jih trudijo pozdravljati, ker ti pozitivno vplivajo na paciente: *»... všeč nam je, da se kdo spomni na paciente, ker so potem boljše volje in je čisto drugačno vzdušje.«* Zadovoljstvo z odnosom zaposlenih do obiskovalcev je vidno tudi v številnih zahvalah, ki jih svojci pustijo, ko uporabnik zapusti negovalno bolnišnico. Naklonjenost obiskom je vidna tudi v tem, da so ure obiskov fleksibilne. Uradne ure obiskov so od 12. ure dalje, a kljub temu zaposleni navajajo, da če kdo pride prej, tudi tega ne zavrnejo. Čas obiskov je daljši kot v Univerzitetnem kliničnem centru, ravno tako se v negovalni bolnišnici veliko bolj kot v UKC prilagajajo uporabnikom in njihovim svojcem.

Element socialne usmerjenosti so tudi kakovostni stiki s svojci. Ti so pogojeni z zadovoljivim številom ur, ki so na voljo uporabnikom in svojcem za obiske. Čas obiskov je sicer omejen na popoldan, z možnostjo individualnega dogovarjanja za izjeme, ampak slednje uporabnikom precej ustreza, saj kot navajajo nekateri: *»... na začetku te preveč obiskov tudi utruja.«* Večina uporabnikov in njihovih svojcev je z obiski zadovoljnih, všeč jim je, da so lahko odšli na kavo (na avtomat ali v sosednji lokal), poklepetali, pri pacientu v njegovi sobi ali v

dnevnem prostoru, kjer je bil na razpolago tudi TV sprejemnik. Uporabniki in njihovi svojci lahko izkoristijo tudi sprehod izven negovalne bolnišnice, se sprehodijo okoli stare stavbe in počivajo na klopi. Svojci menijo, da njim in bolnikom ni bilo dolgčas med obiski in niti niso imeli kakšnih posebnih želja po določenih dodatnih aktivnostih. Med uporabniki in svojci prevladuje prepričanje, da so bili poteki obiskov, ki so jih imeli, dejansko prilagojeni bolnikovim trenutnim sposobnostim in so jim popolnoma ustrezali. Torej so omenjene aktivnosti, ki so prevladovala med obiski, v veliki večini zadovoljile potrebe uporabnikov po kakovostnih obiskih, ker česa več že niso bili sposobni oz. bi jim po dolgotrajnem zdravljenju predstavljalo prevelik napor. Kar si »zdravi« ljudi predstavljamo kot »kakovostne stike s svojci«, je v nasprotju s tem, kar pojem pomeni uporabnikom negovalne bolnišnice, ki imajo v trenutkih okrevanja drugačne potrebe in jim že malenkosti, ki jih zmorejo po dolgotrajnem ležanju, pomenijo veliko. Obiski so nekaterim uporabnikom in njihovim svojcem predstavljali tudi priložnost za zabavo in druženje ter spoznavanje drugih ljudi: *»... In oni svojci od tiste gospe, ki je bila z našo v sobi, ko so prišli, so zabavali kar obe in smo se tudi mi začeli družiti in imeli kar skupinske obiske tam v njuni sobi ...«*

Seveda pa z vidika splošnih in strukturnih značilnosti ni bilo vse popolno, prisotni so tudi medicinski elementi usmerjenosti institucije, na primer, kar se tiče notranje ureditve – ljudi navajajo, da je stavba le stara, kar pomeni, da je slabo klimatizirana (vročina), v nekaterih sobah se niso dale spustiti žaluzije, zato so si morali zaposleni pomagati z rjuho, ki so jo dali na okno, svojci so nosili ventilatorje za hlajenje in podobno.

Svojci torej opozarjajo tudi na to, da so kljub trudu zaposlenih v negovalni bolnišnici še vedno nezanemarljive pomanjkljivosti. Na primer niso zadovoljni z jedilnico in skupnim prostorom, ki ni dovolj prilagojen uporabnikom. Opažajo, da vozički ne gredo pod mizo, kar bi omogočilo ljudem, da jejo normalno. Prostori so tudi med drugim včasih opisani kot revni, neustrezni in ne preveč primerno opremljeni. Žena uporabnika ga. K. pravi: *»... imajo stvari nabrane po sili razmer, nabrano je z vseh vetrov, se vidi ...«*

Določenim ljudem se negovalna bolnišnica ne zdi nič boljša kot navadna bolnišnica, dojemanje ustanove je veliko odvisno tudi od tega, v kakšnem zdravstvenem stanju je bil uporabnik – npr. gospod, ki mu ustanova ni bila všeč, je bil tam po hudi poškodbi možganov in so ga vse malenkosti hitro zmotile, negativne lastnosti ustanove so bile še toliko bolj izražene in vtisnjene v spomin, in jih ni mogla omiliti niti pozitivna naravnost osebja, ki jo je omenjeni gospod ravno tako doživljal bolj negativno kot ostali uporabniki, ki niso trpeli za

poškodbami možganov in njihove kognitivne funkcije niso bile v času hospitalizacije niti za trenutek omejene. Ravno tako se je omenjeni gospod slabše znašel v ustanovi, pripoveduje, da je bil bolj pasivno voden, kot da bi se sam poskušal gibati v ustanovi. Ravno tako je prostorska urejenost negovalne bolnišnice še vedno z določenega vidika zelo podobna tipični bolnišnici (prostor za zdravnico oz. zdravnice, prostor za glavno oz. oddelčno medicinsko sestro, umazan in čisti prostor, sestrška soba, soba za fizioterapevte oz. delovne terapevte itd.). Z rehabilitacijskega vidika bi potrebovali še veliko rehabilitacijskih pripomočkov in prilagoditev bivanja za uporabnike – kot na primer držala za oprijemanje na hodnikih, tudi prilagoditve v kopalnicah bi bile dobrodošle. Uporabnike moti tudi stranišče brez ventilacije in brez okna, katerega uporabi se zavestno izogibajo. Ga. K., žena uporabnika, opozarja, da je preveč opazno, da so fizioterapevtska oprema in ostali pripomočki večinoma podarjeni z ostalih oddelkov UKC, tudi svojci določene stvari podarijo bolnišnici. Gospa meni: *»... to je zdaj kot neka prostovoljna stvar, ampak to bi morala biti nujna sestavina tega bolnišničnega zdravljenja ...«*

Negovalna bolnišnica je tudi zaprta pred svetom, če jo opazujemo z vidika svobode uporabnikov, torej kar se tiče izhodov iz ustanove. Ti so dovoljeni le s privolitvijo zaposlenih in s spremstvom, kar pa je opravičljivo, če le pomislimo na vse nezgode, ki so jim uporabniki lahko izpostavljeni, v primeru, da se sami podajo na ulico in niso v najboljši fizični kondiciji. Nenaklonjen obiskom je videti le varnostnik, ki pa je tudi edini, ki ga uporabniki navajajo kot osebo z negativnim odnosom do obiskovalcev. Tudi zunanji videz stavbe se ne zdi vsem lep in prijeten, študentka je povedala: *»Prvi vtis je bil odbijajoč ... sem dobila občutek, da tukaj bivati ni ravno prijetno za paciente.«* Tudi stiki s svojci se ne zdijo vsem najbolj kakovostni, negativno jih vidita gospod, ki je bil v negovalni bolnišnici po poškodbi možganov (ni bilo kaj početi) in ena od študentk (ker se le pogovarjajo in nimajo kam iti, le na klopi zunaj).

Na socialno usmeritev ustanove kažejo tudi dobri medsebojni odnosi in ugodna hierarhija moči za uporabnika. Zaposleni trdijo, da je odnos uporabnikov z njimi dober, da sodelujejo. Glavne besede nima nobeden, skušajo se skupaj odločiti in običajno naj bi bili pri tem uspešni. Zdravstveni delavci naj bi uporabniku pomagali pri odločitvi z dodatnimi pojasnili in razlagami, a vendar: *»Glavno besedo ima pacient ...«*

Zaposleni uporabnike kličejo s polnim imenom in priimkom, naslavljaajo jih g., in ga., kljub temu pa znajo z njimi vzpostaviti tudi bolj prijeten, neformalni odnos. Na primer ljudem je

bilo izredno všeč, da se sem in tja strežnice tudi usedejo na pacientovo posteljo in se z njimi pogovarjajo. Pacientom in svojcem to vzbuja občutke prijetnosti in domačnosti.

Prisotna je tudi podpora osebja. Na primer osebje poskrbi, da imajo uporabniki zasebnost (uporabljajo špansko steno), dajo velik poudarek tudi na to, da namestijo v iste sobe uporabnike, ki so približno enako sposobni in se jim zdi, da se bodo med seboj razumeli. Zaposleni podpirajo uporabnike s tem, da so do njih korektni, človeški in empatični. Kot zelo pomemben lik podpore uporabnikom se kažejo strežnice, ki počnejo marsikaj, da bi ustregle bolnikom, na primer v vročini so pacientom nosile pijačo v hladilnik, čeprav jim ne bi bilo treba, glede na to, kaj so njihove delovne naloge, pacientom, če želijo, tudi skuhamo in prinesejo kavo, jim prinesejo, če želijo, tudi kaj drugega. Slednje je zanimivo, saj so med slabše izobrazbenim kadrom, opravljajo delo, ki je najmanj odgovorno, a očitno uporabnikom prijateljsko z njimi prinaša veliko ugodja.

Podpora med uporabniki samimi, če je prisotna, je ravno tako znak socialne umerjenosti institucije. Istočasno daje možnost bolnikom, da pokažejo svoje sposobnosti in moči ter znanje, s katerim koristijo sobolnikom in se posledično tudi sami počutijo dobro in koristno. Npr. uporabnica, ki je bila vse življenje zdravnica, je z veseljem svetovala svoji sostanovalki v sobi. Tako je po pripovedovanju njene hčere zopet dobila občutek, da lahko uporabi svoje predhodno znanje in izkušnje, ki so rezultat njenega preteklega dela. S tem je med drugim prevzela tudi tisto vlogo, ki ji je bila res znana in v kateri se je vedno dobro počutila.

Ljudje pripovedujejo, da se uporabniki med seboj večinoma dobro razumejo, do konfliktov ne prihaja, kvečjemu si med seboj pomagajo, delijo nasvete, *»saj tako pridobivajo več samozavesti, poguma in zagona za trud, da se spet spravijo k sebi ...«*. Svojci menijo, da uporabniki dobro sprejmejo dejstvo, da morajo bivati še z nekom v sobi, ker si s tem predvsem popestrijo prosti čas, med njimi zato prevladujejo prijateljski odnosi. Uporabniki si torej med seboj pomagajo že samo z dejstvom, da so tam, s svojo prisotnostjo v sobi, sostanovalcu v primeru, da so odnosi med njima dobri, nudijo tako moralno kot tudi lahko fizično podporo. Za stare ljudi *»imeti cimra«* ne pomeni nujno nekaj slabega ali imeti nek moteč dejavnik, ki ti krati zasebnost, temveč si tako krajšajo čas ležanja v bolnišnici. Zelo pomembno je torej tudi dejstvo, da zaposleni resnično pazijo, koga nastanijo v isti prostor.

Od socialnih elementov usmerjenosti institucije je prisotna tudi skrb za samega sebe oz. za druge. Nekateri bolniki si resnično želijo v čim boljšem stanju oditi domov, za to tudi veliko naredijo in hitro najdejo aktivnost, ki jih sprošča. Eden od uporabnikov je svoje veselje našel

v vožnji z invalidskim vozičkom po ustanovi ter si s tem krajšal čas in čakanje na obiske. Omenjena aktivnost ga naj bi ga tudi pomirjala.

Kot lepo pove eden od zaposlenih, so si bolniki različni med seboj in tako kot so si različni, tako tudi različno skrbijo zase in za sobolnike. Nekateri imajo neizmerno voljo, pogum, upanje, motivacijo in se trudijo po najboljših močeh, da se čim bolje rehabilitirajo. Ti uporabniki so lahko zelo aktivni, neprestano telovadijo, hodijo na fizioterapijo, izvajajo dodatne vaje, hodijo po hodnikih in vadijo uporabo bergel, telovadijo v postelji. Vse na lastno pobudo, kot pravi uporabnica: *»Bila sem motivirana, trudila sem se postaviti na noge.«*

Izjemno motivacijo med uporabniki so opazili tudi zaposleni, ki pripovedujejo o bolnikih po hudih poškodbah, ki niti okončin ne morejo dobro premikati, ampak se vsak dan trudijo, trenirajo tisto, kar še funkcionira, se udeležujejo vseh nujenih rehabilitacij, fizioterapij, delovnih terapij, sledijo navodilom osebja in delajo vaje še popoldne, ko imajo prosti čas, prosijo za nadaljnjo rehabilitacijo v Soči. Zaposleni so nad takšnimi ljudmi navdušeni, odkrito občudujejo njihovo dobrovoljnost, motiviranost in delavnost. Tudi svojci uporabnike spodbujajo k delu. Kot pravi bolnica: *»Meni je sin rekel, da tukaj nisem na počitnicah, da sem v bolnici in moram delat ... Sem še enkrat shodila.«*

Skrb za samega sebe se pri uporabnikih negovalne bolnišnice kaže tudi v tem, da se zanimajo za svoje zdravje in iščejo pomoč, ko je to potrebno. Bolniki se ponavadi obrnejo na tiste, s katerimi preživijo največ časa. To so lahko zdravstveni delavci, kot tudi sostanovalci. Uporabniki pogosto iščejo dodatne informacije, eni tudi ogromno sprašujejo in se na splošno zanimajo za svoje zdravje. Situacijo si olajšujejo tudi s tem, da se izpovejo, nekemu zaupajo svoje probleme. Mnogi tudi niso deležni obiskov, tako da se obrnejo na vse ostale, ki so jih pripravljene poslušati, ter si tako pomagajo, olajšajo dušo.

Prisotna je tudi skrb za drugega. Velikokrat se zgodi, da uporabnik pomaga drugemu pri kakšnem opravilu (mu prinese kakšno stvar, pokliče osebje itd.). Občutka vzajemne skrbi med bolniki se zavedajo tudi zaposleni in velikokrat dajo tistemu v sobi, ki je v boljši kondiciji, nalogo, da po potrebi pritisne na zvonček in pokliče osebje tudi za svojega sostanovalca, ki tega sam ne zmore. Nalogo bolniki večinoma z veseljem sprejmejo tudi takrat, ko jih nihče ne prosi, ampak opazijo, da sostanovalec potrebuje pomoč. To skrb bi lahko opisali tudi kot primitivni vzgib po solidarnosti med ljudmi, ki se vedno pojavi, ko se človek znajde v težki situaciji: Socialna delavka je opisala čudovit primer človeške solidarnosti: *»Ena gospa, uporabnica, je imela krožnik sadja, sem videla in je to sadje jedla, hkrati pa je hranila*

*svojega soseda. In je dala najprej en košček sebi in enega njemu. ... In ta dedek je lepo odprl usta in je jedel ...» Sočutje do svojega sostanovalca je občutil tudi g. O.: »Je pa bil tudi en gospod tukaj zraven mene, ki je skoz spal in spal in so ga nenehno hodili gledat, če je v redu. Tako da sem še jaz včasih pozvonil zaradi onega gospoda, ko se mi je zdelo, da rabi pomoč ...«*

V socialno usmerjeni dimenziji institucije se kaže tudi občutek za delo z uporabniki. Zaposlene, ki imajo smisel za delo s pacienti, ljudje opisujejo kot potrpežljive, vljudne, korektne, spoštljive, kot strokovnjake, ki uporabnike jemljejo kot celostne osebnosti ter v svoje delo vnašajo pravo mero humorja, da se sprosti ozračje, v katerem oni delajo, pacienti bivajo. Zaposleni cilje in smernice svojega dela opišejo kot poslušanje bolnika, dajanje jasnih in natančnih navodil (preveriti, ali jih je pacient razumel, uporabljati pogovorni jezik, ne strokovne, nerazumljive izraze), biti prijazni, skrbni, empatični ter ohranjati profesionalno distanco ob enem. Slednjemu po pripovedovanju bolnikov kar dobro sledijo, kar lahko opazimo iz pripovedovanj uporabnikov in svojcev samih. Uporabniki nekoga, ki ima smisel za delo z ljudmi, opisujejo kot zaposlenega, ki se z njimi veliko ukvarja, je pozoren do ljudi, ki bivajo tam. In to je bilo v negovalni bolnišnici najbolj opaženo in cenjeno, tako s strani zaposlenih, svojcev kot bolnikov. Zaposleni pravijo, da se veliko pogovarjajo s svojimi bolniki, včasih tudi skupaj spišejo kavo, se smejejo z njimi, a hkrati se trudijo biti korektni, spoštljivi in strokovni. Pacientka je navdušena pripovedovala, kako je zdravnica hodila vsak dan k njej na pogovor, ravno tako medicinska sestra, ki je vodja negovalne bolnišnice. Pacienti cenijo, da ko je treba nekoga higiensko urediti in so v tem času tam obiski, zaposleni vse pošljejo ven, potem uredijo pacienta, prezračijo in počistijo. Uporabnica je svoje občutke do negovalne bolnišnice opisala takole: *»Če primerjam, kako so tukaj ravnali z mano in kako so v UKC, bi rekla, da je tukaj povsem drugo delo, tudi tip dela. Torej, tukaj se res ukvarjajo s tabo, v običajni bolnišnici si pa pacient.«*

Iz slednjega lahko opazimo tudi, da zaposlenim ni vseeno za počutje uporabnikov in skrbijo za njihovo zasebnost. Kot tudi poroča študentka, poskrbijo, kolikor se le da, da če nekomu pomagajo pri osebni higieni, da se lahko skrrije, umakne, tako da ga drugi ne gledajo.

Uporabniki sami in tudi svojci so opazili čut kadra za delo z ljudmi, ki imajo določene specifične probleme, zanje se je vedno našlo dovolj razumevanja in pravičen pristop. Uporabnik je povedal dober primer: *»... ena gospa, ki je bila hudo dementna, je skoz ven hodila, iskala svojce ... Pa je prišel tisti medicinski brat in je rekel: »Joj, gospa, vaši so že šli*

*in so se tudi že lepo poslovili, pojdiva nazaj in jo je tako lepo spraval nazaj ležat. In se je mejčkeno okol obrnu in je bila ona že spet tam. Pa je imela spet isto vprašanje in je bil ta medicinski brat spet prijazen in je šel lepo z njo nazaj ...»*

Uporabniki in svojci pripovedujejo tudi o tem, kako zelo so cenili odnos in razumevanje osebja do specifičnih težav ljudi, ki se znajdejo v negovalni bolnišnici. Medicinske sestre so bile po njihovem mnenju zelo prijazne, vedele so, da je za bolnika lahko zelo velik šok, da je kar na enkrat v plenica in so bile zato zelo tenkočutne. Rekle so: *»Mi smo samo zato tukaj, da Vam zamenjamo to plenico, nič ne skrbite glede tega, ni nam težko.«* To je izrednega pomena, ker je uporabnikom pogosto težko in nerodno zaradi takšnih in podobnih težav. Ko osebje jasno izrazi, da njim te stvari niso tabu in da jim ni težko priti na pomoč, takrat ko je to potrebno, se uporabniki takoj počutijo boljše. Zaposleni so torej s strani uporabnikov in svojcev opisani kot prijetni, spoštljivi, kot nekdo, ki zna celovito delati z ljudmi (se posvetijo bolniku v celoti, prilagodijo način dela njihovim potrebam). Tendenco k skrbi za dobro počutje bolnika v bolnišnici izraža tudi dejstvo, da se osebje uporabnikom (tudi glede tega, kdo bo s kom v sobi) prilagaja, z namenom, da bi se dobro počutili. Do uporabnikov niso pokroviteljski, ampak vzpodbujajoči. Večina zaposlenih dela v korist uporabniku, saj želijo s spodbudo in pravim načinom dela poskrbeti, da bo sam posameznik zase naredil čim več sam in tako prispeval k hitrejšemu okrevanju. Ljudje so prepričani, da zdravstveni delavci v negovalni bolnišnici znajo kar dobro znajo preceniti, v kolikšni meri uporabnik vendarle potrebuje pomoč. Smisel in čut za sočloveka pa se kažeta predvsem v primerih, ko se bolnik resnično znajde v stiski in kjer pravzaprav ni veliko za storiti, pomagata lahko le resnična skrb in sočutje, ki sta zagotovo lastnosti velike večine uslužbencev negovalne bolnišnice. Slednjo trditev dokazuje pripoved hčere uporabnice: *»Bila je enkrat tudi ena mama, dementna, je kričala ... kar na enkrat bilo tako mirno. Pa sem pogledala, kaj se je zgodilo, da je gospa utihnila in sem videla, kako je tam ena sestra sedela na mizi in jo je česala ... In sta dejansko sestri čudovito umirili to gospo z dotikom in česanjem ... Vse skupaj je gospo zelo umirilo. To se mi je zdelo lepo, ker v najslabšem primeru bi gospe lahko dali pomirjevalo in bi imeli s tem veliko manj dela, ker bi zaspala. Tako pa je bila gospa lepo mirna, sestri sta ji delali čopke, se hkrati pogovarjali.«*

Zaposleni sicer navajajo, da znajo držati čustveno distanco od težav, s katerimi se soočajo uporabniki. Pravijo, da je odnos zdravstvenega delavca do omenjenih situacij, ki se dogajajo ljudem, vedno – čutiti. Po pripovedovanjih zaposlenih se ti trudijo delati strokovno, a hkrati

tudi empatično. Razumeti poskušajo uporabnika v njegovi stiski, a hkrati trdijo, da vendarle ne morejo z njim deliti občutja o bolezni, jo posebiti.

Kljub temu jim to ne uspe vedno preveč dobro, saj se odnosi med zaposlenimi in nekim bolnikom, ki leži tam tedne, lahko tudi poglobijo. Zaposleni so namreč omenili, da se veselijo napredka uporabnikov in jih tudi stiska bolnika lahko tudi prizadene: *»z njimi tudi jokamo, ko je hudo ....«*, kar kaže na to, da imajo številni zaposleni velik čut za sočloveka. Slednjega izraža zlasti socialna delavka, ki so se jo zgodbe določenih uporabnikov resnično dotaknile. Ta še posebej poudarja potrebo po sočutju in senzitivnem delu z bolniki, ki so resnično v slabem stanju, zlasti po poškodbi možganov in kognitivni prikrajšanosti. Ga. M. razmišlja takole: *»... Nikoli ne smemo ravnati, kot da so rastline, ker še vedno lahko slišijo, razmišljajo in čutijo. Tako sem povedala tudi potem osebjem, kako je gospod začel jokati in kako mu je verjetno bilo hudo. Čeprav je bil totalno odvisen od pomoči drugih. Treba se je zavedati, da so ljudje še vedno ljudje, s čustvi in vsem, ne glede na to, koliko se zavedajo ali koliko mi mislimo, da čutijo ...«*

Socialna delavka povzema odnos zaposlenih do bolnikov in pravi, da se zaposleni z uporabniki trudijo vzpostaviti čimbolj človeški in topel odnos. Uporabniki naj bi po mnenju zaposlenih potrebovali veliko vzpodbude, toplo besedo, stisk roke ali objem, vesel nasmeh na obrazu, ki jim da upanje, da se bodo njihove stiske zmanjšale, rešile. Prepričani so, da to dobijo tudi v negovalni bolnišnici. Občutek za delo z uporabniki se kaže tudi v tem, da imajo uporabniki možnost izbire in da je ta, kolikor se da, upoštevana. Na primer socialna delavka tudi opaza, da je pomembno, da se da veljavo željam uporabnika in jih v tem podpreti, humano se ji zdi, da ima človek lahko nekaj svojega, občutek pripadnosti in lastnine. Zaposleni več ali manj razumejo in opazijo, da se uporabnik naveže na nek prostor oz. stol in mu je težko to spet prepustiti drugemu, kajti s tem se izgubi nek občutek domačnosti, ki jo imajo, ko sedijo v svojem kotičku. Socialna delavka pripoveduje: *»Tako da jaz to povem sestram, da meni je to razumljivo, da si uporabnik želi biti na svojem stolu. Ker se navadi in konec. Treba je imeti vsaj nekaj stalnic, to uporabniki potrebujejo ...«* Ravno tako se zaposleni angažirajo, da se uporabnikom izpolni želja, ki je uresničljiva. Na primer, dogajalo se je že, da je socialna delavka klicala v dom za stare z namenom posredovati in urediti mesto v isti sobi še za drugo od dveh prijateljic, ki sta se povezali v negovalni bolnišnici, nato pa ju je ločil odhod prve v dom. Tako sta gospe danes sostanovalki tudi v domu in se imata res prijetno. Do uresničitve želja bolnikov zaposleni prihajajo na različne načine, tudi z aktivacijo svojcev, če ne gre drugače. Na primer, kar se tiče hrane, na slednjo zaposleni v negovalni

bolnišnici nimajo veliko vpliva (enotna kuhinja za celoten UKC), zato pa se potrudijo in povejo svojcem, kaj uporabnik pogleša in jim svetujejo, naj tudi oni kaj od tega prinesejo.

Seveda so prisotni tudi elementi neugodne hierarhije moči za uporabnika, svojci uporabnikov poročajo predvsem o nedostopnosti in vzvišenosti zdravnikov, ki se ne držijo uradnih ur in ne dajo veliko na čas uporabnikov, ki čakajo na informacije. Menijo, da tudi v negovalni bolnišnici zdravnik še vedno predstavlja neko avtoriteto. Slednjih pa vsi ne doživljajo enako, določeni uporabniki in svojci so tudi zdravnike opisali kot izjemno pozitivne like, ki se radi pogovarjajo s pacienti. Določeni zaposleni trdijo, da delajo izjemno strokovno in profesionalno, kot na primer navaja eden od zaposlenih: »... *prijateljskih odnosov tukaj ne delamo, ker potem se zgublja strokovnost.*« Vendar se vsi uporabniki s tem ne strinjajo, uporabnica sama je o istem zaposlenem, ki je to povedal, navedla, da je bil izjemno prijeten in prav nič hladen: »... *se je zelo rad pogovarjal in prav nič uraden ni bil. Smo se velikokrat kaj pohecali.*«

Ena od študentk je tudi priznala, da ima izkušnjo, ko se v primeru odločanja sem in tja zaposleni odločijo namesto uporabnika. To se lahko zgodi takrat, ko se skupaj dogovarjajo, a ne najdejo skupne točke, potem se preprosto zaposleni odločijo, kako bo bolj prav za vse.

Tudi podpore osebja niso čutili vsi uporabniki, na primer gospod po poškodbi možganov je mnenja, da so si bili zaposleni izrazito različni, »*Eni so se obnašali kot cesarji ...*«, ravno tako pravi, da pravzaprav nikogar ni imel rad, kaj šele najrajši. Nekateri menijo, da bi uporabniki potrebovali podporo tudi pri določenih aktivnostih, ki pa je nimajo zaradi pomanjkanja kadra. Torej, dobrodošla bi bila oseba, ki bi bolnikom organizirala njihov prosti čas tudi s kakšnimi družabnimi igrami ter jih na ta način povezovala med seboj, da bi se sprostili in pozabili na svoje skrbi glede bolezni in zdravljenja, ki je za njimi.

Študentka meni tudi, da se duhovno-emocionalno komponento človeka s strani zdravstvenih delavcev pogosto spregleda. Če je oseba znotraj sebe nezadovoljena in žalostna, se to kaže tudi navzven, na drugih področjih – primer zaradi tega ne napreduje pri rehabilitaciji in zdravljenju. Vzrok za to zaposleni pripisujejo predvsem pomanjkanju znanja o psihologiji in temu, da zdravstveni delavec za poglobljanje v pacienta preprosto nima časa.

Ugotovila sem, da je med uporabniki samimi prisotne veliko medsebojne podpore, ampak ne vedno. Na primer uporabnik (poškodba glave) navaja, da v negovalni bolnišnici z drugimi preprosto ni našel stika. Njegova žena pravi, da je bil razlog tudi v tem, da je bil gospod

samozadosten, ker je tak po naravi. Družbo bi sicer lahko dobil, ampak je ni potreboval. Kljub temu moram poudariti, da raziskava dejansko kaže na to, da so ljudje s kognitivnimi motnjami slabše integrirani v družbo že v bolnišnici sami in da je njihova kakovost življenja v času hospitalizacije po večini veliko slabša kot tistih uporabnikov, ki nimajo težav s spominom, govorjenjem in dojemanjem sveta okrog sebe.

Slabša podpora med uporabniki samimi je torej v primeru, da imajo ti določene poškodbe, ki jim otežujejo komunikacijo in vzpostavljanje stika z ostalimi. Ovira v vzpostavljanju stika je lahko slab sluh (kar ni redkost med starimi ljudmi), slaba fizična kondicija – torej večinoma ležanje v postelji zaradi bolezni, pretirana utrujenost, demenca in podobno.

Ravno tako se uporabniki ne ujamejo vedno, lahko pride tudi do konfliktov med sostanovalci. V tem primeru jih zaposleni premestijo in poskrbijo za ponovno namestitev v okolju in s sostanovalcem, ki jim ustreza.

Bolezen lahko tudi omeji skrb za drugega (torej ni prisotne skrbi za samega sebe in za druge): Zaposleni navajajo, da imajo bolnike, ki so obupali ali jim njihovo zdravstveno stanje ne omogoča večjega sodelovanja pri skrbi zase (demenca, paliativni bolniki v zadnjem stadiju, bolniki s težavami v duševnem zdravju itd.). Po izkušnjah delavcev bolnišnice lahko bolezen resnično tako napreduje (lahko je demenca ali pa ljudje po kapi), ko na žalost uporabniki samo »vegetirajo« in ko po njihovih besedah res nič več ne zmorejo. Slednje opažajo tudi bolniki sami, ki sicer pravijo, da bi radi poskrbeli tudi za svoje »sosede«, ampak je bilo to bolj težko izvedljivo, ker se v določenem obdobju tudi sami niso mogli kaj dosti gibati in niti sebi pomagati.

Ravno tako ne opažajo vsi ljudje, da imajo zaposleni smisel za delo z uporabniki, so tudi takšni, ki tega smisla nimajo. Kot pravi uporabnik, gospod D.: *»bila je ena medicinska sestra, ki je grdo gledala, ampak je bila le ena ... bila je arogantna ... In ona je bila dežurna eno noč. In je kričala tam in ne vem kaj ...«* Zanimivo je, da sta slabši odnos zaposlenih do uporabnikov opazila le omenjeni gospod D. in njegova žena, ki sta imela za sabo izkušnjo rehabilitacije po poškodbi glave. Gospod D. je pripovedoval, kako so bili delavci včasih ukazovalni do njega oziroma jih je tako doživljal. Našel je tudi primerjavo: *»Obnašali so se, kot da smo mi, torej tisti, ki so pod komando Hitlerjevo.«* V primeru, da zaposleni ne najdejo stika z uporabnikom, se lahko zgodi tudi obratno – da je v odnosu težko zaposlenemu. Po pripovedovanjih študentke se nekateri pacienti zaradi njihove bolezni (ali nepravilnega

odnosa osebja do njihovega stanja in počutja) izživijo nad zaposlenimi z agresivnostjo ali pa pretirano pasivnostjo, ki je ravno tako težko stanje.

Osebni razvoj se v negovalni bolnišnici kaže skozi prilagajanje individualnim potrebam posameznika, izražanjem čustev ter avtonomijo. Prilagajanje individualnim potrebam posameznika je vidno takrat, ko se je v bolnišnici uporabnike pogosto vprašalo, če kaj potrebujejo, v odločitve se niso počutili prisiljene. Uporabniki so povedali, da so bili povabljeni s strani osebja, da jih pokličejo kadar koli hočejo, v primeru, da kaj potrebujejo. Bolniki so v veliki večini trdili, da so lahko odločali *»dobesedno o vsem«*, v nič se niso počutili prisiljene. Čas obiskov je v negovalni bolnišnici daljši kot v običajnih bolnišnicah, ravno tako je veliko bolj fleksibilen in prilagojen uporabnikom ter njihovim svojcem. Zaposleni so povedali, da se uporabnikom posvetijo v celoti, prilagodijo način dela njihovim potrebam. Za pomoč pri uresničevanju bolnikovih potreb se pogosto zaprosi tudi svojce (na primer kar se tiče prinašanja hrane, ki jo ima uporabnik rad). Slednje kaže na to, da so zaposleni pozorni na potrebe uporabnikov in so inovativni ter usmerjeni v njegove močne točke (najpogosteje njegovo socialno mrežo), kar se tiče iskanja rešitev.

Najpogosteje se dela na uresničevanju potreb, kar se tiče tehničnih stvari, storitvenih dejavnosti (pediker, maniker ...), želje glede tega, kaj početi čez dan. Veliko delajo na tem, da se upošteva želje in pripombe bolnikov. Če pride do pripomb, pravijo zaposleni, da jih resnično skušajo odpraviti in vsako bolnikovo mnenje upoštevati, čeprav gre včasih le za malenkosti. Tudi svojci so takšnega mnenja in imajo izkušnje, da zaposleni res dajo veliko na mnenje pacientov.

Kar se tiče izražanja čustev, uporabniki najpogosteje izražajo čustvo hvaležnosti, pohvalijo tudi delo zaposlenih. Ti pravijo, da jim pacienti neredko povejo, da doživljajo njihovo delo kot dobro, seveda pa se najde tudi kakšna izjema, ampak ne pogosto. Občasno izrazijo tudi željo, da si želijo početi kaj posebnega v prostem času, npr., kot navaja primer ena od zaposlenih: *»mnogi si želijo kakšnih sprehodov v naravi ali vsaj po bližnji okolici, to pogosto rečejo ...«* Včasih izrazijo čustvo nezadovoljstva, kar je dobro, saj pomeni, da se uporabniki počutijo dovolj varne, da izrazijo tudi svoje negativno mnenje. Hči uporabnice pripoveduje: *»Ampak čez tisto hrano je pa vseeno jamrala ...«* Pritožujejo se tudi glede tehničnih stvari – torej glede postelj – nekatere so že nekoliko dotrajane, tudi nad vodo, ki ni pitna, svojci in tudi pacienti so po mnenju zaposlenih na trenutke lahko zelo zahtevni.

Ne izražajo pa le pohval in pritožb, določeni se tudi bolj odprejo in zaposlenim zaupajo svoja globlja čustva. Kot pravijo zaposleni: *»... se vedno najde čas za pogovor, vse pa je tudi odvisno od uporabnikov, koliko so se nam sposobni odpreti in nam zaupati svoje težave.«*

Avtonomija se v negovalni bolnišnici izraža kot upoštevanje uporabnikov. Uporabniki imajo po oceni zaposlenih dobro možnost odločanja: *»Vsi bolniki imajo stoprocentno možnost samoodločitve«*. Torej ne glede na stanje imajo uporabniki omogočeno svobodno odločanje. Vendar pa to le ni tako neomejeno, kajti eden od zdravstvenih delavcev je opozoril na dejstvo, da se sicer lahko neomejeno odločajo, vendar mora slednje biti skladno z njihovo opravilno sposobnostjo. Torej so tudi tukaj začrtane določene meje. Na primer, bolnik se odloča o življenju v prihodnosti – torej kje in kako živeti. Svoje želje pove zaposlenim (socialni delavki, zdravnici), se z njimi posvetuje in potem ti uredijo še vse podrobnosti s svojci. Bolniki v negovalni bolnišnici se res počutijo slišane in varne, kar se tiče tega bivanjskega vprašanja, ne poročajo o nobenih vsiljevanjih in namigovanjih, kako naj se odločijo: *»Me niti ni hotela [socialna delavka op. a.] prepričevati v kaj drugega ...«* Uporabniki se torej svobodno odločajo o tem, kam bodo odšli po končani hospitalizaciji – bodisi domov, v dom za starejše občane, zdravilišča, lahko tudi na nadaljnje zdravljenje v drugih ustanovah ... V dogovoru z uporabniki in po potrebi tudi njihovi svojci se določa tudi datum odpusta iz negovalne bolnišnice, ravno tako se pacient popolnoma sam odloči, kako želi preživeti dan (*»Ja, ja so me upoštevali, ja. Če se mi kdaj ni dalo iti na fizioterapijo in to, so vedno rekli v redu«*).

Uporabniki imajo glavno besedo, kar se tiče zdravljenja, tudi glede same rehabilitacije se upošteva njihove želje. Pri tem naj bi se delal celo individualni načrt, ki vključuje vse zaposlene, svojce in uporabnika. Ta naj bi bil narejen kot rezultat sodelovanja zaposlenih v različnih strokah (zdravstvena nega, delovna terapija, fizioterapija, socialno delo) in pacienta (*»... imamo mnogo strok, ampak vse naredimo skupaj, ob pacientu.«*). Vsaka stroka tako pri tem prinese svoj delček neki celoti in cilj je, da je tudi pacient v tem procesu aktiven.

Avtonomija je ravno tako vidna v tem, da lahko uporabnik izrazi željo po določenem oblačilu. Torej imajo možnost izbire, kaj bodo oblekli, v primeru, da imajo določene posebne želje: *»sicer na izbiro ni veliko, ampak jim damo prosto pot glede tega.«* Ravno tako so svobodni, kar se tiče preživljanja prostega časa. Med prostim časom imajo uporabniki čas zase, ki ga različno izkoristijo. Nekateri se družijo med sabo, rešujejo križanke, berejo knjige, revije, sodelujejo v

delavnicah. Vsekakor si lahko izberejo, kaj bodo počeli čez dan, imajo namreč veliko časa zase, ki ga lahko izkoristijo na različne načine.

Ker je socialna in medicinske usmerjenost institucije dinamična komponenta, lahko pričakujemo, da bo poleg prilagajanja individualnim potrebam prisotno tudi neprilagajanje tem istim potrebam. Kot je iskreno povedal svojo izkušnjo in dožemanje zaposlenih uporabnik g. D.: *»Če bi kaj rekel, vem, da bi me upoštevali, ampak če ne bi bilo v njihovo škodo.«*

Prilagajanje potrebam popolnoma vsakega posameznika je včasih težko tudi zaradi pomanjkanja kadra. Žena uporabnika, ga K., opozarja, da je skoraj nemogoče, da bi zaposleni individualno delali z vsemi pacienti, ki bi to pomoč potrebovali. Kajti že pri kosilu imajo medicinske sestre eno uro časa, da nahranijo triintrideset ljudi. In od teh triintridesetih ljudi je za vsakega od njih dobro, da dobi prilagojeno pomoč pri uživanju hrane, a le toliko, kolikor je potrebno. Namen namreč je, da se ohranjajo in znova krepijo spretnosti samooskrbe tega človeka in ne da se naredi vse namesto njega. Ga. K. je opazila, kako pomembno dejanje je bilo vsak dan, da je njen mož vadil zaradi poškodbe pozabljenega gibe, torej da je *»... dal pokrov stran, vzela žlico, si »slinček« zavezal ... To je rehabilitacija ane.«* Gospa K. opozarja, da če pri bolniku ni prisoten svojec, ponovnega učenja uporabnik nima časa izvajati, ker zaposleni dejansko nimajo časa, da bi bili vsakič ob bolniku in ga vzpodbujali, naj dela. Cilj zaposlenih sicer je, kot omenjeno, da uporabniki postanejo čim bolj samostojni, ampak zaradi stiske s časom delajo potem stvari prevečkrat namesto njih namesto z njimi.

Včasih prilagajanje potrebam uporabnikov ni možno tudi zato, ker so prisotne ovire v organizaciji, bolnišničnih pravilih ali zopet – pomanjkanju kadra. Kot pravijo zaposleni: *»Poskušamo njihove želje upoštevati, ni pa to vedno mogoče.«* To se zgodi takrat, ko imajo svojci ali bolniki sami previsoke zahteve, na primer glede zdravstvene nege, fizioterapije, obiskov, prehrane, podaljšanega bivanja v negovalni bolnišnici itd. Največkrat bi radi podaljšali hospitalizacijo, radi bi več fizioterapije, logopeda, katerega žal v negovalni bolnišnici nimajo na voljo in podobno. Ravno tako, kot že omejeno – so pritožbe glede hrane, ki pa je organizacijski problem in resnično zaposleni v negovalni bolnišnici glede tega ne morejo kaj veliko spremeniti (negovalna bolnišnica nima svoje kuhinje, je le ena sama centralna kuhinja za cel kompleks bolnišnic).

Žena bolnika D. je izpostavila tudi potrebo po doslednejšem izpolnjevanju individualnih načrtov, ki jih vidi kot res pomembne za kakovostno okrevanje uporabnikov. Sicer gospa navaja, da je videla dokument, kjer naj bi bilo zapisano, da se ta individualni načrt piše in

izvaja za vsakega bolnika posebej, vendar tega plana za svojega moža ni dobila oz. ni bil narejen. Sicer je bila gospa do zaposlenih vljudna in razumna: *»Ampak nisem bila tako hudobna, da bi zahtevala, naj mi ga dajo, če ga že obljublajo. Bili so namreč dopusti. Mogoče pozimi, ko ni dopustov, dejansko delajo na teh individualnih načrtih, ampak ne verjamem ...«*, vendar jo je stvar kar pošteno zmotila in si želi, da se v prihodnosti tudi to uredi. Ravno tako je opozorila na dejstvo, da se drugi termin, *»odpustitveni načrt«*, med zaposlenimi napačno in preveč površno predstavlja: *»vse, kar so me nato vprašali, je bilo: »Ali bo šel domov ali bo šel v dom za stare?« In pa ja, kako bo šel domov, tudi to. To je bil ta »odpustitveni načrt«.* Kot je gospa že sama predvidevala, je zopet najverjetnejši vzrok za neizvajanje teh načrtov kadrovski primanjkljaj negovalne bolnišnice. Na slednje opozarjajo tudi zaposleni, ki menijo, da na njihov odnos do uporabnikov negativno vpliva tudi dejstvo, da jih je na delovnem mestu premalo, da bi se lahko kakovostno posvetili nekemu. Navajajo primer, da mora povprečno ena oseba naenkrat v omejenem času urediti osem pacientov. Da bi nalogo lahko kakovostno in v skladu s svojimi načeli opravili, bi bili potrebni po njihovem mnenju vsaj dve osebi. Zadovoljivo število kadra je pomembno še posebej zato, ker imajo določeni uporabniki negovalne bolnišnice posebne potrebe in se za kakovostno delo z njimi zahteva več ljudi in več časa. Še posebej je treba biti pozoren pri delu z ljudmi, ki imajo demenco. Na primer žena uporabnika, ki je bila pogosto na obisku v ustanovi, je situacijo teh ljudi doživela kot res žalostno: *»... te gospe z demenco so sedele tam na vozičkih, so jih privezali tja gor ane in so sedele v tistem dnevnem prostoru.«* Torej, ga. K. opaža, da se za ljudi z demenco kljub vsemu ne poskrbi dovolj kakovostno, ne glede na to, kako se ves čas med zaposlenimi navaja individualno skrb za uporabnike. Ravno tako bolniki ne izražajo vedno svojih čustev. Na primer pravijo, da tudi če jim kaj ne bi bilo všeč, ne bi rajši nič rekli, zaposleni pa trdijo, da niso opazili nobenih posebnih pripomb bolnikov, jih opisujejo kot skromne ali kot nekoga, ki si ne upa izrazit konkretnega mnenja. Vzrok za to je verjetno v tem, da se zahteve in standardi uporabnikov, potem ko enkrat izkusijo hudo bolezen in odvisnost, znižajo. Kot pravi ga. K.: *»... je tudi moj mož že sam rekel, da dokler greš lahko na stranišče sam, se nimaš kaj za pritoževati.«*

Najpogosteje je avtonomija uporabnikov kršena tudi zato, ker se zaposleni rajši kot na bolnike obračajo na njihove svojce: *»Jaz nisem imel nobene besede. Svojci so bili glavni tukaj, ne jaz. Ker jaz nisem niti vedel tega, kdaj bom šel od tu. Žena je to izvedela. Pogovarjali so se z njo in ne z mano.«* Ravno tako se možnost odločanja uporabnika pogojuje z njegovim zdravstvenim stanjem. Zaposleni pravijo, da se ljudje, ki niso fizično dovolj samostojni, ne

morejo sami odločati, kdaj se bodo vstali ali pa šli spat, ker so odvisni od osebja. Svojka, ga. K., še enkrat opozarja, da se v množici od takšne in drugačne pomoči odvisnih ljudi med zaposlenimi hitro pozabi, kako se tudi s takšnim človekom ravna kot z bitjem, ki ima svojo voljo in ter potrebo po nadzoru nad svojim življenjem: *»In obnašali so se, kot da sem jaz njegov [možev, op. a.] skrbnik, kar pa takrat nisem bila niti nisem zdaj ...«* Gospa ima sicer tako kot ostali svojci o negovalni bolnišnici sicer izjemno pozitivno mnenje, ampak kljub temu meni, da: *»... spoštovanje teh ljudi, ki ležijo tukaj – to je pa problem.«* Ko se vprašamo, kaj je vzrok za to, lahko pomislimo tudi na slovensko klimo in kulturo, ki je značilna za večino bolnišnic in domov za stare – torej ko je človek enkrat star in bolan, se odloča namesto njega in za njega, ne pa z njim. Sicer naj bi bili zaposleni v negovalni bolnišnici do bolnikov resnično spoštljivi, vendar je gospo K. zgoraj omenjen problem le zmotil in si želi, da bi se to popravilo – ne le tukaj, ampak v vseh medicinskih in socialnih ustanovah, kjer delajo s starimi in bolnimi ljudmi. Zlasti je problem prisoten pri tistih, ki pristanejo v bolnišnici po poškodbi možganov. Ti imajo zopet svoje specifične potrebe in zahteve, zanje je značilno, da sicer lahko počasi, a vztrajno okrevajo, in sicer ni nujno, da se ustavijo na določeni ravni. Vendar pa so začetne faze rehabilitacije poškodbe možganov izjemo naporne tako za uporabnika kot za svojce in zaposlene v bolnišnici.

Tudi raziskava sama je pokazala, da je v načinu, kako zaposleni in svojci v teh začetnih fazah okrevanja ali določeni stopnji bolezni dojemajo uporabnike prisotnih, kar nekaj elementov infantilizma. Na primer, kar se tiče odločanja, uporabnikom pogosto pripada veliko premalo avtonomije, kar še povečuje njihovo pasivnost. Ta se kaže v tem, da imajo glavno besedo svojci in ne uporabniki, kljub ohranjeni opravljeni sposobnosti se zaposleni za vse obračajo na svojce in ne na uporabnika samega. Ga. K., žena takšnega bolnika, pravi: *»... čim je človek starejši in čim ima kakšno poškodbo glave, ga obravnavajo kot neprištevnega. V našem primeru sem jaz vse urejala! Sploh ga niso vprašali za mnenje.«* Svojci v takšnih primerih opažajo tudi, da tak človek zato hitro prevzame vlogo nekoga, ki je nebogljjen, skorajda otrok: *»... a ste ga videla – ko ste ga spraševala in je odgovarjal, kako je vedno mene pogledal, preden je kaj povedal?«* Gospa meni, da sicer zaposleni trdijo, da takšnega bolnika le vprašajo za mnenje in ga prosijo za sodelovanje, a pravi, da se ji zdi, da v primeru, ko je svojec pripravljen o vsem odločat, pravzaprav uporabnika ne bodo nič vprašali, ampak se bodo rajši neposredno obrnili na svojca, ker je tako hitreje in bolj zanesljivo. Pri tem opozarja: *»In jaz bi lahko v najinem primeru s svojim možem delala čisto vse, kar bi hotela.«* Ko človek pridobi poškodbo možganov, morda ni napačno, če si le priznamo, da njegove kognitivne funkcije

potrebujejo nekaj dodatnega časa, da se obnovijo. Kot pravi ga. M., socialna delavka, nekateri potrebujejo za rehabilitacijo celo pol leta časa, da si opomorejo in da se točno pokaže, kaj se z njimi dogaja in kakšne dejansko so poškodbe. Morda v takšni situaciji ni napačno, če priznamo, da se v tistem trenutku v uporabniku res kaže otrok, ki je pravzaprav v vseh od nas in ga je tudi ta oseba leta in leta skrivala. Zato ne vidim nič spornega v tem, da se svojci in zaposleni sem in tja z uporabnikom prijazno pošalijo in težko situacijo olajšajo s humorjem, kot so to storili v primeru ge. K. *»Moj mož je imel zelo hudo poškodbo glave, na začetku je tudi zelo težko govoril in smo se na njegov račun tudi smejali – ko smo ga vprašali, kje je doma, pa je povedal nek popolnoma drug naslov, izpred 40. let, tega tukaj, kjer zdaj živimo, ne ...«* Potrebo po primitivnih dotikih in nežnosti, ki si jo želi otrok v uporabniku, kaže tudi primer, ki ga navaja druga svojka, ga. A: *»Bila je enkrat tudi ena mama, dementna, je kričala, da so jo imeli tam »zvezano«, in kar na enkrat je utihnila ... Pa sem pogledala, kaj se je zgodilo in sem videla, kako je tam ena sestra sedela na mizi in jo je česala, hkrati pa se je pogovarjala s sodelavko na drugi strani. In sta sestri čudovito umirili to gospo z dotikom in česanjem, a hkrati je bilo tudi njima dvema prijetno, saj sta lahko klepetali vmes. Vse skupaj je gospo zelo umirilo. To se mi je zdelo lepo, ker v najslabšem primeru bi gospe lahko dali pomirjevalo in bi imeli s tem veliko manj dela, ker bi zaspala. Tako pa je bila gospa lepo mirna, medicinski sestri sta ji delali čopke, se hkrati pogovarjali med sabo in bile so v čudovitem sožitju, srečne ena z drugo ...«* Zgodba, ki jo je hči uporabnice doživela, kaže, da je uporabnike dobro pomiriti tudi na bolj preproste in primitivne načine, v primeru, da ti delujejo in se uporabniki dobro počutijo. Seveda z istočasnim priznavanjem uporabnika kot odraslega in polno razvitega človeka. V tem primeru tudi »delanje čopkov in česanje« ni sporno, saj je vendarle zadovoljilo uporabnične potrebe po stiku s človekom in po nežnosti.

Ravno tako je avtonomija uporabnikov omejena, kar se tiče izhodov iz institucije. Uporabnik lahko sicer s spremstvom zapusti negovalno bolnišnico in odide, kamor pač želi, vendar mora pred tem pridobiti dovoljenje zaposlenih.

Posebnost so tudi jutra in določene rutine, ki še vedno močno spominjajo na tipično bolnišnico. Jutranje vstajanje je v negovalni bolnišnici že nekakšna rutina in je enaka kot po vseh zdravstvenih ustanovah, tako da pri tem uporabniki nimajo ravno dosti odločitve in vpliva. Zjutraj pacienti namreč vstanejo ob približno isti uri, jih osebje zbudi ter dvigne pokonci, če se sami ne morejo, nato pojejo zajtrk, imajo fizioterapijo, delovno terapijo ... Avtonomija je tudi manjša, ker so uporabniki zelo hitro zadovoljni s tem, kar jim je ponujeno in niti ne zahtevajo česa več. Pacienti naj bi bili s strani zaposlenih tudi vzpodbujani, da se

držijo plana dnevnih aktivnosti, predvsem načrta rehabilitacij. Kot pravi eden od zaposlenih: *»... kar se tiče tega, zelo malo popuščamo.«* Slednje kaže na tendenco ustanove in njeno usmeritev v produktivnost, rezultat, torej da se uporabnikovo stanje izboljša in ne stagnira, za to so očitno včasih pripravljeni žrtvovati tudi uporabnikovo avtonomijo in možnost odločanja o tem, kaj početi čez dan.

Osebni razvoj uporabnikov omejuje tudi njihova tipična značilnost skromnost, ki je na splošno zelo značilna za stare ljudi, za tiste, ki so bolni, pa še posebej. Uporabniki se na nek način več kot očitno trudijo biti skromni in ne obremenjevati zaposlenih s svojimi potrebami. Trdijo, da nimajo želja, da se nikoli ne pritožujejo, nič ne rečejo, se trudijo, da ne delajo dodatnega dela osebju. Uporabniki navajajo, da jim vse ustreza in da jim je vse všeč.

Nižji kriteriji in zahteve so morda tudi posledica fizične oslabelosti, nekega sramu, da niso tako fizično močni in sposobni, kot so bili prej: *»Niti ni imela kakšnih želja, sicer smo ji nosili neke cunje, ampak je bila zaradi tiste vrečke [urinske op. a.] nekako zvezana in je ugotovila, da to ni primerno, da ji najbolj ustrezajo bolnišnična oblačila.«* Nezahtevnost uporabnikov je tudi rezultat nizkih pričakovanj. Na primer glede hrane nihče pravzaprav ni pričakoval česa dobrega, kajti to je le bolnišnica, kjer se hrani velika masa ljudi. Pravijo, da niti v bolnišnici ne moreš pričakovati postrežbe kot v kakšni restavraciji.

Spreminjanje sistema, kot element socialne usmerjenosti, se v negovalni bolnišnici kaže kot ravnovesje med institucionalnimi pravili in potrebami uporabnikov. Kar pomeni, da uporabniki pravila bolnišnice ne navajajo kot stroga, omejujoča, ampak kot fleksibilna. Ravno tako se niso počutili omejene s strani kakršnih koli urnikov. Svojcem in uporabnikom je bilo zlasti všeč, da so lahko po potrebi podaljšali bivanje za nekaj dni, kljub temu da so prekoračili maksimalni predpisani rok hospitalizacije. Bolniki in svojci pravijo: *»... vse se da dogovorit z njimi.«*

Delovni dan in aktivnosti potekajo skladno s potrebami uporabnika in skrbjo za njegovo dobro počutje. Uporabniki navajajo, da se bolnišničnih pravil tukaj ne držijo tako strogo kot ostale bolnišnice. V negovalni bolnišnici naj bi bilo malo več fleksibilnosti in prilagajanja potrebam uporabnika. Pravila bolnišnice so po pripovedovanju ljudi skladna s potrebami uporabnikov in naj ne bi bila sestavljena tako, da bi kogar koli omejevala, ampak so skladna s potrebami in zmogljivostmi bolnih ljudi v procesu rehabilitacije. Uporabnikom in predvsem zaposlenim so všeč pravila bivanja, ki so kljub pisnemu pravilniku zelo fleksibilna in prilagodljiva situacijam, v katerih se uporabniki in njihovi svojci znajdejo. Po potrebi se lahko

hospitalizacija podaljša čez rok tudi zaradi osebnih okoliščin družine, ki se pojavijo nenadoma. Kot pravi hči bolnice: *»Niso nas kar po pravilih čez noč vrgli ven, ampak so se prilagodili našim potrebam. Na odhod nazaj domov se namreč moraš pripraviti ...«*

Ravno tako je za uporabnika poskrbljeno celostno, ne le za njegove fiziološke potrebe, kot bi pričakovali, ampak tudi za njegove psihosocialne potrebe. Med oskrbo naj bi se osebe s pacienti pogovarjalo, tudi med drugimi različnimi delovnimi aktivnostmi, zato mislim, da je razmerje med skrbjo za fizično in psihično dobro počutje uporabnika tukaj enakovredno. Med zdravstvenim kadrom velja prepričanje oz. vrednota, da mora medicinska sestra pacienta urediti, njena naloga pa naj bi bil tudi terapevtski pogovor. Torej se ne sledi le planu rehabilitacije, ampak se tudi prisluhne problemom in potrebam uporabnika, ki niso fizične narave. Če povzamemo, organizacija in pravila v negovalni bolnišnici naj bi bila, po pripovedovanjih ljudi, kot nek vmesni člen med domom za starejše občane in bolnišničnim oddelkom.

Seveda pa so prisotni tudi elementi neravnovesja med institucionalnimi pravili in potrebami uporabnikov. Na primer institucija ima določeno število zaposlenih, ki morajo po svojih močeh poskrbeti za uporabnike, kar pa zaradi pomanjkanja kadra velikokrat ni možno in zato so določene potrebe uporabnikov tudi nezadovoljene (predvsem kar se tiče individualnega pristopa z vidika okrevanja in rehabilitacije – določeni uporabniki potrebujejo individualno pomoč in več časa, da se zopet naučijo nekaterih spretnosti, kot so hranjenje itd.).

Svojci tudi opozarjajo, da so določena pravila nesmiselna. Na primer, da so čez vikend obiski od enih do šestih. Drugače so med tednom že od dvanajstih, čez konec tedna, ko imajo ljudje čas, pa šele ob enih. Slednje se svojcem ne zdi primerno niti logično, glede na to, da sta sobota in nedelja dneva, ko imajo ljudje res čas za obiske. Ravno tako bi si nekateri uporabniki želeli fizioterapije in delovne terapije tudi v popoldanskem času ali bi jo imeli rajši popoldne kot dopoldne, vendar to ni možno (ker se ta izvaja le dopoldne). Ravno tako je premalo kadra za zadovoljitev individualnih potreb vseh bolnikov, zlasti kar se tiče delovne terapije in fizioterapije: fizioterapevta sta 2 na 33 ljudi, kar je premalo. Čez konec tedna tudi ni fizioterapije, čeprav bi si jo marsikdo želel. Zaradi omenjenega deficita si ljudje, ki so bolj finančno stabilni, najemajo zasebne fizioterapevte, kar je tudi dovoljeno. Limite, kar se tiče osebja in storitev, ki so uporabniku na voljo ljudje, vidijo tudi v višjih pravilih – npr. zavarovalnici, ki da določeno vsoto denarja. Svojci omenjajo, da jim je prav hudo, kako zavarovalnice postavljajo te limite, ki so lahko prav nečloveški, kljub temu da imajo ljudje

določen problem in potrebo. Ravno tako diplomirani zdravstvenik doživlja in poroča o tem, da so pravila v negovalni bolnišnici bolj stroga, kot jih doživljajo drugi. Meni, da v negovalni bolnišnici veljajo nekako takšna standardna pravila in hišni red, kakršen je tudi v ostalih bolnišničnih ustanovah. Tako da glede tega tukaj ni nekakšnih odstopanj. Pravi, da: *»Nič bolj ne popuščamo, ker potem je vprašljiva strokovnost našega dela.«*

Del spreminjanja sistema je tudi ne tako toga organizacija. Slednje se nanaša na organizacijo dela, ki je v negovalni bolnišnici po pripovedovanju nekaterih fleksibilna, kolikor se le da v omenjenem okolju. Zaposleni trdijo, da si pomagajo med sabo. Sicer predvsem znotraj vrste poklica, ki ga nekdo opravlja (zdravstvena nega, fizioterapija, osnovna nega, delovna terapija ...), ampak vseeno velja, da ne opravljajo res strogo le svojega dela, tudi med strokami si občasno pomagajo med sabo. Uporabnica jih je pohvalila, da so čudovita celota, ki se odlično razume med sabo: *»Zelo se mi zdi en tak prijeten kolektiv.«* Tudi dejstvo, da je v negovalni bolnišnici manj osebja, kot bi ga potrebovali, je razlog, da delo ni tako strogo razdeljeno, ampak si morajo zaposleni prej ali slej pomagati med seboj. Na primer delovne terapije je trenutno bolj malo, ker se delovna terapevtka ukvarja tudi s fizioterapijo, zaradi primanjkovanja fizioterapevtov. Zaposleni imajo seveda določena opravila, ki jih izvajajo, ker so del njihovega poklica, ampak se tako zelo le ne držijo teh svojih nalog in opravil, ker to pravzaprav ni možno, že zaradi pomanjkanja kadra. Socialna delavka je navedla kar nekaj primerov medpoklicnega sodelovanja oz. opravljanja dela izven uradnih dolžnosti in delitev nalog. Najbolj odprte za različna opravila so strežnice, ki sicer ne bi smele hraniti ljudi, glede na svoje kompetence, a kljub vsemu pomagajo srednjim medicinskim sestram pri temu opravilu. Hranjenje je sicer naloga medicinskih sester, ne strežnic. Strežnice skrbijo za prinos in odnos hrane ter čistočo v bolnišničnih prostorih. Ampak jim ni težko narediti še kaj dodatno, še posebej ne za paciente. Vidijo, da se uporabnik muči, pa mu pomagajo in jih ne zanima, ali so plačane za to ali ne. Ravno tako tudi socialna delavka kdaj opravi kakšno delo medicinske sestre: *»... kakšne takšne manjše, lažje stvari, to pa si pomagamo in tukaj se naša dela križajo. Nič me ne stane, če uporabniku dam par žličk, če vidim, da ima težave s hranjenjem.«* Omenjena je tudi vodja negovalne bolnišnice, ki naj bi bila pripravljena opraviti marsikatero delo, če bi bilo treba. Socialna delavka je pojasnila, da popolnoma nikomur v negovalni bolnišnici ni težko opraviti manjših del s področja skrbi za uporabnike: *»Na primer, da nekomu hlače padejo dol – koga boš poklical, sestro? Ah kje pa, ni treba, potegneš gor in zavežeš.«* Kar pomeni, da v negovalni bolnišnici nobeno delo ni nečastno in so vsi pripravljeni pomagati uporabnikom, od negovalnih do pisarniških poklicev, skupaj z

vodjo vred. Ravno tako je sodelovanje med zaposlenimi opazila tudi svojka, ki je mnenja, da je zlasti socialna delavka pripravljena priskočiti na pomoč, tudi kar se tiče dela izven njenih pristojnosti. Gospa je bila prijetno presenečena, kako se je zaposlena sama ponudila, da namesto medicinske sestre prinese žlico za hranjenje pacienta in kako nepričakovano spretno se ta socialna delavka znajde med pripomočki za nego bolnikov.

Da opredelitev dela med posameznimi strokami v negovalni bolnišnici ni tako stroga, vedo povedati tudi študentke, ki so mnenja, da morajo kot medicinske sestre na praksi početi številne stvari, tudi tiste, ki so daleč od zdravstvene nege. Sodelovanje med različnimi zaposlenimi je potrebno tudi zato, ker naj bi bili nekateri uporabniki, po pripovedovanju zaposlenih, kar precej zahtevni za obravnavo.

Organizacija ni tako toga tudi zaradi tega, ker se da prilagajati določena pravila (na primer čas obiskov). Ravno tako bi lahko organizacijo opredelili kot ne tako točno določeno, ampak podobno nekemu vmesnemu členu med bolnišnico in domom za stare ljudi. Ker pa so delovne naloge občasno svobodno porazdeljene in je prisotno tudi primanjkuje kadra, ki bi izvajal strog nadzor nad uporabniki, je posledica vsega tega po eni strani večja svoboda uporabnikov, neomejevanje, po drugi strani pa je lahko zato ogrožena varnost posameznika. Na slednje opozarja tudi ga. K.: *»Je problem, ... varnost. Ker je vse med varnostjo in tveganjem ... Se mi zdi, da tukaj lažje mi dovolijo, da se z možem ukvarjam in da mi potem pade, kot v običajni bolnici.«* Tudi zaposleni se zavedajo, da je premalo osebja, da bi popolnoma poskrbeli za nadzor in varnost vseh ljudi v bolnišnici.

Hišni red ni ustrezal popolnoma vsem uporabnikom, eni so doživljali določena pravila bolnišnice kot nesmiselna. Žena uporabnika, ga. K., je tudi opazila, da delo le ni tako zelo enakomerno razporejeno med zaposlenimi in meni, da niso vsi zaposleni enakovredni in da si pravzaprav ne pomagajo vsi med seboj, kot bi si morali. Gospa je opozorila na že znano lastnost slovenskega zdravstvenega sistema – hierarhijo. Zlasti med zdravstvenim osebjem, torej med zdravniki, diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami. Nekateri zaposleni (študenti) tudi pravijo, da so dela v negovalni bolnišnici vendarle deljena in da je medsebojnega sodelovanja med različnimi profili vseeno bolj malo. Na primer, kar je zanimivega opazila študentka, je, da je nekaterim fizioterapevtom izredno izpod častjo pomagati pacienta dati na straniščno školjko in potem nazaj.

Del spreminjanja sistema je tudi omogočena zasebnost. Uporabniki v negovalni bolnišnici so zadovoljni z zasebnostjo, ki jo imajo. Ni nujno, da so sami v sobi, da se počutijo dobro.

Bolniki so povedali, da jim dvoposteljna soba ne predstavlja težave, kar se tiče zasebnosti in da niti ne bi potrebovali več zasebnosti, kot so jo imeli. Dejstvo, da so sobe v bolnišnici dvoposteljne, pravzaprav ni pomanjkljivost, ampak je z vidika uporabnikov celo prednost. Kajti ti pravijo, da je bolj prijetno, če imaš še nekoga zraven sebe, kot da si sam. Zaposleni ravno tako menijo, da naredijo dovolj, da je ohranjena zasebnost uporabnika. Na primer pri osebni higieni uporabniku omogočijo, da se lahko skrrije, umakne in zavestno delajo veliko na tem, da bolnika ostali ne gledajo med umivanjem in opravljanjem ostalih fizioloških potreb. Tudi kar se tiče zasebnosti uporabnika v smislu časa in miru zase, naj bi se znotraj ustanove ali v njenem parku vedno našel kakšen kotichek, kjer se uporabnik lahko dobro počuti.

Del spreminjanja sistema je odsotnost formalnosti. Tako je v primeru, ko zaposleni pristopijo do bolnika kot običajni ljudje in se z njim pogovarjajo, kot človek s človekom in ne kot zaposleni z bolnikom. Med uporabniki in zaposlenimi v negovalni bolnišnici so se po pripovedovanjih ljudi vzpostavile tudi neformalne vezi. Kot so omenili uporabniki, so bili zaposleni do njih izjemno prijazni, tudi zdravnica, ki je do določenih prišla večkrat na dan in se z njimi pogovarjala. Ravno tako ima uporabnica podobe izkušnje z medicinsko sestro – vodjo bolnišnice. Uporabniki so po odpustu domov povabljeni, da se v negovalni bolnišnici še kdaj oglasijo ali pa da vsaj pokličejo. Slednje jih večina tudi res naredi – na vsake toliko časa pokliče v negovalno bolnišnico ali se osebno oglasi. Tako kot ga. R.: *»Sem jim rekla, da jih imam vedno v dobrem spominu. Jih pokličem in se me spomnijo, kar je zelo lepo ...«* Na zaposlene imajo uporabniki v veliki večini izredno lepe spomine. Predvsem ker niso bili uradni, so se radi pogovarjali, se niso obnašali vzvišeno, ampak kot bolnikom enaki: *»... je prišla strežnica in se je usedla na posteljo in se pogovarjala z nami. To se mi tudi zdi tako, fajno, prijetno, domače.«* Da imajo z bolniki dober odnos, menijo tudi zaposleni sami, slednje dokazujejo z dejstvom, da jih je kasneje obiskalo veliko število že odpuščenih bolnikov, kar kaže na to, da so bili z delom osebja res zadovoljni. Dejstvo je, da se uporabniki vračajo, eni pokličejo, drugi pišejo, na primer tudi za praznike, omenili so tudi enega gospoda, ki zaposlenim v negovalno bolnišnico piše že kakšno leto, vse odkar je bil tukaj, ter gospo, ženo uporabnika po možganski kapi, ki redno kliče v bolnišnico ravno tako že več kot eno leto, velikokrat pride nazaj na obisk, prinese domače pecivo, pripelje pokazat moža, kako je lepo okreval in podobno. Torej se uporabniki vračajo v negovalno bolnišnico, ker jih nanjo vežejo lepo spomini.

Socialna delavka omenja še druge oblike neformalnega druženja med uporabniki in zaposlenimi, kot so skupno pitje kave, praznovanje rojstnih dni. Eni gospe so svojci celo

organizirali rojstnodnevno praznovanje v negovalni bolnišnici. Zlasti po dobrih odnosih z uporabniki slovijo strežnice, ki bolnikom kuhajo kavo in poleti nosijo pijačo v hladilnik. Nekateri uporabniki in njihovi svojci so z zaposlenimi celo vzpostavili tako dobre stike, da so se res dobro medsebojno poznali, bolj kot je v navadi v takšnih institucijah. Torej, nekateri bolniki in njihovi sorodniki so uspeli celo spoznati zaposlene po imenih, so vedeli, od kje so doma in podobno.

Vendar so kljub vsemu pripovedovanju zaposlenih, uporabnikov in svojcev nekateri še vedno doživljali negovalno bolnišnico kot uradno ustanovo. Na primer gospod D., ki je povedal: »*Vse skupaj je bilo čisto preveč formalno.*« Še enkrat torej velja poudariti, da je socialni vidik negovalne bolnišnice med drugim tudi subjektivni pogled določenega človeka na institucijo skozi njegove lastne izkušnje z boleznijo in pozicijo, ki jo zavezema v ustanovi (bolnik, svojec, zaposleni).

## KAKŠNE SO POTREBE UPORABNIKOV NEGOVALNE BOLNIŠNICE TER KAKO ZAPOSLENI NA NJIH ODGOVARJAJO?

Med uporabniki negovalne bolnišnice je prisotna potreba po izogibanju institucionalizaciji in hospitalizaciji, ki jo opredeljujejo različne dimenzije. Uporabniki si v veliki večini želijo iz institucije domov, v ustaljene življenjske tirnice, kjer so bili prej, preden so končali v bolnišnici (kljub temu da pravijo, da se v negovalni bolnišnici počutijo dobro ali da jih je strah, kako bodo s posledicami bolezni živeli sami doma). Mnogi predvsem zato, ker pogrešajo ljudi, ki so jih imeli doma. So pa tudi uporabniki, ki priznajo, da niti ne vedo, česa si želijo: »... *nisem se zavedal, kako je moj um bolj tako drobčkan, ni to tisto, kar je bilo. Nisem hotel iti domov, nisem nič hotel, to je problem ...*« Kar je najpogosteje posledica nevrološkega obolenja ali poškodbe. Drugi hočejo v nadaljnjo rehabilitacijo, torej kakšen rehabilitacijski center Soča, kakšne toplice ... Spet tretji (a zelo redko) rečejo, da bi šli v dom. To so bolniki, ki so po pripovedovanju zaposlenih zelo realni, torej če vidijo, da nimajo nobene možnosti, da bo tudi pomoč na domu premalo, potem dom za stare ljudi sprejemajo kot dejstvo.

Uporabniki sicer, kljub želji po odhodu domov, navajajo, da se v negovalni bolnišnici počutijo dobro. Zaposlenim dajejo številne pohvale za dobro delo, napišejo tudi kaj lepega v knjigo vtisov, ki naj bi bila polna lepih besed. Res pa je tudi, da so uporabniki v negovalno

bolnišnico premeščeni z nekega drugega oddelka in so pravzaprav že navajeni na bolnišnično okolje in lahko tudi na slabše razmere, kot so tukaj. Po tem, ko pride človek iz strogega kliničnega okolja nekam, kjer naj bi bila medicina na drugem mestu, tik za socialno in negovalno oskrbo, so takšne pohvale pravzaprav lahko na nek način tudi pričakovane. Tudi stanje bolnikov se v času bivanja v negovalni bolnišnici lahko precej popravi, kar jih napolni z optimizmom. Se pa ne počutijo vsi uporabniki v ustanovi prijetno, npr. g. D, ki je v negovalno bolnišnico prišel po poškodbi glave, je povedal: *»Počutil sem se tri minute pred smrtjo. Zdravje je bilo slabo, zato sem bil tudi tam in tega sem se globoko zavedal. Tudi to, da sem šel iz okolja, kjer sem živel sto let skoraj, se nisem mogel tukaj počutiti dobro.«* Razloge za slabše počutje v negovalni bolnišnici se pripisuje še osamljenosti in pomanjkanju kadra.

Uporabniki imajo tudi potrebo po bivališču. Ustreznost prostorov pomeni, da so uporabniki zadovoljni s prostori, ki so jim na voljo, kar so v negovalni bolnišnici večinoma bili. Kljub temu da jim je bil na voljo še dnevni prostor in terasa, se je večina bolnikov zadrževala največ v svojih sobah, razen v času obiskov, ko so odšli ven v park malo posedet. Vendar, kot so povedali uporabniki, jim je to odlično ustrezalo, v prostorih pa so se dobro znašli. Velikokrat so uporabniki pohvalili hodnike, ki očitno v fazi okrevanja pomenijo uporabnikom nekaj dobrega, koristnega. Zanimivo je, da jemljejo dejstvo, da sta v sobi dva, kot prednost, kar je sicer res, če to sobo primerjamo z neko drugo sobo, ki ima notri več ljudi. Nihče od bolnikov pa ne zahteva, da bi bil v sobi sam, kar je presenetljivo.

Zaposleni pripovedujejo, da se uporabniki največ zadržujejo v dnevnih prostorih, v lepem vremenu pa gredo radi na teraso, tudi v avlo stavbe in okrog nje, kjer se počutijo zelo domače. Tudi večkrat povedo osebju, da nimajo občutka, da so v bolnici, da je tukaj vse drugače in to je zaposlenim všeč, so na to ponosni. Kot pozitivno lastnost prostorov lahko po pripovedovanjih ljudi navedemo tudi zračnost, prisotnost glasbe na hodnikih in arhitekturno nezapletenost.

Seveda pa prostori nimajo samo pozitivnih lastnosti, ampak tudi negativne. Na primer, poleti je v teh prostorih neznosna vročina, stavba je stara, potrebna prenove, prostori so opremljeni s pohištvo, ki je tudi izposojeno z ostalih oddelkov ali prineseno s podstrešja. Ravno tako določnim ljudem (ocena študentk) dvoposteljne sobe ne predstavljajo dovolj zasebnosti, ki bi jo bolniki potrebovali, uporabniki tukaj nimajo prostorov, namenjenih opravljanju določenih hišnih opravil in ponovnega učenja gospodinjenja, privajanja na vsakdanje življenje. Ena od študentk je tudi mnenja, da je, kljub temu da veliko ljudi govori, da je prostora dovolj v

negovalni bolnišnici, še vedno prisotna prostorska stiska in da uporaba sobe in jedilnega prostora ni dovolj za kakovostno življenje uporabnikov. Ravno tako stavba in prostori ne vzbujajo popolnoma vsem ljudem prijetnih občutkov. Študentka je povedala: *»Prvi vtis je bil odbijajoč, saj je stavba zelo stara in ni obnovljena, zato sem dobila občutek, da tukaj bivat ni ravno prijetno za paciente.«* Izjave glede stavbe, njene ureditve in videza so zelo različne in si nasprotujejo, zato predvidevam, da vsak, ki pride v stik z negovalno bolnišnico, do ustanove vzpostavi tudi čustveni odnos, ki je odvisen predvsem od izkušnje boleznin in bivanja tam (tudi odnosov z zaposlenimi in ostalimi bolniki). Podobnega mnenja je tudi svojka, ga. A.: *»Meni je bila sama stavba noro prijetna. Ne vem, zakaj – mogoče, ker sem tako občutljiva in ker sem se bala, kaj bo z mojo mamo doma. Mogoče imaš potem nižje standarde, avtomatično. Samo da nekdo prevzame to delo, pa si nekako oddahneš.«* Verjetno, če uporabnikom in njihovim svojcem ustanova kot taka ne bi bila v takšno pomoč in izhod v sili, kot je sicer bila, bi od nje pričakovali več in bi bili lahko tudi bolj kritični. Kar je opazno že v tem, kako ustanovo opisujejo uporabniki in njihovi svojci ter zaposleni – kot lepo, urejeno (ker imajo z njo pozitivno izkušnjo – tam delajo, so čustveno navezani nanjo, so tam vzpostavili lep odnos z zaposlenimi) ali pa kot manj prijetno, s pomanjkljivostmi, ki bi jih nujno bilo treba odpraviti (uporabnik po poškodbi možganov, ki je bil v negovalni bolnišnici v času, ko je bil slabšega zdravja, je težje funkcioniral, komuniciral, ter njegova žena, ki se je soočala s krutim dejstvom, da njen mož ne bo nikoli več tak kot pred nesrečo), in kot povprečno ustanovo, s pozitivnimi in negativnimi lastnostmi, ki pravzaprav ne izstopa iz povprečja bolnišnic, kakršno mnenje prevladuje med študentkami zdravstvene nege, ki so tam preživele približno en mesec.

Pomembna je tudi možnost zasebnosti, ki jo uporabnik v instituciji ima. Glede na pripovedovanja uporabnikov, svojcev in zaposlenih v negovalni bolnišnici lahko rečem, da imajo ljudje, ko pridejo enkrat v bolnišnico, drugačna pričakovanja, kar se tiče zasebnosti, kot ljudje izven bolnišnice. Ko je človek enkrat hospitaliziran, se pričakovanja hitro znižajo ali pa se spremenijo in uporabnik neke velike zasebnosti niti ne potrebuje več, ker tako zelo ceni dejstvo, da le ima nekoga zraven sebe in ni sam. Zaposleni so mnenja, da je v ustanovi veliko koticov, kjer si lahko bolnik najde prostor in čas zase. Na primer priljubljeni kraji so park negovalne bolnišnice ali kakšen kotic na hodniku in v avli pri kavomatu. Slednje je sicer res, vendar ni nujno, da to zadosti potrebam po zasebnosti čisto vsakega uporabnika v bolnišnici. Tudi bolniki sami poročajo, da so bile v času hospitalizacije njihove zahteve nižje in da kaj veliko pravzaprav niso potrebovali, s tistim, kar so dobili, pa so bili zadovoljni.

Ravno tako so zaposleni v negovalni bolnišnici prepričani, da uporabniki spretno izkoristijo vse možnosti, da se umaknejo v osamo, ko to potrebujejo (čeprav kraji, kamor lahko grejo, niso nič posebnega).

Pomemben element pri ohranjanju zasebnosti je tudi zavest zaposlenih, da je treba potrebe uporabnikov spoštovati in jim pustiti čas zase, če nakažejo, da bi radi bili sami. Zaposleni v negovalni bolnišnici naj bi imeli glede tega kar dober občutek, saj pravijo, da uporabnike vedno pustijo pri miru in jim omogočijo, da so sami, če vidjo, da jim to ustreza.

Uporabniki tudi poročajo, da so pri ohranjanju zasebnosti veliko zaslužni tudi zaposleni, ki imajo dober občutek za to, da se ohrani uporabnikova intima na najvišji možni ravni. Sicer so bili izpostavljeni tudi različnim zdravstvenim intervencijam in negi, ampak je osebje po mnenju bolnikov te vedno opravilo diskretno, tako da so se ti kljub trenutni ranljivosti dobro počutili. Slednje so opazili tudi svojci, ki navajajo, da so bili zaposleni izredno pozorni, kar se intime bolnikov tiče, vedno so poskrbeli, da ni bilo nobenih obiskovalcev s sobi, ko je bilo treba izvesti kak poseg pri uporabniku. Svojci opisujejo, da je s tem, da sta posamezni sobi po dva pacienta, da ima vsaka soba svojo kopalnico in stranišče, neka intima res zagotovljena, zdi se jim skoraj tako, kot da bi bil njihov svojec tam sam. Hči uporabnice, ga. A., pravi: *»Če nočeš, da te nekdo vidi, si lahko tam sam, se umakneš v sobo. Tega ni v drugih bolnišnicah, tu je drug stil, druge potrebe.«*

Zaposleni uporabljajo vse možne strategije, da se zasebnost uporabnika ohrani, čeprav so pri tem še vedno omejeni (uporabljajo španske stene, zavese, če je pacient pokreten, ga vzpodbudijo, da uporabi kopalnico ...). Drugačen in bolj kritičen pogled na zasebnost je izrazila le ena študentka, ki se ji omenjene možnosti zasebnosti za uporabnika zdijo dokaj skromne: *»Z zasebnostjo je tako – vsak ima svojo posteljo, omarico zraven postelje, to je njihov zasebni prostor ...«*

Uporabniki v instituciji imajo potrebo po urejenem vsakdanjem življenju, ki je teoretično v socialno usmerjeni instituciji boljše uresničena. Kar je pomembno za uporabnika v instituciji, je, da ima na voljo izbiro, kaj si želi početi v prostem času in da ga osebje ne želi omejevati s tako imenovano »terapevtizacijo prostega časa«. V negovalni bolnišnici se tako, kot v vsaki ustanovi, pojavljajo tendence zaposlenih po omenjeni aktivnosti. S to izjemo, da si uporabniki negovalne bolnišnice dejansko želijo te terapevtizacije in jo jemljejo kot nekaj pozitivnega, kot nujni del njihovega bivanja v negovalni bolnišnici in kot dejavnik, ki jim bo pomagal k lepšemu življenju in ne kot nekaj, kar jim življenje otežuje in omejuje svobodo. Kar je po eni

strani logično, saj je negovalna bolnišnica med drugim namenjena, poleg začasnemu bivanju, tudi neke vrste rehabilitaciji, psihičnemu in fizičnemu okrevanju in pripravi na samostojno življenje. Uporabniki imajo v veliki večini do fizioterapije in delovne terapije pozitiven odnos in se jo radi udeležujejo. Tudi svojci uporabnike vzpodbujajo k telovadbi, kolikor se le da. Tako se pogosto slišijo pripovedi svojcev, kako so vsakodnevno prihajali z namenom, da sprehajajo svoje bolnike in jim s tem pomagajo k rehabilitaciji. Tako so hodili po hodnikih s hojčami, se vozili z vozičkom, šli do parka ter vmes klepetali. Svojci so v veliki večini prepričani, da so bolniki v negovalni bolnišnici z namenom, da se rehabilitirajo in ne da ležijo: » Kljub temu da je imela dopoldne fizioterapijo, sem ji rekla popoldne, ko sem prišla: »Mami, treba je telovadit.« – in smo šli hodit.«

Terapevtske, organizirane aktivnosti (fizioterapija, delovna terapija) se izvajajo zlasti dopoldne, tako med zaposlenimi, uporabniki kot svojci pa se pojavljajo tudi želje, da bi se te aktivnosti razširile čez cel dan: Nekateri se poslužujejo še dodatne fizioterapije, tako da si najamejo zasebnega fizioterapevta. Temu zaposleni nič ne oporekajo, slednje naj bi bilo med zdravstvenim osebjem celo zaželeno. Kljub temu da so zlasti dopoldnevi zapolnjeni z različnimi aktivnostmi, pa imajo uporabniki prosto voljo pri odločanju, ali se jih bodo udeležili ali ne (ni nujno, da se vključijo, če ne pokažejo interesa). Tako uporabniki pravijo, da so imeli miru in časa zase v negovalni bolnišnici popolnoma dovolj. Kot pripoveduje socialna delavka, so zlasti popoldnevi prepuščeni uporabnikom samim in temu, da imajo čas zase. Ni toliko dogajanja kot dopoldne, popoldne je čas samo zanje in za obiske svojcev. Tako da celo včasih popoldne, ko pridejo svojci, si ti mislijo, da se z bolniki tukaj popolnoma nič ne dogaja. Torej so bili popoldnevi popolnoma prepuščeni uporabnikom samim in so ti lahko počeli, kar jih je bila volja, nikomur niso bili v napoto, tudi če so le postavali tam in se družili med sabo. Ena od svojek je situacijo opisala takole: »... dopoldne je program, popoldne pa so ljudje tam klepetali, postavali, tam so eni deci skoz na balkonu viseli ... od kosila pa do večerje so bili tam. In so se družili, so se imeli grozno veliko za zmenit ...«

K urejenemu vsakdanjemu življenju spada tudi določena rutina, ki se pojavlja v življenju uporabnika. Slednje v negovalni bolnišnici ne primanjkuje, saj je že sam dopoldan poln rutiniranih dejanj in postopkov, ki morajo biti opravljeni ob določenem času. Že kar se tiče zbujanja in jutranje nege, jemanja zdravil, če zdravstveno stanje zahteva, tudi merjenje temperature in hranjenja. Nato vsakodnevno dopoldan sledi telovadba, fizioterapija in delovna terapija, nato kosilo, po kosilu pa so si uporabniki sami naredili rutino ali pa ne, kakor so želeli. Ravno tako si lahko uporabniki, če želijo, tudi sami organizirajo dopoldneve,

terapevtske aktivnosti namreč niso obvezne, so pa možne. Zjutraj po izvajanju osebne higiene bolnike namreč pričaka zajtrk, že po zajtrku imajo čas zase, tako da ga lahko izkoristijo na različne načine. Nekaj jih prebira razne revije, rešujejo križanke ali druga razvedrila. Največ pa jih je aktivno vključenih v omenjeno fizioterapijo in v delovno terapijo.

Večina bolnikov je tudi popoldne živela v rutini, predvsem kar se tiče poležavanja, sprehajanja in čakanja na obiske. Popoldnevi so prijetno sproščeni in prepuščeni uporabnikom. Ti gledajo televizijo, se pogovarjajo z ostalimi pacienti, berejo revije, knjige. Zvečer gredo spat, ko jim ustreza. Rutina uporabnikom negovalne bolnišnice ne pomeni monotonosti, temveč predvsem dobro priložnost za ponovno integracijo v vsakdanje življenje, predstavlja jim tudi neko varnost, domačnost, gotovost, ki jo v času okrevanja potrebujejo. Kot pravi g. D., je potreboval kar nekaj časa in rutine, da je okreval in se začel zavedati sveta okoli sebe po hudi prometni nesreči in možganski poškodbi: *»Jaz sem zjutraj vstal. Potem ko sem dojel, kdaj je zajtrk, kdaj je kosilo in večerja, sem nekako le vklopil eno z drugim.«* Po določenem času bivanja v negovalni bolnišnici se uporabniki navadijo tudi na rutino, kar se tiče prostorske urejenosti in gibanja po bolnišnici. Zaposleni so opazili, da se po enem mesecu že dodobra izoblikuje sedežni red, kar verjetno daje uporabnikom ravno tako nek občutek udobja in varnosti: *»... vidim, kako se uporabniki v dnevnem prostoru navadijo na svoj stol in svoje mesto. In potem, če se kdo ne drži pravil in si najde drug stol, se poruši ravnovesje, eni se pač slabo držijo teh pravil.«*

Urejeno vsakdanje življenje pomeni tudi kakovosten prosti čas, ki pa ga je v življenju uporabnikov negovalni bolnišnice zelo težko prepoznati. Lahko si sicer glede na potrebe običajnega človeka subjektivno predstavljamo, kaj določenemu pacientu pomeni kakovosten prosti čas. Vendar pa ne smemo pozabiti, da si uporabniki v negovalni bolnišnici želijo včasih početi tudi popolnoma druge stvari, kot si jih želi povprečen človek srednjih let, ali pa močno uživajo v brezdelju in opazovanju dogajanja okoli sebe, med tem, ko bi se kakšna mlajša, zdrava oseba dolgočasila. Kot pravi uporabnik: *»tam si in tista tišina ti prav ustreza.«* Sicer ljudje navajajo, da je dopoldne dovolj priložnosti za uporabnike, da kaj kakovostnega počnejo (delovna terapija, fizioterapija) in da je problem zlasti popoldne, ko so uporabniki več ali manj prepuščeni samim sebi. Vendar pa ustanova občasno ponudi dogajanje tudi v popoldanskem času, na primer povabijo kakšne glasbenike, zaposleni organizirajo kulturne dogodke (razne glasbene prireditve, plesne točke, dogajajo se plesne skupine, pevske skupine). Pridejo tudi prostovoljci s svojimi idejami. Vendar pa po pripovedovanjih uporabnikov in njihovih svojcev ti kulturni in organizirani dogodki niso pritegnili kakšne

posebne pozornosti uporabnikov, vsaj ne vseh. Kot pravi hči uporabnice, ga. A.: *»Ampak med ljudi si moja mamó moral tudi kar zvléčt, sama ni hotla it, ker je bilo treba vstat, se oblečt, ker je bil narejena na počasne obrate. To ji je ustrezalo, da se nič kaj veliko ne dogaja.«* Torej je bil čas zase, počitek in mir tisto, kar je večini uporabnikov v negovalni bolnišnici v prostem času največ pomenilo. Zadovoljni so bili z obiski, za kaj več pa niti niso imeli energije in nihče omenil, da bi si želel še kakšne dodatne aktivnosti. Uporabnica je odločno zatrdila: *»Tudi če bi mi ponujali kakšne dodatne aktivnosti, se jim ne bi priključila, v to sem prepričana ...«* Tudi hči uporabnice je prepričana, da se bolniki lahko, kljub temu da ne počnejo nič konkretnega, dobro počutijo in da so prav zadovoljni, če so lahko v svoji sobi, počivajo ali s sostanovalcem gledajo televizijo: *»Sem jo hotela večkrat že prej spravít ven iz sobe, pa ji nekako ni bilo.«* Gospod O. je podobnega mnenja, da ni počel nič konkretnega, ampak je bil čas vseeno prijeten: *»Ko je človek starejši, je to komot, da nič ne počnemo ... Starejši rabimo predvsem mir, tišino, počitek, ker ko si enkrat starejši, res rabiš, da »gledaš v luft«, je dobrodošlo ...«* Sicer je uporabnik zatrdil, da v času bivanja v negovalni bolnišnici ni hotel gledati televizije, niti brati revij, vozil se je le z vozičkom, a ni pogrešal popolnoma ničesar. Kakovosten prosti čas je uporabnikom predstavljal poleg počivanja še čas, ko so se lahko družili s svojci in med sabo (na primer na terasi, zunaj v parku, na sprehodu), se prehajali ali pa si izposodili kaj iz knjižnice in potem to v miru prebirali.

Ena od uporabnic je imela izjemno veliko željo po tem, da je telovadila tudi v prostem času, kar so ji v negovalni bolnišnici omogočili. Fizioterapevti so so ji dali navodila tudi za konce tedna in praznike, ji uredili vse fizične pripomočke in gospa je nato pridno telovadila tudi v prostem času. Torej kakovosten prosti čas uporabnikom negovalne bolnišnice lahko predstavlja marsikaj, v ustanovi se njihovim željam prisluhe in se jim omogoči, da počnejo, kar jih veseli in kar je predvsem pomembno – se k njim pristopa individualno in se jih v nič ne sili.

Vendar pa so prisotni tudi elementi nekakovostnega prostega časa oz. uporabniki v negovalni bolnišnici preživljajo tudi dneve, ko v prostem času ne počnejo stvari, ki bi jim prinašale ugodje in občutek zadovoljstva. Na primer, ko zaradi slabega zdravja ne morejo početi stvari, ki bi jih radi. Veliko uporabnikov navaja težave z očmi, kar jim onemogoča branje, tisti ljudje, ki so slabše mobilni, so po eni strani zagotovo prikrajšani, saj ne morejo biti v dnevnem prostoru (so v primeru slabega zdravstvenega stanja omejeni na posteljo), ne morejo slediti programu telovadbe, druženju med uporabniki, delovni terapiji ipd. Seveda se tudi z njimi ukvarja osebje, ampak na drugačen način. Večina uporabnikov je kot svoj prosti čas navedlo

čakanje na obiske. Ko so ti prišli, se je lahko pojavil drug problem – kam iti. Nekateri omenjajo, da z obiskovalci niso mogli iti nikamor in da so bili večinoma v sobi, na hodniku ali na dvorišču: »*Nismo nič kaj posebnega počeli. Nimaš kaj počet.*« Ena od svojk, ga. K., je tudi opazila, da kljub temu da so prostovoljci, je teh le premalo. Študentka, ki je bila v negovalni bolnišnici na praksi, je ugotovila, da je bolnikom pogosto dolgčas. Uporabniki preživljajo manj kakovosten prosti čas tudi zato, ker se lahko izolirajo od družbe zaradi občutka manjvrednosti ali neugodja, ker imajo še vedno prisotne fizične posledice bolezni. Na primer uporabnica s stalno urinsko vrečko je bila zaradi svoje spremenjene telesne podobe tako obremenjena, da se nekako ni mogla sprostiti in se pridružiti dnevnim aktivnostim z ostalimi. Ni hotela niti brati ne nič podobnega, čeprav je imela možnost. Velik problem so tudi uporabniki z nevrološkimi obolenji, kako je za njih dejansko poskrbljeno, nihče ne ve dobro, iz pripovedovanja žene takšnega uporabnika pa lahko sklepamo, da se že glede na pomanjkanje kadra z njimi nihče kaj veliko ne ukvarja (tudi če bi si morda želel): »... *te gospe z demenco so sedele tam na vozičkih, so jih privezali tja gor ane, so sedele v tistem dnevnem prostoru.*« Tu bi bilo treba še marsikaj narediti in spremeniti.

Kljub večinskemu zadovoljstvu uporabnikov pa zaposleni priznavajo, da bi se za kakovosten prosti čas bolnikov lahko storilo še marsikaj, problem pa je zlasti v pomanjkanju kadra. Zlasti popoldnevi po pripovedovanju zaposlenih kličejo po večji podpori osebja in reorganizaciji.

Ljudje v institucijah imajo tudi potrebo po delu in denarju, ker težko preživimo popolnoma brez materialnih sredstev za življenje, ravno tako se človek ne more do neskončnosti predajati brezdelju. Sicer je nekaj malega neplačanega dela v negovalni bolnišnici prisotnega, vendar izredno malo. To pa tudi zato, ker jim delo ni omogočeno (strukturno in organizacijsko) ter predvsem, ker so uporabniki v takšni fizični kondiciji, da za zdaj neke večje aktivnosti še ne zmorejo. Je pa želja po neplačanem delu bolj opazno prisotna pri ljudeh, ki imajo poškodbo možganov in te potrebe ne znajo začasno utišati ali skriti zaradi zahtev rehabilitacije, tako kot vsi ostali. Socialna delavka v negovalni bolnišnici je mnenja, da verjetno vsi uporabniki v bolnišnici pogrešajo kakšno delo, ampak tega ne povejo. Je pa opozorila tudi na obnašanje ljudi z demenco. Oni se v veliki večini ne zavedajo več dobro tega, kje so, kaj se da tukaj početi in česa ne, zato velikokrat izražajo željo po hišnih opravilih, ki je v njih več kot očitno prisotna. Rečejo »*zdaj grem pa gor, nekaj skuhat, pa kužka bi peljal na sprehod ...*« in podobno. Ti ljudje z demenco nam dajo bolj misliti, kako so delo in vsa ta opravila del človeške narave. Tisti bolj »zdravi« želje po delu ne izražajo, saj vedo, da so v bolnišnici, da tukaj žal to ni možno in te želje niti ne izrazijo. Po poročanju uporabnikov negovalne

bolnišnice je sicer tam delati kar koli, kar bi prinašalo denar, dokaj težko, možni so sicer hobiji, a tudi teh se večinoma ne poslužujejo. Kljub temu so zaposleni mnenja, da se te ljudi da že v negovalni bolnišnici vpeljevati v delo in deloma je to že naloga delovne terapije. Delovna terapevtka jih zopet uči izgubljene spretnosti, npr. kar se tiče hranjenja, oblačenja, osebne higiene in podobno. Tukaj so večinoma pozitivni rezultati. Uporabniki se začnejo za življenje doma torej urediti že v sami ustanovi (kljub temu da je razen delovne terapije to večinoma rezultat njihove samoiniciative). Poleg osebne nege in hranjenja lahko v negovalni bolnišnici skrbijo tudi za svojo osebno lastnino v svoji sobi, si uredijo nočno omarico in počistijo za sabo, če kosijo v sobi, posteljejo posteljo, seveda če to zmorejo in želijo. Nekateri zaposleni navajajo, da občasno uporabnike tudi sami vzpodbudijo, naj kaj postorijo, saj s tem pomagajo tudi sami sebi, ne samo zaposlenim. K temu jih vzpodbujajo tudi zaposleni: *»Delamo po principu, da so pacienti čim bolj samostojni ...«* Nekateri uporabniki pa so tudi v negovalni bolnišnici zelo aktivni in ohranjajo hobije, ki so jih imeli pred hospitalizacijo ali nadaljujejo s svojim delom, ki so ga začeli pred nastopom bolezni, če to le ni preveč fizično naporno. Imeli so že primer 85-letne gospe, ki je v času hospitalizacije pisala knjigo, potem je bila 80-letnica, ki je imela svoj računalnik in je delala na računalniku. Vse kaže, da se z napredkom tehnologije in iznajdljivostjo starih ljudi prav tako izboljšujejo možnosti dela v visoki starosti in bolezni. Tudi izdelovanje okrasnih predmetov v okviru delovne terapije bi lahko upoštevali kot koristno delo. Uporabniki so v nekem obdobju v negovalni bolnišnici tudi veliko risali, lepili so na steklenice, iz plastelina oblikovali zadeve, izdelovali rožice. Zdaj je vsega tega manj, ravno zaradi omenjenega pomanjkanja kadra. Ampak občasno še vedno kdaj kaj delajo – na primer čestitke za novo leto. Vendar pa vsi uporabniki negovalne bolnišnice ne navajajo dela kot nekaj res zaželenega ali potrebnega in ga trenutno dojemajo kot nekaj izključujočega z okrevanjem in rehabilitacijo. Kar je po eni strani logično, saj so uporabniki v negovalno bolnišnico prišli iz različnih oddelkov, po raznolikih poškodbah in z različnimi posledicami. A kljub temu to ni opravičljiv razlog za to, da zdaj tukaj »zaspijo« in postanejo popolnoma pasivni, saj jih velika večina določenih stvari še zmore ali naj bi jih zmogla v prihodnosti. Ravno tako jih velika večina po hospitalizaciji v negovalni bolnišnici odhaja domov z željo po življenju, kakršnega so imeli prej, zato je ponovno uvajanje delovne aktivnosti ter vzpodbujanje h kakršnemu koli delu za te ljudi smiselno. Je pa, kar se tega tiče, izjemno smiseln individualen pristop, morda izdelava kakšnega rehabilitacijskega (delovnega) načrta. Kaj se dogaja s starimi ljudmi po preboleli bolezni, je opazila tudi hči uporabnice, ga. A.: *»Ne, ni imela potrebe po delu, ker se tudi te potrebe prilagodijo tvojim fizičnim sposobnostim ... enostavno, ko greš na nizke obrate, potem potrebuješ nekoga, ki te porine*

*naprej, da ne ostajaš vedno na isti točki. Moja mama sploh ni imela želje po kakšnem koristnem delu, hobiju in podobno.*» Vendar pa zaposleni opažajo, da so pri nekaterih uporabnikih le prisotne želje po delu, a je v organizaciji, strukturnih in kadrovskih zmožnostih negovalne bolnišnice na to preprosto pozabljeno. Verjetno bi marsikdo še kaj rad počel, vendar žal v danih razmerah in prostoru ni omogočeno. Kar se na primer tiče ročnih del in hišnih opravil, tega ni, tudi kuhati ne morejo, tudi če bi radi in lahko, ker nimajo kje.

Če je videti, da delo v času bivanja v negovalni bolnišnici le ni tako pomembno, denar vsekakor je. Potreba po denarju in dodatnih finančnih sredstvih v času okrevanja po poškodbi izrazito naraste, že samo zaradi nakupa dodatnih sredstev za nego na domu, pripomočkov, katerih ne krije zavarovalnica ali če si uporabniki že v času bivanja v negovalni bolnišnici želijo dodatne fizioterapije v dopoldanskem ali popoldanskem času. Za zdravstvene storitve in pripomočke pa je na splošno znano, da niso poceni. Ravno tako se uporabnik in svojci še bolj soočijo z denarno stisko, če nimajo doma nikogar, ki bi lahko bolnika ves čas negoval, in morajo razmišljati o najetju negovalke ali pa se nameravajo odločiti za dom, kar pa tudi stane določeno vsoto denarja. Vsekakor denar vpliva na kakovost življenja uporabnika že v času hospitalizacije, če ne drugega, je lahko povod za psihični stres in skrbi glede prihodnosti. V času bivanja v negovalni bolnišnici uporabniki denar porabljajo zlasti za priboljške (kava) ali dodatno rehabilitacijo. Ravno tako kot se enim denar zdi zelo pomemben, se drugim ne zdi tako in menijo, da uporabniki v negovalni bolnišnici dobijo vse, kar potrebujejo in sploh ne potrebujejo niti evra pri sebi. Ali pa jim ga ne dajo, ker se jim zdi, da ga ne bi znali sami uporabiti, ker so pač še preveč zmedeni za tako zahtevno opravilo, kot je ravnanje z bankovci. Kot je rekel gospod D.: *»Jaz z denarjem nisem imel nobenega opravka!«* Ena od svojek uporabnikov je poudarila tudi, da če smo bolj natančni, denar je pravzaprav ves čas pomemben – če gledamo širše, opazimo, da je le zavarovalnica tista, ki krije stvari in če nimaš urejenega zavarovanja, potem je denar še kako pomemben in niti ne moreš biti sprejet v negovalno bolnišnico.

Med uporabniki negovalne bolnišnice je prisotna tudi potreba po izogibanju tipični institucionalni karieri. Ta je uresničena, ko imajo uporabniki možnost izbire, za katero se zdi, da je v negovalni bolnišnici kar velika. Uporabniki navajajo, da se lahko odločajo glede tega, kam si želijo po hospitalizaciji, kako si želijo živeti ter v dogovoru s svojci – kdaj si želijo oditi ter kam bodo šli – domov, dom starejših občanov, zdravilišča, nadaljnje zdravljenje v drugih ustanovah. V dogovoru z njimi in njihovimi svojci se določi tudi datum odpusta iz negovalne bolnišnice. Zaposleni menijo, da je problem, če si svojci oz. osebe, ki skrbijo zanj

in bolnik nasprotujejo z mnenji. Pri tem se osebje nagiba k temu, da upoštevajo željo uporabnika v največji meri in če je priseben oz. sposoben to izraziti, se mu želja uresniči. Upoštevana je odločitev uporabnika, ali si želi na terapevtske aktivnosti, kot so telovadba in delovna terapija, ali ne, tudi kako bo preživel prosti čas, upoštevane so želje glede rehabilitacije in zdravljenja, glede oblačenja, uporabnike se ne sili v bolnišnična oblačila, če ne želijo (Pravzaprav je zaželeno, da si uporabnik izbere svoje oblačilo in ne bolniškega, saj oblačil za uporabnike ni v izobilju in morajo biti zaposleni prav iznajdljivi v primeru, da jim jih predčasno zmanjka.). Ravno tako se individualno pristopa in dovoljuje možnost izbire sostanovalcev v sobi, saj se zaposleni zavedajo, da je slednje pomembno za kakovostno bivanje bolnikov: *»Bolniki imajo vedno možnost povedati, če si in kaj si želijo ... Če ležijo z bolnikom in je za njih moteč, poskušamo rešiti problem s premestitvijo ...«* Delne prilagoditve in odločanja so možna tudi kar se tiče prehrane, a zaradi strukturnih in organizacijskih ovir (ena kuhinja za celoten Klinični center) le v neki omejeni meri (tukaj lahko povejo, kaj marajo, česa ne in to se zapiše na posebne kartice za v kuhinjo in tako se prilagodijo pacientu). Številne pritožbe in slabe možnosti izbiranja so torej, kar se tiče hrane.

Zanimivo je, da je uporabnik g. D. (poškodba glave) imel popolnoma drugačne izkušnje in doživljanje možnosti odločanja kot ostali uporabniki negovalne bolnišnice. Gospod D. je, ko sem ga vprašala po tem, o čem vse je lahko odločal, rekel: *»O ničemer! ... Če bi kaj rekel, vem, da bi me upoštevali, če ne bi bilo v njihovo škodo ....«* S čimer je pokazal, da vendarle ni bil glavni v odnosu uporabnik-zaposleni, ampak so ga jemali manj resno kot ostale (morda ker so bile njegove kognitivne, miselne sposobnosti še v procesu okrevanja). S slednjim se ni strinjala tudi njegova žena, ga. K., ki je povedala tudi marsikatero kritiko na račun organizacije negovalne bolnišnice in načina dela s takšno populacijo (kljub temu da sta bila na splošno z negovalno bolnišnico zadovoljna). Zlasti ji ni bilo všeč odločanje mimo uporabnika z neposrednim naslavljanjem na svojce. Slabšo (ali pa sploh nobene) možnosti izbire naj bi imeli bolniki z nevrološkimi obolenji, kar so opazili tudi zaposleni: *»Na odločanje imajo tak vpliv, kot ga zmorejo imeti – če so dementni recimo, potem se odločajo drugi namesto njih ...«* Socialna delavka je izrazila tudi stisko zaposlenih v primeru, da v negovalno bolnišnico pride uporabnik, ki težko komunicira, ker ne vedo, kako pristopati k takšnemu človeku. To so ljudje po kapi ali pa po težjih boleznih, nekateri od njih niso sposobni vzpostaviti niti očesnega kontakta: *»Tisto pa res ne moreš priti zraven, niti zdravnica ne ve, koliko se dejansko zavedajo. Lahko se zanašamo le na izvide in ugibamo, kaj dejansko ta človek čuti.«* Vendar socialna delavka poudarja, da se vsi zaposleni zavedajo, da so ti pacienti še vedno ljudje, ne

glede na to, kako »vegetativno« je njihovo stanje. Navaja tudi primer, na katerem so se zaposleni veliko naučili za prihodnost: »... jaz se dobro spomnim enega gospoda, ki je bil po kapi, ni se mogel nič odzivati. Sestre so ga hodile gledat, ker je bil sam, brez družine. Ampak jaz sem šla vseeno h gospodu, potem ko smo mu uredili dom, sem mu šla vseeno povedat, da zdaj bo šel pa v dom, pa da bo tam naprej na negi, da tukaj več ne more biti. Pa je gospod začel jokati. Gospod je slišal in je razumel, kaj sem mu povedala ... kar solze so mu tekle, čeprav je bilo osebje prepričano, da se ne zaveda ničesar. Sicer govoriti ni mogel in nihče ni dejansko vedel, ali se ali pa se ne zaveda in koliko kaj razume. Potem smo pa videli, da ja. Nikoli ne smemo ravnati, kot da so rastline, ker še vedno lahko slišijo, razmišljajo in čutijo. Tako sem povedala tudi potem osebju, kako je gospod začel jokati in kako mu je bilo hudo. Treba se je zavedati, da so ljudje še vedno ljudje, s čustvi in vsem, ne glede na to, koliko se zavedajo ali koliko mi mislimo, da čutijo.«

Uporabniki ustanovo doživljajo kot bolj prijazno takrat, ko tudi zaposlene doživljajo kot pozitivne like. Kar v ljubljanski negovalni bolnišnici ni redkost. Zaposleni so po pripovedovanjih uporabnikov in svojcev ena od najbolj pozitivnih stvari, ki so jih doživeli v času hospitalizacije. Doživljajo jih tudi kot pozitivno celoto, dober tim, ki lepo sodeluje. Tudi svojci in zaposleni so se zelo lepo razumeli, komunikacija je bila po pripovedovanjih ljudi dobra, toliko, da so eden za drugega vedeli kaj potrebujejo – ne le zaposleni za svojce (edukacija, podpora), ampak tudi svojci za zaposlene in negovalno bolnišnico kot celoto. Tako se je dogajalo, da so svojci bolnikov namesto kave in čokolad v bolnišnico prinašali zdravstvene pripomočke, ki so koristili uporabnikom in lajšali delo zaposlenim: »... ali jim nosiš čokolade ali pa nastavek za stranišče, ki jim zagotovo pride veliko bolj prav.«

Svojce je predvsem presenetil lep odnos, ki so ga zaposleni imeli do bolnikov, dejansko so zaposleni poznali tako bolnike kot njihove svojce že po imenih in so jih tako tudi naslavljali. Svojka ga. A. meni: »To se mi je zdelo nekaj neverjetnega, tega nisem opazila po drugih bolnišnicah ...« Uporabniki poročajo o tem, da bili so zaposleni zelo prijazni, so se radi pogovarjali in niso bili prav nič vzvišeni, ne glede na pozicijo, ki so jo imeli v negovalni bolnišnici ali so bili le strežnice ali pa sama vodja negovalne bolnišnice. Svojci so do zaposlenih gojili zaupanje in jih imeli za nekakšne »advokate« uporabnikov: »... sem imela fajn občutek, torej da ima mama še nekoga tam dopoldne, ko mene ni.« Ravno tako je ga. A. opazila individualni pristop, zanimanje zaposlenih za to, kaj je uporabnik včasih bil, od kje prihaja, s kakšno izobrazbo. Bolnico, ki je bila zdravnica v pokoju, so nato naslavljali s »kolegico« in ji razložili situacijo s pozicije zdravnik-zdravniku. Slednje se verjetno ni

dogajalo v vsakem primeru, je pa dokaz, da imajo v negovalni bolnišnici pozitiven odnos do uporabnikov in jih ne jemljejo le kot bolnike, ampak kot osebnosti. Zaposleni naj bi bili tudi dostopni, njihov odnos do bolnikov je opisan kot zelo dober, človeški in sproščen, zanimali so se za počutje uporabnikov, za njihove potrebe: *»Jaz sicer pravim, takšni fantje, ki to delajo tam – tem pa res kapo dol, dobri so. Hodit od postelje do postelje in rihtat te ljudi, jih preoblačit, kot da bili tvoji svojci ... Vzamejo tisti svoj posel za narest, ampak z veliko humorja ...«* Predvsem smisel za humor je vplival na to, da so bili zaposleni doživeti tako pozitivno. Ampak že dejstvo, da ima klinika pomanjkanje zaposlenih, je poudaril vsak od anketiranih, in je dovolj, da kljub vsemu trudu vseeno zaposleni ne zmorejo delati tako dobro, kot bi želeli. Kot je omenil uporabnik g. D.: *»Z eno besedo, bi osebje opisal kot »zaposleni« ...«* Nekateri ljudje omenjajo tudi, da je problem dostopnost zdravnice, ki je ni na kliniki ob dogovorjenih urah za podajanje informacij, kar je slabo z vidika spoštovanja časa svojcev uporabnikov. Ravno tako je žena gospoda D. opozorila na pesimizem in pretirane črne napovedi, ki jih dajejo zdravniki uporabnikom, ki imajo hujše poškodbe: *»Tukaj bi skoraj rajši videla, da bi zdravniki ostalo tiho, ne da ti vzamejo še to upanje, ki ga imaš.«* Ravno tako je normalno, da se med zaposlenimi najdejo tudi ljudje, ki imajo občasno slab dan ali se ne ujamejo preveč dobro z določenim uporabnikom ali svojcem. Po mnenju ljudi sta bila mogoče kakšna dva od zaposlenih, ki sta grdo gledala in nekako nista sodila tja. Ravno tako niso bili čisto vsi zaposleni všeč uporabniku, g. D.: *»Ena je bila ..., bila je arogantna in ne vem kaj. In ona je bila dežurna eno noč. In je kričala tam in ne vem kaj ...«*

Uporabniki v negovalni bolnišnici se zdijo dobro informirani. Osebje daje informacije, odgovore na vprašanja ... Zaposleni se tudi zavedajo, da določeni uporabniki potrebujejo več razlage ali dodatna pojasnila, določene informacije tudi zapišejo, skrbijo, da so na tekočem z novostmi. Včasih je potrebna prilagojena komunikacija, vendar je za informiranost dobro poskrbljeno. Dobijo pisna in ustna navodila tudi ob odhodu ter seveda vsakodnevne informacije o poteku zdravljenja. Podatke in navodila podajajo individualno, glede na uporabnikovo sposobnost dojetanja in potrebe. Zaposleni se zavedajo, da bolniki niso vsi podkovani v medicinskem izrazoslovju, zato jim razložijo v njim razumljivem jeziku in ne uporabljajo tujih izrazov. Seveda pa so tudi v informiranju pomanjkljivosti. Tako se informacije izgubijo ali slabše dajejo, ko je bolnik tako bolan, da težje dojema: *»V prvi fazi jaz nisem niti vedel kje sem in kako sem ... niti zase se nisem kaj veliko zanimal, nisem spraševal zdravnika, kako je z mano ...«* Lahko so za slab pretok informacij krivi tudi zaposleni, ker uporabnika ne jemljejo dovolj resno oz. se jim ne zdi smiselno pojasnjevati

dejstev človeku, ki jih morda ne razume tako, kot bi si želeli. Na kar zopet opozarja svojka, ga. K.: »...*Glede diagnoze so govorili z mano, ne z njim.*« Takšnega mnenja je tudi tudi ena od študentka zdravstvene nege, ki pravi, da ljudem, ki so zmedeni, niti nima smisla kar koli pojasnjevati, saj ne razumejo, kaj jim govoriš.

V ustanovah se pri delu z uporabniki pojavlja situacija, ki se ji reče nelagodje v interakciji, slednja ni prijetna ne za uporabnika niti za zaposlene v bolnišnici. Socialna delavka opozarja, da tudi bolezen vpliva na odnos do uporabnikov. Drugače se z njimi pogovarjamo, če so ljudje psihično orientirani ali če so dementni, popolnoma nepokretni oziroma če niso zmožni besedne komunikacije. Včasih je hudo, ko nam bolniki ne zmorejo povedati, kaj bi radi, kakšne potrebe imajo, mi pa jih ne znamo razumeti. V negovalni bolnišnici imajo zaposleni kar dobro izdelane in uspešne strategije, da se temu nelagodju v interakciji bolj ali manj uspešno izognejo. Ena od omenjenih strategij je upoštevanje dostojanstva uporabnika. V negovalni bolnišnici zaposleni pripovedujejo, da spoštujejo dostojanstvo bolnikov, tako da imajo do njih dober in spoštljiv odnos, jim izkazujejo podporo, si vzamejo čas za pogovor z njimi ter poskusijo vzpostaviti do bolnika individualen pristop. Tukaj se zdravstveni delavci posvetijo bolniku v celoti in prilagodijo način dela njihovim potrebam. Delajo v korist uporabniku in se trudijo, da bi ta čim prej okreval ter obnovil svoje sposobnosti skrbi zase. Večina zaposlenih dela tako, da bolnike vzpodbuja k temu, da bi čim več naredili sami in tako hitreje okrevali. Ljudje menijo, da zdravstveni delavci znajo kar dobro preceniti, v kolikšni meri uporabnik potrebuje pomoč in kje lahko dela sam. Po moji oceni se spoštovanje do uporabnikov kaže predvsem v tem, da so zaposleni pozorni na to, kako se posameznik v negovalni bolnišnici počuti. Dokaz njihove tenkočutnosti je dejstvo, da uporabnikov ne dajejo v sobe tako, kot bi jim časovno in prostorsko najbolj ustrezalo, temveč se potrudijo spoznati uporabnike, preden dva človeka dejansko dajo skupaj v isti prostor in vse to z namenom, da med njimi ne bi prihajalo do konfliktov in nelagodij. Če pa se slučajno zmotijo in med hospitalizacijo prihaja do konfliktov, nemudoma ukrepajo. Med uporabniki v istih sobah tako večinoma ni konfliktov, do teh pa vedno prihaja, če so uporabniki, ki so skupaj v sobah, zelo različni med seboj. Na primer kakšen, ki je popolnoma »zdrav« in potem nekdo z demenco ali kakšno drugo poškodbo možganov in ta potem vpije – v tem primeru so konflikti, ampak zaposleni vedno pazijo na to, koga dajo skupaj. Torej sta sstanovalca približno enake fizične in psihične kondicije in se lažje razumeta med seboj.

Dostojanstvo uporabnika se krši v primerih, da se jih ne jemlje dovolj »resno«, ker imajo neko (najpogosteje nevrolško) obolenje (poškodbo ali tudi demenco) in takrat, ko zaposleni

pozabijo na vljudnost in uporabnikom, za katere so prepričani, da se slabše zavedajo situacije, določene stvari povedo manj vljudno. Uporabnik g. D pravi: *»Obnašali so se, kot da smo mi, torej, tisti, ki so pod komando Hitlerjevo.«*

Osebjem se nelagodju v interakciji izogne tudi tako, da goji dober občutek za delo z uporabniki, uporabniki jih opisujejo kot zelo dobre, etične, njihovo delo kot celovito. Socialna delavka je mnenja, da je treba gojiti pozitiven odnos do uporabnikov, tega se da najlažje vzpostaviti tako, da se od njih ne oddaljuješ, ampak jih sprejmeš kot sebi enake in se jim poskusiš približati, tudi s pogovorom, pitjem kavice, humorjem. Osebjem navaja, da se trudijo biti do uporabnikov korektni, spoštljivi in strokovni. Občutek, ki ga imajo za uporabnike, je zagotovo neprecenljiv pri delu z bolniki, ki imajo demenco, saj pogosto vsa racionalna prigovarjanja in prepričevanja pri njih dosežejo le malo učinka. Slednji pa je dober, ko se tem ljudem približamo kot ljudje in ne kot strokovnjaki, takrat se ljudje z demenco umirijo in se počutijo dobro, sprejeto. Tega pristopa se ne da naučiti, treba je pridobiti občutek. Zgodba ge. A. priča o tem, da vsaj nekateri od zaposlenih, če ne že vsi, ta občutek zagotovo imajo: *»Bila je enkrat tudi ena mama, dementna, je kričala ... Pa sem pogledala, kaj se je zgodilo, da je gospa utihnila in sem videla, kako je tam ena sestra sedela na mizi in jo je česala ... In sta dejansko sestri čudovito umirili to gospo z dotikom in česanjem.«* Ravno tako ljudje menijo, da imajo zaposleni v negovalni bolnišnici občutek za to, koliko in na kakšen način se določene informacije lahko podaja uporabnikom, da niso za njih preveč šokantne in da jim ne bi škodile. Povejo tako, kakor lahko ljudje sprejmejo. Svojka meni, da imajo v negovalni bolnišnici dovolj izkušenj glede tega, kako je treba z bolniki, da jih ne prestrašijo ali pa da jim ne škodijo.

Vendar pa nimajo vsi uporabniki le pozitivnih izkušenj z osebjem. Včasih se tudi zgodi, da kakšen od zaposlenih kaj neprimernega reče (zlasti se zdi, da se te nepotrpežljivosti dogajajo bolnikom s stalno ali začasno slabšimi mentalnimi funkcijami). Zlasti svojci kot neprimerno opisujejo odnos zdravnikov in njihov večni pesimizem, kar se tiče napovedovanja prihodnosti pri hujših poškodbah možganov. Po pripovedovanjih svojcev tem bolnikom zdravniki ne napovejo nobenega izboljšanja. Slednje svojci dojemajo kot zelo nehumano in kruto. Da nekaj ni v redu v odnosu zaposleni-pacient, kaže tudi opažanje študentke, ki meni, da se nekateri pacienti tudi zaradi njihove bolezni izživijo na zaposlene z agresivnostjo ali z pasivnostjo. Ker če bi se našel pravilen pristop do uporabnika, do teh nenadnih pasivnosti ali agresivnosti ne bi prihajalo ali bi bile le prehodne. V preobilici dela se tudi dogaja, da (zlasti medicinske sestre) pozabijo na mala interna pravila, ki si jih zgradijo uporabniki v času hospitalizacije, kar pa se

da vedno rešiti in odpraviti. Bi pa bilo zelo lepo, če bi se te male zakone opazilo in upoštevalo, že zaradi dobrega občutka uporabnikov, da so pomembni in opaženi: *»... na primer sestre pripeljejo nekoga in ga dajo na prvi stol, ki ga vidijo, njim se ne zdi važno ... včasih je vse v redu, drugič pa je vse narobe, ker nekdo nima svojega stola ...«*

Tipična institucionalna kariera vsebuje tudi elemente pokroviteljstva. Slednje je izrazito, ko se zaposleni spozabijo in do uporabnikov zavzamejo podoben odnos kot do otrok in ne odraslih ljudi – kljub temu da verjetno s tem ne mislijo nič slabega in niti po pripovedovanjih uporabnikov samih to njih ne zmoti. Gospod O. (uporabnik) navaja primer: *»Potem sem šel pa na voziček in sem šel gor in dol, da so me kakšne sestre videle, da sem že pokonci, »Ti si pa priden so rekle« ...«* Slednje se je gospodu zdelo prijazno in lepo, komu drugemu pa morda ne bi bilo všeč, da ga po desetletjih po preživetem otroškem obdobju zopet nekdo označi kot »pridnega«. Ravno tako se občasno zaposlenim (in tudi svojcem) zareče in uporabnike zaradi preprostosti aktivnosti, ki so jih sposobni izvajati v določenem času okrevanja, kaj hitro primerjajo z otroci (čeprav z najboljšimi nameni in izredno pozitivnimi čustvi): *»... pa če jih včasih gledaš so tako luštni, kot bi bili v vrtcu, tam v dnevnem prostoru ... sestre velikokrat pripovedujejo kako so luštni ... Nam je bilo tako lepo, mi smo se tako smejali, kot v vrtcu otroci so bili, ko si en drugemu pomagajo ...«* Ravno tako je podobna situacija pri svojcih, ki govorijo, da morajo v negovalno bolnišnico na *»govorilne ure«*, ko bodo zaposleni še tam ... Čeprav se je slednjemu zelo težko izogniti, saj proces rehabilitacije (zlasti možganov) le poteka po korakih, od izjemno preprostih stvari k bolj kompleksnim. Včasih smo »prisiljeni« napredek preverjati s povsem preprostimi vprašanji, ki jih dejansko postavljamo otrokom: *»... Moj mož je imel zelo hudo poškodbo glave, na začetku je tudi zelo težko govoril in smo se na njegov račun tudi smejali – ko smo ga vprašali, kje je doma, pa je povedal nek popolnoma drug naslov, izpred 40. let ...«* Nič ni narobe, če se na trenutke pošalimo, le dokler je šala namenjena izogibanju tega neprijetnega nelagodja, ki izhaja iz zavedanja, da imamo pred seboj le odraslega človeka, ki je morda trenutno kognitivno na ravni otroka in nam (ter bolniku) v tistem trenutku olajša grenko situacijo. Pomembno je, da se vseeno zavedamo, da nimamo pred seboj otroka, ampak odraslega človeka in v vsem preostalem času, ki mu ga posvetimo, z njim tudi tako ravnati. Res pa je, da je zlasti svojcem (partnerjem) težko v takšnih situacijah: *»... in to je grozno, ko se te vloge zamenjajo. Ko je mama postala otrok, jaz pa starš. In tudi včasih vidim, kako me mož pogleda kot otrok, kar me straši, prejde, ko me je tako pogledal, me je skoraj kap. To ni naravno, je le moj mož.«* Tudi svojci preveč resno prevzamejo vlogo pomočnika bolniku in mu nezavedno vzamejo prejšnjo

socialno vlogo, ki jo je imel, otroci in zakonci hitro postanejo starši in se obnašajo izredno zaščitniško, kar je do določene mere dobro, če je tega preveč in preseže meje zdravega obnašanja, pa škodi tako bolniku kot svojcu.

Pokroviteljstvo je opazno tudi v primerih, ko se zaposleni preveč trudijo in želijo uporabnikom popolnoma v vsem ustreči, brez da bi prej presodili, kje je racionalno, da uporabniku priskočijo na pomoč in kje bi morda bilo boljše, če bi ga vzpodbudili, naj kaj naredi sam. Kot pravi eden od zaposlenih, poskušajo čim bolj ustreči njihovim željam. Napačno je tudi, da zaposleni določene bolnike jemljejo kot zelo uboge, brez tega, da bi se pozanimali, kakšno je dejansko njihovo stanje in kaj še zmorejo ter morda ugotovili, da ni tako hudo oz. da pomilovanje le ni najbolj konstruktivna rešitev, ki bi lahko pomagala uporabniku in zaposlenemu (na primer najbolj se zaposlenim »smilijo« tisti, ki ne morejo govoriti). Svojka K. opozarja tudi na to, da se uporabnike prehitro jemlje kot opravilno nesposobne in se namesto na njih obrača na svojce, čeprav bi bolnik lahko določene stvari vendarle urejal sam. Pokroviteljstvo je tudi, ko ne damo veliko vrednosti na mnenje uporabnika, ker je pač slabe volje ali depresiven (na primer, rečemo, da mu hrana verjetno ni dobra, ker je pač slabo razpoložen ali nima še pravega okusa). Kljub temu v negovalni bolnišnici delajo veliko na tem, da se ne bi preveč predali pokroviteljstvu do uporabnikov, ampak se večino časa zavestno zavzemajo, da bi se ti čim prej osamosvojili. Kot pravi uporabnica: *»Ne, vse kar sem sama lahko naredila, to sem, česar pa nisem mogla, so mi pa zaposleni vedno stali ob strani in mi pomagali. Niso pa mi dali občutka, da česa ne zmorem, če sem lahko to sama zmogla. So me tudi vzpodbujali pri moji samostojnosti.«* Zaposlena meni, da je odnos nepokroviteljstva v korist tudi zaposlenim, saj s tem ne naredijo le usluge bolnikom, ampak tudi sebi, saj se lahko tako posvetijo uporabnikom, ki pomoč res potrebujejo. Pokroviteljstva si zaposleni niti ne morejo privoščiti, tudi če bi hoteli. Tudi ostali poročajo, da ne vzpodbujajo pacientov k kakršni koli lenobi. Socialna delavka pa je našla še dodaten razlog za nepokroviteljstvo, ker verjetno bi kakšen uporabnik lahko še kaj več zmožel, če bi bili bolj pozorni na to, kaj vse še zmore. Ker recimo, včasih se šele čez čas pokaže, koliko izboljšave je dejansko možne pri pacientu. Torej, če bolniku ne damo priložnosti, da se izkaže in pokaže svoj napredek, ga morda nikoli ne bo. Zaposleni pa imajo tudi čut za mejo, koliko pričakovati in koliko ugodja ter vzpodbude nekomu dati, da bo uspel. Pacienta »crkljajo« do neke mere in ga hkrati poskušajo vzpodbuditi, naj dela tam, kjer vedo, da bo lahko še dober. Torej so v negovalni bolnišnici ugotovili dobro mejo med dajanjem in zahtevanjem od uporabnika, znotraj katere so zagotovljeni najboljši pogoji za bolnikov

napredek. Uporabniki navajajo, da so se počutili upoštevani in enakovredni zaposlenim ter ostalim obiskovalcem bolnice. Ravno tako ne navajajo, da jih je kdor koli razvajal. Zaposleni so si rajši vzeli nekoliko več časa in uporabnika vzpodbudili, naj uporabi stranišče, kot da bi mu le zamenjali plenico. Svojci, ki so hodili v negovalno bolnišnico vsak dan, cel mesec, kot gospa A., so lahko opazili tudi napredek pri določenih uporabnikih, ki je rezultat hitrega okrevanja in vzpodbujanja samostojnosti.

Zdi se, da se v negovalni bolnišnici proti nelagodju v interakciji najbolj uspešno borijo z zdravim mero humorja, s katerim so prežeti odnosi med uporabniki, zaposlenimi in njihovimi svojci. Uporabniki imajo zaposlene v spominu kot zelo sproščene, zabavne in polne zdravega humorja. Ravno tako s humorjem nelagodje rešujejo svojci uporabnikov, humor je blizu tudi uporabnikom, ki se velikokrat in večinoma brez težav pošalijo na svoj račun. Zagotovo se vsi v negovalni bolnišnici strinjajo s tem, da je okrevanje po bolezni ali poškodbi eno od izjemno težkih obdobj v življenju, čas rehabilitacije pa poln preizkušenj, vse skupaj pa je veliko lažje, če ohranimo smisel za humor.

Uporabniki v ustanovi imajo potrebo po stikih in druženju, ki jo bolj ali manj uspešno zadovoljujejo. Uporabniki so zadovoljni s stiki, ki jih imajo s svojci, in menijo, da jih je bilo vedno dovolj. Večinoma uporabnike obiskujejo svojci, kar jim tudi največ pomeni. Prihajajo otroci, vnuki, nečaki, brati, sestre, dostikrat pa tudi prijatelji, znanci, sosedje. Radi se pogovarjajo, jih masirajo, hranijo, pomagajo na sprehodih, vozijo v vozičkih, berejo, se z njimi igrajo, pečejo. Zaposleni se tudi trudijo, da obiske naredijo kar se da prijetne, po potrebi tudi prosijo sestanovalca, če lahko za čas obiska odide v drug prostor, da zagotovijo malo zasebnosti. Uporabniki sami pa niti ne izražajo kakšne dodatne želje po tem, da bi počeli kakšne posebne aktivnosti v času obiskov in skupaj s svojci. Večinoma so bili zadovoljni z obiski in tem, kako so ti potekali. Socialna delavka M. opozarja na dejstvo, da moramo tudi potrebo po druženju opazovati v kontekstu zdravstvenega stanja in fizične kondicije uporabnika. Ker so po eni strani ti obiski tudi utrujajoči za bolnike. Sicer ne za vse, ampak za nekatere pa vendarle. Za tiste, ki so zelo v dobri kondiciji, ni problem, za tiste, ki pa so zaradi bolezni utrujeni, je preveč obiskov le obremenitev in težko prenesejo dejstvo, da imajo nenehno nekoga tam. Vezi med bolnikom in svojci ter ostalimi ljudmi, ki so mu blizu, se namreč lahko v času bivanja v negovalni bolnišnici tudi okrepijo, ravno zaradi tega rednega obiskovanja. Bolniška soba lahko postane kraj zbiranja različnih ljudi, ki jih družijo simpatija do bolnika, zopet se obnovijo stara prijateljstva, stkejo se lahko tudi nove vezi. Med uporabniki in njihovimi svojci v isti sobi so se stakla celo nova prijateljstva, obiski obeh

bolnikov so včasih postali pravi družabni dogodek med dvema družinama. Med obiski se ljudje predvsem pogovarjajo, grejo na kavo, v park in podobno. Kljub temu da se vse skupaj zdi zelo skopo, pa so ljudje s tem zadovoljni in si niti ne želijo dodatnih ponudb za obiskovalce ter drugih aktivnosti za čas obiskov. Ker so obiski na tej ravni v veliki večini najboljša izbira in prilagoditev za večino uporabnikov in kot taki ustrezajo fizični in psihični kondiciji, v kateri bolniki v času bivanja v negovalni bolnišnici dejansko so. Običajno se začnejo v bolniški postelji, nadaljujejo s sedenjem za mizo, vrhunec pa dosežejo s sprehodom po hodniku, do kavomata ali v park.

Potreba po stikih in druženju je slabše zadovoljena, če so odnosi, ki jih uporabnik v času bivanja vzpostavi z zaposlenimi, zgolj formalni. Nihče se ne počuti dobro 24 ur na dan med ljudmi, s katerimi ima vzpostavljeno veliko čustveno distanco. Tendencia k normativnim stikom se je pričakovano pojavila tudi v negovalni bolnišnici. Uporabniki pripovedujejo, da so se zaposleni, kljub dobremu delu in vsemu humorju, ki so ga premogli, pri skrbi za bolnika vendarle držali določenih meja. Uporabniki pravijo, da so se sicer počutili sprejete s strani zaposlenih, vendar se na popolnoma osebno raven in k oblikovanju globokih prijateljstev na individualni ravni pa le niso spuščali. Zaposleni so le držali tisto osebno in poklicno mejo. »Službena« prijateljstva se v situaciji uporabnikov v negovalni bolnišnici in času, ki ga preživijo tam, zdijo najbolj primerna in najbolj koristna. S tem se strinjajo vsi, tako zaposleni, uporabniki kot svojci. Službenih prijateljstev je bilo veliko, zlasti so se stkale naveze med bolniki in zaposlenimi, ki so največ delali z njimi – torej tistimi, ki jih večkrat na dan umivajo in hranijo, kar so srednje medicinske sestre. Tudi zaposleni so več ali manj prepričani, da so držali neko distanco do bolnikov, se izogibali prijateljskih stikov – že zaradi profesionalnega odnosa in osebnih razlogov (če se preveč čustveno vpletaš v tuje probleme pregoriš, razlike so bile tudi v letih – mladi zaposleni, stari uporabniki). Večina zaposlenih je uspešno ločevala službo in zasebno življenje. Vprašanje tudi je, kako trdna prijateljstva se lahko stkejo v tistem enem mesecu bolnišnične dobe. Vendar sem kljub temu v zgodbah (zlasti uporabnikov) zasledila sledi preraščanja normativnih stikov v nekaj več – na primer, ko so zaposleni povabili uporabnike, naj vzdržujejo stike z njimi po odhodu domov, naj se še kdaj javijo, pokličejo, pišejo – kar uporabniki pogosto res storijo. Če bi bili njihovi odnosi zgolj in strogo formalni, se to ne bi dogajalo.

Pomemben element zadovoljevanja potrebe po stikih in druženju so tudi podporni stiki, ki se pojavljajo tako med uporabniki in zaposlenimi kot tudi med uporabniki samimi. Po pripovedovanjih ljudi se običajno bolniki, ki so v isti sobi, med seboj dobro razumejo,

komunicirajo med sabo in se tudi podpirajo, fizično in psihično, kot so pač zmožni. Uporabniki razpravljajo o svoji bolezni in drugih stvareh, tudi težavah. Bolniki se najboljše razumejo s tistimi, s katerimi si imajo veliko za povedati, torej imajo podobne interese in težave, diskutirajo predvsem o svojem bolezenskem stanju. Podporni stiki prihajajo tudi s strani osebja, to so zlasti majhne usluge, ki bolnikom veliko pomenijo. Te običajno delajo manj »pomembni« zaposleni, a so najbolj cenjene – na primer čistilke in strežnice, ki najhitreje najdejo stik z bolniki. Zaposleni tako uporabnikom kot svojcem veliko pomagajo z različnimi nasveti, svetujejo jim fizioterapevti, delovni terapevti, medicinske sestre – te predvsem, kar se tiče same zdravstvene nege. Slednji so svojce vedno pripravljene podučiti. Po potrebi uporabniki dobijo tudi čustveno oporo, ker največ z njimi delajo medicinske sestre, se uporabniki obračajo največ na njih, njim tudi najbolj zaupajo in največ povejo. Na voljo pa jim je tudi socialna delavka in tudi vsi zdravstveni delavci, ki jim izkazujejo podporo in si vzamejo čas za pogovor z uporabniki, kolikor se da.

Uporabnik v negovalni bolnišnici od vseh vrst stikov, ki jih človek lahko vzpostavi s sočlovekom, najbolj potrebuje ravno podporne stike. Predvsem zato, da si čustveno opomore od hudega stresa, ki ga je povzročila sama bolezen. Pomanjkanje podpornih stikov hitro začutijo tudi svojci in jih kruta realnost brez sočutja strokovnih delavcev lahko močno potre. Na primer žena uporabnika, ga. K., pravi: *»... so meni rekli, gospa, saj nič ne bo od njega zaradi težkih poškodb ... nobeno nadaljevanje z rehabilitacijo ni smiselno, ker se stvari ne bodo izboljšale. Kar se mi zdi zelo narobe, da zdravnik kar tako reče.«* Podporni stiki se izkažejo izjemno potrebni tudi v situacijah, ko se mora uporabnik navaditi na novo zdravstveno stanje po bolezni ali poškodbi, ki bo morda doživljenjsko in je zaradi tega lahko zelo prizadet, negotov, se zapira vase. Osebje negovalne bolnišnice se zdi sposobno te stiske prepoznati in uporabnika pomiriti ter počasi pripraviti na novo življenje in družbeno reintegracijo. Veliko so naredili s svojim odnosom, pa tudi s poudarkom na tem, da so dali bolnikom vedeti, da oni sprejemajo njihovo zdravstveno stanje, da bolniki nikoli niso problem za njih in da ne smejo zato niti biti problem sebi. Uporabnikom so dali občutek varnosti, zaupanja, da jih bodo s svojimi postopki uredili do te mere, kot si sami želijo.

Ker je v negovalni bolnišnici predvsem starejša populacija, mnogi uporabniki pa izhajajo še iz tradicionalno vernih družin, v bolnišnico povabijo tudi duhovnika, ki se z uporabniki po potrebi pogovori in je v tem primeru on tisti, ki uporabnike podpre. Študentka tudi opaža, da je med uporabniki prisotna potreba po še več čustvene podpore in pogovorov s strani zaposlenih, a je slednje težko izvedljivo, ker je kadra premalo, da bi se lahko pogovarjali z

vsakim dovolj časa. Da uporabniki čutijo podporo pri zaposlenih, je pomembno za njihovo dobro počutje in tudi nadaljnji potek rehabilitacije. Kot del podpornih stikov, ki se pojavljajo v negovalni bolnišnici, lahko štejemo tudi izmenjavo informacij, na primer svoji in uporabniki so si delili nasvete glede fizioterapije, kje in kako dobiti dobro dodatno storitev rehabilitacije.

Med uporabniki v negovalni bolnišnici se pojavijo tudi usodni stiki. Stari ljudje potrebujejo veliko pogovora in s pogovori se stkejo velika prijateljstva, tudi med zaposlenimi in bolniki, predvsem pa med bolniki samimi. Zlasti med pacienti se ustvarjajo prijateljstva, ki trajajo tudi po odhodu domov. Uporabniki nove prijatelje nato kličejo po telefonu, se obiskujejo in podobno. Nastanek usodnih stikov je pričakovano, ker uporabniki pogosto navajajo, da so imeli vsaj eno osebo v negovalni bolnišnici, s katero so se dobro razumeli. Prisotnost usodnih stikov med bolniki potrjujejo tudi zaposleni. Tenkočutnost in pozornost zaposlenih, ter resničen posluš za uporabnike, dokazuje tudi zgodba o prijateljstvu, ki jo je povedala ga. socialna delavka in dokazuje, kako veliko vrednost ima vsako prijateljstvo, zlasti tisto, ustvarjeno v stiski. Zgodba je resničen dogodek, ki se je zgodil v negovalni bolnišnici, ko sta dve stari gospe v isti sobi stkali tako trdno prijateljstvo, da po odhodu ene v dom nista zdržali druga brez druge. Tako je socialna delavka poklicala v dom za stare ljudi prve gospe, razložila situacijo in vodstvo lepo prosila, če bi lahko vzeli še drugo gospo in ju skupaj namestili v isto sobo. Želja se jima je uresničila in še danes sta prijateljici skupaj v isti sobi, v istem domu za stare ljudi.

V instituciji je za dobre medosebne odnose večkrat treba delati tudi na krepitvi družabnosti in uporabnike vzpodbuditi, ustvarjati priložnosti, da se družijo med seboj. Zdi se, da to negovalni bolnišnici kar dobro uspeva, čeprav bi seveda lahko bilo še boljše. Zlasti se odlična priložnost za sklepanje novih prijateljstev zdi že samo dejstvo, da uporabnik nikoli ni izoliran od preostalih ljudi – v najslabšem primeru (npr. da se ne more gibati) ima v sobi sostanovalca, ki je (vsaj po pripovedovanju zaposlenih) skrbno izbran. Pri tem upoštevajo, da imamo bolnike različnih starosti, obeh spolov, z različno umsko in fizično zmogljivostjo, nekateri zmorejo besedno komunikacijo, drugi ne. Kolikor je mogoče, zaposleni poskušajo dati takšne bolnike skupaj v sobo, da se ujamejo in tudi zmorejo med seboj komunicirati. Kot pravi eden od zaposlenih, težijo k temu, da ob vsakem sprejemu naredijo nekaj planiranja. In sicer da ugotovijo, kakšen je uporabnik, ki prihaja, z namenom, da so skupaj nameščeni pacienti približno iste starosti, enako pogovornjivi, približno podobno pokretni. Karakterno pa se prilagajajo kasneje, če je treba, med samo hospitalizacijo. Glede tega naj bi bili zelo skrbni.

Potem ima stavba tudi določene prostore, ki sami po sebi kličejo k druženju in medsebojnemu spoznavanju (zlasti popoldne, ko ni terapevtskih aktivnosti). Ta prostor je dnevni prostor in zlasti terasa, tam so se predvsem zadrževali kadilci in združevali svojo razvado s spoznavanjem novih ljudi. Kadilci so bili med bolniki tudi znani kot najbolj prijazni in družabni ljudje v bolnišnici. Da so prostori primerni za druženje, omenjajo tudi zaposleni. Družabnosti med uporabniki pa ne krepijo le strukturne značilnosti stavbe, ampak veliko na tem dela tudi osebje samo. Ti pripovedujejo, da delajo na tem, da bolnike čim več vodijo iz sobe, da se tako ne zadržujejo le tam v postelji, ampak pridejo še malo »med ljudi«. Združujejo jih tudi s tem, da jih povabijo, da sodelujejo skupaj pri različnih aktivnostih, po poročanjih zaposlenih se potem kar sami spoznajo in postanejo prijatelji. Kot vzpodbujevalci družabnosti pa delujejo tudi uporabniki sami. Na primer zlasti bolniki se spomnijo gospe (uporabnice), ki je imela vedno s seboj knjižico – sudoku – in je motivirala ostale paciente, naj ji pomagajo pri reševanju. Kot pravi g. D.: *»Pa me je začela spraševati, če znam to in to ... Takrat sem prvič začutil, da so v bolnišnici tudi ljudje, ki bi radi vzpostavili stik z drugim ...«* Ta gospa, bolnica s sudokujem, je bila splošno znana med ljudmi kot izjemno povezovalen, družaben človek, ki je ves čas uporabnike na balkonu motivirala in vzpodbujala.

Družabnost pa je omejena v primeru, da uporabniki slabo slišijo, se težko gibljejo, govorijo ali okrevajo po izjemno težki poškodbi, kar povzroča, da večino časa utrujeni prespijo. Uporabniki, ki so imeli v negovalni bolnišnici bolj površinske odnose z zaposlenimi in ostalimi uporabniki, so si potrebo po stikih pomagali uresničevati z obiski svojcev. Tisti, ki pa niti teh obiskov niso imeli, so bili lahko močno prikrajšani za druženje s soljudmi.

Zadnja potreba, ki jo imajo ljudje v instituciji, je potreba po umeščenosti in pripadnosti, ki jo je zelo težko definirati, ravno tako je težko najti pravo vprašanje o tej potrebi, na katerega bodo uporabniki znali odgovoriti oz. ne bo za njih pretežno in nesmiselno. Osredotočila sem se le na občutek pripadnosti, ki je v instituciji prisoten ali ga ni. Ugotovila sem, da se uporabniki sicer na trenutke počutijo kot skupnost (pacienti negovalne bolnišnice), vendar kljub temu neke posebne povezanosti med njimi ni, večinoma so vsak zase oz. v parih, če si najdejo prijatelja, s katerim se družijo večino časa. Razlog za to, da med njimi ni bilo neke kolektivne zavesti, je v tem, da tam ostanejo le en mesec, kar je premalo, da bi se vsi med sabo poznali, kot drugo pa so si tudi močno različni in v tako raznolikih zdravstvenih stanjih, ki zahtevajo določene prilagojene načine druženja, komuniciranja in povezovanja. Slednje je opazil tudi uporabnik, g. D.: *»Ne, mislim, da bolniki niso bili kako povezani med seboj, niti se*

*niso družili kaj dosti med sabo, ker so si bili tako različni. Vsak je bil bolj zase ...»* Vendar tudi da se z nekom pogovarjaš, še ne pomeni, da ga »vzameš za svojega in sebi enakega«. Določeni zaposleni so mnenja, da se uporabniki v negovalni bolnišnici počutijo kot del skupnosti, ker se hitro vključijo in navadijo na način življenja tukaj, uspešno komunicirajo, sodelujejo z zaposlenimi. Torej poznajo zaposlene, vedo, kaj kdo dela, se razumejo z ostalimi uporabniki (*»Dostikrat imamo zaposleni občutek, da se naši bolniki počutijo kot del nas, del naše ustanove, saj so vklopljeni v vse aktivnosti in obveznosti, ki potekajo tekom dneva.«*). Ker bolniki spremljajo vse, kar zaposleni delajo, poznajo vse, pridejo celo do kuhinje in prosijo kaj. Tako se domače počutijo, da po mnenju zaposlenih kar spadajo zraven negovalne bolnišnice. Študentka meni, da imajo bolniki občutek pripadnosti že samo zato, ker so tako lepo sprejeti med zaposlenimi (ki naj bi po pravilih uporabnika sprejeli kot fizično, psihično-duhovno in socialno bitje) in ker so zaposleni in uporabniki že tako navajeni eden na drugega in na medsebojno prisotnost. Drugi menijo, da se uporabniki počutijo del skupnosti v negovalni bolnišnici zato, ker se nanjo navežejo. Povezani so z zdravstvenim osebjem, torej medicinskimi sestrami, socialno delavko, z vsemi strokami: *»So povezani, tukaj se počutijo kot del skupnosti, definitivno.«* Vse skupaj kaže na neko vrsto pripadnosti ustanovi in skupnosti, ki je tam, a je to bolj neka začasna, bolj površinska pripadnost. Kar lahko vidimo tudi v pripovedovanju uporabnikov in svojcev, odnosi med njimi so bili, a iz različnih razlogov omejeni: *»Sicer smo sedeli skupaj, ampak se niti nismo poglobljali en v drugega, ...«* So pa se začenjala vzpostavljati neka pravila, ki običajno obstajajo v skupnosti, na primer kar se tiče sedežnega reda: *»Če se je kdo usedel za napačno mizo, je bilo že hudo ... Če sem jaz na primer posadila moža za mizo, kjer je bil običajno nekdo drug, so kar grdo gledali ...«* Iz tega lahko sklepamo, da če bi uporabniki v negovalni bolnišnici ostali še kakšen mesec dlje in bi bili zaradi zadovoljivega zdravstvenega stanja v pogostih kontaktih, bi se med njimi lahko razvil močan občutek zavesti o neki skupnosti in pripadnosti.

Ker so bili uporabniki v negovalni bolnišnici v preteklosti izpostavljeni težjim poškodbam in operacijam, je posledično njihovo fizično stanje primerno slabo. Zato se njihove potrebe v času bivanja v negovalni bolnišnici primerno skrčijo, psihosocialne potrebe pridejo morda bolj v ozadje, ker se zaradi same eksistencialne ogroženosti v preteklosti v ospredje samodejno postavijo fiziološke potrebe in zadovoljevanje le-teh – torej dihanje, izločanje, hranjenje, regeneracija telesa, rehabilitacija. Je pa negovalna bolnišnica ob enem tudi mesto, kjer se človekove potrebe začenjajo znova postavljati v obliko, ki smo je bili vajeni prej. Torej postajajo vidne tudi psihosocialne potrebe, zopet se vzpostavlja komunikacija s svojci in

drugimi ljudmi – človek se pripravlja na ponovni odhod v družbo. Kot je izpostavila ga. K., žena nekdanjega uporabnika negovalne bolnišnice: *»... je tudi moj mož že sam rekel, da dokler greš lahko na stranišče sam, se nimaš kaj za pritoževati.«* Kako zelo velik vpliv ima lahko fizična spremenjenost na psihično počutje uporabnika, je slikovito povedala tudi hči uporabnice, ga. A.: *»Prej je bila [njena mama op. a.] vedno urejena in ko je prišla na operacijo za rakom na mehurju, so ji odstranili mehur, dobila je vrečko in slednje je bilo za njo zelo hudo. Je tudi fizično oslabela in ta občutek nemoči jo je vlekel dol ... Ker to stranišče je bilo za njo vrhunskega pomena. Težave z izločanjem so za nekoga, ki je bil do sedaj zdrav, brez težav in popolnoma pri sebi, največja travma, ki jo lahko kdo doživi, to je grozno, da kar na enkrat pristaneš v plenicah. Vse bolečine in vse to se še prenese, ampak to, da si odvisen od nekoga pri izločanju, to je pa težko ...«*

#### KAKŠEN JE POMEN SOCIALNEGA DELA V NEGOVALNI BOLNIŠNICI Z VIDIKA UPORABNIKOV IN ZAPOSLENIH?

Uporabnike, zaposlene in svojce sem vprašala o tem, koliko so imeli bolniki v času bivanja v negovalni bolnišnici stika s socialnim delom in kaj jim predstavlja socialno delo v kontekstu omenjene ustanove. Ljudje so najpogosteje navedli, da socialna služba v negovalni bolnišnici skrbi za nastanitev uporabnika. Socialni delavci skušajo priskrbeti uporabnikom neko začasno ali pa stalno prebivališče. Po odpustu imajo bolniki različne želje, kam bi si želeli iti, nekateri želijo domov, drugi v nadaljnjo rehabilitacijo, torej Rehabilitacijski center Soča, kakšne toplice, k temu pristopajo v socialni službi zelo individualno. Tukaj ima zelo velik pomen tudi socialna delavka, ki se vedno poveže s svojci bolnika, s pacientom ter tudi ostalim zdravstvenim osebjem. Ravno tako je socialna služba zadolžena za uporabnikovo prihodnost, ki jo lahko pomaga načrtovati na različne načine. Na primer socialna delavka naj bi po pričakovanjih uporabnikovih svojcev z ostalimi zaposlenimi, bolnikom in svojci izvedla in zapisala individualni načrt, ki je tudi sicer omenjen v programu storitev ustanove. Namen tega načrta naj bi bil, da se bolniki in svojci seznanijo s tem, kaj se bo v tem mesecu hospitalizacije delalo in kakšni naj bi bili rezultati. Slednje naj bi bila pobuda socialnega dela, ker kot je mnenja svojka, ga. K.: *» v domu za stare naj bi imela to čez socialna delavka in situacija tukaj je primerljiva ...«*

Pri načrtovanju prihodnosti naj bi socialna delavka izkoristila svoje možnosti, spretnosti in pooblastila, da skupaj z uporabnikom najde najboljšo možno rešitev, ki bo všeč vsem

vpletenim v problem in rešitev, a zlasti in na prvem mestu uporabniku. Pri tem sodeluje tudi s svojci, kjer zagovarja uporabnikovo mnenje. Pri urejanju prihodnjega življenja uporabnika ne sodeluje le, kot že omenjeno, z uporabnikom in svojci, ampak tudi zunanji službami za pomoč ljudem, ki so bolni, s temi službami seznanjeni tudi uporabnika in svojce. Ker včasih gredo pacienti v domačo nego dokaj slabi in v slabi kondiciji. Tako da socialna služba organizira in pouči uporabnike o vseh teh možnostih pomoči, torej možnost patronaže in storitve pomoči na domu.

Socialna delavka sodeluje pri urejanju nastanitve za uporabnika in pri tem velja poudariti, da si večina bolnikov želi po odhodu iz negovalne bolnišnice oditi domov. Omenja pa tudi nove smernice in trende iskanja rešitev (katerih se skušajo držati tudi v negovalni bolnišnici) – ti so, da se uporabnike, če se le da, zopet namesti v domače okolje in se jih ne daje takoj v dom kot najboljšo možno rešitev za nastalo situacijo. To je zdaj trend in socialna delavka v negovalni bolnišnici se z njim popolnoma strinja. Meni, da je velikokrat treba le malo dodatne pomoči na domu pa gre.

Ko uporabnik želi na vsak način domov in socialna delavka ugotovi, da doma le nima toliko podpore, kot bi jo morda potreboval, izkoristi svojo sposobnost iskanja moči v uporabniku in predvsem z uporabnikom. Predvsem gre tukaj za iskanje ljudi, ki bi bili pripravljeni nuditi pomoč. Včasih je potrebno raziskovanje socialne mreže uporabnika – torej kdo in kako lahko uporabniku doma pomaga. Posredno in neposredno socialna delavka rešuje še naslednje problematike in vsakdanje težave in stiske bolnikov, ki jih skrbijo razne stvari – oblačila, hrana, obiski, zdravje, dom, denarne zadeve. Denar ima med uporabniki negovalne bolnišnice ključno vlogo preživetja, so namreč tudi ljudje, ki so zelo »na kratkem« z denarjem. Tu ima poglavitno vlogo socialni delavec, ki mora ustvariti načrt, ki bo omogočil uporabniku najboljšo kakovost življenja. Socialni delavec naj bi tako uporabniku pomagal organizirati njegovo obstojnost v družbi.

Ljudje so tudi in predvsem mnenja, da se socialni delavec veliko ukvarja s papirji in raznimi vlogami. Žena uporabnika, ga. K., opozarja: »... *socialni delavci ste postali uradniki!*« Sicer se med ljudmi ve, da je socialna delavka v pisarniško delo in delo z vlogami nekako prisiljena, ker je res veliko potrebe po urejanju namestitev v domovih za stare in se zavedajo, da tudi če bi želeli, socialni delavci skorajda ne pridejo do drugega dela, večjega stika z ljudmi kot sicer. Gospa K. še izraža strah pred prihodnostjo in usodo »pravega« socialnega dela: »Še posebej pa s temi novimi zakoni – strokovnega dela ne bo več ...«

Naloga socialne službe je tudi informiranje bolnikov in svojcev o možnosti nadaljnjega življenja in oskrbe, o tem, kje iskati dodatno pomoč, socialna delavka po potrebi da kontakte in naslove ljudi, ki se ukvarjajo s pomočjo na domu, dnevnihi centrov, domov za stare ljudi. S tem dobrim in učinkovitim podajanjem informacij poskrbi tudi za boljše počutje ljudi in zmanjšuje njihovo negotovost in stisko.

Drugače so uporabniki in njihovi svojci zadovoljni s storitvami socialnega dela, ki so jih deležni, pripomb niso izražali. Po njihovih izjavah so izkušnje s socialno službo lepe, prijetne in tople. Zadovoljstvo se kaže tudi v pohvalah, ki jih uporabniki pustijo v knjigi vtisov.

Ljudje so mnenja, da je pomoč socialne delavke v bolnišnici zelo dobrodošla in da ima ta velik pomen pri skupnem dobrem delu osebja v negovalni bolnišnici. Njeno delo se ljudem zdi cenjeno in predano, vseč jim je, da je opravljeno vestno. Tudi ostali zaposleni menijo, da ima socialna delavka v negovalni bolnišnici zelo velik pomen, vloga socialnega dela v negovalni bolnišnici pa je izredno velika. Je pa socialna delavka, ki je sama s te stroke, v ustanovi pogosto preobremenjena, zlasti z delom s papirji, ki ji jemlje čas za osebni stik s pacienti. Posledica je manj kakovostno delo socialne službe, kot bi lahko bilo. Kot meni sama: *»Dostikrat žal lahko delam le najnujnejše stvari v okviru urejanja DSO in vse, kar je s tem povezano, časa za sam pogovor z uporabniki pa pogosto zmanjka ...«*

Pogosto zlasti uporabniki in študentke izražajo, da socialno delo poznajo premalo in da jim njegova vloga ni čisto jasna. Vzrok je verjetno slaba komunikacija tako med uporabniki in socialno službo kot med socialno službo in ostalimi zaposlenimi ter ostalimi zaposlenimi in uporabniki, ker informacije ne krožijo, kot bi morale. Kar se tiče slabega poznavanja socialnega dela med uporabniki, je slednje najverjetneje posledica preobremenjenosti socialne delavke z birokratskim delom ter posledično premalo stika z bolniki. Lahko je tudi neke vrste posreden dokaz, da se še vedno vse preveč odloča preko svojcev – saj ti vsi veliko boljše poznajo socialno službo, vedo, kdo tam dela, kaj je njena naloga in se tudi vedno oglasijo pri njej.

Naloga socialne delavke je tudi izboljševanje kakovosti življenja uporabnikov. To počnejo tako, da delajo s svojci uporabnikov, z namenom celostne obravnave uporabnika sodelujejo tudi z ostalimi zaposlenimi, uporabniku nudijo psihosocialno podporo, so njegovi zagovorniki ter mu nudijo informacije (informiranje). Delo s svojci je pomembno za to, da informacije krožijo od uporabnika do zaposlenih in svojcev v vse smeri. Tako se lahko dela le najboljše in se ne spregleda nobenega pomembnega dejstva. Ko uporabnik pride v negovalno bolnišnico

in se tam prvič oglasijo svojci, jih ostali zaposleni vedno pošljejo v pisarno socialne delavke, kjer se pogovorijo o tem, kakšne so možnosti za naprej, kakšne so želje bolnika samega in kako si rešitev situacije predstavljajo svojci. Socialna delavka je tudi neke vrste mediator, usklajevalec želja, ko pride do konfliktov med uporabniki in njihovimi svojci. V primeru, da je bolnik fizično ali ekonomsko odvisen od njih in njihovega mnenja moremo (ne smemo) izključiti. Problem se pojavi, ko si svojci in bolnik nasprotujejo z mnenji. Socialna delavka pravi, da pri tem težijo k upoštevanju želje uporabnika v največji meri, če je priseben oz. sposoben to izraziti in delajo na tem, da se mu ta želja uresniči. Načeloma pa se dela na tem, da se bolniki in svojci sami dogovorijo in najdejo primerno rešitev. Če jim to ne uspe, morajo zaposleni igrati vlogo mediatorja. To naj bi bila naloga vseh zaposlenih, ampak običajno ljudi, ki se ne morejo dogovoriti, več ali manj napotijo kar v socialno službo k socialni delavki: *»Zdravnica jih pošlje kar k meni, tako da imam tukaj jaz večji delež, ko do kakšnega takšnega problema pride.«* Slednje je pogosto težka in občutljiva naloga. Izredno pomembno je torej sodelovanje socialne službe s svojci, kajti svojci so pomemben člen socialne mreže starega človeka, pogosto so stari ljudje od teh svojih svojcev tudi materialno, stanovanjsko ali kako drugače fizično odvisni. Omeniti velja tudi čustveno navezanost in povezanost med generacijami, ki se je ne da kar tako zanemariti.

Socialna delavka poskuša doseči, da se želje uporabnikov in svojcev uskladijo, čeprav je včasih težko. Izredno pomembno je sodelovanje tudi v primeru, da bolnik stalno ali začasno ne more odločati zase, ker je bolezen pustila tako hude posledice. V tem primeru potrebujemo svojca kot skrbnika, torej kot nekoga, ki bo v dobro uporabnika sprejemal odločitve.

Socialna delavka je tudi pomemben vezni člen med svojci in ostalimi zaposlenimi (medicinskimi sestrami, zdravniki, fizioterapevti, delovnimi terapevti), ker so svojci navajeni, da komunicirajo zlasti s to gospo socialno delavko, ki tudi predstavlja neke vrste povezavo bolnišnice z zunanjim svetom. Slednje se uporabnikom, svojcem in zaposlenim zdi še najboljše, najbolj učinkovito in ekonomično. Socialna delavka je tudi mnenja, da njej svojci najbolj zaupajo, tudi zato, ker obstaja v bolnišnici neko nenapisano pravilo, da takoj, ko se kaj zgodi, tudi ostali zaposleni pošljejo svojce v pisarno socialne delavke, da se pomenijo.

Socialna delavka naj bi bila tudi pomembna za pretok informacij, ker so pri enih lažje in pri drugih zaposlenih težje dostopne. Ostali zaposleni namreč niti nimajo navade kaj veliko komunicirati s svojci bolnikov in z njimi reševati določeno problematiko, to več kot očitno prepuščajo socialni delavki.

Socialna delavka mnenje svojcev tudi predstavi na timskih sestankih zaposlenih v negovalni bolnišnici. Na teh sestankih tudi predstavi vidik in mnenje, pričakovanja in skrbi svojcev glede omenjenega ...

Popolnoma vsi anketirani so bili mnenja, da so stiki socialne delavke s svojci izredno pomembni. Tudi za prihodnost uporabnika, saj socialna delavka iz izkušenj svojce vedno lepo opozori, naj razmišljajo tudi o prihodnosti in po potrebi (preventivno) morda oddajo kakšno prošnjo za dom za stare ljudi.

Ljudje, ki prihajajo v stik s socialno delavko v negovalni bolnišnici, so tudi opozorili, da je pomembno, da socialna delavka vsaj enkrat govori s svojci, tako se v primeru skritih nesoglasij v družini začne situacijo reševati in s tem se omogoči varno okolje za uporabnika, ko se ta vrne domov. Socialni delavec namreč lahko prepozna določene probleme v družini, ki jih nato poskusijo skupaj razrešiti in s tem omogočiti vsem vpletenim bolj kakovostno življenje. Ko se socialni delavec odloči za iskanje najprimernejših rešitev za uporabnika, se mora posvetovati tudi s svojci, da ugotovi, kakšno je stanje v družini in kakšni so medsebojni odnosi. Tudi to, ali je varno ali ne, da kdo od svojcev prevzame odgovornost za uporabnika.

Socialni delavec poleg s svojci uporabnikov in uporabniki samimi sodeluje tudi z ostalimi zaposlenimi, in sicer na timskih sestankih in kolegijih negovalne bolnišnice doda svoje socialno-delovno mnenje in se vključi v pisanje delovnega načrta za paciente.

Socialna delavka mora sodelovati z vsemi zaposlenimi. Predvsem veliko z zdravnico, ker se z njo skupaj največ dogovarjata glede odpusta bolnikov. Zdravnica pove svoje strokovno mnenje, kdaj bi bil pacient lahko tako sposoben, stabilen, da bi ga lahko spustili v domačo oskrbo. Vedeti mora, ali gre uporabnik domov ali v dom in potem na podlagi tega dati navodila. Torej če svojci vztrajajo in si tudi človek želi iti domov, je tukaj potrebne cel kup edukacije. Torej da se naučijo meriti sladkor, dajati inzulin, če ga mora nekdo jemati. Vse svojce tukaj naučijo, jih pokličejo in imajo potem tudi nekakšen timski sestanek. Na tem sestanku skupaj s svojci jim potem vsak od zaposlenih razloži svoj del. Na primer socialna delavka pove, kje lahko iščejo pomoč in podporo pri negi na domu, potem pa jih sestre naučijo praktičnih stvari – kako pacienta preobleči, kako uporabljati pripomočke in kje jih kupiti ter podobno. Ko jih tako pripravimo, zdravnica da zeleno luč za odhod domov. To je proces, kjer morajo sodelovati vsi zaposleni skupaj. Sodelovanje je zelo pomembno, saj le skozi celostno obravnavo lahko uporabniki in svojci ter tudi zaposleni pridobijo vse informacije. Tako lahko najbolj kakovostno izpolnjujejo pacientove zahteve.

Po pripovedovanju uporabnikov socialna delavka nudi ljudem tudi psihosocialno podporo, pogovor in je na voljo v primeru čustvenih stisk in morebitnih nerazrešenih konfliktov iz preteklosti. Ravno tako socialni delavec nudi prave informacije in pomaga pri odločanju za dom, kar zagotovo ni lahka odločitev in pri ljudeh vzbuja številna mešana, zlasti pa negativna čustva. Kot pravi ga. A.: *»Socialna delavka nama je pomagala oblikovati nov odnos do doma za stare in teh oblik pomoči ...«*

Ljudje imajo o socialnem delu v negovalni bolnišnici mnenje, da ima drugačno vlogo in naloge kot ostale službe in poklici. Socialni delavec po njihovi oceni rešuje psihosocialno problematiko uporabnika, ostali zaposleni pa bolj fizično ... Slednje socialni službi negovalne bolnišnice po oceni uporabnikov in svojcev kar dobro uspeva. Ena od svojek je poseben odnos socialne delavke do zaposlenih opisala takole: *»... sem imela fajn občutek, torej da ima mama še nekoga tam dopoldne, ko mene ni. In to je bila socialna delavka, ki je bila tam namesto mene in zastopala interese mame in so tudi oni vedeli, da nekdo za njo stoji ...«* Ljudje so torej socialno delavko resnično videli kot zagovornico bolnika, tudi kot nekoga, ki mnenje in želje uporabnika predstavlja ostalim zaposlenim in njegovim svojcem. Socialna delavka se trudi, da dobi bolnik resnično občutek, da je slišan in razumljen, da so ostalo osebje in ona na njegovi strani, mu poskuša pomagati po najboljših močeh, da upošteva njegove želje. Kot pravi sama je, če se le da, na strani uporabnika (*»moram biti in hočem biti«*). Meni, da ima tudi malce drugačen pogled na uporabnike kot ostali zaposleni (iz drugih strok). Včasih jo kakšne stvari pri medicinskih sestrah tudi zmotijo, ko se ji zazdi, da te nimajo nekega takega čuta za uporabnika (na primer pri zadevi s stoli in stalnim uporabnikovim mestom za mizo v dnevnem prostoru), določene stvari, ki so pomembne za uporabnike, a se meni zdijo logične, njim (med. sestram) pa nepomembne: *»Takim ljudem malenkosti veliko pomenijo in jaz se tega, kot socialna delavka zavedam. Sicer so pa tudi sestre do tega zelo razumevajoče, nič ne rečem. One gledajo vendarle iz svojega stališča, jaz pa iz svojega ...«*

Socialni delavec ima v negovalni bolnišnici nekoliko drugačno vlogo kot v ostalih bolnišnicah (kot je npr. UKC). Razlika je v tem, da, kot je pojasnila socialna delavka M., v negovalni bolnišnici mora socialna delavka obravnavati vsakega uporabnika, ki pride, ni tako kot v Kliničnem centru, ko pride do socialne delavke le tisti, ki takoj potrebuje ureditev domskega varstva ali pa da se socialne zadeve kakor koli zakomplicirajo. Tukaj pa vse uporabnike obravnava socialna služba, ne glede na to, ali imajo ali nimajo urejene socialne in stanovanjske problematike. Je pa res, da veliko uporabnikov v UKC socialna služba ne obravnava iz različnih razlogov, predvsem zato, ker jih ne pokličejo, čeprav bi to bilo

potrebno – socialne delavke lahko aktivirajo le drugi zaposleni (npr. zdravniki). Socialna oskrba je tam na drugem mestu. Tukaj v negovalni bolnišnici pa se socialna delavka ukvarja z vsakim pacientom, ki pride, in ni treba, da je klicana s strani medicinskih služb. Tu je tudi neka podobnost s socialnim delom v domu za stare. Razen tega, da socialne delavke v domu organizirajo še razne delavnice, tega gospa iz socialne službe negovalne bolnišnice ne dela. Iz povedanega bi lahko sklepali, da socialno delo v negovalni bolnišnici ni čisto tipično bolnišnično socialno delo, mu pa je v veliko vidikih zelo podobno.

## 5. RAZPRAVA

Namen mojega raziskovanja je bil s pomočjo mnenj in pogledov različnih ljudi, ki prihajajo v stik z negovalno bolnišnico (uporabniki, zaposleni, svojci bolnikov), ugotoviti, ali so v negovalni bolnišnici prisotni poleg medicinskih tudi elementi socialne usmeritve institucije. Raziskati sem želela njihov pogled na ustanovo kot tako in iz njihovega mnenja razbrati, kakšne so potrebe uporabnikov negovalne bolnišnice in kako zaposleni na njih odgovarjajo. Želela sem v povezavi z vprašanjem o socialni in medicinski usmeritvi ustanove ugotoviti tudi, kakšen je pomen socialnega dela v negovalni bolnišnici, kot ga vidijo uporabniki, njihovi svojci in zaposleni.

Raziskave sem se lotila na kvalitativni način, ker se mi je to zdelo glede na izbrano problematiko najbolj primerno. Ravno tako je kvalitativni način bil pravzaprav edini možen, kajti glede na prepoved izvajanja raziskav na pacientih negovalne bolnišnice bi izredno težko dobila zadovoljivo število kandidatov za izpolnjevanje kvantitativnega vprašalnika izven institucije (po odpustu). Kar sem z raziskavo ugotovila, niso nespremenljive lastnosti objektivnega pojava, ampak moje lastno videnje tega, kar se v negovalni bolnišnici dogaja. Niti se mojega postopka analize ne da v konkretnem primeru mehanično ponoviti (Mesec 2007: 28). Ravno tako pridobljenih informacij in podatkov ne morem posplošiti na celotno populacijo (na vse uporabnike negovalne bolnišnice v Ljubljani). Raziskava je bila težje izvedljiva zaradi pravil UKC glede dostopa in delanja raziskav na uporabnikih (bolnikih), kar je po eni strani razumljivo, po drugi strani pa ovira številne mlade študente različnih strok pri raziskovanju življenjskega sveta, potreb in težav bolnikov.

Zelo pomembno je poudariti, da sta bili svojki, s katerima sem naredila intervju, obe zelo visoko izobraženi in sta mi dali o negovalni bolnišnici zelo kakovostno in že deloma z vidika določenih teorij in vidikov dodelano informacijo. Ravno tako moramo imeti v mislih, da so uporabniki v negovalni bolnišnici v različnih zdravstvenih stanjih, okrevajo po različnih boleznih in poškodbah. Zagotovo negovalno bolnišnico dojemajo drugače pacienti, ki so gibljivi, se lahko vključijo v dogajanje kot tisti, ki imajo demenco ali okrevajo po možganski kapi (omejene kognitivne funkcije, težave z govorom ipd.).

Ravno tako sem naredila intervjuje z uporabniki v domačem okolju, ne v bolnišničnem, tako da je lahko tudi to vplivalo na njihove odgovore.

Med analiziranjem intervjujev sem takoj opazila, da imajo zaposleni iz različnih strok (zdravstva in socialnega dela) zelo drugačen pogled na ustanovo kot tako. Medicinski profili močno težijo k opisovanju negovalne bolnišnice in medicinskega vidika, izrazito poudarjajo elemente medicinske usmerjenosti. Medtem ko socialna delavka in nekatere študentke bolnišnico vidijo drugače, ter med medicinskimi elementi opazijo in poudarijo številne socialne elemente, ki jih morda v tej vrsti ustanove niti ne bi pričakovali, a so le prisotni, če bolj pozorno pogledamo.

Negovalna bolnišnica ima, tako kot vse ustanove, dinamične elemente socialne in medicinske usmerjenosti. Že po imenu »bolnišnica« lahko pričakujemo nešteto elementov medicinske usmerjenosti. Elementi socialne usmeritve, ki sem jih našla v negovalni bolnišnici, so bili številni. Dobra notranja ureditev, ki je eden od teh elementov, se v negovalni bolnišnici izraža s tem, da ima le-ta veliko arhitekturnih značilnosti, ki so uporabnikom prijetne. Na primer, da ni prostorske stiske, da sta v eni sobi le dve postelji, stene sob so okrašene s slikami in izdelki uporabnikov, sobe imajo televizijo, na voljo je tudi knjižnica za izposojajo knjig, telovadnica in dnevni prostor, ki je ob času obrokov tudi jedilnica, kar pa uporabnikov ne moti. Prostorji so tudi obnovljeni, določenim ljudem vzbujajo celo občutek domačnosti, notranji videz ustanove je boljši od zunanjšega, za kar so veliko zaslužni tudi zaposleni sami, ki so iz danih možnosti naredili največ. Negovalna bolnišnica ima tudi teraso, ki je neke vrste družabni prostor, prostori so dokaj lepo urejeni, svetli, prostorni, uporabnikom slednje vzbujajo prijetna čustva in se v njih dobro počutijo. Negovalna bolnišnica ima tudi prilagojene prostore za uporabnike, ki potrebujejo posebno pomoč pri bivanju in vsakdanjem življenju, uporabnikom izredno ustreza tudi hodnik, ki je dober za sprehode, jedilnica, kjer lahko tudi klepetajo in se družijo med uživanjem hrane. Drugi element socialne usmerjenosti je lokacija ustanove, ki je boljša kot v preostalih bolnišnicah, lahko dostopna, obdana z vrtom, zelenjem, drevesi, reko, rožami. Ustanova je ravno tako odprta za zunanji svet, kar se kaže v tem, da imajo uporabniki možnost odhoda domov, da spet vidijo svoje domače ter poskusijo, kako bo videti življenje po odpustu in se nanj po potrebi dodatno pripravijo, tako psihično kot organizacijsko in tehnično. Vikend izhodi so priporočeni s strani zaposlenih, če so le možni. Upabnikom se tudi ne brani, da ob primernem spremstvu (zaradi nevarnosti padcev in podobnih nevarnosti) zapustijo bolnišnico in urejajo določene zadeve, na primer na banki in podobno. Ustanova sama je odprta ljudem iz zunanjšega sveta, da pridejo in se družijo z uporabniki. Ti ljudje so svojci, prostovoljci, duhovnik, pedikerka, manikerka, frizerka, fotograf, referent iz upravne enote. Ure obiskov so sicer določene, a se jih da prilagajati (fleksibilnost). Socialno

usmerjenost ustanove, ki se kaže v naklonjenosti obiskom, dokazujejo trditve svojcev uporabnikov, ki pravijo, da obiski zaposlenim niso bili odveč, ampak so jih celo spodbujali – tudi z namenom, da se razbremenijo osebje. Elementi socialne usmerjenosti so tudi kakovostni stiki s svojci. Ti so pogojeni z zadovoljivim številom ur, ki so na voljo uporabnikom in svojcem za obiske. Čas obiskov je sicer omejen na popoldan, z možnostjo individualnega dogovarjanja za izjeme. Kar si »zdravi« ljudje predstavljamo kot »kakovostne stike s svojci«, je v nasprotju s tem, kar pojem pomeni uporabnikom negovalne bolnišnice, ki imajo v trenutkih okrevanja drugačne potrebe in jim že malenkosti, ki jih zmorejo po dolgotrajnem ležanju, pomenijo veliko. Tako so bili uporabniki zadovoljni, če so lahko le klepetali s svojci in odšli na sprehod na vrt ali do kavomata na kavo. Na socialno usmeritev ustanove kažejo tudi dobri medsebojni odnosi in ugodna hierarhija moči za uporabnika. Prisotna je tudi podpora osebja in njihove skrbi za bolnikovo dobro počutje (skrb za zasebnost, za dobre odnose s sobolniki). Zaposleni podpirajo uporabnike s tem, da so do njih korektni, človeški, empatični. Podpora med uporabniki samimi je prisotna in je ravno tako znak socialne umerjenosti institucije. Uporabniki se med seboj večinoma dobro razumejo, do konfliktov ne prihaja, kvečjemu si med seboj pomagajo – dajejo nasvete, emocionalno in fizično podporo. Od socialnih elementov usmerjenosti institucije je prisotna tudi skrb za samega sebe oz. za druge. Nekateri bolniki si resnično želijo v čim boljšem stanju oditi domov, za to tudi veliko naredijo in hitro najdejo aktivnost, ki jih sprošča, da se zanimajo za svoje zdravje in iščejo pomoč, ko je to potrebno, se pogovorijo z nekom, neutrudno telovadijo. Prisotna je tudi skrb za drugega – se zanimajo za zdravstveno stanje svojih sostanovalcev, pokličejo medicinsko osebje po potrebi, nudijo sočutje. To skrb bi lahko opisali tudi kot primitivni vzgib po solidarnosti med ljudmi, ki se vedno pojavi, ko se človek znajde v težki situaciji. Zaposleni naj bi tudi imeli občutek za delo z uporabniki – ljudje jih opisujejo kot potrpežljive, vljudne, korektne, spoštljive, kot strokovnjake, ki uporabnike jemljejo kot celostne osebnosti ter v svoje delo vnašajo pravo mero humorja, da se sprosti ozračje, v katerem oni delajo in pacienti bivajo. Skrbijo za zasebnost pacientov, skrbijo za njihov napredek in jih ne pomilujejo ali so do njih pokroviteljski, dajo jim možnost izbire in to spoštujejo. Da imajo zaposleni čut za sočloveka, pričajo številne zgodbe tako zaposlenih kot uporabnikov. Prilagajanje individualnim potrebam posameznika je vidno takrat, ko uporabnike vprašajo, kaj potrebujejo, in odločitve temeljijo na njihovih interesih. Čas obiskov je daljši kot v običajnih bolnišnicah, navajajo uporabniki, ravno tako je veliko bolj fleksibilen in prilagojen uporabnikom ter njihovim svojcem. Zaposleni navajajo, da se uporabnikom posvetijo v celoti, prilagodijo način dela njihovim potrebam. Kar se tiče izražanja čustev, uporabniki najpogosteje izražajo

čustvo hvaležnosti, pohvalijo tudi delo zaposlenih. Ne izražajo le pohval in pritožb, določeni se tudi bolj odprejo in zaposlenim zaupajo svoja globlja čustva. Avtonomija se v negovalni bolnišnici izraža kot upoštevanje uporabnikov. Spreminjanje sistema, kot element socialne usmerjenosti, se v negovalni bolnišnici kaže kot ravnovesje med institucionalnimi pravili in potrebami uporabnikov. Kar pomeni, da uporabniki pravila bolnišnice ne navajajo kot stroga, omejujoča, ravno tako so fleksibilna. Delovni dan in aktivnosti potekajo skladno s potrebami uporabnika in skrbjo za njegovo dobro počutje. Uporabniki navajajo, da se bolnišničnih pravil tukaj ne držijo tako strogo kot ostale bolnišnice. Ravno tako je za uporabnika poskrbljeno celostno, ne le za njegove fiziološke potrebe, kot bi pričakovali, ampak tudi za njegove psihosocialne potrebe. Torej se ne sledi le planu rehabilitacije, ampak se tudi prisluhne problemom in potrebam uporabnika, ki niso fizične narave. Del spreminjanja sistema je tudi ne tako toga organizacija. Slednje se nanaša na organizacijo dela, ki je v negovalni bolnišnici po pripovedovanju nekaterih fleksibilna, kolikor se v določenem okolju da. Tudi dejstvo, da je v negovalni bolnišnici manj osebja, kot bi ga potrebovali, je razlog, da delo ni tako togo razdeljeno, ampak si morajo zaposleni pomagati med seboj. Del spreminjanja sistema je tudi omogočena zasebnost. Uporabniki so zadovoljni z zasebnostjo, ki jo imajo. Ni nujno, da so sami v sobi, da se počutijo dobro, zaposleni menijo, da naredijo dovolj, da je ohranjena zasebnost uporabnika. Ravno tako je del spreminjanja sistema odsotnost formalnosti. Tako je v primeru, ko zaposleni pristopijo do bolnika kot ljudje in se z njim pogovarjajo kot človek s človekom in ne kot zaposleni z bolnikom. Med uporabniki in zaposlenimi v negovalni bolnišnici so se vzpostavile tudi neformalne vezi (ohranjajo stike tudi po končani hospitalizaciji).

Potrebe uporabnikov negovalne bolnišnice so podobne potrebam uporabnikov ostalih institucij, s to razliko, da so določene potrebe za zdaj še težje opazne, zanemarjene ali prikrite. Vzroki so različni, zagotovo pa na specifičnost potreb uporabnikov negovalne bolnišnice vpliva njihova starost (ljudje so stari, »mladih« skorajda ni) ter dejstvo, da so bili pred kratim izpostavljeni hudemu stresu, ki je nastal kot posledica resnejše bolezni, zaradi katere so bili hospitalizirani in nepričakovano postavljeni v novo, neznano okolje.

Ker so bili uporabniki v negovalni bolnišnici v preteklosti izpostavljeni težjim poškodbam in operacijam, je posledično njihovo fizično stanje primerno slabo. Zato se njihove potrebe v času bivanja v negovalni bolnišnici primerno skrčijo, psihosocialne potrebe pridejo morda bolj v ozadje, ker se zaradi same eksistencialne ogroženosti v preteklosti v ospredje samodejno postavijo fiziološke potrebe in zadovoljevanje le-teh – torej dihanje, izločanje,

hranjenje, regeneracija telesa, rehabilitacija. Je pa negovalna bolnišnica obenem tudi mesto, kjer se človekove potrebe začenjajo znova postavljati v obliko, ki smo je bili vajeni prej. Torej postajajo vidne tudi psihosocialne potrebe, zopet se vzpostavlja komunikacija s svojci in drugimi ljudmi – človek se pripravlja na ponovni odhod v družbo.

Med uporabniki negovalne bolnišnice je prisotna velika potreba po izogibanju institucionalizaciji in hospitalizaciji. Lahko bi rekla, da je ta potreba najbolj vidna in je celo dominantna nad nekaterimi drugimi potrebami – na primer skoraj popolnoma zasenči potrebo po urejenem vsakdanjem življenju, torej da se na primer sami zavzemajo za to, da bi dnevno imeli čim več fizioterapije in čim več razgibavanja (terapevtizacije prostega časa) z namenom, da se izognejo instituciji ter odidejo domov. Sicer je tudi potreba po urejenem vsakdanjem življenju prisotna, vendar je podrejena prvi. Zelo malo je ljudi, ki bi želeli iz negovalne bolnišnice oditi naprej v drugo institucijo. Kvečjemu tisti, ki si želijo oditi nekam, kjer se bodo dodatno rehabilitirali (Soča, toplice), a spet z namenom, da bodo kakovostno živeli izven ustanov in tisti, ki realno sprejmejo dejstvo, da je institucija (torej dom za stare ljudi) edina možnost v dani situaciji. Uporabniki sicer navajajo, da se v negovalni bolnišnici počutijo dobro, a si kljub temu želijo čim prej zaključiti zdravljenje in se vrniti v domače okolje. K temu, da se v negovalni bolnišnici določeni uporabniki tako dobro počutijo, je lahko pripomoglo tudi dejstvo, da so že nekako »navajeni« na bolnišnično okolje ali pa da pravzaprav od bolnišnic ne pričakujejo kaj dosti, ker so te vendarle namenjene »zdravljenju« in ne zabavi oz. dobremu počutju. Razloge za slabše počutje v negovalni bolnišnici se pripisuje še osamljenosti in pomanjkanju kadra. K temu, da uporabniki institucijo lažje sprejemajo in da potreba po deinstitutionalizaciji ni tako pereča, pripomore tudi ustreznost prostorov ter pozitivno zadovoljena potreba po bivališču. Zanimivo je, da so uporabniki tukaj kot pozitivne navedli določene lastnosti prostorov, ki bi jih sicer imeli za slabe, na primer velikokrat so uporabniki pohvalili hodnike, ki očitno v fazi okrevanja pomenijo uporabnikom nekaj dobrega, koristnega. Zanimivo je, da jemljejo dejstvo, da sta v sobi dva, kot prednost, kar je sicer res, če to sobo primerjamo z neko, ki ima notri več ljudi, nihče pa ne zahteva, da bi bil v sobi sam. Dejstvo, da imajo sostanovalca, jemljejo kot priložnost za medsebojno pomoč in druženje (zlasti tisti, ki ne morejo iz sobe v dnevni prostor). Kot dobro so navedli tudi zračnost, prisotnost glasbe na hodnikih in nezapletenost. Ravno tako stavba in prostori ne dajejo vsem občutka, da je tu potreba po bivališču najbolj ugodno izpolnjena. Na primer poleti je v teh prostorih neznosna vročina, stavba je stara, potrebna prenove, prostori so opremljeni s pohištvom, ki je tudi izposojeno z ostalih oddelkov ali prineseno s podstrešja.

Ravno tako določnim ljudem dvoposteljne sobe ne predstavljajo dovolj zasebnosti, ki bi jo bolniki potrebovali, bolniki nimajo prostorov, namenjenih opravljanju določenih hišnih opravil in ponovnega učenja gospodinjenja, privajanja na vsakdanje življenje, določeni menijo, da uporaba naštetih prostorov, ki jih negovalna bolnica ima, ni dovolj za kakovostno življenje uporabnikov. Izjave glede stavbe, njene ureditve in videza so zelo različne in si nasprotujejo, zato predvidevam, da vsak, ki pride v stik z negovalno bolnišnico, do ustanove vzpostavi tudi čustveni odnos, ki je odvisen predvsem od izkušnje boleznin in bivanja tam (tudi odnosov z zaposlenimi in ostalimi bolniki). Če uporabnikom in njihovim svojcem ustanova kot taka ne bi bila v takšno pomoč in izhod v sili, kot je sicer bila, bi od nje verjetno pričakovali več in bi bili lahko tudi bolj kritični. Kar je opazno že v tem, kako ustanovo opisujejo uporabniki in njihovi svojci ter zaposleni – kot lepo, urejeno (ker majno z njo pozitivno izkušnjo – tam delajo, so čustveno navezani nanjo, so tam vzpostavili lep odnos z zaposlenimi) ali pa kot manj prijetno, s pomanjkljivostmi, ki bi jih nujno bilo treba odpraviti (uporabnik po poškodbi možganov, ki je bil v negovalni bolnišnici v času, ko je bil slabšega zdravja, je težje funkcioniral, komuniciral, ter njegova žena) in kot povprečno ustanovo, s pozitivnimi in negativnimi lastnostmi, ki pravzaprav ne izstopa iz povprečja bolnišnic, kakršno mnenje prevladuje med študentkami zdravstvene nege, ki so tam preživele približno en mesec. Glede na pripovedovanja uporabnikov, svojcev in zaposlenih v negovalni bolnišnici lahko rečem, da imajo ljudje, ko pridejo enkrat v bolnišnico, drugačna pričakovanja kar se tiče zasebnosti kot ljudje izven bolnišnice. Ko je človek enkrat hospitaliziran, se pričakovanja glede kakovosti življenja in zadovoljevanja potreb hitro znižajo ali pa se spremenijo in uporabnik (na primer) zasebnosti niti ne potrebuje, ker tako zelo ceni dejstvo, da ima nekoga zraven sebe in ni sam. Zaposleni so mnenja, da je v ustanovi veliko kotičkov, kjer si lahko bolnik najde prostor in čas zase. Slednje je sicer res, vendar ni nujno, da to zadosti potrebam po zasebnosti čisto vsakega uporabnika v bolnišnici. Pomemben element pri ohranjanju zasebnosti je tudi zavest zaposlenih, da je treba potrebe uporabnikov spoštovati in jim pustiti čas zase, če nakažejo, da bi radi bili sami. Uporabniki negovalne bolnišnice imajo tudi potrebo po urejenem vsakdanjem življenju, ki pa je prilagojena dejstvu, da le niso doma ali v ustanovi, kjer bi pričakovali, da bodo živeli daljše obdobje. Zato so tudi njihova pričakovanja nižja in je potreba bolj prikrita. Na slednje kaže tudi dejstvo, da si uporabniki negovalne bolnišnice dejansko želijo terapevtizacije prostega časa in jo jemljejo kot nekaj pozitivnega, kot nujni del njihovega bivanja v negovalni bolnišnici in kot dejavnik, ki jim bo pomagal k lepšemu življenju, in ne kot nekaj, kar jim življenje otežuje in omejuje svobodo. K urejenemu vsakdanjemu življenju spada tudi določena rutina, ki se pojavlja v življenju

uporabnika. Slednje v negovalni bolnišnici ne primanjkuje, saj je že sam dopoldan poln rutiniranih dejanj in postopkov, ki morajo biti opravljeni ob določenem času. Že kar se tiče zbujanja in jutranje nege, jemanja zdravil, če zdravstveno stanje zahteva tudi merjenje temperature, hranjenja ... V rutino si lahko uporabnik spremeni tudi popoldne, kjer je večinoma prepuščen samemu sebi in veliko jih redno ponavlja določen vzorec obnašanja, ki pa je najpogosteje branje, sprehodi, druženje v dnevnem prostoru ter čakanje na obiske. Rutina uporabnikom negovalne bolnišnice ne pomeni monotonosti, temveč predvsem dobro priložnost za ponovno integracijo v vsakdanje življenje, predstavlja jim tudi neko varnost, domačnost, gotovost, ki jo v času okrevanja potrebujejo. Urejeno vsakdanje življenje pomeni tudi kakovosten prosti čas. Lahko si glede na potrebe običajnega človeka subjektivno predstavljamo, kaj določenemu pacientu pomeni kakovosten prosti čas. Vendar pa ne smemo pozabiti, da si uporabniki v negovalni bolnišnici želijo včasih početi tudi druge stvari, kot si jih želi povprečen človek srednjih let. Po pripovedovanjih ljudi, ki jih poznajo, močno uživajo v brezdelju, počitku in opazovanju dogajanja okoli sebe, medtem ko bi se kakšna mlajša, zdrava oseba dolgočasila. Kljub temu da uporabniki navajajo, da jim je to dovolj, bi se lahko na tem področju še marsikaj spremenilo in dopolnilo. Pomembno je, da se njihovim željam prisluhe in se jim omogoči, da počnejo, kar jih veseli in kar je predvsem pomembno – se k njim pristopa individualno in se jih v nič ne silili. Ljudje v institucijah imajo tudi potrebo po delu in denarju, ker sta obe človeški potrebi in težko preživimo popolnoma brez materialnih sredstev za življenje, ravno tako se človek ne more do neskončnosti predajati brezdelju. Sicer je nekaj malega neplačanega dela v negovalni bolnišnici prisotnega, vendar izredno malo, in sicer zato, ker jim to ni omogočeno (strukturno in organizacijsko) ter predvsem, ker so uporabniki v takšni fizični kondiciji, da za zdaj še ne zmorejo. Potreba po denarju in dodatnih finančnih sredstvih v času okrevanja po poškodbi izrazito naraste, že samo zaradi nakupa dodatnih sredstev za nego na domu, pripomočkov, katerih ne krije zavarovalnica ali če si uporabniki že v času bivanja v negovalni bolnišnici želijo dodatne fizioterapije v dopoldanskem ali popoldanskem času. Ravno tako denar vpliva na odločitve, kje in kako bo nekdo živel v prihodnosti, kar je lahko tudi povod za psihični stres in skrbi glede prihodnosti. Med uporabniki negovalne bolnišnice je prisotna tudi potreba po izogibanju tipični institucionalni karieri. Ta je uresničena, ko imajo uporabniki možnost izbire, za katero se zdi, da je v negovalni bolnišnici kar velika. Uporabniki navajajo, da se lahko odločajo glede tega, kam si želijo po hospitalizaciji, kako si želijo živeti, kdaj si želijo oditi, upoštevana je odločitev uporabnika, ali si želi na terapevtskih aktivnostih, kot sta telovadba in delovna terapija, kako bo preživel prosti čas, upoštewane so želje glede rehabilitacije in zdravljenja,

glede oblačenja, uporabnike se ne sili v bolnišnična oblačila, če ne želijo, ravno tako se individualno pristopa in dovoljuje možnost izbire sostanovalcev v sobi, saj se zaposleni zavedajo, da je slednje pomembno za kakovostno bivanje bolnikov. Težje je uresničena možnost izbire pri ljudeh s kognitivnimi poškodbami in kar se tiče hrane. Uporabniki se izognejo tipični institucionalni karieri tudi takrat, ko zaposlene doživljajo kot pozitivne like. In ravno zaposleni so po pripovedovanjih uporabnikov in svojcev ena od najbolj pozitivnih stvari, ki so jih doživeli v času hospitalizacije. Uporabniki v negovalni bolnišnici se zdijo dobro informirani. Zaposleni se tudi zavedajo, da določeni uporabniki potrebujejo več razlage ali dodatna pojasnila, določene informacije tudi zapišejo, skrbijo, da so na tekočem z novostmi. Podatke in navodila podajajo individualno, glede na uporabnikovo sposobnost dojetja in potrebe. Seveda pa so tudi v informiranju pomanjkljivosti. Tako se informacije izgubijo ali slabše dajejo, ko je bolnik še tako bolan, da težje dojema. Kar se tiče potrebe po izogibanju nelagodju v interakciji, imajo zaposleni kar dobro izdelane in uspešne strategije, da se temu nelagodju bolj ali manj uspešno izognejo. Zaposleni pripovedujejo, da spoštujejo dostojanstvo bolnikov, tako da imajo do njih dober in spoštljiv odnos, jim izkazujejo podporo, si vzamejo čas za pogovor z njimi ter poskusijo vzpostaviti do bolnika individualen pristop. Dostojanstvo uporabnika se krši v primerih, da se jih ne jemlje dovolj »resno«, ker imajo nevrolško obolenje (poškodbo, demenco). Osebe se nelagodju v interakciji izogne tudi tako, da goji dober občutek za delo z uporabniki, uporabniki jih opisujejo kot zelo dobre, etične, njihovo delo kot celovito. Edino kar sem našla tukaj pomanjkljivega je, da se včasih zaposleni prehitro spozabijo in se ujamejo v iskanje podobnosti med uporabniki in otroki, kar se sicer lahko zdi simpatično, vendar ni vedno primerno glede na to, da so uporabniki starejši, izkušeni ljudje. Ugotovila sem, da se v negovalni bolnišnici tudi spretno izogibajo pokroviteljstva nad pacienti in se veliko dela na tem, da postanejo samostojni in neodvisni. Torej so v negovalni bolnišnici ugotovili dobro mejo med dajanjem in zahtevanjem od uporabnika, znotraj katere so zagotovljeni najboljši pogoji za bolnikov napredek. Uporabniki navajajo, da so se počutili upoštevani in enakovredni. Zdi se, da se v negovalni bolnišnici proti nelagodju v interakciji najbolj uspešno borijo z zdravo mero humorja, s katerim so prežeti odnosi med uporabniki, zaposlenimi in njihovimi svojci. Uporabniki imajo zaposlene v spominu kot zelo sproščene, zabavne in polne zdravega humorja. Uporabniki v ustanovi imajo potrebo po stikih in druženju, ki jo bolj ali manj uspešno zadovoljujejo. Uporabniki so zadovoljni s stiki, ki jih imajo s svojci, in menijo, da jih je bilo dovolj. Med obiski se ljudje predvsem pogovarjajo, grejo na kavo, v park. Zaposleni se tudi trudijo, da obiske naredijo kar se da prijetne, uporabniki sami pa niti ne izražajo kakšne dodatne želje po tem, da bi počeli

kakšne posebne aktivnosti v času obiskov in skupaj svojci. Potreba po stikih in druženju je slabše zadovoljena, če so odnosi, ki jih uporabnik v času bivanja vzpostavi z zaposlenimi, zgolj formalni. Tendenca k normativnim stikom se je pričakovano pojavila tudi v negovalni bolnišnici. Uporabniki pripovedujejo, da so se zaposleni, kljub dobremu delu in vsemu humorju, ki so ga premogli, skrbi za bolnika, vendarle držali določenih meja. Vzpostavljali so le službena prijateljstva in držali so distanco iz profesionalnih in osebnih razlogov. Vendar sem kljub temu v zgodbah (zlasti uporabnikov) zasledila sledi preraščanja normativnih stikov – na primer, ko so zaposleni povabili uporabnike, naj vzdržujejo stike z njimi po odhodu domov, naj se še kdaj javijo, pokličejo, pišejo – kar uporabniki pogosto res storijo. Pomemben element zadovoljevanja potrebe po stikih in druženju so tudi podporni stiki, ki se pojavljajo tako med uporabniki in zaposlenimi kot med uporabniki samimi med seboj. Bolniki, ki so v isti sobi, se med seboj dobro razumejo, komunicirajo med sabo in se tudi podpirajo, fizično in psihično, kot so pač zmožni. Podporni stiki prihajajo tudi s strani osebja, to so zlasti majhne usluge, ki bolnikom veliko pomenijo, zaposleni tako uporabnikom kot svojcem veliko pomagajo z različnimi nasveti, čustveno oporo. Prihaja tudi duhovnik. Uporabniki v negovalni bolnišnici od vseh vrst stikov, ki jih človek lahko vzpostavi s sočlovekom, potrebuje podporne stike. Predvsem zato, da si čustveno opomore od hudega stresa, ki ga je povzročila sama bolezen. Med uporabniki v negovalni bolnišnici se pojavijo tudi usodni stiki, kot omenjeno, zlasti med pacienti se ustvarjajo prijateljstva, ki trajajo tudi po odhodu domov. V instituciji je za dobre medosebne odnose včasih treba delati tudi na krepitvi družabnosti in uporabnike vzpodbuditi, ustvarjati priložnosti, da se družijo med seboj. Zdi se, da to negovalni bolnišnici kar dobro uspeva. Zaposleni skrbijo za to, da se sostanovalci v isti sobi ujamejo med seboj, določene ljudi vzpodbujajo, naj le pridejo iz sob v družbo, potem ima stavba določene prostore, ki sami po sebi kličejo k druženju in medsebojnemu spoznavanju (zlasti popoldne, ko ni terapevtskih aktivnosti). Ta prostor je dnevni prostor in zlasti terasa. Kot vzpodbujevalci družabnosti pa delujejo tudi uporabniki sami. Družabnost pa je omejena v primeru, da uporabniki slabo slišijo, se težko gibljejo, govorijo ali okrevajo po izjemno težki poškodbi, kar povzroča, da večino časa utrujeni prespijo. Potreba po umeščenosti in pripadnosti je tukaj še najslabše izražena in uresničena. Določeni zaposleni so mnenja, da se uporabniki v negovalni bolnišnici počutijo kot del skupnosti, ker se hitro vključijo in navadijo na način življenja tukaj, uspešno komunicirajo, sodelujejo z zaposlenimi, poznajo zaposlene, kaj kdo dela ter se razumejo z ostalimi uporabniki. Vendar da se z nekom pogovarjaš, še ne pomeni, da ga »vzameš za svojega in sebi enakega«. Drugi menijo, da se uporabniki počutijo del skupnosti v negovalni bolnišnici, ker se nanjo navežejo in ker so med zaposlenimi bolniki

tako lepo sprejeti. Vse skupaj kaže na neko vrsto pripadnosti ustanovi in skupnosti, ki je tam, a je to bolj neka začasna, bolj površinska pripadnost. Kar lahko vidimo tudi v pripovedovanju uporabnikov in svojcev, odnosi med njimi so bili, a iz različnih razlogov, omejeni – npr. zaradi bolezni, ki je ovirala komunikacijo in zaradi omejenega časa bivanja v ustanovi. So pa se začejala vzpostavljati neka pravila, ki običajno obstajajo v skupnosti, na primer kar se tiče sedežnega reda in iz tega lahko sklepamo, da če bi uporabniki v negovalni bolnišnici ostali še kakšen mesec dlje in bi bili zaradi zadovoljivega zdravstvenega stanja v pogostih kontaktih, bi se med njimi lahko razvil močan občutek zavesti o neki skupnosti in pripadnosti.

Mali (2008: 156) pravi, da je socialno delo eno najpomembnejših dejavnikov zagotavljanja socialne usmerjenosti institucije, hkrati pa usmerjenost ustanove vpliva na značilnosti in vlogo socialnega dela v instituciji (za medicinsko usmerjeno ustanovo je značilen drugačen model socialnega dela kot za tisto, ki je socialno usmerjena). Socialno delo ima v negovalni bolnišnici skozi oči uporabnikov še vedno precej birokratsko vlogo, socialno delavko vidijo kot zelo zaposleno z urejanjem nastanitev za uporabnike in manj kot nekoga, ki se družijo z uporabniki in rešuje njihove težave s pogovorom (čeprav se tudi to dogaja, a redkeje). Med drugim navajajo, da je socialno delo pomembno tudi kot pomoč za načrtovanje prihodnosti, načina in kraja bivanja, za posredovanje informacij med zaposlenimi, svojci in uporabniki in predvsem za kontakt s svojci. Ravno tako je omenjena kot zagovornica uporabnikov in prenašalka informacij med uporabnikom, svojci in ostalimi zaposlenimi. Drugače so uporabniki in njihovi svojci zadovoljni s storitvami socialnega dela, ki so jih deležni, pripomb niso izražali. Glede na odgovore anketirancev na vprašanja o socialnem delu sem ugotovila, da je vloga socialnega dela v negovalni bolnišnici v Ljubljani še vedno precej pod vplivom medicinskega načina dela ustanove. Se pa kažejo želje in tendence po socialnem modelu dela z uporabniki, ki bi vsekakor bil izvedljiv, če bi prišlo do kadrovskih sprememb in zaposlitve še enega socialnega delavca. Tako bi se razbremenilo socialno delavko in ta bi v svojem delovnem času našla tudi več časa za pogovor z uporabniki in imela več moči za vzpodbujanje tudi ostalih zaposlenih k doslednejšemu izvajanju individualnih načrtov.

## 6. SKLEPI

- V negovalni bolnišnici poleg medicinskih obstajajo tudi elementi socialne usmerjenosti, najpomembnejši od njih je prisotnost socialnega dela in dejstvo, da vsak uporabnik, ki pride v negovalno bolnišnico, pride v stik s socialno službo.
- To, kateri od elementov socialne usmerjenosti je najbolj poudarjen, je odvisno od človeka, ki pripoveduje o njih in njegove pozicije ter izkušnje z ustanovo.
- Vsem, tako zaposlenim, uporabnikom kot njihovim svojcem, se je zdela ustanova kot zgradba prijetna in primerno urejena za dobro počutje bolnikov. V primerjavi z ostalimi bolnišnicami se jim je zdela bolj domača zaradi dekoracije (glasba, slike, izdelki uporabnikov), terase, lepega in prijetnega hodnika, lokacije ob reki v parku v središču mesta, preprosti dostopnosti.
- Ustanova je tudi naklonjena obiskom in odhodom uporabnikov iz bolnišnice domov ali po opravkih.
- Element socialne usmerjenosti so tudi kakovostni stiki s svojci, so urejeni tako, da pacienti lahko imajo obiske, čas obiskov je fleksibilen glede na potrebe uporabnikov in svojcev.
- Aktivnosti, ki so jih imeli bolniki in svojci na voljo, popolnoma ustrezajo potrebam, sposobnostim ter željam uporabnikov (čeprav so zelo skromne).
- Na socialno usmeritev kažejo tudi dobri medosebni odnosi in ugodna hierarhija moči za uporabnika. Ti so s strani zaposlenih spoštovani, upoštevani, a hkrati so odnosi med zaposlenimi in uporabniki dovolj neformalni, da se ti v ustanovi dobro počutijo.
- Uporabniki dobijo tudi potrebno podporo osebja ter podporo s strani ostalih uporabnikov (zlasti sostanovalcev v isti sobi).
- Od socialnih elementov usmerjenosti je prisotna tudi skrb za samega sebe in za druge. Za samega sebe se kaže v iskanju informacij, čustvene opore, aktivnosti, ki jih izvajajo uporabniki za pomiritev, in motiviranosti za fizično rehabilitacijo in fizioterapijo. Skrb za druge se kaže v tem, da si pomagajo med seboj, so si fizična in moralna opora, čutijo sočutje eden do drugega.
- Negovalna bolnišnica ima tudi občutek za delo z uporabniki, kar se kaže predvsem v odnosu zaposlenih do pacientov, ki je strokoven, a hkrati empatičen, uporabniki so upoštevani. Prisoten je tudi posluš za ljudi z demenco.

- Za osebni razvoj uporabnikov je poskrbljeno s tem, da se upošteva njihove individualne potrebe (se jih sprašuje, kaj potrebujejo, ne sili v odločitve), uporabniki se počutijo dovolj varne, da izražajo čustva (hvaležnost, pohvale, želje), pacienti imajo občutek, da imajo avtonomijo. Problem se pojavlja le pri tistih z upadlimi kognitivnimi funkcijami in kar se tiče svobodnih izhodov iz institucije brez spremstva.
- Osebni razvoj uporabnikov omejuje le njihova skromnost in nezahtevnost (nizka pričakovanja) glede ponudbe in storitev v instituciji.
- Ravnovesje med institucionalnimi pravili in potrebami uporabnikov kaže na spreminjaje sistema. To ravnovesje je vidno v tem, da ljudje pravila v negovalni bolnišnici ne navajajo kot tako stroga, omejujoča, ampak kot fleksibilna in polna možnih izjem glede na zahteve uporabnikov. Ravnovesje je vidno tudi v tem, da se ne skrbi le za fiziološke, ampak tudi psihosocialne potrebe človeka, ki pa se zelo rade in hitro spreminjajo.
- Del spreminjanja sistema v socialnem elementu institucije je tudi ne tako toga organizacija, kar se nanaša na delitev dela med zaposlenimi. Že zaradi pomanjkanja osebja so zaposleni tukaj fleksibilni in si vedno pomagajo med seboj in opravijo tudi delo, ki je izven njihovih službenih dolžnosti. Ravno tako je fleksibilen čas obiskov.
- Uporabniki so zadovoljni z zasebnostjo, ki jo imajo, del spreminjanja sistema je tudi odsotnost formalnosti, med uporabniki in zaposlenimi v negovalni bolnišnici so se vzpostavile tudi neformalne vezi.
- Potrebe uporabnikov negovalne bolnišnice so podobne potrebam uporabnikov v ostalih ustanovah, le da so določene potrebe manj izražene, druge pa bolj izrazito, kot je običajno. Na primer močno je prisotna potreba po izogibanju institucionalizaciji in hospitalizaciji. Uporabniki si močno želijo domov, čeprav se v ustanovi dobro počutijo, potreba po bivališču je ustrezno zadovoljena, uporabnikom zgradba in njeni prostori dokaj ustrezajo, glede na potrebe, ki jih trenutno imajo. Tudi za zasebnost je dobro poskrbljeno in glede na pripovedovanje uporabnikov ta ni problem.
- V negovalni bolnišnici je prisotna tudi terapevtizacija prostega časa, ampak ne po želji zaposlenih, temveč po želji uporabnikov samih. Rutina je sestavni del bolnikovega vsakdana, zlasti dopoldne. Uporabniki navajajo, da je bil prosti čas, ki so ga preživeli v negovalni bolnišnici, dober, saj je zavzemal točno tiste dejavnosti, ki so jih potrebovali – torej počitek, klepet in lažje sprehode. Kljub temu da je vse skupaj morda zelo skromno, so bili uporabniki s svojim vsakdanjim življenjem v negovalni

bolnišnici zadovoljni in njihova potreba po urejenem vsakdanjem življenju v času bivanja v negovalni bolnišnici ni bila problem.

- Potreba po delu in denarju sicer je prisotna, a manj intenzivno in bolj prikrito. Zlasti potreba po delu je nekako potisnjena s strani uporabnikov na stranski tir, navajajo, da zaradi bolezni nimajo moči in želje delati ali pa preprosto v negovalni bolnišnici ni priložnosti, da bi se česar koli lotili. So pa nekateri, ki kljub vsemu delajo – npr. na računalniku, postorijo preprosta opravila v svoji sobi, kaj lažjega počistijo, posteljejo posteljo in podobno. Potreba po denarju je velika, a prikrita. Je pereč problem zlasti v času, ko bolnik zapusti bolnišnico, in lahko povzroči mnogo skrbi in stresa pred samim odhodom.
- Uporabniki imajo možnost zadovoljevanja svoje potrebe po izogibanju tipični institucionalni karieri, in sicer s tem, da imajo dobro možnost izbire, ki se zdi v negovalni bolnišnici kar velika, a precej omejena v primeru ljudi s kognitivnimi motnjami. Tipični karieri nekoga iz institucije se izognejo tudi zato, ker se zaposleni trudijo, da bi jih uporabniki doživljali kot pozitivne like, kar jim zelo dobro uspeva s srčnostjo, individualnim pristopom, prijaznostjo, humorjem. Uporabniki tudi navajajo, da so dobro informirani, informacije so lahko dostopne in podane z dovolj razlag in pojasnil.
- Potrebo po izogibanju nelagodju v interakciji so uporabniki lahko kar dobro reševali s pomočjo zaposlenih, ki so vsekakor upoštevali dostojanstvo uporabnika in so pokazali tudi izjemen čut za sočloveka, občutek za delo z uporabniki je med zaposlenimi po pripovedovanjih zaposlenih nadpovprečen (malo slabši in manj primeren sicer, kar se tiče dela z ljudmi, ki imajo kognitivne poškodbe).
- Nelagodju v interakciji so se bolniki izognili tudi zato, ker večina ljudi navaja, da zaposleni podpirajo uporabnika pri njegovi poti k samostojnosti in ga vzpodbujajo, da vsak dan dela več sam. Pokroviteljstvo se kaže le v tem, da je osebje nagnjeno k temu, da išče vzporednice med uporabniki in otroki, kljub temu da to delajo na spoštljiv način in dobrohotno. Neprecenljivo orožje zaposlenih, uporabnikov in svojcev je v NB zagotovo humor, ki ga je v ustanovi očitno veliko in je zelo cenjen, saj ustvarja prijetno vzdušje za bivanje in delo.
- Potreba po stikih in druženju je v negovalni bolnišnici po poročanju uporabnikov dobro zadovoljena – obiske imajo predvsem popoldne in jim to povsem ustreza –, tako čas in način obiskovanja ter druženja. Sicer je v negovalni bolnišnici prisotna tendenca k normativnim stikom (zaposleni nočejo mešanja zasebnega in službenega življenja),

ampak so prisotna službena prijateljstva, ki zadovoljijo potrebe uporabnikov po druženju in niti ne pogrešajo česa več. Si pa zato določeni ustvarijo prijateljske vezi s sobolniki. V negovalni bolnišnici so tudi dobre možnosti za krepitev družabnosti – za to poskrbijo zaposleni in uporabniki sami, ravno tako so prisotne določene strukturne značilnosti (prostori), ki vabijo k druženju.

- Potreba po umeščenosti in pripadnosti je ena od potreb, ki je v negovalni bolnišnici zelo nejasno izražena, in sicer tudi zato, ker uporabniki ostanejo v ustanovi tako malo časa (1 mesec), da je to premalo za oblikovanje kolektivne zavesti. Se pa nakazujejo zametki skupnosti – npr. da zaposleni poročajo o tem, kako so bolniki lepo sprejeti, da sprejmejo način življenja v negovalni bolnišnici, da si začnejo lastiti določene prostore in predmete v ustanovi in podobno. Vendar po enem mesecu večina uporabnikov še vedno poroča o tem, da niso čutili kakšnega posebnega stika z ostalimi kot skupino.
- Socialno delo je še precej pod vplivom medicinskega modela dela, zlasti zaradi kadrovske podhranjenosti in preobremenjenosti socialne službe. Socialna delavka v negovalni bolnišnici dela uspešno, je priljubljen in pomemben član kolektiva, ravno tako je socialno delo obravnavano kot nujen del negovalne bolnišnice. Socialna delavka ima največ stika in dela s povezovanjem mnenja svojcev, uporabnikov in zaposlenih. Vnaša tudi socialni pogled na bolezen in zagovarja uporabnika pred medicinskimi metodami in rutino dela z ljudmi kot objekti zdravja in boleznimi.

## 7. PREDLOGI

V negovalni bolnišnici zaposleni zelo dobro delajo in imajo veliko zaslug za to, da ima bolnišnica kot taka pozitiven prizvok pri uporabnikih in odhajajo domov polni pozitivnih vtisov. Kljub temu je še cel kup priložnosti in možnosti za izboljšavo situacije. Določene stvari sem opazila sama, na druge pa so me opozorili uporabniki sami, njihovi svojci ali zaposleni. Zato predlagam, da se v ustanovi začne izvajati stalne anonimne ankete, ki bi jih izpolnjevali uporabniki, njihovi svojci in zaposleni in bi tako izrazili svoje pohvale, kritike ter predvsem predloge za spremembo stvari, ki jih motijo. Lahko bi se izvedla še kakšna anketa o kakovosti življenja uporabnikov v negovalni bolnišnici, morda bi bilo dobro izvesti še raziskavo o kakovosti dela posameznih strok znotraj ustanove – zdravstvene nege, delovne terapije, fizioterapije in medicine.

Glede na potrebe in možnosti sprememb, ki sem jih opazila v instituciji, vodstvu bolnišnice predlagam:

- Dopolnitev kadrovske strukture. Kot navajajo vsi intervjuvanci, je kadrovska podhranjenost v negovalni bolnišnici velika in bi se lahko pridobilo marsikaj, če bi zaposlili dodaten kader. Lahko bi uvedli funkcijo »spremljevalca«, to bi bil nekdo, ki bi uporabnike spremljal na izhodih iz institucije (že iz vidika njihove varnosti). Kajti dejstvo je, da si mnogi želijo kakšnih sprehodov v naravi ali vsaj po bližnji okolici, pa tega ne morejo opraviti sami.
- Če bi zaposlili še več medicinskih sester, bi se lahko bolj prilagodili individualnim potrebam uporabnikov. Kajti nekateri potrebujejo čas in več pomoči, da zoper osvojijo določene tehnike in življenjske spretnosti (zlasti po poškodbah glave).
- Morda bi se lahko dalo tudi več poudarka in časa za tiste bolnike, ki niso samostojni pri gibanju in bi se jim poskušalo bolj prilagoditi glede tega, kdaj želijo vstati, leči, iti na sprehod in podobno. Ti so več ali manj odvisni od zaposlenih in od tega, kdaj si ti najdejo čas.
- Treba bi si bilo vzeti tudi več časa in potrpežljivosti (tudi iznajdljivosti) za komunikacijo z bolniki, ki težko govorijo ali težje razmišljajo po trajni ali začasni poškodbi možganov in se v tem primeru ne obračati takoj in neposredno le na svojce. Voljo in želje tudi teh uporabnikov moramo zaščititi. Predlagam, da se za zaposlene

izvede kakšno dodatno izobraževanje o specifikah in dobrih strategijah dela s takšnimi ljudmi, morda tudi predavanje o spoštovanju človekovih pravic in avtonomije uporabnikov. Morda bi lahko znotraj samega tima negovalne bolnišnice ustanovili posebno delovno skupino, ki bi se še posebej osredotočala na ljudi z omenjenimi težavami, jih zagovarjala, se jim več posvečala in istočasno tudi raziskovala, oblikovala uspešne strategije dela z njimi. Ravno tako bi bilo dobro napisati in natisniti letake z informacijami za svojce, kjer bi bile pojasnjene pravice bolnikov v bolnišnici, s poudarkom na pravici ljudi s kognitivnimi motnjami in strategijami ravnanja za zaščito njihove volje. Morda (glede na pomanjkanje domačih raziskav na to temo) bi se lahko zaposleni v negovalni bolnišnici po nove in koristne informacije, poročila o dobri praksi obrnili na kolege v tujini in vzpostavili mednarodno mrežo strokovnjakov s tega specifičnega področja.

- Treba bi bilo tudi razmisliti o tem, da se preuredi določene prostore in doda še kakšne dodatne možnosti – na primer še kakšna enoposteljna soba, ker lahko določenim ljudem dvoposteljne sobe ne predstavljajo dovolj zasebnosti, ki bi jo bolniki potrebovali. Bolniki ravno tako nimajo prostorov, namenjenih opravljanju določenih hišnih opravil in ponovnega učenja gospodinjenja, privajanja na vsakdanje življenje (tudi prilagojeno stanju po bolezni), kar bi bilo potrebno, če imajo namen oditi domov in sami skrbeti zase. Lahko bi dodali še kakšen kotiček, namenjen vaji in delovni terapiji, povezani s spretnostmi vsakdanjega življenja.
- Zdi se mi, da bi bilo primerno, če bi uporabnikom svojcem ponudili kakšno krajše svetovanje, informacije, literaturo za pomoč v stiski, ker sem ugotovila, kako zelo lahko nenadna bolezen ali poškodba člana družine prizadene tudi svojce (še posebej, če so prisotne poškodbe možganov in se le-te poznajo ne le na fizičnem, ampak tudi psihosocialnem funkcioniranju človeka). Spopasti se morajo s številnimi izzivi – tudi s ponovnim spoznavanjem človeka, s katerim so živeli po več deset let.
- Duhovno-emocionalno komponento človeka se s strani zdravstvenih delavcev pogosto spregleda. Vzrok za ta problem je najverjetneje kje v pomanjkanju znanja iz psihologije in to da zdravstveni delavec nima časa, da se bolj posveti čustvom uporabnika. Zato lahko predlagam redna dodatna izobraževanja za zaposlene s tega področja (zlasti o demenci) in zopet – kadrovske okrepitve.
- Naslednji predlog se nanaša na organizacijo in pravila UKC Ljubljana, ki sicer želi bolnike zaščititi z uvedbo etične komisije pred kakršnim koli raziskovanjem, kar je po eni strani razumljivo, po drugi strani pa ovira številne mlade študente različnih strok

pri raziskovanju življenjskega sveta, potreb in težav bolnikov. Tako mnoga vprašanja in teme ostanejo odprta in problematika ne dovolj jasna, da bi se jo lahko začelo reševati (npr. uporabniki, ki večino časa preživijo po bolnišnicah, pacienti, ki imajo težave z izražanjem, hudo bolni itd.). Morda bi bilo dobro, da bi se dostop do uporabnikov UKC malo olajšal in za vse manjše raziskave (v okviru diplomskih del) ne bi bilo treba čakati na dovoljenje etične komisije.

- Dobrodošlo bi bilo, če bi se kdo lotil še raziskave o doživljanju hospitalizacije pri ljudeh, ki so zaradi bolezni še težje prizadeti, na primer v tolikšni meri, da je komunikacija z njimi izjemno težavna. To področje je zaradi omejenih raziskovalnih možnosti še dokaj neraziskano.
- V negovalni bolnišnici se kažejo želje in tendence po močnem socialnem modelu dela z uporabniki, ki bi vsekakor bil izvedljiv, če bi prišlo do kadrovske spremembe in zaposlitve še enega socialnega delavca. Tako bi se razbremenilo socialno delavko in ta bi v svojem delovnem času našla tudi več časa za pogovor z uporabniki in imela več moči za vzpodbujanje tudi ostalih zaposlenih k doslednejšemu izvajanju individualnih načrtov. K povečanju socialne usmerjenosti bolnišnice bi morda pripomoglo tudi to, da bi resnično zaposlili poleg še ene socialne delavke tudi psihologa, po katerem željo izražajo uporabniki.
- Pomembno bi bilo delati na tem, da se v primeru uporabnika, ki ni izgubil opravilne sposobnosti, torej se mu še vedno priznava polna možnost odločanja, ne obrača neposredno na svojce in se ne obremenjuje njih, ampak se izkoristi vse možne načine, da se čim več komunicira z bolnikom samim in se upošteva njegove želje.
- Kljub temu, da uporabniki trdijo, da niso pogrešali ničesar v popoldnevih in svojem prostem času, pa zaposleni priznavajo, da bi se za kakovosten prosti čas uporabnikov lahko storilo še marsikaj, problem pa je zopet pomanjkanje kadra. Torej bi lahko razmislili tudi o tem in morda uvedli še kakšne aktivnosti, dobili dodatne prostovoljce, zaposlili nekoga, ki bi se z uporabniki ukvarjal tudi popoldne.
- Uporabniki preživljajo manj kakovosten prosti čas tudi zato, ker se lahko izolirajo od družbe zaradi občutka manjvrednosti ali neugodja, ker imajo še vedno prisotne fizične posledice bolezni. Za takšne ljudi bi bilo treba izvajati individualizirani pristop, se z njimi pogovoriti in dejansko ugotoviti, kaj je razlog za njihovo izogibanje druženju in pristočnim aktivnostim. Če je razlog le v nesamozavesti zaradi zgoraj omenjenih vzrokov, bi bilo dobro izvesti kakšen pogovor in rešiti problem, vzpodbuditi uporabnika, naj se otrese predsodkov nad samim samo in zaživi polno življenje.

- Ker so zaposleni poročali, da uporabniki na čase delajo kar veliko v okviru delovne terapije (izdelovanje okrasnih predmetov, risanje, lepili so na steklenice, plastelin, čestitke za novo leto), bi lahko začeli razmišljati o tem, da bi izdelke prodajali in izkupiček namenili izboljšavi negovalne bolnišnice za nove uporabnike.
- Velik problem so tudi uporabniki z nevrološkimi obolenji, kako je za njih poskrbljeno, dejansko nihče ne ve dobro, Tu bi bilo treba še marsikaj narediti in spremeniti, pripraviti in najti primeren in dodatno izobražen kader za delo s takšnimi uporabniki, se jim posvetiti, najti način, kako jim narediti bivanje v negovalni bolnišnici prijetno.
- Kot je omenila socialna delavka, se zaposleni pogosto srečujejo tudi z uporabniki, za katere se ne ve, koliko dejansko dojemajo svet okoli sebe. Slednje zna biti težko tako za bolnika kot za zaposlene, ki se znajdejo v stiski. Dobro bi bilo v takšnih primerih enkrat na mesec organizirati supervizijo, da se zaposlene čustveno razbremeni in se jim da napotke, kako ravnati v takšnih primerih. Ravno tako bi bilo dobro organizirati kakšna dodatna izobraževanja o pristopu k takšnim uporabnikom in kako z njimi kljub hudim motnjam v komunikaciji ohraniti human in dober odnos.
- Uporabniki so izražali tudi določene želje, na katere trenutno zaposleni v negovalni bolnišnici nimajo veliko vpliva. Največkrat bi radi podaljšali hospitalizacijo, radi bi več fizioterapije, logopeda, katerega žal nimajo na voljo, in podobno, lahko pa bi v prihodnosti razmišljali, kako tem željam ustreči s kadrovske osvežitvijo in spremenitvijo določenih internih pravil. Morda bi se lahko glede storitev logopeda povezali z ostalimi oddelki UKC-ja in se dogovorili za občasne obiske tega strokovnjaka tudi v negovalni bolnišnici. Druga možnost je, da znotraj negovalne bolnišnice zaposlijo večjo rehabilitacijsko ekipo – torej zaposlijo še enega ali dva fizioterapevta in tudi logopeda. Glede na izjemno velike želje uporabnikov po rehabilitaciji (ki jih dokazuje tudi moja raziskava) bi to bilo na nek način smiselno in skladno s potrebami. Na globalni ravni bi se lahko zavzemali tudi za povišanje standardov in predpisane kvote fizioterapevtov, delovnih terapevtov ter logopedov v takšnih institucijah.
- Določeni svojci si želijo tudi doslednejšega izpolnjevanja individualnih načrtov za uporabnika, ker so res pomembni za to, da se zastavi cilje, ki in kako naj bi jih posameznik dosegel. Predlagam, da se v negovalni bolnišnici najde in pooblasti eno osebo, ki bo skrbela za to, da bodo ti individualni načrti redno delani in da se bo v času hospitalizacije sledilo tem planom. To bi lahko bila socialna delavka, vendar je ta že zdaj preobremenjena, zato bi to lahko opravljal kdo drug, še boljše pa bi bilo

zaposliti še eno osebo v socialni službi, ter tako razbremeniti socialno delavko in ji omogočiti, da skrbi tudi za individualne načrte.

- Morda bi se lahko bolj individualno prilagodili uporabnikom, kar se tiče dopoldanskih rutin (vstajenje, zajtrkovanje, telovadba ...), da bi bilo manj strogo ob urah in bolj prilagojeno volji in počutju človeka. Vsekakor bi k temu pripomoglo večje število zaposlenih. Najbolj idealno bi bilo, če bi bila skrb za uporabnike negovalne bolnišnice tako individualizirana, da bi imel eden od zaposlenih le omejeno število uporabnikov, ki bi jih dobro poznal. Ravno tako bi bil prisoten z njimi pri sestavljanju individualnega načrta ter se takrat točno dogovoril o poteku aktivnosti, ki si jih bolnik želi. Torej, kdaj navadno vstaja, kakšen način skrbi za osebno higieno mu ustreza, kaj rad počne čez dan, česa ne mara, kdaj si želi iti v posteljo in podobno. Seveda pa je slednji model skrbi v tako veliki instituciji s tolikšnim povpraševanjem po prostih mestih in primanjkljajem kadra, kot ga ima negovalna bolnišnica, skoraj nemogoč. Je pa vsekakor dobra ideja za manjše, morda celo zasebne oblike negovalnih bolnišnic.
- Uvedli bi lahko še dodatne prostovoljce in se morda povezali še s kakšnimi društvi, za medsebojno pomoč, deljenje izkušenj in organizacijo dogodkov (npr. medgeneracijska društva, društvo Spominčica za obolele z demenco itd.).
- Glede raziskave bi predlagala, da se naredi v prihodnosti še dodatna raziskava, v katero se posamezno vključi le uporabnike in še eno, kjer bi zajeli le svoje uporabnikov in njihove potrebe. Pri tem bi bilo dobro poskrbeti za to, da vključimo v vzorec čim bolj raznolike uporabnike glede na vzrok hospitalizacije, saj ima specifična bolezen določene potrebe, po katerih se uporabniki in njihove potrebe močno razlikujejo.

## 8. OPOMBE

Seznam v diplomskem delu uporabljenih kratic in pojmov:

- UKC (kratica) – Univerzitetni klinični center Ljubljana
- NB (kratica) – negovalna bolnišnica
- »vrečka« (pogovorni izraz) – pripomoček za osebe, ki so po operaciji (odstranitvi mehurja) dobile stomo (umetno odprtino za izločanje urina), ki nadomešča človeški mehur in je nameščena zunaj telesa.
- CSD (kratica) – Center za socialno delo
- Dipl. z. t. (kratica) – diplomirani zdravstveni tehnik
- SZO (kratica) – Svetovna zdravstvena organizacija
- »vezanje« pacientov (pogovorni izraz) – je laični izraz za zdravstveni poseg, ki je pravzaprav namestitev varnostnih vezi v primeru, da je uporabnik (pacient) zaradi fizične ali psihične oškodovanosti v nevarnosti padca in poškodbe samega sebe. Vedno se ti varnostni trakovi namestijo s podpisom in privolitvijo uporabnikov samih ali svojcev v primeru, da je uporabnikom odvzeta opravilna sposobnost oz. niso zmožni odločati sami zase.
- DSO (kratica) – dom starejših občanov
- Soča (skrajšava) – Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča

## 9. LITERATURA

1. Armstrong, D. (2000), *Social Theorizing About Health and Illness*. V: Albrecht, G.L. (ur.), Fitzpatrick, R. (ur.), Scrimshaw, S. (ur.), *Social Strides in Health & Medicine*. London: Sage Publications (24–35).
2. Bacqué, M. F., (2005), *Ob hudi bolezni*. V: Mihelač, Š. (ur.), *Družinski psihološki priročnik*. Ljubljana: Mladinska knjiga (312–315).
3. Beder, J. (2006), *Hospital Social Work - The Interface of Medicine and Caring*. London: Routledge.
4. Bohinc, M., Cibic, D. (1998), *Potreba po novi obliki organizacije zdravstvene oskrbe – zdravstvene nege – negovalna bolnišnica*. V: Udrih, T. (ur.), *Zdravstveno varstvo*, 37, 9–10: 406–409.
5. Bradshaw A., Merriman C., (2007), *Caring for the older person: Practical care in hospital, care home or at home*. Chichester: John Wiley & Sons.
6. Brettle A., Hill A. (2006), *Counselling Older People- What Can We Learn from Research Evidence?* *Journal of Social Work Practice*, 20, 3: 281–297.
7. Bulc, M. (2007), *Bolnik – partner v procesu zdravljenja*. V: Bulc, M. (ur), Turk, H.(ur), Kersnik J. (ur.), *Vključevanje bolnika v zdravljenje*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine (1–3).
8. Cajnko, A. (2010), *Ni nam vseeno – osebe z demenco, marginalna skupina v naši družbi*. V: *Za strpno in socialno sožitje vseh generacij: zbornik 10. festivala za tretje življenjsko obdobje*, Ljubljana. Ljubljana: Hevrek! (120–126).
9. Campbell, J. (2008), *It's My Life it's My Decision?* V: Clements, L. (ur.), Read, J. (ur.), *Disabled People and the Right to Life*. London: Routledge (85–97).

10. Čačinovič-Vogrinčič, G. (1998), Psihologija družine. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
11. Čačinovič-Vogrinčič, G. (2000), Družina in star človek. *Socialno delo*, 39, 4–5: 287–292.
12. Dennis, M., Kadri, A., Coffey, J. (2012), Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age and Ageing* 41: 148–154.
13. Dragoš, S. (2000), Socialne mreže in starost. *Socialno delo*, 39, 4–5: 293–314.
14. Eržen, I. (2012), Socialno delo v zdravstveni dejavnosti. *Socialno delo*, 51, 1–3: 15–25.
15. Filipovič Hrast, M. (2010), Revščina starejših in njihove strategije shajanja. V: Za strpno in socialno sožitje vseh generacij, zbornik 10. festivala za tretje življenjsko obdobje, Ljubljana. Ljubljana: Hevrek! (42–48).
16. Filipovič Hrast, M. (2009), Pomen lokalne skupnosti in sosedov v življenju starejših: spremembe v zadnjih 20 letih. V: Hlebec, V. (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej (169–182).
17. Flaker, V. (2001), Prostovoljno delo – delo za druge in zase. *Socialno delo* 40, 6: 305–312.
18. Flaker, V. (2003), *Oris metod socialnega dela*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo Slovenije.

19. Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanec, J., Urek, M. (2008), Dolgotrajna oskrba. Očrt potreb in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
20. Frkač, J. (1996), Prostovoljno delo. *Socialno delo*, 4, 35: 335–340.
21. French, S. (1996), The Attitudes of Health Professionals Towards Disabled People. V: Hales, G.(ur.), *Beyond Disability*. London: Sage Publications (151–62).
22. Gillick, M. R. (2006), *The denial of aging*. Cambridge: Harvard University Press.
23. Haralambos, M., Holborn, M. (1999), *Sociologija: teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
24. Herman, S., Tonin, M. (2008), Poškodbe starostnikov. *Zdravstveni vestnik*, 12, 77: 819–821.
25. Hvalič Touzery, S. (2007), *Supporting Family Carers of Older People in Europe - The National Background Report for Slovenia*. Hamburg: Lit- Verlag.
26. Hvalič Touzery, S. (2009), Družinska oskrba bolnih starih družinskih članov. V: Hlebec, V. (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej (109–123).
27. Kersnič, P. (2003), Prostovoljno delo in strokovne storitve v zdravstvu za zadovoljevanj potreb starejših ljudi na domu. V: Polajnar, M. (ur.), *Nega starejših in bolnih*. Škofja Loka: Ljudska univerza (38–41).
28. Kersnik, J., Kravos, A. (2001), Oskrba na domu. V: Kersnik, J. (ur.), *Zdravnikovo delo izven ambulate*, 18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine (19–27).

29. Kladnik, T. (2010), Nematerialne potrebe starih ljudi. V: Slokar (ur.), Brelih (ur.), Priročnik za vodenje skupin starih za samopomoč. Maribor: Zveza za socialno gerontologijo Slovenije (67–83).
30. Kleinman, A., Seeman, D. (2000), Personal Experience of Illness. V: Albrecht, G.L. (ur.), Fitzpatrick, R. (ur.), Scrimshaw, S. (ur.), Social Sturides in Health & Medicine. London: Sage Publications (230–242).
31. Knapp, H. (2010), Introduction to Social Work Practice. California: Sage Publications.
32. Knific, B. (2010), Organizirane oblike storitev za ohranjanje kakovosti vsakdanjega življenja v starosti. V: Slokar (ur.), M., Brelih, E. (ur.): Priročnik za vodenje skupin starih ljudi za samopomoč. Maribor: Zveza društev za socialno gerontologijo Slovenije (125–136).
33. Knific, B. (2010), Umeščenost programa skupine starih ljudi za samopomoč s poudarkom na temeljnih pojmi. V: Slokar (ur.), M., Brelih, E. (ur.): Priročnik za vodenje skupin starih ljudi za samopomoč. Maribor: Zveza društev za socialno gerontologijo Slovenije (27–31).
34. Kobentar, R. (2011), Razumimo osebe z demenco. Vita, strokovna zdravstveno-vzgojna revija, 75: 5–7.
35. Kompare, A., Stražišar, M., Vec, T., Dogša, I., Jaušovec, N., Curk, J. (2001), Psihologija – spoznanja in dileme. Ljubljana: DZS.
36. Košnik M., Zdolšek, S., Triller, N. (2006), Sodelovanje med zdravstvenimi profili v bolnišnici Golnik- Kropa. Zdravstveni vestnik. 6, 75: 677–80.
37. Koželj, D. (2012), Čas rehabilitacije je za pacienta težka življenjska preizkušnja. Interno glasilo UKC Ljubljana, 02: 12–13.

38. Kuba, C. (2006), Navigating the Journey of Aging Parents: What Care Receivers Want. London: Routledge.
39. Leskošek, V. (2009), Introduction. V: Leskošek, V. (ur.), Theories and Methods of Social Work. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (2–6).
40. Lillie Blanton, M., Martinez, R. M., Kidd Taylor, A., Garman Robinson, B. (1999), Latina and African American Women: Continuing Disparities in Health. V: Charmaz, K. (ed.), Paterneti, D. A. (ed.), Health, Illness and Healing. Los Angeles: Roxbury Publishing Company (395–414).
41. Lupton, D. (2000), The Social Construction of Medicine and the Body. V: Albrecht, G.L. (ur.), Fitzpatrick, R. (ur), Scrimshaw, S. (ur.), Social Studies in Health & Medicine. London: Sage Publications (50–61).
42. Mali, J. (2010), (Po)moč starejših v sodobni družbi. V: Za strpno in socialno sožitje vseh generacij, zbornik 10. festivala za tretje življenjsko obdobje, Ljubljana. Ljubljana: Hevreka! (41).
43. Mali, J. (2007), Potrebe svojcev oseb z demenco. V: Mali, J. (ur.), Milošević Arnold, V. (ur.), Demenca – izziv za socialno delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (116–130).
44. Mali, J. (2008), Od hiralnic do domov za stare ljudi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
45. Marinič, M. (2011), Starejši potrebujejo varuha. Vita, strokovna zdravstveno-vzgojna revija. 75: 16–17.
46. Mencelj, M. (2006), Starejši bolnik in njegove pravice. V: Rugelj, D. (ur.), Posvetovanje: Celostna obravnava starostnikov. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo (9–15).

47. Mesec, B. (1991 a), Pomoč na domu v okviru pluralističnega socialnega varstva. V: Belič, M. (ur.), Sedanjost in prihodnost gerontoloških dejavnosti v Sloveniji, Cankarjev dom, 17. 12. 1991, Ljubljana: okrogla miza. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije (32–41).
48. Mesec, B. (2003 b), Primer kvazi sistemske sociološko-organizacijsko usmerjene teorije socialnega dela. V: Socialno delo 42, 3: 139–167.
49. Mesec, B. (2007 a), Metodologija raziskovanja v socialnem delu I. Fakulteta za socialno delo: Ljubljana.
50. (2007 b), Metodologija raziskovanja v socialnem delu II. Fakulteta za socialno delo: Ljubljana.
51. Minichiello, V., Browne, J., Kendig, H. (2000), Perceptions and consequences of ageism: views of older people. V: Ageing and Society, 3, 20: 253–278.
52. Milošević Arnold, V. (2003), Socialno delo s starimi ljudmi (izbrani članki in referati). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
53. Milošević Arnold V., Poštrak M. (2003), Uvod v socialno delo. Ljubljana: Študentska založba.
54. Nagode M. (2009), Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo. V: V. Hlebec (ur.), Starejši ljudje v družbi sprememb. Maribor: Aristej (125–38).

55. National Association of Social Workers, <http://workforce.socialworkers.org/studies/profiles/Hospitals.pdf> (25. 5. 2012)
56. Payne, M. (2001), *Modern Social Work Theory*. Houndmills: Macmillan.
57. Petek Šter, M. (2007), Vključevanje starostnikov v proces zdravljenja. V: Bulc, M. (ur), Turk, H.(ur), Kersnik J. (ur.), *Vključevanje bolnika v zdravljenje*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine (64–67).
58. Petrnelj, A. (2000), Idejni projekt negovalnega oddelka v bolnišnici Golnik. *Obzornik zdravstvene nege*, 3–4, 34: 105–113.
59. Pogačnik, M. (1984), *Socialno delo v zdravstvu*. [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=e5b115e3-66c4-466a-9a17-de4d7c7dd9ea](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=e5b115e3-66c4-466a-9a17-de4d7c7dd9ea) (26. 5. 2012), 379–409.
60. Potokar, M. (2012), Protokol – navodila za socialno obravnavo pacientov in njihovih svojcev na negovalnem oddelku UKC Ljubljana. UKC Ljubljana. 1–1.
61. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS, št. 52/1995, 2/1998, 61/1998, 19/1999 (28/1999 popr.), 127/2003, 125/2004, 120/2005, 90/2008, 45/2010).
62. Ramovš, J. (2001), Prostovoljstvo pri delu z ljudmi in za ljudi. *Socialno delo* 40, 6: 313–322.
63. Ramovš, J. (2003), *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in greontoagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.

64. Ray, M., Bernard, M., Phillips, J. E. (2009), *Critical Issues in Social Work with Older People*. New York: Palgrave Macmillan.
65. Regoršek, V. (2005), Stari ljudje v Sloveniji danes in jutri. V: Muršec, M. (ur.), *Ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne? Zbornik referatov*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor (1–6).
66. Rudel, D. (2004), Je telecare tehnologija za pomoč na daljavo rešitev za krč države pri reševanju problema socialno-zdravstvene pomoči starejšim v Sloveniji? V: Vaupotič, M. (ur.), *Evropska unija – priložnost za starejše – zbornik*. Ljubljana: Zveza za tehnično kulturo Slovenije (23–24).
67. Scrutton, S. (1999), *Counselling older people*. London: Arnold.
68. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=2361E17F>, (1. 6. 2012).
69. Staub Bernasconi, S. (2009), *Social Work as a Discipline and Profession*. V: Leskošek, V. (ur.), *Theories and Methods of Social Work*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (1–26).
70. Statistični urad Republike Slovenije. [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=4200](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4200) (12. 6. 2012).
71. Ule, M. (2012), Družbeni vidiki zdravja in medicine. *Socialno delo*, 51, 1–3, 5–14.
72. Univerzitetni klinični center Ljubljana (2011), *Kriteriji za sprejem v negovalni oddelek UKC Ljubljana*.
73. Vrhnjak, S. (2011), Smo bolnišnica prijaznih ljudi. V: Vrhunec, S. (ur.), *Interno glasilo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana*, 02: 6–8.

74. Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 54/1992, 42/1994, 1/1999, 41/1999, 60/1999, 36/2000, 54/2000, 26/2001, 110/2002, 2/2004, 7/2004, 36/2004, 21/2006, 105/2006, 114/2006, 3/2007, 41/2007, 122/2007, 61/2012, 62/2012).
75. Zimšek Kralj, D. (2010), Skupine starih ljudi za samopomoč. V: Slokar (ur.), Brelih (ur.), Priročnik za vodenje skupin starih za samopomoč. Maribor: Zveza za socialno gerontologijo Slovenije (39–55).
76. Zupančič, M. (2011), Domovi za starejše vse bolj podobni bolnišnicam. <http://www.delo.si/druzba/zdravje/domovi-za-starejse-vse-bolj-podobni-bolnisnicam.html>, (26. 8. 2012).
77. Zupančič, M. Kavčič, Z., Colnerič, B. (2011), Kakšne so predstave odraslih v Sloveniji o starosti in starejših osebah? *Kakovostna starost*. 14, 3: 24–37.
78. Zupančič, P., Vuga, S. (1992), Razprave o negovalni bolnišnici. Klinični center Ljubljana.
79. Whitaker, A. (2009), The body as existential midpoint—the aging and dying body of nursing home residents. *Journal of Aging Studies*, 2, 24: 96–104.

## 10. PRILOGE

### 10.1. SMERNICE ZA INTERVJUJE

#### **Smernice za intervju z uporabniki negovalne bolnišnice**

- Kako bi opisali negovalno bolnišnico – njen videz, velikost stavbe, ureditev, prostore, njeno okolico?
- Katere prostore ima negovalna bolnišnica in čemu so namenjeni? Kako ste se v njih znašli?
- Koliko ste imeli stika s svojci in ljudmi, ki Vam veliko pomenijo in kako so ti stiki potekali?
- Ali lahko opišete, kakšen odnos ste imeli z zaposlenimi?
- Se Vam zdi, da je bilo Vaše mnenje pomembno? Kako ste ravnali, če Vam kaj ni všeč?
- Ali lahko opišete svoj odnos z ostalimi uporabniki negovalne bolnišnice (bolniki)?
- Kako bi opisali skrb za samega sebe in za druge tukaj?
- Kako poteka Vaš dan?
- Kaj radi počnete čez dan, s čim se zamotite v prostem času?
- Kakšna so pravila in hišni red bivanja v negovalni bolnišnici?
- Kje vse imate v negovalni bolnišnici glavno besedo in sodelujete pri odločanju in sprejemanju odločitev?
- Kako bi opisali delo zaposlenih različnih poklicev? Kaj vse so njihove naloge in kako to počnejo?
- Na kakšen način in s čim zaposleni skrbijo za to, da se tukaj dobro počutite, ste čim bolj samostojni in da imate zasebnost, ki jo potrebujete?
- Kako se počutite tukaj in kaj si želite glede Vašega bivanja in življenja v prihodnosti?
- Kje se največ zadržujete med bivanjem tukaj, kaj tam počnete in kako se na splošno počutite ter znajdete v prostorih negovalne bolnišnice?
- Kaj lahko poveste o miru, času zase in zasebnosti, ki jo imate v negovalni bolnišnici?
- Katera od hišnih opravil, ki ste jih opravljali doma, lahko opravljate tudi tukaj oz. ali v času bivanja v negovalni bolnišnici pogrešate kakršno koli zaposlitev in delo?

- Se Vam zdi, da denar pomembno vpliva na kakovost Vašega življenja in način, kako živite?
- Kako poteka Vaš dan?
- Kaj počnete v prostem času, za zabavo in sprostitev oz. kaj bi si želeli?
- Kako je bolezen vplivala na odnos drugih ljudi od Vas – na primer znancev in zaposlenih v bolnišnici?
- Kako potekajo obiski, ko jih imate? Kdo vse pride, kaj počnete in ali ste zadovoljni, kar se tiče stika, komunikacije s svojci in prijatelji?
- S kom se tukaj najboljše razumete in kdo so Vaši prijatelji v negovalni bolnišnici?
- Kako dobro ste informirani o svoji diagnozi in kolikšen vpliv imate po Vaši oceni na odločanje o poteku zdravljenja in rehabilitacije?
- O čem vse se lahko odločate v negovalni bolnišnici, kje imate na voljo različne možnosti, izbire in kdaj se osebje prilagodi Vašim željam?
- Kako bi opisali osebje, ki dela v Vami?
- Se počutite, kot da ste del skupnosti v negovalni bolnišnici ali Vam je ta pojem tuj in ne čutite nobene pripadnosti do ustanove in ljudi, ki so del nje?
- Kako vidite pomen in vlogo socialnega dela v negovalni bolnišnici?
- V čem se pristop in način dela socialne delavke najbolj razlikujeta od dela ostalih zaposlenih?
- Ali lahko opišete Vašo izkušnjo s socialno službo in socialnim delom?
- Se Vam zdi, da je pomembno, da ima socialni delavec stike in da dela tudi z Vašimi svojci? Zakaj?
- Kako vidite vlogo socialnega delavca, kar se tiče sodelovanja z drugimi zaposlenimi v negovalni bolnišnici?

## Smernice za intervju s svojci uporabnikov negovalne bolnišnice

- Kaj Vam predstavlja pojem negovalna bolnišnica?
- Kako bi opisali negovalno bolnišnico – njen videz, velikost stavbe, ureditev, njeno okolico in lokacijo, kakšne občutke in asociacije vam vzbuja?
- Katere prostore ima negovalna bolnišnica in čemu so namenjeni, kaj ste opazili? Kako se vaš svojec in ostali bolniki v njih znajdejo?
- Koliko ste imeli stika s svojcem, kako so ti stiki potekali in kakšen odnos so imeli zaposleni do Vas in ostalih obiskovalcev, bolnikov?
- Ali lahko opišete svoj odnos s svojcem, ko je bil hospitaliziran v negovalni bolnišnici (bolniki)?
- Se Vam zdi, da so v negovalni bolnišnici mnenja in želje uporabnikov pomembna? Se bolniki lahko kdaj tudi pritožijo ter izrazijo svoje mnenje in želje, glede česa najpogosteje?
- Ali lahko opišete, kakšen odnos ima vaš svojec z ostalimi uporabniki (bolniki) negovalne bolnišnice?
- Kako bi opisali skrb, pomoč bolnikov, ki jo ti namenjajo sebi, jo izvajajo zase in morda tudi za sobolnike?
- Kako poteka dan Vašega svojca v negovalni bolnišnici, kot ga Vi vidite?
- Kaj rad Vaš svojec počne čez dan, s čim se zamoti v prostem času med bivanjem v negovalni bolnišnici?
- Kakšna se Vam zdijo pravila in hišni red bivanja v negovalni bolnišnici?
- Kje vse ima v negovalni bolnišnici vas svojec (uporabniki, bolniki) glavno besedo in tudi sodelujejo pri odločanju in sprejemanju odločitev?
- Kako bi opisali delo zaposlenih različnih poklicev, ki so zaposleni v negovalni bolnišnici? Kaj vse so njihove naloge in kako to počnejo?
- Na kakšen način in s čim zaposleni skrbite za to, da se Vaš svojec (bolniki) tukaj dobro počuti, je čim bolj samostojen in da ima zasebnost, ki jo potrebuje?
- Kako se Vaš svojec počuti tukaj in kaj si želi glede njihovega bivanja in življenja v prihodnosti?
- Kje se Vaš svojec običajno najpogosteje zadržujejo med bivanjem tukaj, kaj tam počne in kako se na splošno počuti ter znajde v prostorih negovalne bolnišnice?

- Kaj lahko poveste o miru, času zase in zasebnosti, ki jo ima Vaš svojec (bolniki na splošno) v negovalni bolnišnici?
- Katera od hišnih opravil, ki jih je Vaš svojec lahko opravljal doma, lahko izvaja tudi tukaj oz. ali v času bivanja v negovalni bolnišnici uporabnik pogreša kakršno koli zaposlitev in delo?
- Se Vam zdi, glede na Vaše izkušnje, da denar običajno pomembno vpliva na kakovost bolnikovega življenja in način, kako ta kasneje po odpustu iz negovalne bolnišnice živi?
- Kako poteka dan Vašega svojca v negovalni bolnišnici, kot ga Vi vidite?
- Kaj počne Vaš svojec v prostem času, za zabavo in sprostitev oz. kaj si želi početi pa ne more oz. mu ni omogočeno?
- Kako je bolezen vplivala na odnos drugih ljudi, na primer znancev in zaposlenih v bolnišnici, Vašega svojca? Je bolezen svojca spremenila tudi Vaš odnos do njega?
- Kako običajno potekajo obiski bolnikov? Kdo vse pride, kaj počnejo in ali je Vaš svojec zadovoljen, kar se tiče stika ter komunikacije s svojci in prijatelji?
- S kom se Vaš svojec najbolj razume in kdo so njegovi prijatelji v negovalni bolnišnici?
- Kako dobro se Vam zdi, da so bolniki informirani o njihovi diagnozi in kolikšen vpliv imajo po Vaši oceni na odločanje o poteku zdravljenja in rehabilitacije?
- O čem vse se lahko bolniki odločajo v negovalni bolnišnici, kje imajo na voljo različne možnosti, izbire in kdaj se lahko prilagodite njihovim željam?
- Kako bi opisali zaposlene v negovalni bolnišnici, njihov način dela in odnos do bolnikov?
- Se bolniki počutijo, kot da so del skupnosti v negovalni bolnišnici ali se Vam zdi, da jim je ta pojem tuj in ne čutijo nobene pripadnosti do ustanove in ljudi, ki so del nje?
- Kako vidite pomen in vlogo socialnega dela v negovalni bolnišnici?
- V čem se pristop in način dela socialne delavke najbolj razlikujeta od dela ostalih zaposlenih?
- Kakšne izkušnje imajo bolniki običajno s socialno službo in socialnim delom?
- Se Vam zdi, da je pomembno, da ima socialni delavec stike in da dela tudi s svojci bolnikov? Zakaj?
- Kako vidite vlogo socialnega delavca, kar se tiče sodelovanja z drugimi zaposlenimi v negovalni bolnišnici?

## Smernice za intervju z zaposlenimi v negovalni bolnišnici

- Kako bi opisali negovalno bolnišnico – njen videz, velikost stavbe, ureditev, njeno okolico in lokacijo?
- Katere prostore ima negovalna bolnišnica in čemu so namenjeni? Kako se uporabniki (bolniki) v njih znajdejo?
- Koliko imajo uporabniki stika s svojci, kako ti stiki potekajo in kakšen odnos imate zaposleni do obiskovalcev, bolnikov?
- Ali lahko opišete svoj odnos z uporabniki (bolniki)?
- Se Vam zdi, da so v negovalni bolnišnici mnenja in želje uporabnikov pomembna? Se bolniki kdaj tudi pritožijo ter izrazijo svoje mnenje in želje, glede česa najpogosteje?
- Ali lahko opišete, kakšen odnos imajo bolniki z ostalimi uporabniki (bolniki) negovalne bolnišnice?
- Kako bi opisali skrb, pomoč bolnikov, ki jo ti namenjajo sebi, jo izvajajo zase in morda tudi za sobolnike?
- Kako poteka uporabnikov dan?
- Kaj radi uporabniki počnejo čez dan, s čim se zamotijo v prostem času?
- Kakšna so pravila in hišni red bivanja v negovalni bolnišnici?
- Kje vse imajo v negovalni bolnišnici bolniki (uporabniki) glavno besedo in tudi sodelujejo pri odločanju in sprejemanju odločitev?
- Kako bi opisali delo zaposlenih različnih poklicev, ki so zaposleni v negovalni bolnišnici? Kaj vse so njihove naloge in kako to počnejo?
- Na kakšen način in s čim zaposleni skrbite za to, da se bolniki tukaj dobro počutijo, so čim bolj samostojni in da imajo zasebnost, ki jo potrebujejo?
- Kako se uporabniki počutijo tukaj in kaj si želijo glede njihovega bivanja in življenja v prihodnosti?
- Kje se bolniki običajno najpogosteje zadržujejo med bivanjem tukaj, kaj tam počnejo in kako se na splošno počutijo ter znajdejo v prostorih negovalne bolnišnice?
- Kaj lahko poveste o miru, času zase in zasebnosti, ki jo imajo bolniki v negovalni bolnišnici?
- Katera od hišnih opravil, ki so jih opravljali doma, lahko izvajajo tudi tukaj oz. ali v času bivanja v negovalni bolnišnici uporabniki pogrešajo kakršno koli zaposlitev in delo?

- Se Vam zdi, glede na Vaše izkušnje, da denar običajno pomembno vpliva na kakovost bolnikovega življenja in način, kako ta kasneje po odpustu iz negovalne bolnišnice živi?
- Kako poteka uporabnikov dan?
- Kaj počnejo uporabniki v prostem času, za zabavo in sprostitev oz. kaj si želijo početi?
- Kako je bolezen vplivala na odnos drugih ljudi, na primer znancev in zaposlenih v bolnišnici, do bolnikov, ki so v negovalni bolnišnici?
- Kako običajno potekajo obiski bolnikov? Kdo vse pride, kaj počnejo in ali so uporabniki zadovoljni, kar se tiče stika ter komunikacije s svojci in prijatelji?
- S kom se bolniki najbolj razumejo in kdo so najpogosteje njihovi prijatelji v negovalni bolnišnici?
- Kako dobro se Vam zdi, da so bolniki informirani o njihovi diagnozi in kolikšen vpliv imajo po Vaši oceni na odločanje o poteku zdravljenja in rehabilitacije?
- O čem vse se lahko bolniki odločajo v negovalni bolnišnici, kje imajo na voljo različne možnosti, izbire in kdaj se lahko prilagodite njihovim željam?
- Kako bi opisali zaposlene v negovalni bolnišnici, njihov način dela in odnos do bolnikov?
- Se bolniki počutijo, kot da so del skupnosti v negovalni bolnišnici ali se Vam zdi, da jim je ta pojem tuj in ne čutijo nobene pripadnosti do ustanove in ljudi, ki so del nje?
- Kako vidite pomen in vlogo socialnega dela v negovalni bolnišnici?
- V čem se pristop in način dela socialne delavke najbolj razlikujeta od dela ostalih zaposlenih?
- Kakšne izkušnje imajo bolniki običajno s socialno službo in socialnim delom?
- Se Vam zdi, da je pomembno, da ima socialni delavec stike in da dela tudi s svojci bolnikov? Zakaj?
- Kako vidite vlogo socialnega delavca, kar se tiče sodelovanja z drugimi zaposlenimi v negovalni bolnišnici?

## 11. POVZETEK

Zdravje in mladost sta v današnji družbi visoko cenjeni vrednoti. Bolezen človeka prizadene telesno, psihično in socialno ter lahko trajno spremeni življenje posameznika. Včasih so njegovi občutki, doživljanja, čustva in odnosi s svetom bolj prizadeti, kot je človek prizadet telesno. V svetu zdravih morajo bolniki najti smisel kljub oviranosti, izdelati prilagoditve v vsakdanjem življenju ter na novo oblikovati samopodobo. Še posebej težko je, ko človek nenadno zboli in ni pripravljen na vse izzive, ki ga čakajo, zato je hospitalizacija zanj velik stres. Še posebej, če je človek star. Ker obolevnost in poškodbe ljudi naraščajo z leti, smo že navajeni, da so bolnišnice običajno polne starih ljudi. Veliko jih po končanem akutnem zdravljenju zaradi nenadnosti bolezni in poškodb, ki jih ta pusti, nima urejenega prebivališča in oskrbe, zato so negovalne bolnišnice glede na naraščanje starega prebivalstva ena izjemno pomembnih institucij na področju skrbi za stare ljudi.

Ko sem prvič prišla v stik z ljubljansko negovalno bolnišnico, sem ugotovila, da je njen način dela nekaj posebnega, ni čisto tipično bolniški, niti ni organizacija podobna kot v domu za stare ljudi. Zato sem se odločila, da negovalno bolnišnico bolj podrobno raziščem. V nalogi sem predstavila svojo raziskavo, kjer sem kvalitativno raziskovala, kakšne so potrebe uporabnikov negovalne bolnišnice in kako zaposleni na njih odgovarjajo. Zanimalo me je tudi, če v negovalni bolnišnici obstajajo kakšni elementi socialne usmeritve in kateri so ti elementi ter kakšna je vloga in pomen socialnega dela v negovalni bolnišnici z vidika uporabnikov, njihovih svojcev in zaposlenih.

Ugotovila sem, da v negovalni bolnišnici poleg medicinskih obstajajo tudi elementi socialne usmerjenosti, najpomembnejši od njih je, da vsak uporabnik, ki pride v institucijo, pride v stik s socialnim delom. Elementi socialne usmerjenosti bolnišnice so odvisni od človeka, ki pripoveduje o njih, od njegovih izkušenj z ustanovo. Kot bolj medicinsko usmerjeno jo doživljajo bolniki v slabem zdravstvenem stanju (npr. nevrološke okvare).

Potrebe uporabnikov negovalne bolnišnice so podobne potrebam uporabnikov v ostalih ustanovah, le da so določene potrebe manj izražene (potreba po delu), druge pa bolj izrazito, kot je običajno (potreba po izogibanju institucionalizaciji in hospitalizaciji). Za potrebe je na splošno dobro poskrbljeno, zasluga gre predvsem zaposlenim, ki imajo odličen občutek za delo z ljudmi.

Socialno delo je še vedno pod vplivom medicinskega modela dela, kar je zlasti posledica kadrovske podhranjenosti in preobremenjenosti socialne službe. Socialna delavka dela uspešno, socialno delo je obravnavano kot nujen sestavni del negovalne bolnišnice. Zlasti je pomemben njen prispevek, kar se tiče vnašanja socialnega pogleda na bolezen in zagovarjanja uporabnika pred medicinskimi metodami in rutino dela z ljudmi kot objekti zdravja in bolezni.

Priznam, da niti nisem pričakovala toliko pozitivnih mnenj in izkušenj z ljubljansko negovalno bolnišnico, saj ustanova v skupnosti nima preveč dobrega ugleda. Tako da sem bila prijetno presenečena, kako navdušeno so mi o njej pripovedovali vsi zaposleni, uporabniki in svojci. Res je, da je stavba stara in da oprema ni ravno nova, ampak osebje s svojo pozitivno naravnostjo in veseljem do dela tam čisto zares dela čudeže. Tudi s starimi ljudmi, ki so bili morda nekaj tednov nazaj na robu preživetja.