

Andreja Grudnik Seljak

## Načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice iz perspektive socialnih delavk

*Načrtovanje odpusta je osrednja naloga socialnih delavk, zaposlenih v psihiatrični bolnišnici. Učinkovito načrtovanje odpusta je timski proces, ki temelji na oceni potreb in iskanju ustreznih odzivov nanje. Rezultati raziskave kažejo precejšnjo nesistematičnost na tem področju, saj se potek načrtovanja odpusta začne izvajati časovno različno. Predvsem slabo zdravstveno stanje uporabnikov ne omogoča doslednega upoštevanja njihovih želja in potreb, uporabniške participacije in avtonomije, zato se ni mogoče izogniti pokroviteljskim praksam. Zdravljenje v psihiatrični bolnišnici je še vedno povezano s precejšnjo stigmo. Ugotovitve raziskave kažejo, da se socialne delavke čutijo enakopravne članice oddelčnih timov, pri svojem delu pa se soočajo z mnogimi etičnimi dilemami. Dodiplomski študij socialne delavke usposobi s širokim spektrom teoretskega in praktičnega znanja, pogrešajo pa dopolnitev študijskega programa z zdravstvenimi vsebinami.*

**Ključne besede:** socialno delo, zdravstvo, ocena potreb, timsko delo, uporabniška participacija, etične dileme.

Mag. Andreja Grudnik Seljak je doktorska študentka socialnega dela, zaposlena v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Njeno ožje področje raziskovanja in zanimanja je usmerjeno v učinkovito načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice. Kontakt: a.seljak@siol.net.

### Planning discharge from a psychiatric hospital from the social workers' perspective

*Planning discharge is the central task of social workers in a psychiatric hospital. Effective hospital discharge planning is a team process based on assessing needs and finding suitable responses to them. The research results show considerable inconsistency in this area, as the process of discharge planning is initiated at different times. It is especially the users' poor health that does not allow their wishes and needs to be consistently considered, and prevents user participation and autonomy. Consequently, patronizing practices are inevitable. Being treated in a psychiatric hospital is still associated with considerable stigma. The research findings show that social workers feel as equal members of department teams and face plenty of ethical dilemmas at their work. Undergraduate studies have equipped social workers with a wide specter of theoretical and practical knowledge; however, they would like the study programme to be supplemented with health care topics.*

**Key words:** social work, health care, needs assessment, team work, user participation, ethical dilemmas.

Andreja Grudnik Seljak is a doctoral student of social work employed at the Idrija Psychiatric Hospital. Her narrow field of research and interests are focused on the effective planning of discharge from a psychiatric hospital. Contact: a.seljak@siol.net.

## Uvod

Obravnava ljudi s težavami z duševnim zdravjem je kot področje raziskovanja v socialnem delu v Sloveniji aktualno že več let, in sicer kot vprašanje destigmatizacije in normalizacije duševne motnje, razvoja skupnostnih oblik obravnave, razvoja uporabniškega vpliva in gibanj ter uporabniškega raziskovanja (Lamovec, 1998; Flaker, 1998; Flaker idr., 2008; Videmšek, 2013; Rafaelič, 2015). V zadnjih letih je pomemben predvsem proces deinstitutionalizacije, saj je postal ena od prioritarnih nalog države (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018). Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) in načela etičnega socialnega dela zahtevajo od socialnih delavk v praksi, da pri delu upoštevajo uporabniško perspektivo (Videmšek, 2011; Čačinovič Vogrinčič, 2010; Društvo socialnih

delavk in delavcev Slovenije, 2011; Flaker idr., 2008). Strokovnjaki v resnici pogosto delujejo na podlagi programov in ne na podlagi potreb ljudi (Grebenc, 2005; 2014).

Osrednja naloga socialnih delavk, zaposlenih v psihiatrični bolnišnici, je načrtovanje odpusta. To obsega socialne, kulturne, terapevtske in izobraževalne ukrepe, potrebne za varovanje in izboljšanje zdravja in dobrega počutja v skupnosti (Gowda, Gajera, Srinivasa in Ameen, 2019). Z vidika socialnega dela je načrtovanje odpusta pomoč uporabniku pri spoprijemanju s težavami, ki vplivajo na vsakodnevno življenje, pomoč pri spoznavanju zdravstvenega sistema, v katerem se je znašel, in, če je to mogoče, pomoč pri vrnitvi v domače okolje, kjer bo še naprej deležen pomoči in podpore, ki jo potrebuje (Beder, 2006).

Širše razumevanje pojma »načrtovanje odpusta« ne obsega zgolj priprave oziroma načrtovanja dejanskega dneva odpusta uporabnika iz bolnišnice, temveč ga je treba razumeti v kontekstu celostne obravnave uporabnika že v času zdravljenja v bolnišnici, pa tudi v pomenu pripravljanja uporabnika na življenje po končanem zdravljenju v psihiatrični bolnišnici. Poleg izraza »načrtovanje odpusta« v tem kontekstu zasledimo tudi izraz načrtovanje prehoda (ang. *transition planning*), ki obsega širši koncept nadaljnje oskrbe. Izraz načrtovanje odpusta je uporabljen za prehod iz zdravljenja v skupnost, načrtovanje prehoda pa kot premik z ene ravni na drugo, na primer iz zaprte enote v odprto, iz zavoda v stanovanjsko skupnost (Sowers in Rohland, 2004).

Načrtovanje odpusta torej vključuje zgodnjo prepoznavanje in oceno uporabnikov, ki potrebujejo pomoč pri načrtovanju odpusta, sodelovanje z uporabnikovo družino in strokovnimi timi za boljše načrtovanje odpusta, priporočila za nadaljnjo oskrbo, nastanitvene zmogljivosti, programe ali storitve, ki ustrezajo uporabnikovim potrebam in željam, ter povezovanje s službami in ustanovami v skupnosti za boljšo in lažjo dostopnost uporabnikom in odpravo vrzeli v storitvah (Lin, Cheng, Shih, Chu in Tjung, 2012). Načrtovanje odpusta je lahko osnovno; izvedeta ga zdravnik in medicinska sestra, ne da bi upoštevala priporočene postopke in smernice glede načrtovanja odpusta. Načrtovanje odpusta pa je lahko tudi specializirano; v tem primeru sodeluje bolnišnični tim, v katerem je vedno tudi socialna delavka (prav tam). Proces načrtovanja odpusta se izvaja v treh fazah: (1) začetno oziroma uvodno srečanje, (2) redna srečanja, ki jih je navadno več, in (3) sklepno srečanje, ki ni nujno na odpustni dan. O celotnem postopku načrtovanja odpusta je treba voditi ustrezno dokumentacijo (Alghzawi, 2012).

Razumevanje in upoštevanje potreb ter dobro načrtovanje odpusta vplivajo na pozitiven izid zdravljenja in na uspešnejšo vrnitev v skupnost (Amado in Mc Bride, 2001). Socialne delavke v bolnišnici delujejo v sistemu zdravstva, za katero sta značilna hierarhična organiziranost dela in upoštevanje medicinskega modela obravnave uporabnikov (Lamovec, 1998). Socialne delavke in uporabniki so v tem okolju v odnosu do medicinskih profilov v podrejenem položaju (Zaviršek, 2003; Ule, 2012; Salleeby, 1997; Parker in Doel, 2013; Olsen, 1994; Golightley, 2006; Corcoran in Walsh, 2006). Delo socialnih delavk se v procesu zdravljenja izgubi, prav tako tudi ključna vloga, ki jo imajo oziroma bi jo morale imeti pri načrtovanju odpusta.

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

### **Namen in cilji raziskave**

V raziskavi sem se osredotočila na raziskovanje posebnega trenutka v procesu zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, ko uporabnik zapusti bolnišnico. Raziskovala sem na dveh ravneh, kot osebno zgodbo ljudi z izkušnjo zdravljenja v psihiatrični bolnišnici in njihovega odhoda iz bolnišnice ter kot simbolno dejanje zapuščanja institucije. Pomen priprave na odhod iz bolnišnice nakazujejo študije o rehospitalizacijah, ki opozarjajo na nujnost sprememb pri obravnavanju duševne stiske, ki bi poleg medicinskih dejavnikov upoštevale tudi socialne in družbene vidike duševne stiske posameznika (Dernovšek in Šprah, 2017; Grebenc in Kvaternik, 2008; Lin, Cheng, Shih, Chu in Tjung, 2012; Shepard, Parkes, McClaren in Phillips, 2004; Alghzawi, 2012). Da je načrtovanje odpusta smiselno raziskovati z vidika potreb uporabnikov, nakazujejo tudi raziskave, ki poročajo o majhni vključenosti ljudi z izkušnjo zdravljenja v skupnosti in o premajhni vključenosti v odločanje v procesih pomoči (McDaid in Ni Bhera, 2017; Jacob, 2015; Videmšek, 2011).

Raziskovalno delo sem utemeljevala in razvijala na podlagi teorij socialnega dela, ki upoštevacjo koncept krepitve moči, prepoznavajo pomen družbene emancipacije uporabnikov in kritično ocenjujejo procese marginalizacije in stigmatizacije (Dominelli, 2002; Wehbi in Parada, 2017; Rogers, 2012), ter na podlagi teorij, ki razlagajo univerzalnost in relativnost človekovih potreb (Doyal in Gough, 1992; Grebenc, 2005; Starnino, 2009; Rapp in Goscha, 2012; Webber in Joubert, 2015; Jacob, 2015).

Osrednja tema raziskave je bilo raziskovanje načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice po končanem zdravljenju z vidika potreb uporabnikov in raziskovanje s tem načrtom povezane prakse socialnega dela v psihiatričnih bolnišnicah. Upoštevala sem dva aktualna cilja socialnega dela na področju duševnega zdravja: večanje kakovosti življenja ljudi, ki se po končanem zdra-

vljenju vračajo v skupnost, in transformiranje psihiatričnih ustanov v procesu deinstitucionalizacije (Rafaelič, 2015; Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2015).

Raziskovalni problem je povezan z vprašanjem razumevanja sveta socialnega dela v instituciji in razumevanja sveta uporabnikov. Cilj raziskovanja je bil iskanje skupnih točk obeh svetov in to, kako ljudem, ki imajo izkušnjo zdravljenja, omogočiti vrnitev v skupnost. Odhod iz bolnišnice lahko razumemo kot točko prepleta treh ravni: mikro (uporabnik, družina, skupnost), mezzo (institucije) in makro (politični, kulturni, ekonomski, socialni in moralni sistemi). Z analizo te konkretne situacije dobimo dober vpogled v pomen bolnišničnega zdravljenja, vlogo socialnega dela in v okoliščine, ki vplivajo na možnosti uporabniške participacije.

Za potrebe tega članka sem oblikovala tri glavne raziskovalne teme, ki jih povzemam v treh raziskovalnih vprašanjih:

- kakšno vlogo ima socialno delo pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice;
- katere potrebe imajo uporabniki in kako so prepoznane pri načrtovanju odpusta;
- kakšna je usposobljenost socialnih delavk za delo na področju psihiatrije.

## Vrsta raziskave

Raziskava je bila kvalitativna. Pokazalo se je, da je to metodološko ustrezno, predvsem pri raziskovanju kompleksnejših in manj raziskanih problemov. Predmet raziskovanja je praksa socialnega dela pri načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice. Situacija odpusta je imela na ravni raziskovalne strategije in metodološkega pristopa lastnost časovne enote (z začetkom in koncem), znotraj katere sem preučevala dogajanje z vidika nalog socialnih delavk in z vidika umestitve uporabnikov pri načrtovanju odpusta. Vlogo socialnega dela sem raziskovala na podlagi štirih kategorij: obstoječi postopki odpusta iz bolnišnice, vidne in skrite prakse socialnega dela, sodelovanje s strokovnimi službami, etične dileme. Za raziskovanje perspektive uporabnikov sem upoštevala kategorije: potrebe in želje uporabnikov, vsakdanje situacije pri načrtovanju odpusta, značilnosti hospitaliziranih uporabnikov, možnosti participacije uporabnikov pri načrtovanju, ekspertno znanje na podlagi osebnih izkušenj, preživetvene prakse.

### *Metode zbiranja podatkov in viri podatkov*

Za izvedbo intervjujev sem izdelala delno strukturirana vprašalnika (enega za uporabnike in drugega za socialne delavke in socialne delavce), osredotočena na teme: potek načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice, vključenost različnih služb v načrtovanje odpusta, pokroviteljske prakse v psihiatrični bolnišnici, uporabniška participacija, avtonomija uporabnikov, upoštevanje želja in potreb uporabnikov, pobuda za načrtovanje odpusta, sodelovanje s službami po odpustu, stigma, usposobljenost socialnih delavk za delo na po-

dročju zdravstva, znanje in spretnosti socialne delavke, avtonomija socialnih delavk, timsko delo. V nadaljevanju bodo prikazani rezultati analize podatkov, zbranih z intervjuji med socialnimi delavkami.

### *Populacija in vzorec socialnih delavk*

V Sloveniji kot del javnega zdravstvenega sistema deluje šest psihiatričnih bolnišnic: Psihiatrična klinika Ljubljana, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Psihiatrična bolnišnica Vojnik in Oddelek za psihiatrijo UKC Maribor. V njih je zaposlenih 44 socialnih delavk s povprečno delovno dobo na področju dela v psihiatriji 15,7 let, stopnja dosežene izobrazbe pa je bila: VI/1: ena socialna delavka, VI/2: sedem socialnih delavk, VII/: 31 socialnih delavk, VIII/1: štiri socialne delavke, VIII/2: ena socialna delavka (avgust 2021).

Vzorec socialnih delavk in socialnih delavcev je bil namenski, končno število enot je bilo določeno z doseženo točko saturacije podatkov (15 socialnih delavk: dva moška, 13 žensk, povprečna delovna doba 18 let).

## **Rezultati z razpravo**

### *Potek načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice*

Raziskava je pokazala, da načrtovanja odpusta uporabnika iz psihiatrične bolnišnice ne izvajajo sistematično. To se kaže tako, da načrtovanje odpusta uporabnika v izbranih bolnišnicah začnejo izvajati različno. Čeprav je načrtovanje odpusta uporabnika iz psihiatrične bolnišnice povezano z njegovim zdravstvenim stanjem, naj bi takšno načrtovanje začeli takoj ob sprejetju uporabnika v bolnišnico. Sprejem uporabnika v bolnišnico sicer poteka po ustaljenih protokolih, pobudo dajo različni posamezniki in službe v skupnosti, ki jih je Goffman (2019) imenoval »agenti«.

Načrtovanje odpusta, predvsem v obliki uvodnega pogovora, se v povprečju začne okrog petega dneva. Nesistematičen pristop k poteku načrtovanja odpusta se kaže tudi v različnih načinih obravnave uporabnika. Ko socialne delavke pri uporabniku prepoznajo bivanjsko problematiko ali nezmožnost samostojnega življenja, se potek načrtovanja odpusta začne takoj ob sprejemu uporabnika na zdravljenje.

*Če gre za ljudi, ki nimajo kam iti, se to ureja že veliko prej. Že takoj po sprejemu pridobimo informacijo, da bo potrebno urejati nameščanje, tako da potem urejamo njemu primerno namestitev. (C)<sup>1</sup>*

*To delamo že dolgoročno. Če se vidi, da uporabnik ni sposoben samostojnega življenja, začnemo že prej. (O)*

Čeprav se socialne delavke zavedajo pomena načrtovanja odpusta uporabnika, se v bolnišničnih praksah pojavljajo razlike v tem, kdo in kako sodeluje pri načrtovanju odpusta uporabnika. V raziskavo izbranih psihiatričnih bolnišnicah

<sup>1</sup> V fazi urejanja gradiva sem v vsakem transkriptu vsaki intervjuvanki določila posebno črko.

je načrtovanje odpusta povezano s timskim pristopom, prepletajo se vloge zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, mednje se po *Zakonu o zdravstveni dejavnosti* (2005) uvrščajo tudi socialne delavke v zdravstvu. Načrtovanje odpusta je nujno timski proces, v katerem strokovnjaki različnih profilov, vedno tudi socialna delavka, sodelujejo in pomagajo drug drugemu z namenom pomoči uporabniku ali družinskemu članu (Beder, 2006; Aviram, 2002).

V zdravstvu zasledimo interdisciplinarne, multidisciplinarne in transdisciplinarne time. Glede na raziskavo lahko ugotovim, da so v psihiatričnih bolnišnicah prevladujoči multidisciplinarni timi, ki izvirajo iz tradicionalnega medicinskega modela, v katerem so medicinske diagnoze in zdravljenje primarni fokus, zdravnik pa najpomembnejši v tem procesu. Člani multidisciplinarnega tima delajo sočasno z jasno definiranimi vlogami, jasno hierarhijo, specificiranimi nalogami in visoko stopnjo profesionalne avtonomije, z uporabniki se pogosto konzultirajo individualno in ustvarjajo svoje lastne cilje (Mickan in Rodger, 2000). V bolnišnici timski pristopom pomeni sodelovanje z različnimi zunanjimi akterji, kot so centri za socialno delo, uradi za delo, socialnovarstveni zavodi, zavodi za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, nevladne organizacije in drugo, kot tudi sodelovanje s svojci uporabnika, ki sicer, kot je pokazala raziskava, še vedno več kot v polovici primerov niso vključeni v načrtovanje odpusta. Socialno delo je vedno prepoznalo vlogo družine ob bolezni, spoprijemanju z njo in okrepanju posameznika ter vzajemni vpliv na družino, zato morajo socialne delavke vložiti vse napore in strokovno znanje v prepoznavo, vključitev in mobilizacijo uporabnikove družine, ki jo potrebujejo kot vir podpore in krepitev moči (Kelavić, 2007; Dhooper, 2012; Kodele in Mešl, 2016; Čačinovič Vogrinčič, 2006).

Raziskava je razkrila, da poleg socialne delavke neposredno pri načrtovanju odpusta sodelujejo še psihiater, diplomirana medicinska sestra in v določenih primerih, ko gre za postopke za sprejem na varovane oddelke po 75. členu *Zakona o duševnem zdravju* (2008), tudi direktor.

Če urejamo namestitev, socialni delavec napiše vloge, psihiater in diplomirana sestra mnenje, potlej imam jaz kontakt z zavodi oziroma kamor so šle vloge. (B)

Socialna delavka pri načrtovanju odpusta v timu prevzema vlogo koordinatorke ali povezovalke vseh akterjev, vključenih v ta proces, in skrbi za odprto komunikacijo in ažurno izmenjavo informacij o stanju uporabnika med strokovnimi člani tima. Pri tem je v prednosti, ker socialno delo na področju psihiatrije ni primarni poklic in ima kot interdisciplinarno zasnovana strokovna dejavnost znanje različnih strokovnih jezikov, kot so pravo, medicina, psihologija, pedagogika, ob tem pa nima dominantnega položaja in zato ne ogroža drugih strok, zna povezovati in je praktično usmerjeno v vsakdanje rešitve (Aviram, 2002; Flaker, 2012).

Razlike se sicer pojavljajo glede samega načina urejanja odpusta uporabnika. Večina socialnih delavk meni, da na načrtovanje odpusta bolj kot sama socialna delavka vpliva timski pristop dela, pri katerem se po navadi upošteva mnenje vseh sodelujočih.

Da je moja vloga umeščena v timsko delo, povem svoje mnenje, kot tim me spoštujejo, upoštevajo mnenje, predloge, tudi nisem imel občutka, da bi ostali silili ljudi k rešitvam, ki se njim zdijo prave, če se pacient s tem ne strinja. (I)

Odločevalec, ki je v bolnišnici še vedno zdravnik, prilagaja načrtovanje odpusta tudi oceni stanja uporabnika, ki ga poda socialna delavka.

Ključno vlogo in največjo težo odgovornosti nosi seveda oddelčni zdravnik, ki je odgovoren za zdravljenje pacienta, kar je ključna naloga bolnišnice. (G)

V nekaterih timih je mnenje socialne delavke o časovni priprave odpusta in tudi o namestitveni rešitvi uporabnika po končani hospitalizaciji prezrta in se zdravstveno osebje uporabnika obravnava po vnaprej določeni sistematizaciji. Najpogosteje je mnenje socialne delavke prezrto s sklicevanjem na 75. člen *Zakona o duševnem zdravju* (2008), ki se nanaša na namestitve brez privolitve.

Jaz osebno sem dosti pričakovala od Zakonu o duševnem zdravju, kako bodo vsi sodelovali, pa povabiš KOS, pride, potem pa gre po svoje. Je težko. (F)

Zgodovinsko gledano so socialne delavke na področju duševnega zdravja le redko izpodbijale dominantnost psihiatrične profesije, saj je psihiatrično socialno delo veljalo za prestižno znotraj profesije, zdravniki so videli socialne delavke kot zaveznice pri svojem delu, v devetdesetih letih so jih ponekod imenovali celo »pomočniki«. Izrazita hierarhična struktura v bolnišnici se sicer v zadnjih letih spreminja zaradi priznanja sodobne medicine, da obstajajo pri zdravju in bolezni tudi določene psihosocialne razsežnosti, ki se odtegujejo medicinsko tehnični diagnostiki (Jutel, 2009; Aviram, 2002; Milošević Arnold in Poštrak, 2003; Ule, 2012).

Ključna vloga socialne delavke v timu je povezana z vlogo zagovornice. Pri tem gre za zbiranje podatkov o potrebah uporabnika, za pogajanje z ustreznimi službami pa tudi za poskuse vpliva na odločitve institucij glede njihove politike na posameznem področju. To vlogo socialna delavka prevzame takrat, kadar institucije ne ravnaajo v skladu s potrebami uporabnikov (Mali in Milošević Arnold, 2011). Na strokovnih timih uporabnik ni navzoč in tako socialna delavka zagovarja njegove želje in potrebe. Na drugi strani pa se zagovorniška vloga socialne delavke nanaša tudi na transparentno podajanje mnenja in ocene strokovnega tima uporabniku. Socialna delavka uporabniku razloži, kakšne so njegove realne možnosti in načrt odpusta.

Potem lahko daš glas za tega človeka, ker na oddelčnih timih on ni prisoten, in se mi zdi, da dostikrat drugi profili sprejmejo vse to, da gre potem v pravi smeri odpust. Gre za zagovorniško vlogo. (C)

Ker v bistvu, ko ti razložiš nek načrt odpusta oziroma neke možnosti, ki jih pacient sam izbere, prostovoljno, je treba jasno povedati, kaj je on povedal, kaj si on želi, kakšne so realne možnosti in potem za naprej. (D)

Socialni delavci smo, kadar uporabnik to potrebuje oziroma želi, lahko neke vrste vez med uporabniki in službami. Tudi v smislu zagovorništva, skrbi za njegove pravice, koristi, svetovanja uporabnikom. (G)

Uporabnik glede na podane informacije in če mu zdravstveno stanje to dopušča, sam izbere predstavljene možnosti in optimalne rešitve.

## Prepoznavna in ocena potreb uporabnikov

Načrtovanje odpusta obsega zgodnjo prepoznavo in oceno potreb uporabnikov, sodelovanje z uporabnikovo družino in strokovnimi timi za boljše načrtovanje odpusta, priporočila za nadaljnjo oskrbo, informacije o nastanitvenih zmogljivostih, programih ali storitvah, ki ustrezajo uporabnikovim potrebam in željam, ter povezovanje s službami in ustanovami v skupnosti s ciljem boljše in lažje dostopnosti uporabnikom (Lin, Cheng, Shih, Chu in Tjung, 2012). V izbranih psihiatričnih bolnišnicah je cilj načrtovanja odpusta povezan bodisi s krepitvijo moči uporabnika za življenje po odpustu iz psihiatrične bolnišnice in je usmerjen v urejanje razmer uporabnika bodisi s krepitvijo samostojnosti uporabnika med zdravljenjem in po njem.

Načrtovanje odpusta je zelo pomembno, ker zaključuje cikel zdravljenja in je pomembno, da je odpuščen domov iz kliničnega okolja s ciljem dobrega funkcioniranja (D).

Nekatere socialne delavke cilj načrtovanja odpusta povezujejo neposredno s samim odpustom, ki je razumljen kot cilj samega zdravljenja.

Najpogosteje se načrtovanje odpusta nanaša na urejanje uporabnikovih razmer po hospitalizaciji. V raziskavi je bilo največ potreb uporabnikov povezanih z nezmožnostjo samostojnega bivanja, s preskrbo osnovnih sredstev, materialno stisko in socialnim vključevanjem. Pogovor je prepoznan kot najpogostejši način, na katerega lahko socialne delavke v timu prepoznajo želje in potrebe uporabnikov in jih lahko pri načrtovanju odpusta upoštevajo.

Uporabniki si po končanem zdravljenju in vrnitvi v skupnost želijo čimprejšnje vključitve v vse sfere svojega življenja. Zdravstvenih težav ljudi ne moremo razumeti zunaj družbeno kulturnega konteksta in področij vsakdanjega življenja, kot so: stanovanje, dohodek, zaposlitev, družbena izoliranost, osamljenost. Uporabniki, ki so eksperti na podlagi osebnih izkušenj, vedo, kaj želijo, in to je treba upoštevati, ob tem pa vedeti, da imajo včasih težave z izražanjem svojih želja.

Socialno vključevanje je temeljna naloga v praksi socialnega dela, to pa še ne pomeni, da mora kdo »ustrezati« večini ali da mora biti vključen kot »izjema«. Norme normalnosti je treba razširiti. Koncept normalizacije vpliva na ljudi s težavami z duševnim zdravjem, saj zagotavlja smernice za organizacijo služb in proces, v katerem se poskuša ustvariti enake razmere za vse ljudi, ne glede na to, ali imajo težave ali ne. Gre torej za vprašanje udeležnosti posameznika pri odločanju in možnostih dostopa do socialne, ekonomske, politične in medsebojne vključenosti. Načrtovanje pomoči ni dovolj dobro, če ne pripomore k vključenosti v socialno okolje in k večji socialni moči ter dokler viri v skupnosti v resnici niso dostopni (Schmidt, 2003; Zaviršek, 2003; Videmšek, 2013; Kvaternik in Grebenc, 2008; Campbell, 1996; Čaćinovič Vogrinčič, 2006; Becker, Howard in Moran, 2007).

## Uporabniška participacija

Model okrevanja, na katerem temelji učinkovito načrtovanje odpusta, je nastal kot odgovor na ozka in omejena pojmovanja v medicinskem modelu, ki je tradicionalno videl uporabnike kot pasivne prejemnike, osebje pa kot strokovnjake in imetnike znanja. Uporabniško gibanje je zahtevalo drugačne pristope, možnost izbire služb in storitev, ki bi zadovoljevale njihove potrebe. Urek (2003) meni, da je še pred kratkim veljalo, da je beseda strokovnjaka ena in edina veljavna, danes pa se zavedamo, da gre za medsebojni delovni odnos, pri katerem je socialna delavka strokovnjakinja iz poklica, uporabnik pa strokovnjak na podlagi osebnih izkušenj.

Raziskava ne potrjuje Brandonu in Brandonu (1994), ki pišeta, da imajo socialne delavke težave s tem, da bi uporabniki sami odločali oziroma opredeljevali svoje potrebe, saj so bili naučeni za formalni postopek ocenjevanja, pri katerem gre za enosmerni postopek obdelave pasivnega posameznika, ki v postopku ne sodeluje. Socialne delavke so poudarjale, da so priprave na odpust uporabnika iz bolnišnice kot tudi način ugotavljanja njegovih želja in potreb odvisne od njegovega zdravstvenega stanja, to pa zelo vpliva na zagotavljanje njegove avtonomije v poteku načrtovanja odpusta. V primeru dobrega zdravstvenega stanja člani strokovnega tima uporabnika zaznavajo kot soustvarjalca načrta odpusta. Ključen pri učinkovitem načrtovanju odpusta je prav enakovreden, partnerski odnos med uporabnikom in socialno delavko ozirom timom, ki je vključen v načrtovanje odpusta.

Uporabniki vedno sodelujejo pri načrtovanju odpusta, se usedom z njimi, da vidimo, kako bo po odpustu. (E8)

Člani strokovnega tima v sodelovanju z uporabnikom iščejo najustreznejše rešitve za doseg cilja zdravljenja kot tudi rešitve za stabilizacijo življenja uporabnika po odpustu. Socialne delavke, ki so v času študija ponotranjile vrednoto avtonomije uporabnika, skušajo upoštevati načelo avtonomnosti tako, da spodbujajo uporabnika k soustvarjanju načrta odpusta in njegovi samostojnosti.

Socialne delavke omenjajo še uporabnike z dobrim zdravstvenim stanjem in torej zmožnostjo soustvarjanja načrtovanja odpusta, ki jim je bolnišnica zatočišče bodisi pred nasilnimi družinskimi odnosi bodisi pred delovno preobremenjenostjo. Ti si želijo dolgotrajne hospitalizacije in ureditev življenjskih razmer po odpustu iz bolnišnice. Tudi njih skušajo socialne delavke motivirati za vključevanje v potek načrtovanja odpusta. Psihiatrične bolnišnice, ki so na medicinskem modelu utemeljene institucije, pogosto opravljajo vlogo zavetišč in azilov, vanje se zatekajo ljudje z najrazličnejšimi težavami, ki nimajo medicinskega izvora (Zaviršek, 1994). Hkrati pa prav hospitalizacijo uporabniki doživljajo kot vir stigme, zato zdravljenje v psihiatrični bolnišnici pogosto prikrivajo in težko sprejmejo situacijo, v kateri so se znašli. Gre za odpor zoper socialno etiketo »duševni bolnik«. Stigma na mikroravni zavira okrevanje in razvoj psihosocialnih spretnosti posameznika s težavami z duševnim zdravjem, na makroravni pa zaradi družbene nevednosti oziroma nezaveščenosti vpliva na pomanjkljiv razvoj resorjev, ki bi njim in njihovim

bližnjim olajšali vključevanje v družbo ter tako ohranjali in krepili socialno oziroma družbeno vlogo (Oreški, 2008; Ule, 1993).

Čeprav se upošteva praksa upoštevanja in omogočanja avtonomije uporabnika pri načrtovanju odpusta, socialne delavke poudarjajo pomen določanja mej uporabniku glede njegovih želja z upoštevanjem realne ocene njegove situacije. Določanje mej ali realnih možnosti je praksa pri načrtovanju odpusta, ko ima uporabnik nerealne želje in potrebe oziroma te niso uresničljive zaradi njegovega zdravstvenega ali socialno-ekonomskega stanja. Socialne delavke pri svojem delu sodelujejo tudi z uporabniki, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja ne morejo sodelovati pri načrtovanju odpusta. V teh primerih socialne delavke ne morejo upoštevati ali težje upoštevajo želje in potrebe uporabnika ter se zavedajo, da je uporabnikom okrnjena avtonomija pri načrtovanju odpusta. Pri teh uporabnikih so pogostejše pokroviteljske prakse.

Največkrat to srečamo pri starostnikih, ko ni svojcev. Takrat iščemo socialni delavci rešitve sami, npr. namestitve v DU, tudi če so oddaljeni od doma. (E)

Erina White (2013) meni, da obstaja nevarnost, da socialna delavka preoblikuje »neskladnega posameznika« v »duševno bolnega« ob altruistični predpostavki, da je to nekaj, kar uporabnik želi ali potrebuje. Uporabnike opredeli kot »nore« z uporabo medicinskega modela v socialnem delu, z uporabo moči, ki je socialnim delavkam dodeljena. Socialne delavke sicer menijo, da pri tem ne gre za pokroviteljsko prakso, temveč iskanje najboljše rešitve za uporabnika kot tudi za njegove svojce.

Tu ne gre za pokroviteljstvo, ampak za iskanje boljše izbire. (N).

Xie (2013) meni, da strokovnjaki verjamejo v moč uporabnikov in da lahko ta moč pomaga pri okrevanju. Pa vendar je ob tem potrebna previdnost, da se informacije, pridobljene pri oceni stanja, ne bi interpretirale v skladu s paternalističnim, tradicionalnim, medicinskim pristopom. Pokroviteljstvo oziroma neustrezen odnos do uporabnika temu jemlje moč (so)odločanja pri njegovi obravnavi. Pokroviteljstvo je opazno predvsem pri delu zdravstvenega osebja, najbolj zdravnikov, ki pogosto ne upoštevajo želja in potreb uporabnikov. V odnosu med socialno delavko in uporabnikom že sama moč, ki izhaja iz njene profesionalne vloge, socialni delavki prinaša občutek avtoritete. V zdravstvu nemalokrat naletimo na pokroviteljske izjave, češ »mi vemo, kaj je najbolje za vas«, ki pravzaprav izražajo občutek ogroženosti ob bolnikovi tendenci uveljavljanja lastnega mnenja, le uporabnik z močjo pa je lahko konstruktiven (Milošević Arnold in Postrak, 2003; Domajnko, 2014, str. 42).

Socialna delavka je v procesu načrtovanja odpusta vseskozi svetovalka, spodbujevalka samostojnosti in informatorka. Uporabnika seznanji z možnimi tveganji in ga pripravi na sprejemanje možnih posledic teh tveganj. Strokovnjaki morajo dovoliti tveganja, če hočejo delovati podporno. Naloga socialnega dela je oceniti verjetnost, da se bo nekaj zgodilo, tehtati med tveganjem in dobičkom za uporabnika in zmanjšati tveganje na razumno mejo, ne da bi onemogočili osebi, da tvega (Deegan, 1996; Flaker, 2003).

## Usposobljenost socialnih delavk za delo na področju psihiatrije

Socialne delavke se po študiju ne počutijo dovolj usposobljene za delo na področju zdravstva in še posebej psihiatrije. Njihov občutek neusposobljenosti in nekompetentnosti izhaja iz ugotovitve, da jim študij ne da znanja in spretnosti, potrebnih za celostno obravnavo uporabnika v zdravstvu. Pri tem omenjajo primanjkljaje na področju psihosocialnih in medicinskih znanj.

*Če gledam, ko pridejo s fakultete ... slabo, ker ni predmeta, ni nečesa, kar bi usmerjalo v to delo. V zdravstvu je to malo bolj specifično kot na terenu. Obvezno bi bilo treba v študij vnesti te vsebine. (a)<sup>2</sup>*

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) opozarja na pomen vključitve vsebin s področja duševnega zdravja v strokovno izobraževanje na srednješolski in visokošolski ravni za poklice v zdravstvu, socialni in družini ter vzgoji in izobraževanju. Mnoge socialne delavke sodelujejo s posamezniki in družinami s težavami z duševnim zdravjem tudi zunaj področja duševnega zdravja, zato so takšna znanja dragocena za vse (Kourgiantakis, Hussain, Ashcroft, Logan, McNeil in Williams, 2020). Omenjena znanja so socialne delavke v preteklosti že pridobivale v času študija, do spremembe študijskega programa, ko so bile te vsebine iz študijskega programa izločene in obravnavane kot irelevantne za delo socialne delavke.

*Stara generacija smo imeli psihiatrijo, niso bili usmerjeni proti, potem se je to spremenilo, se je zavrglo to dragoceno znanje, kar je škoda. (j)*

Menijo, da bi bila smiselna dopolnitev ali sprememba visokošolskega študijskega programa, ki bi študentom dal takšno znanje in spretnosti, saj bi to okrepilo sodelovanje med matično fakulteto in psihiatričnimi ustanovami z namenom pridobivanja konkretnega vpogleda v metodike dela zdravstvenega in socialnega modela kot tudi pridobivanja relevantnih znanj in spretnosti za kompetentno socialnodelavsko obravnavo uporabnika v času zdravljenja.

Zaznavanje neusposobljenosti pri socialnih delavkah se kaže tudi v težavah z usklajevanjem zdravstvenega in socialnega modela. Socialne delavke poudarjajo, da ne poznajo specifičnega delovanja medicinskega modela, ki se izrazito razlikuje od socialnega modela delovanja. Poznavanje specifičnega delovanja obeh modelov je za uspešno načrtovanje odpusta pomembno, saj v psihiatričnih bolnišnicah prevladuje predvsem medicinski model obravnave.

*Mislim, da smo se zelo veliko izobraževali na to temo, zelo veliko sem odnesla iz faksa. Ampak po drugi strani pa je to teorija. Ko prideš delat, pa vidiš primanjkljaj. Ker se osredotočamo predvsem na socialni model, tu pa prevladuje zdravstveni. (o)*

Socialne delavke sicer poročajo o širini in uporabnosti znanj, ki so jih pridobile v času študija.

<sup>2</sup> Pri iskanju odgovorov na raziskovalna vprašanja v zvezi s postopkom načrtovanja odpusta sem intervjuvanke označevala z veliko začetnico, pri odgovorih v povezavi z usposobljenostjo socialnih delavk pa z malo začetnico.

Jaz mislim, da meni je faks dosti dal, gre za način razmišljanja skozi te vaje. Ko pridejo določene teme, tudi v splošni populaciji, razmišljam in pristopam drugače. (h)

Seznatile so se s specifikami metodike dela, kot so: svetovanje, pogovor z uporabnikom in družino, delo s skupino, individualno delo z uporabnikom. Gre za znanja oziroma metode izvajanja varnega pogovora, vzpostavitve odprtega odnosa z uporabnikom, sodelovanje s svojci. Če so socialne delavke pridobile srednješolsko izobrazbo s področja zdravstva ali so si pred zaposlitvijo v psihiatrični bolnišnici pridobile druge delovne izkušnje, lažje prevajajo metode socialnega dela v prakso.

Jaz, če tako pomislim, jaz sem imel srečo, da sem bil najprej zaposlen kot tehnik, imel sem izkušnje in znanje. (i)

V nasprotnem primeru se socialne delavke srečujejo z velikimi izzivi in imajo občutek, da so pri prevajanju metod socialnega dela v prakso prepuščene same sebi.

Pridobivanje širokega spektra teoretskega in tudi praktičnega znanja v času študija, ki pa ni usklajen s potrebami znanja v psihiatrični bolnišnici, se pri socialnih delavkah kaže v nerealnih pričakovanjih glede metod dela z uporabnikom, neselektivnosti med bolezenskimi znaki in neprimernim vedenjem ter v okornih komunikacijskih spretnostih z uporabnikom. Zaznane nekompetentnosti in neusposobljenosti za delo v zdravstvu socialne delavke rešujejo z nenehnim dopolnjevanjem znanj, ki jih pridobivajo samoiniciativno s samoizobraževanjem, kolegialnim in izkušenjskim učenjem kot tudi z vključevanjem v formalne oblike izobraževanja.

A kljub temu mislim, da so socialni delavci, ki vstopijo v zdravstvo, zelo učljivi in se z dodatnimi in rednimi usposabljanji primerno okrepijo, kjer se je pač za kvalitetno socialno delo v zdravstvu še treba. (g)

Problem ostajajo za zdaj še neurejeni standardi in normativi za socialne delavke na področju zdravstva. Vsaka stroka mora v procesu profesionalizacije jasno opredeliti področje svojega zanimanja in delovanja, po katerem se razlikuje od drugih sorodnih poklicev in disciplin. Vloge in prioritete socialnih delavk na področju duševnega zdravja pogosto niso dobro opredeljene. Status in avtonomija socialnih delavk v multidisciplinarnih okoljih, kot so bolnišnice, sta bila v zgodovini ogrožena, zato ni bilo priložnosti za uresničitev strokovnega potenciala. Nujno je odgovarjati na potrebe stroke, sicer bodo socialne delavke postale manj relevantne, izgubile bodo moč, legitimnost in pomembnost na področju duševnega zdravja (Allen, 2014; Milošević Arnold in Poštrak, 2003; Aviram, 2002).

Posledica omenjenega in prevlada medicinskega modela je pripomogla k temu, da v sistemu zdravstva standardi in normativi za socialno delo še niso opredeljeni, zato je bila na Ministrstvu za zdravje leta 2019 oblikovana Delovna podskupina za oblikovanje predloga normativov za področje dela socialnih delavcev v zdravstveni dejavnosti in leta 2021 še Delovna podskupina za nadaljevanje oblikovanja predloga normativov za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti.

Čeprav je socialnim delavkam pri njihovem delu zagotovljena avtonomija, saj si samostojno organizirajo svoje delo z uporabnikom in svojci ter zunanjimi institucijami kot tudi enakopravno sodelujejo v posvetih strokovnega tima, je stopnja avtonomije odvisna od dveh dejavnikov. Na eni strani je avtonomija socialne delavke odvisna od komunikacijskih spretnosti in navad članov strokovnega tima, v teh vidikih gre za vprašanje suverena in konstruktivnega argumentiranja svojega strokovnega mnenja in pripravljenosti članov tima, da upoštevajo podana mnenja socialne delavke. Na drugi strani pa je avtonomija socialne delavke v veliki meri odvisna tudi od osebnostnih značilnosti vodje strokovnega tima, to je od zdravnika. Socialne delavke se namreč srečujejo s primeri, ko vodja tima upošteva njihovo mnenje glede nadaljnje obravnave uporabnika, pa tudi s primeri, ko vodja tima ignorira njihove predloge obravnave uporabnika.

Odklono od tistih, s katerimi socialna delavka sodeluje, koliko avtonomije dopušča. Odklono od sogovornika in njegove osebnosti, razmišljanja. (a)

V tem primeru se socialne delavke srečujejo z etičnimi dilemami, saj jim obstoječi zdravstveni sistem ne mogoča v celoti upoštevati perspektive moči uporabnika. Srečujejo se z etičnimi dilemami, ki so povezane, na primer, z zdravljenjem proti volji, jemanju zdravil, ki jih oseba zavrača, nameščanjem v ustanove proti volji in mnogimi drugimi (Banks, 2011). Včasih s katerim od uporabnikov težko dela zaradi pogledov, ki jih ta oseba ima, ali zaradi pogledov, ki jih ima sama. V socialnem delu lahko prepoznamo najmanj dva tipa konfliktov vrednot; prvi izvira iz dvojnosti socialnega dela, ki poskuša nadzorovati socialne probleme in jih reševati, drugi pa iz konflikta med osebnimi in profesionalnimi vrednotami (Dhooper, 2012; Banks, 2011; Čepulionytejeva in Dunajevs, 2016).

Socialne delavke so poročale o etičnih dilemah, s katerimi se srečujejo v primeru neurejenih namestitvenih razmer in zaradi neustreznega delovanja sistema, ki za uporabnika ne najde ustrezne rešitve. Omenjajo prostorsko stisko in pomanjkanje individualizirane podpore uporabnikom v zavodih in pomanjkljive možnosti v skupnosti. Zato se uporabnike odpušča v neustrezno domače okolje, kjer ni ustreznih odgovorov na njihove potrebe, zato so jim kršene mnoge pravice. Pogosta je dilema, kdaj uporabnik zaradi svojega zdravstvenega stanja resnično ne more več trajno in polno sodelovati pri odločanju o sebi, kdaj ne more več razumeti posledic svojih odločitev in mora o uporabnikovih zadevah odločati skrbnik in kdaj uporabnik ne želi prevzeti odgovornosti.

Torej problem prepoznavanja prave meje, ali oseba res ne more več trajno in polnomočno sodelovati pri odločanju o sebi, ker je zaradi bolezni že toliko okrnjena, spremenjena, oškodovana, da ne zmora več razumeti, prav izbrati, sodelovati pri izbiri in skrbi za pravice, koristi, osebnosti in ni več zmožna razumeti posledic svojih odločitev in mora o določenih zadevah glede te osebe odločati nekdo drug. (g)

Prav tako socialne delavke doživljajo etične dileme pri stikih s svojci uporabnika. Gre za primere, ko svojci odklanjajo stike z uporabnikom ali pa uporabnik ne želi vzpostaviti stike s svojci, ti pa si jih želijo.

Raziskava je potrdila, da so socialne delavke, ob sicer dobri strokovni usposobljenosti, delovni etiki in občutku za delo z uporabniki pomanjkljivo usposobljene za delo na področju zdravstva, s tem tudi psihiatrije. Ugotovila sem, da bi bilo smiselno spremeniti oziroma dopolniti študijski program z vsebinami s področja zdravstva (zdravstvena zakonodaja, seznanitev z vrstami težav na področju duševnega zdravja, načini zdravljenja in rehabilitacije, vloga socialnega dela v zdravstvu, psihoterapevtska znanja), okrepiti sodelovanje z drugimi fakultetami, gostujočimi predavatelji iz prakse in obiski v zdravstvenih ustanovah. To bi bila dragocena pridobitev za vse slušatelje, tudi tiste, ki se po študiju ne bodo zaposlili neposredno na področju zdravstva. Morda je možnost tudi specialistični študij, ki bi ponudil dodatna, poglobljena znanja s področja dela v zdravstvu.

Ugotovila sem, da je nujna dokončna ureditev standardov in normativov na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti na vseh treh ravneh; primarni, sekundarni in terciarni, saj bi to preprečevalo porazgubitev razvidnosti prispevka socialne delavke v bolnišnici. Naloge socialne delavke in kadrovske potrebe bi bile natančno opredeljene, poenoten bi bil tudi opis storitev, ki jih zagotavlja socialna služba, ob ustrezno dopolnjeni strokovni terminologiji s tega področja.

Nesistematičnost načrtovanja odpusta bi bilo mogoče odpraviti z enakopravnim partnerskim sodelovanjem socialne delavke in uporabnika, ki ne izpušča nobene od faz postopka, ki so uvodni razgovor, redna srečanja in zaključno srečanje. Število srečanj ni določeno, odvisno je od potreb in se sprti prilagaja (Alghzawi, 2012). Ključno pri načrtovanju odpusta je raziskovanje uporabnikov potreb in iskanje ustreznih odgovorov nanje, ki je strokovnemu timu izhodišče za nadaljnje sodelovanje. Načrtovanje odpusta mora biti razumljeno v kontekstu celostne obravnave uporabnika za čas zdravljenja v bolnišnici, pa tudi v kontekstu načrtovanja in priprave uporabnika na življenje po končanem zdravljenju v psihiatrični bolnišnici in ne le v kontekstu načrtovanja dejanskega dneva odpusta uporabnika iz bolnišnice.

Raziskava je pokazala, da uporabniki želijo in pričakujejo zadovoljitev primarnih potreb, zato je naloga socialne delavke, da v socialnodelovnem odnosu skupaj z uporabnikom preverita in po potrebi poiščeta odgovore na ugotovljene potrebe, ki so povezane predvsem z rednim in zdravim prehranjevanjem, urejenimi bivanjskimi razmerami in finančno varnostjo. Poleg primarnih potreb je pomembna socialna vključenost uporabnika po končanem zdravljenju. Pri tem ji pomagajo različne metode dela (ocena potreb, metoda individualnega načrta, motivacijski intervju). O metodah dela so socialne delavke govorile opisno, le redko so jih konkretno poimenovala.

Skrbno pripravljen načrt odpusta v okviru načrtovanja odpusta, narejen skupaj z uporabnikom, bo opredelil njegove potrebe in jih usklajeval s službami in storitvami v skupnosti ter tako zagotovil podporo, ki je potrebna za vzdrževanje napredka, doseženega med zdravljenjem (Gowda, Gajera, Srini-vasa in Ameen, 2019, str. 707; Dhoooper, 2012). Socialna delavka v celotnem procesu načrtovanja odpusta uporabnika podpira, informira in skupaj z njim analizira možna tveganja.

Ugotovila sem, da krizni načrt, ki je napisan in namenjen pripravi na morebitno krizo, ni del prakse načrtovanja odpusta iz psihiatrične bolnišnice. Socialna delavka se mora pri svojem delu v psihiatrični bolnišnici in s tem pri načrtovanju odpusta vseskozi zavedati nevarnosti pokroviteljskih praks v odnosu med strokovnjakom in uporabnikom, še posebej v primerih, ko uporabniku zdravstveno stanje ne dopušča avtonomnega sodelovanja pri načrtovanju odpusta. Učinkovita praksa je timski pristop z zagovorniško vlogo socialne delavke, oddaljitvijo strokovnega tima od vloge odločevalca v procesu načrtovanja odpusta ter z rednim dodatnim izobraževanjem in ozaveščanjem drugih zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah.

Raziskava je pokazala, da ima bolj kot sama socialna delavka na obravnavo uporabnika pri načrtovanju njegovega odpusta vpliv timski pristop dela, v katerega je socialna delavka enakovredno vključena. Socialne delavke, zaposlene v psihiatrični bolnišnici, postajajo vse prepoznavnejša poklicna skupina na področju psihiatrije, vendar pa se kot sekundarna profesija hitro lahko znajdejo v konfliktnih identitete, saj se delno identificirajo s svojo profesionalno skupino, delno pa kot zaposlene v zdravstvu, ožje na področju psihiatrije. Upoštevanje mnenja socialne delavke pri timski obravnavi in načrtovanju odpusta iz psihiatrične bolnišnice je odvisno od njene kompetentnosti in suverenega zagovarjanja perspektive socialnega dela v tem procesu.

Socialno delo v zdravstvu in s tem tudi v psihiatrični bolnišnici je eno vsestransko najzahtevnejših področij dela. To nakazuje veliko potrebo po superviziji, ki bi pomenila ključno podporo socialnim delavkam pri izzivih, ki jih prinaša delo v psihiatriji, tudi pri spoprijemanju z etičnimi dilemami. Te lahko presežejo z zadostnim informiranjem uporabnikov glede njihovih možnosti izbire, zagotovitvijo zadostnega časa za sprejetje pomembnih odločitev in s spoštovanjem odločitev uporabnika v procesu načrtovanja odpusta.

## Sklep

Raziskava procesa odpusta po končanem zdravljenju v bolnišnici je pokazala vlogo socialnega dela v institucionalnem okolju psihiatrične bolnišnice in ovire za večjo vključenost uporabnikov v proces priprave na vrnitev v skupnost. Na podlagi rezultatov so bili oblikovani predlogi za organiziranje in izvajanje praks socialnega dela v psihiatričnih bolnišnicah, ki upoštevajo načelo emancipacije. Pomemben prispevek k znanosti socialnega dela je empirično podprt vpogled v značilnosti strokovnega znanja, uporabo metod in postopkov dela, prednosti in pomanjkljivosti v znanju socialnih delavk v praksi ter v oblikovane smernice in priporočila za izboljšanje prakse socialnih delavk.

Z raziskavo sem ugotovila, da se mora načrtovanje odpusta začeti ob sprejemu ali čim prej po sprejemu v psihiatrično bolnišnico. Načrtovanje odpusta socialna delavka povezuje z delom z uporabniki ter s pomočjo in podporo pri urejanju uporabnikovih razmer po končani hospitalizaciji, pri tem pa se osredotoča na urejenost bivanjskih razmer, finančno stabilnost, samostojnost in ustrezne, kontinuirane, uporabniku prilagojene podpirne mreže v skupnosti.

Cilj celostne obravnave v okviru načrtovanja odpusta je povezan z izboljšanjem razmer za dostojno življenje uporabnika, ki vključujejo več izbire v času zdravljenja in po končanem zdravljenju ter krepitev moči uporabnika v procesu okrevanja za čim boljše spoprijemanje z izzivi po odpustu in torej preprečevanje rehospitalizacij. V načrtovanje odpusta je vedno povabljen tudi uporabnik, če mu zdravstveno stanje to dovoljuje, in sicer kot ekspert na podlagi osebnih izkušenj, enakovredno soudeležen pri iskanju ustreznih odgovorov na ugotovljene potrebe.

Načrtovanje odpusta je timsko delo, v katerem je socialna delavka v vlogi koordinatorke med uporabnikom, člani strokovnega tima, svojci in službami v skupnosti. Socialna delavka je zagovornica pravic in želja uporabnika pred člani strokovnega tima ter hkrati transparentno podaja mnenja in ocene strokovnega tima uporabniku. Vse faze načrtovanja odpusta morajo biti skrbno zapisane.

## Viri

- Alghzawi, H. M., (2012). *Psychiatric discharge process*. Pridobljeno 10. 3. 2018 s <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/638943/z>
- Allen, R. (2014). *The role of the social worker in adult mental health services*. Pridobljeno 21. 8. 2017 s <https://www.basw.co.uk/resources/tcsw/Roles%20and%20Functions%20of%20Mental%20Health%20Social%20Workers%202014.pdf>
- Amado, A. N., & Mc Bride, M. (2001). Increasing person-centered thinking: improving the quality of person-centered planning: a manual for person-centered planning acilitators (pdf). Pridobljeno 10. 4. 2018 s <https://rtc.umn.edu/docs/pcpmanual1.pdf>
- Aviram, U. (2002). The changing role of the social worker in the mental health system. *Social Work in Health Care*, 35(1/2). Pridobljeno 16. 6. 2020 s [https://www.researchgate.net/publication/11092563\\_The\\_Changing\\_Role\\_of\\_the\\_Social\\_Worker\\_in\\_the\\_Mental\\_Health\\_System](https://www.researchgate.net/publication/11092563_The_Changing_Role_of_the_Social_Worker_in_the_Mental_Health_System)
- Banks, S. (2011). Etične dileme ali koga zanima. *Socialno delo*, 50(3-4), 263-268.
- Banks, S., & Gallagher, A. (2009). *Ethics in professional life: virtues for health and social care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Becker, T. E., Howard, E. A., & Moran, G. M. (2007). The role of effective discharge planning in preventing homelessness. *The Journal of Primary Prevention*, 28, 229-243. Pridobljeno 1. 9. 2020 s <https://link.springer.com/article/10.1007/s10935-007-0095-7>
- Beckett, C., & Maynard, A. (2013). *Values and ethics in social work*. 2. izdaja. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage Publications.
- Beder, J. (2006). *Hospital social work: the interface of medicine and caring*. New York, London: Routledge.
- Brandon, D., & Brandon A. (1994). *Jin in jang psihosocialne skrbi*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Campbell, P. (1996). *Kako začeti*. Maribor: Ozara.
- Corcoran, J., & Walsh, J. (2006). *Clinical assessment and diagnosis in social work practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2006). *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2010). Soustvarjanje pomoči v jeziku socialnega dela. *Socialno delo*, 49(4), 239-245.
- Čepulionyte, D., & Dunajevs, E. (2016). The value contradictions in social Work. *The Journal of Social Work Values and Ethics*, 13(2). Pridobljeno 3. 1. 2020 s <https://jswve.org/download/2016-2/articles/12-Value-contradictions-in-social-work-Fall-2016-Vol-13-No-2.pdf>
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3). Pridobljeno 1. 6. 2020 s <https://toronto.cmha.ca/wp-content/uploads/2016/07/Deegan1996-Recovery-Journey-of-the-Heart1.pdf>

- Dernovšek, M. Z., & Šprah, L. (2017). *Primerjalna raziskava učinkovitosti psihiatričnih bolnišničnih sprejemov s pomočjo metode povezovanja podatkov med velikimi administrativnimi podatkovnimi zbirkami (CEPHOS-LINK)*. Pridobljeno 10. 4. 2018 s <https://thl.fi/documents/189940/2732416/9+SLOVENIA+POLICY+BRIEF.pdf/b1af95df-d962-4e94-9e7f-a45a4f58c04f>
- Dhooper, S. S. (2012). *Social work in health care, its past and future*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Domajnko, B. (2014). Vidik uporabnikov zdravstvenega varstva – sociološki pogled. V M. Pahor (ur.), *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih* (str. 42–58). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Dominelli, L. (2002). *Anti-oppressive social work theory and practice*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire, New York: Palgrave Macmillan.
- Doyal, L., & Gough, I. (1991). *A theory of human need*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave MacMillan.
- Društvo socialnih delavk in delavcev Slovenije (2021). *Kodeks etike socialnih delavcev in delavk Slovenije*. Pridobljeno 26. 10. 2021 s <https://dsdds.splet.arnes.si/files/2021/03/Kodeks>
- Eržen, I. (2012). Socialno delo v zdravstveni dejavnosti. *Socialno delo*, 51(1–3), 15–26.
- Fakulteta za socialno delo (2017). *Učni načrti*. Pridobljeno 13. 7. 2017 s [https://www.fsd.uni-lj.si/izobrazevanje/dodiplomski-studij/ucni\\_nacrti/program\\_1\\_stopnje/](https://www.fsd.uni-lj.si/izobrazevanje/dodiplomski-studij/ucni_nacrti/program_1_stopnje/)
- Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti, vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: \*cf.
- Flaker, V. (2003). *Oris metod socialnega dela: uvod v katalog nalog centrov za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Skupnost centrov za socialno delo Slovenije.
- Flaker, V. (2012). Prostor in socialno delo. *Teorija in praksa*, 49(1), 53–70.
- Flaker, V., Mali, J. Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., & Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Foucault, M. (1998). *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: \*cf.
- Freire, P. (2017). *Pedagogy of the oppressed*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (2019). *Azili: eseji o socialni situaciji duševnih bolnikov in drugih zaprtih varovancev*. Ljubljana: \*cf.
- Golightley, M. (2006). *Social work and mental health*, 2. izdaja. Exeter, United Kingdom: Sage Publications.
- Gowda, M., Gajera, G., Srinivasa, P., & Ameen, S. (2019). Discharge planning and Mental Healthcare Act 2017. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(4). Pridobljeno 28. 11. 2022 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6482710/>
- Grebenc, V. (2005). *Ocena potreb in raziskovanje lokalnih vednosti kot izhodišče v socialnem delu* (doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Grebenc, V. (2014). Understanding the needs of older people: shifting toward more community based responses. *Revija za socialnu politiku*, 21(2), 133–160.
- Grebenc, V., & Kvaternik, I. (2008). Vrzeli med medicino in socialnim delom: primer »dvojnih diagnoz«. *Teorija in praksa*, 45 (1–2), 129–143.
- Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 117–119. Pridobljeno 17. 3. 2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418239/>
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278–299. Pridobljeno 15. 6. 2020 s <https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- Kelavič, M. (2007). Potrebe svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju. *Socialna pedagogika*, 11(3), 311–340.
- Kodele, T., & Mešl, N. (ur.) (2016). *Družine s številnimi izzivi: soustvarjanje pomoči v skupnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Kourgiantakis, T., Hussain, A., Ashcroft, R., Logan, J., McNeil, S., & Williams, C. C. (2020). Recovery-oriented social work practice in mental health and addictions: a scoping review protocol. Pridobljeno 22. 10. 2020 s <https://bmjopen.bmj.com/content/10/8/e037777>
- Kvaternik, I., & Grebenc, V. (2008). Vrzeli med medicino in socialnim delom: »primer dvojnih diagnoz«. *Socialno delo*, 45 (1–2). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

- Lin, C., Cheng, S., Shih, S., Chu, C., & Tjung, J., (2012). Discharge planning. *International Journal of Gerontology*, 6, 237–240. Pridobljeno 10. 3. 2018 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959812000695#!>
- Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mali, J., & Milošević Arnold, V. (2011) (ur). *Demenca: izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- McDaid, S., & Ni Bhera, A. (2017). *The advocacy needs of mental health service users living in the community: a pilot study*. Pridobljeno 28. 11. 2022 s [https://www.mentalhealthreform.ie/wp-content/uploads/2017/07/MHR\\_CANSurvey\\_2017.pdf](https://www.mentalhealthreform.ie/wp-content/uploads/2017/07/MHR_CANSurvey_2017.pdf)
- Mickan, S., & Rodger, S. (2000). The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Australian Health Review*, 23(1). Pridobljeno 10. 7. 2021 s [https://www.researchgate.net/publication/12372473\\_The\\_organisational\\_context\\_for\\_teamwork\\_Comparing\\_health\\_care\\_and\\_business\\_liter](https://www.researchgate.net/publication/12372473_The_organisational_context_for_teamwork_Comparing_health_care_and_business_liter)
- Milošević Arnold, V., & Poštrak, M. (2003). *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Študentska založba.
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2015). *Izhodišča deinstitucionalizacije v Republiki Sloveniji – ločeni operativni povzetek*. Pridobljeno 10. 2. 2018 s [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/sociala/izhodišca\\_deinstitucionalizacije\\_maj\\_slo\\_povzetek\\_03.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/sociala/izhodišca_deinstitucionalizacije_maj_slo_povzetek_03.pdf)
- Olsen, M. R. (1994). *Social work & mental health*. London: Routledge.
- Oreški, S. (2008). Medijske podobe duševnega zdravja in njihovi učinki na družbene prakse. *Socialno delo*, 47(3/6), 259–267.
- Parker, J., & Doel, M. (2013). *Professional social work*. London: Sage Publications.
- Rafaelič, A. (2015). *Pomen raziskovanja in vključevanja po meri človeka in procesih deinstitucionalizacije* (doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2012). *The strenght model: a recovery-oriented approach to mental health services*. 3. izdaja. New York: Oxford University Press.
- Reamer, F. (1990). *Ethical dilemmas in social service*. 2. izdaja. New York: Columbia University Press.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018). *Ur. l. RS*, 24/2018.
- Rogers, J. (2012). *Anti oppressive social work research: reflections on power in the creation of knowledge*. Pridobljeno 2. 3. 2018 s [http://opus.bath.ac.uk/31426/1/Anti\\_Oppressive\\_Social\\_Work\\_Research.pdf](http://opus.bath.ac.uk/31426/1/Anti_Oppressive_Social_Work_Research.pdf)
- Salleebey, D. (1997). *The strength perspective in social work practice*. New York: Longman.
- Schmidt, T. (2003). Stabilizacija/integracija. *Socialno delo* 42(4–5), 311–319
- Shepard, S., Parkes, J., McClaren, J., & Phillips, C. (2004). *Discharge planning from hospital to home*. Pridobljeno 10. 3. 2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14973952>
- Sowers, W. E., & Rohland, B. (2004). American Association of Community Psychiatrists principles for managing transitiona in behavioral health services. *Psychiatric Services*, 55(11), 1271–1275.
- Starnino, V. R. (2009). An integral approach to mental health recovery: implications for social work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19.
- Ule, M. (1993). *Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Sophia.
- Ule, M. (2012). Družbeni vidiki zdravja in medicine. *Socialno delo*, 51(1–3), 5–14.
- Urek, M. (2003). *Pripovednost socialnega dela* (doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Videmšek, P. (2011). *Vpliv ljudi s težavami v duševnem zdravju na delovanje skupnostnih služb za duševno zdravje v Sloveniji* (doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Videmšek, P. (2013). *Iz institucij v skupnost*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Walsh, J., Farmer, R., Floyd Taylor, M., & Bentley, K. J. (2003). *Ethical dilemmas of practicing social workers around psychiatric medication: results of a national study*. Pridobljeno 25. 1. 2017 s [https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/M\\_Floyd-Pickard\\_Ethical\\_2003.pdf](https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/M_Floyd-Pickard_Ethical_2003.pdf)
- Webber, M., & Joubert, L. (ur.) (2015). Editorial: social work and recovery. *British Journal of Social Work*, 45(1), i1–i8. Pridobljeno 13. 5. 2018 s [https://academic.oup.com/bjsw/article-pdf/45/suppl\\_1/.../bcv125.pdf](https://academic.oup.com/bjsw/article-pdf/45/suppl_1/.../bcv125.pdf)

- Wehbi, S., & Parada, H. (ur.) (2017). *Reimagining anti-oppression social work practice*. Toronto, Ontario: Canadian Scholars.
- White, E. (2013). The ethics of involuntary hospitalization. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 10(2). Pridobljeno 10. 2. 2020 s <https://jswve.org/download/2013-2/articles/25-35-Ethics-Involuntary-Hospitalization-Fall-2013.pdf>
- Xie, H. (2013). Strengths-based approach for mental health recovery. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7(2), 5–10. Pridobljeno 10. 8. 2020 s [https://www.researchgate.net/publication/260917152\\_Strengths-Based\\_Approach\\_for\\_Mental\\_Health\\_Recovery](https://www.researchgate.net/publication/260917152_Strengths-Based_Approach_for_Mental_Health_Recovery)
- Zakon o duševnem zdravju* (2008). *Ur. l. RS*, št. 77/2008.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti* (2005). *Ur. l. RS*, št. 23/2005.
- Zaviršek, D. (1994). Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo. Študija primera (I., II., III., IV., V). *Socialno delo*, 33(1, 2, 3, 4, 5).
- Zaviršek, D. (2003). Notranja nasprotja socialnega dela pri uresničevanju človekovih pravic v postmodernih družbah. *Socialno delo*, 42(4-5), 219–229.
- Zaviršek, D., Rommelspacher, B., & Staub-Bernasconi, S. (2010). *Ethical dilemmas in social work*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

