

Socialno delo v rehabilitacijskem timu URI Soča

*Aleksandra DENŠA, Andreja HUNJET,
Katja RONCHI, Klara ŠKVARČ KIRN*

Uvod

V prispevku predstavljamo socialno delo v rehabilitaciji in timsko sodelovanje v treh različnih okoljih Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije Soča (v nadaljevanju URI Soča): v Ambulantno rehabilitacijski službi, v hospitalni rehabilitacijski obravnavi in v Centru za poklicno rehabilitacijo.

URI Soča je edina rehabilitacijska ustanova v Sloveniji za kompleksno obravnavo uporabnikov¹ po poškodbah in boleznih. Poslanstvo URI Soča je izvajanje celostne rehabilitacije z namenom izboljšanja kakovosti življenja uporabnikov in vračanja v ustrezno življenjsko okolje. V URI Soča meddisciplinarni timi delujejo po biopsihosocialni perspektivi obravnave uporabnika (Engel, 1977; Sarafino, 1990). V tem modelu se upošteva biološke, psihološke in socialne dejavnike posameznikovega funkcioniranja ob soočanju s poškodbo ali boleznijo.

Socialno delo v rehabilitaciji poteka v treh rehabilitacijskih okoljih: Ambulantno rehabilitacijski službi (v nadaljevanju ARS), hospitalnih zdravstvenih programih in Centru za poklicno rehabilitacijo (v nadaljevanju CPR). Socialna obravnava v ARS poteka le v meddisciplinarnem rehabilitacijskem programu za osebe s kronično razširjeno nerakavo bolečino. Hospitalna obravnava uporabnika v URI Soča se izvaja na šestih oddelkih, ki se ločujejo glede na primarno sprejemno diagnozo uporabnika. Uporabniki so sprejeti

1 V raziskavi uporabljamo termin uporabnik, kar je v socialnem delu strokovno uveljavljen pojem za poimenovanje osebe, ki jo v zdravstvenem kontekstu imenujemo pacient ali rehabilitand.

iz domačega okolja ali neposredno iz drugih zdravstvenih ustanov. Vsem uporabnikom, ne glede na diagnozo, je skupno, da njihovo psihično, fizično in socialno funkcioniranje po težki bolezni ali poškodbi potrebuje kompleksno obravnavo. CPR ima svoje enote v Ljubljani, Mariboru in Murski Soboti z namenom izvajanja in razvoja programov poklicne in zaposlitvene rehabilitacije na regionalnem in lokalnem nivoju.

Redni člani tima v vseh rehabilitacijskih okoljih so socialni delavec, psiholog, delovni terapevt, fizioterapevt in zdravnik, specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine oziroma v CPR zdravnik, specialist medicine dela, prometa in športa. V hospitalnem delu je poleg naštetih članov tima po potrebi vključen še respiratorni fizioterapevt, zdravstveni tehnik (srednja medicinska sestra), diplomirani zdravstvenik (diplomirana medicinska sestra), logoped, dietetik, internist, inženir ortotike in protetike. V CPR pa še rehabilitacijski tehnolog, tiflopedagog in psihiater.

Timsko delo in rehabilitacija

Timsko delo ima znotraj vsakega rehabilitacijskega okolja svoje značilnosti in specifične. Rehabilitacija brez timske obravnave ni celostna rehabilitacija. Število in tip timov pri rehabilitacijski obravnavi variira glede na življenjsko situacijo uporabnika. Z besedno zvezo življenjska situacija opredeljujemo vsa uporabniku pomembna področja, ki jih soodkrivamo pri raziskovanju njegovega življenjskega sveta (Šugman, Tajnšek in Škerjanc, 2007). Cilj rehabilitacijskega tima je obravnavati vse potrebe uporabnika, od najbolj osnovnih, fizioloških potreb, do zelo kompleksnih, kjer gre za preplet potreb, zmožnosti, možnosti in želja. Če poenostavimo, sledimo zadovoljevanju od najbolj osnovnih, za preživetje pomembnih potreb, do bolj kompleksnih oziroma višjih, kot jih opredeljuje Maslow (1943). Cilj socialnodelovnega pristopa znotraj procesa rehabilitacije je iskanje virov motivacije za sodelovanje, raziskovanje virov (po)moči in soustvarjanje strategij reševanja, aktivacija socialnih virov iz okolja in podpora pri resocializaciji po spremembi zdravstvenega stanja človeka. To zajema preokvirjanje vlog in nalog, oblikovanje novih, če tako zahtevajo zdravstveno stanje ali uporabnikove želje, in postopno prevzemanje odgovornosti za te vloge in naloge. Pomen timskega dela, vloga socialnega delavca

znotraj tima in sodelovanje uporabnika v programih rehabilitacije so prikazani s primeri iz prakse.

Naloge socialnega delavca v rehabilitacijskem timu

Skladno z Internim pravilnikom o sistemizaciji delovnih mest v URI Soča² naloge socialnega delavca v rehabilitaciji zajemajo:

- zbiranje socialno anamnestičnih podatkov o pacientu in rehabilitandu, analiza podatkov in opredelitev potreb, stisk in težav ter opredelitev najpomembnejših dejavnikov za možne rešitve,
- reševanje za rehabilitacijo relevantnih socialnih problemov in sodelovanje v meddisciplinarnem timu pri oblikovanju in izvajanju programov celostne rehabilitacije,
- svetovanje svojcem, pacientom in rehabilitandom s področja socialnovarstvenih predpisov in pravno materialnih pravic ter pomoč pri njihovem uveljavljanju,
- izvajanje socioterapevtske pomoči pacientom in rehabilitandom ter njihovim svojcem (individualne, skupinske),
- organiziranje in izvajanje edukacijskih programov za področje socialnega dela ter načrtovanje in uvajanje novih postopkov socialnega dela ter evalvacija,
- sodelovanje s svojci in službami v socialnem okolju pri vzpostavljanju socialne mreže pomoči,
- sodelovanje z delodajalci in institucijami v okolju.

Namen raziskave in metodologija

Raziskava zajema pet retrospektivnih študij primera z namenom osvetliti sodelovanje socialnega delavca v meddisciplinarnem timu v različnih rehabilitacijskih okoljih: v ambulantno rehabilitacijski službi, na oddelku (hospitalna obravnava) in na področju poklicne in zaposlitvene rehabilitacije.

Primeri hospitalne in ambulantne rehabilitacijske službe sta bila s ciljem prikaza timskega dela in celostnega pristopa izbrana po naslednjih kriterijih:

2 Interni pravilnik o sistemizaciji delovnih mest v URI Soča, veljaven od spremembe plačnega sistema v javnem sektorju od 1. 8. 2008 dalje z dodanimi spremembami in dopolnitvami.

- kompleksna socialna problematika (uporabnik s številnimi izzivi),
- polivalentna socialna obravnava,
- uporabnik sodi med delovno aktivno populacijo.

Za izbor primerov s Centra za poklicno rehabilitacijo so bili uporabljeni naslednji kriteriji:

- osebe brez zaposlitve,
- velike težave in ovire na področju vključevanja v delo in zaposlitev,
- zaključen program zaposlitvene rehabilitacije (v nadaljevanju ZR),
- izbor na osnovi izhodov iz ZR (podporna zaposlitev, zaščitna zaposlitev in nezaposljivost),
- celostna in kompleksna obravnava (zdravstvene težave, malo delovne dobe, dolgotrajna brezposelnost – več kot 1 leto, slaba socialnoekonomska situacija, šibka neformalna socialna mreža).

Pred vključitvijo v raziskavo so bili potencialni kandidati za raziskavo seznanjeni z namenom raziskave in namenom obdelave njihovih osebnih podatkov. Upoštevajoč mnenje Komisije za medicinsko etična vprašanja na URI Soča se jih opredeli le z nazivom uporabnik, brez inicialk, psevdonima ali lastnega imena. Na podlagi navedenega so uporabniki dali pisno, zavestno in prostovoljno privolitev v raziskavo. Zaupnost podatkov je varovana v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov. Iz prikazov primerov ni mogoče razbrati identitete uporabnika, poudarek študije je na timskem sodelovanju med uporabnikom in strokovnimi sodelavci v URI Soča.

Prek retrospektivnih študij primerov smo opredelili time, ki so se sestajali v času rehabilitacijskih obravnav uporabnikov ter opisno analizirali vlogo socialnega delavca v timih. Uporabili smo sekundarne podatke (strokovna poročila in zapise pogovorov z udeleženci³).

Ambulantno rehabilitacijska služba

V sklopu ARS deluje Ambulanta za rehabilitacijo oseb s kronično razširjeno nerakavo bolečino (v nadaljevanju ambulanta). Fibromialgija

3 Socialne delavke zapisujemo vsak pogovor, izvzeti so neformalni pogovori ob naključnih srečanjih.

je najtežja oblika kronične razširjene bolečine, to je bolezensko stanje, ki ga povzroči napačna komunikacija med živci v telesu in možganih. Gre za senzorično motnjo, ki jo je možno uspešno obvladovati (Abril in Bruce, 2022). Načine in strategije za obvladovanje bolezni uporabniki spoznajo v okviru programov naše ambulante.

V ambulanti delujemo po principih timskega dela in del tima je vedno tudi socialni delavec. Za osvetlitev, kaj timsko delo je, podajamo definicijo, kot jo za področje socialnega varstva predlaga Rape Žiberna (2021), prenosljiva pa je tudi na področje zdravstvene dejavnosti. Pri timskem delu v socialnem delu soustvarjamo proces, v katerega so enakovredno vključene vsaj tri članice strokovne delavke, ki si v procesu s pomočjo različnih oblik skupnega dela znotraj delovnega procesa prizadevamo (so)prispevati k uresnitvi skupnega cilja, najpogosteje za določen izziv tako, da soudeleženi v izzivu postanejo soudeleženi v rešitvi. Timsko delo v rehabilitaciji je smiselno in timski pristop ima pozitiven vpliv na sam izid rehabilitacije uporabnika (Singh, Küçükdeveci, Grabljevec in Gray, 2018). Sodelovanje vseh članov tima, ki so različnih strok, poteka na vseh ravneh in pri vseh strokovnih aktivnostih znotraj ambulante. Socialni delavec je vključen v ocenjevalno triažni pregled (v nadaljevanju OTP), program edukacije ter meddisciplinarni rehabilitacijski program za osebe s kronično bolečino.

OTP predstavlja začetno oceno uporabnikovega trenutnega psihofizičnega stanja ter je pomemben za opredelitev vseh posameznikovih značilnosti, posebnosti in zmožnosti, na podlagi katerih ga lahko sprejmemo v nadaljnjo rehabilitacijsko obravnavo v enega od naših meddisciplinarnih rehabilitacijskih programov. Uporabnik je po opravljenem OTP lahko usmerjen tudi v druge vrste pomoči, če program ambulante po oceni tima zanj ni primeren ali potrebuje (predhodno) obravnavo pri drugih strokovnjakih. OTP traja približno štiri ure in vključuje pogovor pri socialnem delavcu, psihologu ter pregled pri zdravniku in fizioterapevtu.

Po opravljenem OTP na timskem sestanku vsi strokovnjaki (različnih poklicnih profilov) povemo svoje mnenje o posameznikovih zmožnostih za nadaljnjo rehabilitacijo in s tem zmožnostih za vključitev v meddisciplinarni rehabilitacijski program za osebe s kronično bolečino.⁴ Kadar timsko presodimo, da je posamezniko-

4 Programe, ki potekajo v okviru naše ambulante, imenujemo interdisciplinarni rehabilitacijski programi (Horvat Rauter idr., 2014).

va delazmožnost trajno okrnjena, lahko v dogovoru z uporabnikom damo mnenje za obravnavo na invalidski komisiji Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljevanju ZPIZ), ali ga usmerimo v druge institucije. Usmeritve so po sestanku tima zapisane v izvid, nato pa je odločitev uporabnika, ali bo v skladu z njimi tudi ravnal. Pri tistih posameznikih, kjer strokovni delavci in uporabniki prepoznamo možnost nadaljevanja in napredka v procesu rehabilitacije pri nas, pa se odločimo za način nadaljnje obravnave, to je vključitev v enega od meddisciplinarnih rehabilitacijskih programov. Uporabnik se v predlagane storitve in programe vključuje, če je za to tudi sam motiviran.

Socialni delavec v tem delu opravi poglobljen socialno-anamnestični pogovor, preveri morebitne aktualne stiske, ki bi jih bilo treba takoj obravnavati, preveri motiviranost ter možnosti ali ovire za vključitev v meddisciplinarni rehabilitacijski program. Čas pogovora izkoristi kot priložnost za podporo osebi s kronično razširjeno bolečino (v nadaljevanju KRB) in ponudi prostor, v katerem je posameznik razumljen in slišan. Ker je socialni delavec zadnji sogovornik uporabnika na OTP, mu da možnost tudi za vprašanja glede morebitnih nejasnosti in ga povabi, da izpostavi še kaj, kar ga morda med OTP nismo vprašali, pa se mu zdi pomembno. Možnost spraševanja ima tudi pri vsakem posameznem strokovnem delavcu, kjer opravi pogovor. Relevantne informacije socialni delavec podeli na timskem sestanku, kjer se življenjska situacija osebe predstavi z različnih zornih kotov (medicinskega, psihološkega, socialnodelovnega ter fizioterapevtskega), nato pa se končna odločitev glede vključitve v naše programe doreče na timskem sestanku, kjer uporabnik ni prisoten. Po končanem OTP uporabnik prejme izvid, ki vsebuje zdravniški, fizioterapevtski, socialnodelovni ter psihološki del. Na koncu izvida so navedene tudi (možne) nadaljnje obravnave uporabnika, ki jih predlaga in načrtuje tim strokovnjakov.

V program edukacije za osebe s KRB so prav tako vključeni vsi člani tima. V edukacijo so vključene vsebine, ki jih potrebuje uporabnik pred vključitvijo v meddisciplinarni rehabilitacijski program, namenjene pa so tudi tistim, pri katerih vključitev v program ni indicirana, saj jim vključitev po mnenju članov tima ne bi prinesla pozitivnih sprememb ali pa potrebujejo obravnavo drugje. Edukacijo izvajamo v obliki predavanj za skupino oseb s KRB. Predavanja izvajamo člani tima. Prispevki so z vseh strokovnih področij našega tima;

predavajo zdravnik, psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt in socialni delavec. Na predavanjih skušamo pojasniti osebam s KRB, kaj se z njimi dogaja, kaj vse vpliva na njihovo bolečinsko stanje ter kako so heterogeni dejavniki povezani z možnostmi za izboljšanje stanja. Za zdaj na predavanjih kot predavatelji ne sodelujejo uporabniki kot eksperti iz izkušenj, bi pa to lahko bil predlog za izboljšavo v prihodnosti. So pa uporabniki, slušatelji in eksperti iz izkušenj po predavanjih vabljeni tudi k delitvi in izmenjavi svojih osebnih izkušenj.

Pogosto se osebe s KRB po programu edukacije in v času, ko čakajo na vključitev v program, obrnejo na socialnega delavca prek telefona, in iščejo informacije ali pa zaradi različnih stisk, ki jih doživljajo. Na ta način tudi lažje premostijo obdobje do vključitve v program.

Vse aktivnosti socialnega delavca v naši ambulanti potekajo po konceptu delovnega odnosa in soustvarjanja rešitev (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2005). Pogosto osebe s KRB navajajo težave na področju dela ter medosebnih odnosov zaradi svojega zdravstvenega stanja, nemalokrat je ogrožena tudi njihova socialna varnost zaradi pogostih bolniških staležev in posledično nižjega osebnega dohodka, nekaterim grozi celo izguba zaposlitve. Že na uvodnem pogovoru socialni delavec skupaj z uporabnikom začrta smernice (so)delovanja in načrtuje nadaljnja individualna srečanja. Gre za dogovor o sodelovanju, ki temelji na soustvarjanju rešitev in vključuje vse udeležene v problemu, kadar je to smiselno za dober izid sodelovanja. Socialni delavec torej rešitev ne ponuja, ampak jih soustvarja skupaj z osebo s KRB glede na njeno izhodišče, želje in vire. Socialni delavec se po potrebi vključuje tudi večkrat, kot je bilo prvotno načrtovano, in sicer na pobudo uporabnika, na pobudo posameznih članov strokovnega tima ali ker sam prepozna potrebo po tem. Socialnodelovna obravnava v naši ambulanti poteka individualno, drugi strokovnjaki pa z osebami, vključenimi v program, delajo v skupini, največkrat z osmimi uporabniki. Socialno delo s posameznikom je prilagojeno njegovim individualnim potrebam, sposobnostim ter njegovim edinstvenim socialnim okoliščinam. Socialni delavec je ves čas aktivno povezan s timom in se z njim posvetuje (lahko s posameznim članom tima ali z vsemi), izmenjuje pomembne informacije, sodeluje na sestankih tima, člani tima pa se s svojimi znanji ter informacijami medsebojno dopolnjujejo. Socialni delavec je tako skupaj z uporabnikom ves čas vključen v reševanje za rehabilitacijo relevantnih socialnih težav posameznika. Po potrebi svetuje tudi

glede obstoječih socialno varstvenih predpisov ter uveljavitve pravno materialnih pravic in uporabniku po potrebi nudi pomoč pri uveljavljanju teh. Na pobudo uporabnika, vključenega v program, se lahko poveže tudi s svojci ali z drugimi pomembnimi osebami ter s službami v socialnem okolju z namenom vzpostavitve ali izboljšanja socialne mreže pomoči ter za doseg skupaj z uporabnikom dogovorjenih ciljev. Če se osebi s KRB zdi smiselno in potrebno, se socialni delavec poveže tudi z njegovim delodajalcem. Med vključitvijo v program uporabniku konstantno nudi podporo in skupaj s celotnim strokovnim timom naše ambulante sodeluje pri krepitvi moči in izboljševanju strategij za vsakdanje življenje uporabnika s KRB.

Primer ambulantne obravnave

Uporabnica je bila maja 2019 prvič pregledana v Ambulanti za fizikalno ter rehabilitacijsko medicino URI Soča z napotno diagnozo sum na fibromialgijo. Po pregledu jo je zdravnica, specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, usmerila na pregled v našo ambulanto. Zdravstvene težave, ki jih je navajala uporabnica, so posegle tudi na področje delazmožnosti, zaradi česar je na takratnem pregledu zdravnica gospe svetovala skrajšan delovni čas v obliki bolniškega staleža.

V prvem delu obravnave je bila uporabnica pregledana le pri zdravnici, ki je v nadaljevanju ocenila, da je potrebno, da se gospa pogovori tudi s člani našega tima.

Junija 2020 je bila takrat 57-letna uporabnica povabljen na OTP. Opravila je standardiziran pregled pri zdravnici, fizioterapevtki, psihologinji in socialni delavki. Iz zdravniškega dela izvida je za namen tega prispevka pomembno izpostaviti, da ji je bila takrat potrjena diagnoza fibromialgija, imela pa je še druge pridružene zdravstvene težave. Uporabnica je bila tudi redno psihiatrično vodena zaradi generalizirane anksiozne motnje. Socialna delavka je takrat v razgovoru ugotovila naslednje socialne okoliščine: gospa je samska, živi s

24- in 20-letnima hčerkama, ki sta študentki. Vir podpore gospe je njen bivši partner, s starejšo hčerko pa imata pogoste konflikte, ki jo zelo obremenjujejo. Uporabnica navaja slabši finančno-ekonomski položaj. S hčerkama biva v neprofitnem občinskem stanovanju. Končano ima srednješolsko izobrazbo in je zaposlena kot referentka v javnem sektorju. Gospa ima dopoljenih 29 let delovne dobe in navaja, da dela za polni delovni čas ne zmore, počuti se izčrpano, ves čas pa so pri uporabnici prisotne tudi bolečine. V službi so kazali razumevanje za njene zdravstvene težave in nadrejeni so ji dajali lažje delovne naloge. Na dan pregleda je že skoraj leto dni v polovičnem bolniškem staležu. Uporabnica je izražala stisko, saj njena osebna zdravnica ni priznavala obstoja fibromialgije, s čimer se uporabniki s KRB pogosto srečujejo. Prav tako osebna zdravnica ni upoštevala mnenja lečeče psihiatrinje, ki je uporabnici napisala, da gospa pri delu potrebuje časovne razbremenitve. Invalidski komisiji ZPIZ gospa do takrat še ni bila predstavljena, vendar smo jo po našem pregledu usmerili na obravnavo, saj smo timsko podprli predlog, da gospa potrebuje pri delu časovne razbremenitve in torej skrajšan delovni čas 4 ure dnevno. Prav tako smo predlagali, da se gospe do predstavitve pred invalidsko komisijo omogoči polovični bolniški stalež z namenom ohranjanja delazmožnosti. Tim je takrat menil, da je smiselno, da gospa pred vključitvijo v program opravi še dodaten pregled pri naši specialistki klinične psihologije ter da zaključi še postopke pred invalidsko komisijo. Odprti postopki in skrbi v zvezi z neurejenim statusom namreč po naših kliničnih izkušnjah lahko na uporabnika v programu negativno vplivajo, v smislu, da se težje fokusira na vsebine programa in posledično manj napreduje ter pridobi zase. Uporabnica je izražala visoko motiviranost za vključitev v naš program.

Socialni delavec v sklopu OTP vzpostavi ustrezen, podporen stik z uporabnikom, opravi socialno anamnezo in preveri morebitne stiske, ki bi jih že bilo mogoče obravnavati. V danem primeru je bila to napotitev na oceno delazmožnosti pred invalidsko komisijo ter ustrezna ureditev delovnega statusa v smislu razbremenitev in prilagoditev dela. V pogovoru lahko socialni delavec skupaj z uporabnikom prepozna tudi druge stiske in skupaj raziščeta možnosti razreševanja ter skleneta dogovor o načinu reševanja teh stisk.

Uporabnica je januarja 2021 od invalidske komisije dobila priznano III. kategorijo invalidnosti s pravico do skrajšanega delovnega časa 4 ure dnevno. V februarju 2021 pa je opravila še dodatni pregled pri specialistki klinične psihologije v okviru naše ambulante, ki je potrdila, da je gospa ustrezna kandidatka za vključitev v program. V marcu 2021 se je gospa udeležila še enodnevne edukacijske delavnice za bolnike s kronično bolečino in bila nato v aprilu 2021 vključena v naš 5-tedenski program.

Gospa na prvem razgovoru pri socialni delavki pojasni svoje življenjske okoliščine, ki so podobne kot na OTP, le da ima zdaj prek invalidske komisije trajno urejen skrajšan delovni čas na 4 ure, kar zanjo pomeni veliko psihološko razbremenitev. Ker ima zaradi epidemije covida možnost dela od doma, opaža, da na ta način lažje ostaja v delovnem procesu, saj si doma lahko delo ustrezno prilagodi. Izpostavila je problem zaradi neizplačane marčevske plače tekočega leta, čeprav je delala po 4 ure, polovično pa je bila z januarjem invalidsko upokojena. Uporabnica je povedala, da se je v zvezi s tem že obrnila na Inšpektorat za delo, ki deluje v okviru Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZEM), vendar odgovora ni prejela. Hčerki, študentki, sta še finančno odvisni od nje. Starejša je sicer dobila štipendijo (nekaj čez 100 eur), mlajša pa štipendije ni prejemale, ker je ponavljala letnik. Uporabnica ima urejeno subvencijo najemnine za neprofitno občinsko stanovanje, kjer s hčerkama živi. Prav tako pozna in uveljavlja možnost izredne denarne socialne pomoči, za redno socialno pomoč pa je cenzus presegala. Hčerki sta prek študentskega servisa delali, vendar je šlo za manjše zneske zaslužka, ki sta ga porabili za svoje potrebe in jima ga uporabnica ni želela jemati. Gospa se s socialno delavko dogovori, da ji posreduje več informacij v zvezi z neizplačano plačo. Njeno stisko še stopnjuje nov konflikt z eno od hčera. V zvezi s tem socialna delavka z uporabnico opravi suportivni pogovor ter se dogovori za pomoč pri urejanju neizplačane plače.

Delo socialnega delavca je tu osredotočeno na dva cilja: nudenje podpornega okolja in podpornega ter sodelujočega delovnega odnosa za izražanje stiske uporabnice ter nudenje pomoči za razreševanje konkretnega zapleta z neizplačano plačo. V klinični praksi avtoric

prispevka uporabniki pogosto izražajo hvaležnost za oboje, po čemer lahko sklepamo, da je oboje zanje tudi izjemno dragoceno.

Uporabnica pove, da je v kadrovski službi svojega delodajalca že skušala urediti zadevo, a so ji rekli, da je zaradi neskladja odločb ZZZS in ZPIZ »padla v sistemsko napako«, kar se sicer redko zgodi. Informacija uporabnici seveda ni zmanjšala njene stiske. V njenem primeru naj bi šlo za t. i. negativno plačilno listo. Odločba ZZZS je bila naknadno popravljena, vendar je uporabnica kljub temu prejela samo 15 EUR dohodka. Gospa je vprašanje naslovila na MDDSZEM, vendar po enem mesecu odgovora ni prejela.

Socialna delavka po vrsti neuspelih poskusov vzpostavi stik z Inšpektoratom za delo, govori z različnimi strokovnimi delavci te službe, vendar nihče ne ve, kako v zadevi ravnati. Nazadnje jo napotijo na Direktorat za delovna razmerja in pravice iz dela, ki prav tako sodeluje v okviru MDDSZEM. Po dveh dneh uporabnica in socialna delavka od sekretarke prejmeta odgovor. V odgovoru je zapisano, da niso pristojni dajati pravnih nasvetov strankam in da je za strokovno pomoč ter inšpekcijski nadzor nad izvajanjem delovne zakonodaje pristojen Inšpektorat za delo ter za konkretne sporne zadeve delovno in socialno sodišče. Paradoksalno je, da so ravno z Inšpektorata za delo usmerili socialno delavko na Direktorat za delovna razmerja in pravice iz dela. Pojasnili so, da je uporabnica upravičena do sorazmernega dela minimalne plače (saj je delala skrajšan delovni čas 4 ure). Glede na pristojnosti ministrstva pa konkretnega primera ter priložene plačilne liste niso želeli komentirati. Svetujejo, da se gospa ponovno obrne direktno na ZZZS, kjer naj bi ji pojasnili konkretno napako in nadaljnje ustrezno ukrepanje za pridobitev upravičenega plačila oziroma nadomestila. Svetujejo tudi, da se obrne na svojega delodajalca, ki ji je dolžan zagotavljati plačilo za opravljeno delo in pozna okoliščine, ki so privedle do tako nizkega plačila. Usmerjena je tudi, da se obrne na sindikat in pozanima o možnosti prejema solidarnostne pomoči.

Uporabnica in socialna delavka torej uspeata do določene mere razjasniti situacijo, po drugi strani pa je uporabnica spet samo usmerjena na druge institucije in delodajalca, kljub temu da je že pri obojih neuspešno skušala urediti zadevo. Na tej točki uporabnica

izrazi svoj pomislek o smiselnosti vlaganja energije v urejanje zadeve, da za to trenutno nima moči in se na koncu za to ne odloči, kljub objektivni finančni stiski, ki jo doživlja. Socialna delavka uporabnici ponudi možnost, da se poveže z ZZZS ter delodajalcem, vendar se uporabnica odloči, da se fokusira na vsebine meddisciplinarnega rehabilitacijskega programa in bo zadevo nadaljnje urejala po končanem programu.

Iz te izkušnje je videti, da so institucije pogosto neodzivne (uporabnica po mesecu dni ni dobila odgovora) ali pa usmerjajo uporabnika z ene na drugo, kar je zanj izjemno naporno in stresno. V naši klinični praksi uporabniki pogosto poročajo o podobnih izkušnjah. Uporabniki pogosto ne zmorejo moči za urejanje birokratskih zapletov, zato je izjemno pomembno, da smo takrat socialni delavci njihov glas in vir moči (vloga zagovornika) ter po njihovem pooblastilu prevzamemo naloge za razreševanje situacije. Še posebej je to pomembno, ko gre za uporabnike, ki imajo zdravstvene težave in zato toliko težje premorejo energijske ali druge kapacitete za urejanje tovrstnih zadev.

Ob koncu programa uporabnica prejme še odločbo ZZZS, da so ji po končanem programu odobrili le dva tedna bolniškega staleža, čeprav ga je naš tim svetoval štiri tedne. V odnosu do ZZZS ali invalidske komisije ZPIZ je mnenje tima in specialistov URI Soča žal neobvezujoče, čeprav uporabnike izjemno poglobljeno spoznamo. Bolniški stalež po programu, ki mora biti v aktivni obliki, pa je namenjen temu, da posamezniki lažje prenašajo naučene vsebine v svoje vsakdanje življenje. Uporabnica se v stiski ponovno obrne na socialno delavko, ki ji pojasni prej opisano in svetuje, da izkoristi možnost pritožbe na odločbo ZZZS, kar je uporabnica nato tudi naredila. Občasno uporabniki v tem delu potrebujejo podporo, včasih pa konkretnjšo pomoč pri pisanju pritožbe, kar pa tu ni bilo potrebno.

V končnem izvidu tima smo poleg napredka gospe v programu po predlogu socialne delavke zapisali tudi mnenje, da je za ohranitev delazmožnosti gospe pomembno, da se ji omogoča delo od doma, saj si tako delo lažje prilagaja glede na svoje zdravstveno stanje ter počutje.

Ob koncu programa uporabnica socialni delavki v elektronskem sporočilu izrazi hvaležnost in se zahvali za angažma okoli urejanja neizplačila plače, prosila pa tudi še za en pogovor, saj, kot napiše, jo »pogovor (s socialno delavko) potolaži in ji daje občutek varnosti«. Zahvali se ji tudi za »srčnost« pri sodelovanju z njo.

Socialni delavci včasih opažamo, da se med sodelavci drugih strok naša vloga pogosto dojema preozko, češ da smo uporabnikom na voljo samo za pomoč pri uveljavljanju določenih pravic, kot je na primer pravica do denarne socialne pomoči ali drugih socialnovarstvenih pravic, delovno-pravnih pravic, pravic iz naslova zdravstvenega zavarovanja, pokojninskega in invalidskega zavarovanja in podobno. Vendar se kot izjemno pomembno v praksi vedno znova izkazuje tudi to, na kakšen način z uporabniki vstopamo in vzdržujemo (delovni) odnos in kako skupaj z njimi soustvarjamo rešitve. Nenazadnje je tudi zaradi dobrega sodelovanja uporabnica dala soglasje za predstavitev svojega primera v tej monografiji.

Po opravljenem programu socialni delavec z uporabnikom opravi zaključni pogovor, ki je pomemben za evalvacijo doseženega v programu, dogovor glede vsebin, ki morajo biti obravnavane v zvezi z delovno situacijo uporabnika in morebitne napotitve v druge institucije, na primer na invalidsko komisijo ZPIZ ter načrtovanje nadaljnjih strategij za obvladovanje kronične bolečine. Evalvacija pomeni, da uporabnik sam oceni svoj napredek od začetka programa, kje vidi izboljšanja, načrtuje spremembe ter kje vidi morebitne izzive, ki še ostajajo. Socialni delavec mu je ob tem v oporo in ga po potrebi s socialnodelovnim pogovorom vodi do (samo)uvidov glede vedenj, ki so mu v preteklosti škodila, in katere spremembe bi bilo smiselno načrtovati v prihodnjem vsakdanjem življenju za boljše obvladovanje njegove bolezn. Kot izjemno pomembno se v klinični praksi izkazuje to, da uporabniku po končanem pogovoru socialni delavec ponudi možnost, da se v prihodnje v primeru stisk in težav še lahko obrne nanj. Uporabniki ob tem najpogosteje izrazijo, da jim ta občutek, da se še lahko obrnejo nanj, pomeni veliko, saj se ob koncu programa in vrnitvi v realni svet pogosto spet čutijo prehodno ranljivejši.

Celoten čas rehabilitacije socialni delavec sodeluje v timu, na rednih timskih sestankih, kjer si člani tima izmenjajo pomembne

informacije v zvezi z uporabnikom ter skupaj soustvarijo predloge za nadaljnjo delo z njim. Končne odločitve v zvezi s predlogi tima so vedno na strani uporabnika, z njim jih sooblikujemo v času celotne vključenosti v program, jih na srečanjih tima predebatiramo, nato pa jih v individualnem pogovoru prenesemo uporabniku, ki mnenja in predloge dokončno potrdi, če se mu zdijo smiselni in uporabni. Če bi prišlo do različnih pogledov, kaj je za uporabnika koristno, bo vodilo socialnemu delavcu to, da je uporabnik strokovnjak za svoje življenje in o njem odloča sam. V klinični praksi pa takih situacij tako rekoč ni, saj v celotnem procesu rehabilitacije z uporabnikom soustvarjamo rešitve v skladu z njegovimi željami, zmožnostmi in značilnostmi. Poleg rednih timskih sestankov, ki jih je za vsakega posameznega uporabnika vsaj šest – en po končanem OTP, pet pa v času trajanja programa –, se po potrebi skličejo še dodatni timi v različnih sestavih, odvisno od vsebin, ki jih je treba obravnavati, ali pa se posamezni člani tima posvetujejo med seboj.

Hospitalna obravnava

Hospitalna obravnava uporabnika se izvaja na šestih oddelkih, ki se ločujejo glede na primarno sprejemno diagnozo uporabnika, in sicer: Oddelek za (re)habilitacijo otrok, Oddelek za rehabilitacijo pacientov po amputaciji, Oddelek za rehabilitacijo pacientov po poškodbah, s perifernimi živčnimi okvarami in revmatološkimi obolenji, Oddelek za rehabilitacijo pacientov po nezgodni poškodbi možganov, z multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji, Oddelek za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi ter Oddelek za rehabilitacijo pacientov z okvaro hrbtenjače.

V hospitalni obravnavi strokovnjaki različnih strokovnih profilov skupaj sodelujemo pri obravnavi uporabnika, oddelčni zdravnik je vodja primera in nosi krovno odgovornost za delo z uporabnikom. V primeru pritožb uporabnika na katerikoli segment rehabilitacijske obravnave zdravnik odgovarja za delo vseh članov tima. Na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po poškodbah, s perifernimi živčnimi okvarami in revmatološkimi obolenji (v nadaljevanju oddelek) redni timski sestanki potekajo enkrat tedensko brez prisotnosti uporabnika. Obravnava se vse na novo sprejete uporabnike in uporabnike, sprejete pred tednom dni. Uporabnike, ki so dalj časa vključeni v hospitalni rehabilitacijski program, obravnavamo na štirinajst dni

ali tri tedne. Na teh sestankih vsak član tima poda oceno stanja ob sprejemu (na primer, uporabnik je brezposeln, trenutno brez vira prihodka, na neposredno pomoč pri širših dnevnih aktivnostih se lahko zanese na sestro), predstavi okvirni načrt obravnave in kratkoročne cilje, ki sta jih zastavila skupaj z uporabnikom. To so edini stalni timski sestanki, ki so vnaprej določeni. Znani so kraj, čas in sestava sestanka. Takrat se sestanejo vsi stalni člani rehabilitacijskega tima, ki delajo z uporabniki na oddelku: zdravnik, fizioterapevt, respiratorni fizioterapevt, delovni terapevt, diplomirani zdravstvenik (diplomirana medicinska sestra), zdravstveni tehnik (srednja medicinska sestra), psiholog in socialni delavec. Število strokovnih sodelavcev v timu je različno, največ je fizioterapevtov in delovnih terapevtov ter zdravstvenih tehnikov (srednjih medicinskih sester). Številčno najmanj zastopana profila tima na oddelku sta socialni delavec in psiholog. Na timskem sestanku se lahko sestane deset oseb ali več, odvisno od števila predstavnikov določenega profila. Z izjemo zdravstvenega osebja, kjer je na timu navadno prisoten en predstavnik diplomiranih medicinskih sester in en predstavnik srednjih medicinskih sester, so na timu prisotni vsi člani vseh strok. Na oddelku to pomeni najmanj 15 oseb.

Cilj timskega sestanka je postaviti skupne kratkoročne in dolgoročne cilje rehabilitacije na podlagi ocene, mnenja vseh članov tima, upoštevajoč psihofizične zmožnosti in želje uporabnika. Kateremukoli članu tima se uporabnik zaupa, ne glede na temo (na primer: »želim spet delati na vrtu«, »želim priti po stopnicah v prvo nadstropje hiše«, »želim voziti avto«, »želim nadaljevati študij«, »želim na cigareto«, ...), ta predstavi to na timu. Cilji se spreminjajo glede na pojav novih informacij in okoliščin (na primer izboljšanje/poslabšanje zdravstvenega stanja, odpoved delovnega razmerja). Tim poteka ob odsotnosti uporabnika, ki je v začetni fazi rehabilitacije navadno tudi še zelo oslabil in pogosto vezan na bolniško posteljo. Tudi kasneje, ko se zdravstveno stanje izboljša, uporabnik na opisanem tedenskem timskem sestanku ni prisoten. Razlog odsotnosti uporabnika, ki bi mu zdravstveno stanje sicer dopuščalo prisotnost, ni formalno zapisan oziroma opredeljen. Pred časom so bili na nekaterih oddelkih uporabniki na teh timskih sestankih prisotni. Uporabniki so takrat večinoma izražali nelagodje, tudi stisko, saj se jim je zdelo, da so preveč izpostavljeni. Nekoč je nekdo to izkušnjo opisal »kot bi bil na sodišču, vsi ti učeni ljudje okoli mene, jaz pa sam«.

Zaradi varovanja uporabnikovih osebnih podatkov so uporabniki vstopali v prostor timskega sestanka posamično, da drugi uporabniki ne bi poslušali osebnih zadev en o drugem. Kar pomeni, da se je vsak uporabnik na sestanku soočil z vsemi člani tima in ne le s svojo – ožjo rehabilitacijsko ekipo, s katero sodeluje med rehabilitacijo, torej en zdravnik, en fizioterapevt, en delovni terapevt itd. Lahko torej predvidevamo, da je k odločitvi, da je uporabnik izvzet s tega sestanka, prispevalo tudi nelagodno počutje, celo stiska in stres uporabnika. Sestanek je tudi z organizacijskega vidika v taki obliki zahtevno izpeljati zaradi več dejavnikov: veliko število udeležencev, velikost prostora, transport uporabnika do tega prostora; časovni normativ obravnave enega uporabnika je vezan na razmere in stanje uporabnika in variira od uporabnika od uporabnika.

V zadnjih letih pa je naraslo število nestalnih timskih sestankov, ki so individualno določeni glede na potrebe in želje uporabnika ali so vezani na pojav novih okoliščin, ki vplivajo na rehabilitacijski proces (npr. razveza partnerske zveze). Izkušnje iz prakse kažejo, da so ti sestanki pri uporabnikih in svojcih običajno zelo dobro sprejeti. Skupno jim je, da je uporabnik na timih večinoma prisoten. Odsotnost uporabnika je navadno posledica slabega psihičnega in/ali fizičnega zdravstvenega stanja ali pa zaradi drugih okoliščin, na katere v danem trenutku nismo imeli vpliva, kot bo razvidno iz primera. Sestava tima je vezana na potrebe, želje in cilje uporabnika. V primeru, da ima uporabnik eno ali več bolnišničnih okužb, je – ne glede na napredek v psihofizičnem funkcioniranju – za čas hospitalne obravnave v izolaciji v bolniški sobi. Terapije in pogovore ter timske sestanke v tem primeru izvajamo v bolniški sobi uporabnika ali v prostorih, namenjenih izključno uporabnikom z bolnišnično okužbo. V sklopu priprav na nestalni timski sestanek socialni delavec uporabniku in svojcem, ko so ti vabljeni, razloži namen sestanka in jih vedno povabi, da si zapišejo vsa vprašanja, pomisleke, stiske, ki jih prevevajo. Navadno povabilo spopremi z besedami, da »ni napačnega, smešnega ali trapastega vprašanja, napišite in vprašajte, karkoli vas bremeni«. Za člane rehabilitacijskega tima je največji izziv umestiti vse po potrebi sklicane sestanke v svoj delavnik, saj se moramo navadno časovno uskladiti in prilagoditi ali reorganizirati svoje delovne obveznosti in po potrebi urediti nadomeščanje za čas sestanka, saj drugi uporabniki zaradi sestanka ne smejo ostati brez terapij. Kljub organizacijskemu izzivu so tovrstni sestanki med člani tima zelo dobro sprejeti in zaželeni, saj sproti rešujemo

morebitne zaplete in razrešujemo stiske pri uporabniku in svojcih. Na sestankih po potrebi izvedemo edukacijo nege, osnovnih dnevnih aktivnosti in hoje, spremenimo ali prilagodimo načrtovanje odpusta v domače okolje in načrtovanja podpore in pomoči v domačem okolju. Tudi zaradi tovrstnih sestankov vrnitev domov poteka z manj nepredvidenih zapletov in z manj stresa za uporabnika in svojce. Družina ene uporabnice je izpostavila slabo izkušnjo z eno od slovenskih bolnišnic: »Pustili so jo pred vrati kot vrečo krompirja, mi pa pojma nismo imeli, kaj in kako naj delamo z njo« in hkrati izraz priznanja za način dela na oddelku Uri Soča: »Nismo vedeli, da se boste ukvarjali z vsem tem, hvala.« Obstajajo pa tudi primeri, ko so uporabnikom in svojcem (predvsem njim) ti sestanki v breme: »A še s tem se moramo ukvarjati« ali »Vi kar naredite svoje, ga poštimajte, ko pa pride domov, bomo pa druge stvari reševali.«

Primer hospitalne obravnave

S socialnodelovno obravnavo v hospitalnih zdravstvenih programih včasih začnemo še pred sprejemom na oddelek, tako kot je bilo to v primeru uporabnika v študiji. Mesec dni pred sprejemom uporabnika na oddelek je predstojnik obvestil oddelčno socialno delavko o potencialnem kandidatu za hospitalno rehabilitacijsko obravnavo in jo prosil za sodelovanje. Razlog predhodne napovedi uporabnika so navadno nejasne socialne razmere, ki lahko otežujejo sodelovanje v programih rehabilitacije, vplivajo na sprejem na rehabilitacijo in načrtovanje odpusta. Socialna delavka se je povezala s socialno službo druge bolnišnice. Ta je stopila v neposredni stik z uporabnikom. Uporabnik je dovolil posredovanje informacij socialni delavki URI Soča po telefonu.

Starost ob prvem sprejemu v URI Soča: 61 let. Funkcionalni status ob sprejemu: v vseh osnovnih dnevnihih aktivnostih popolnoma odvisen od tuje pomoči. Družinski in socialno-ekonomski status na podlagi uporabnikovih izjav ob sprejemu⁵ in dostopnih podatkih:

5 Slabo psihofizično stanje ob sprejemu uporabnikov v bolnišnico lahko vpliva na sposobnost dajanja zanesljivih in točnih informacij.

samski, je v delovnem razmerju, peta stopnja izobrazbe, približno 28 let delovne dobe, zaradi bolezni v bolniškem staležu, ni prepričan, če prejema bolniško nadomestilo, ima dve polnoletni hčerki, živi v stanovanju v drugem nadstropju bloka brez dvigala, je voznik osebnega vozila, njegovo neformalno socialno mrežo sestavljajo prijatelji in znanci, ki jih v pomoč ne želi vključiti, od hobijev navede druženje s prijatelji.

Ustno poročilo socialne delavke iz bolnišnice: ena od hčera je bila postavljena za skrbnico za posebni primer, uporabnik se je strinjal z oddajo prošnje za sprejem v institucionalno varstvo v devet domov za starejše, je prejemnik denarne socialne pomoči in ima iz tega naslova krito dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Socialni delavec je od prvega dne sprejema v hospitalno obravnavo sklenil dogovor o sodelovanju, vzpostavil delovni odnos z uporabnikom in hčerkama ter dobil od uporabnika dovoljenje za preverjanje informacij. Na podlagi zakonske podlage in sodelovanja z uporabnikom, s svojci, s člani rehabilitacijskega tima in s strokovnjaki izven URI Soča so se izluščile ključne ugotovitve in dejstva, ki so vplivala na soustvarjanje individualnega osebnega načrta uporabnika, postavljanje ciljev in oblikovanje timov:

- uporabnik ni zaposlen; v času zdravljenja mu je prenehalo delovno razmerje;
- uporabnik iz zdravstvenih razlogov ni voden na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje (v nadaljevanju ZRSZ) in je odstopljen v obravnavo pristojnemu centru za socialno delo (v nadaljevanju CSD);
- trenutne bivalne razmere onemogočajo vrnitev v domače okolje; stopnice in neprilagojeno stanovanje so za zdaj nepremostljiva ovira;
- uporabnik potrebuje pomoč v večini osnovnih, za življenje pomembnih opravil;
- odnos s hčerkama je zapleten; razen urejanja najnujnejših administrativnih zadev ne želita biti vključeni v načrtovanje podpore in pomoči očetu;
- neformalna socialna mreža je slabo razvita, osebe, ki jim zaupa in lahko računa na njihovo podporo in pomoč, so maloštevilne;

- hčerki sta izpostavili uporabnikovo čezmerno konzumiranje alkohola;
- uporabnik ne izpolnjuje pogojev za sprejem v institucionalno varstvo;
- uporabnik se želi vrniti domov; institucionalno varstvo sprejema kot skrajni izhod v sili, če se njegovo zdravstveno stanje ne bo izboljšalo;
- uporabnik ne izpolnjuje pogojev za vključitev subvencionirane storitve pomoč na domu;
- okrevanje do mere, da bo uporabnik spet sposoben za pridobitno delo in bo voden kot aktivni iskalec zaposlitve na ZRSZ, ni verjetno.

Uporabnik je imel redno individualno obravnavo z vsemi člani tima. Oddelčni socialni delavec je imel redne individualne pogovore tako z uporabnikom kot hčerkama in uporabnikovo sestro. V času prve rehabilitacijske obravnave se je sestalo več timov z različnim namenom, kar je prikazano v preglednici 1.

Preglednica 1:

Sestava timov med prvo rehabilitacijsko obravnavo uporabnika

	ŠTEVILO SREČANJ	SESTAVA	PRISOTNOST UPORABNIKA	TEMA
REDNI TIMSKI SESTANKI	8 x	vsi zdravniki, diplomirana medicinska sestra, predstavnik srednjih medicinskih sester, vsi fizioterapevti, vsi delovni terapevti, psihologinja, socialna delavka	NE	zdravstveno stanje uporabnika, potek rehabilitacije, postavitve kratkoročnih ciljev (sprotne prilagajanje ciljev) in dolgoročnih ciljev, dogovor o koncu rehabilitacije

	ŠTEVILO SREČANJ	SESTAVA	PRISOTNOST UPORABNIKA	TEMA
INDIVI-DUALNO PRILAGODJENI TIMSKI SESTANKI	4 x (2 x na pobudo zdravnika in 2 x na pobudo socialne delavke)	socialna delavka, zdravnik	DA	zdravstveno stanje, potrebe, zmožnosti, želje uporabnika, možnosti, razlaga pravic s področja socialnega varstva in pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ureditev statusa
	2 x (na pobudo socialne delavke)	socialna delavka, zdravnik, osebni zdravnik (po telefonu)	NE	sprožitev postopkov za uveljavljanje pravic iz naslova pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ureditev statusa
	2 x (na pobudo socialne delavke)	socialna delavka, psihologinja, zdravnik, delovna terapevtka, fizioterapevt, respiratorna fizioterapevtka in hčerki	DA	zdravstveno stanje uporabnika, potrebe, zmožnosti, želje in možnosti vseh udeležencev, medicinski pripomočki, pomoč na domu, prilagoditev bivalnih razmer, podpora neformalne socialne mreže, status
	3 x (na pobudo oddelčne socialne delavke)	Oddelčna socialna delavka, več strokovnih delavcev pristojnega CSD (po telefonu)	DA	pomoč na domu, status, denarna socialna pomoč, izredna denarna socialna pomoč, osebna asistenca
	2 x (skupna pobuda)	socialna delavka in delovna terapevtka, hčerki (po telefonu in osebno)	DA	prilagoditev bivalnih razmer, načrtovanje podpore in pomoči v domačem okolju
	3 x (skupna pobuda)	socialna delavka in psihologinja	DA	škodljiva raba alkohola, družinski odnosi

	ŠTEVILO SREČANJ	SESTAVA	PRISOTNOST UPORABNIKA	TEMA
TIMSKA OBRAVNAVA NA TERENU (po koncu hospitalne obravnave)	1 x (skupna pobuda)	socialna delavka in delovna terapevtka, sosedka (odklenila stanovanje)	NE (obisk na domu v času, ko gospodovo stanje ni dopuščalo odhoda iz URI Soča)	ogled in ocena bivalnih razmer za oblikovanje predloga prilagoditev in opreme z medicinskimi pripomočki ter aktivacijo socialnih virov iz okolja s ciljem, da se omogoči vrnitev v domače okolje

Stanje ob odpustu po prvi rehabilitacijski obravnavi

Uporabnik se je po koncu prve rehabilitacijske obravnave, opremljen z ustreznimi pripomočki, vrnil v domače okolje, ki sta ga hčerki prilagodili glede na predloge delovne terapevtke in socialne delavke. Spособen je bil prehoditi krajšo razdaljo s potisno hoduljo ob pomoči ene osebe; ob pomoči dveh oseb in prijema ob ograjo je zmožal hojo po stopnicah. Samostojne stoje še ni zmožal, prav tako je potreboval še nekaj pomoči pri vstajanju iz sedečega položaja. Za daljše razdalje je uporabljal voziček, ki ga je upravljal z nogami zaradi slabe mišične moči rok. Delno je bil samostojen pri oblačenju in slačenju ter osebni higieni, pomoč je potreboval pri pripravi hrane in pri vključevanju v širše okolje. Dogovorili smo se za subvencionirano pomoč dvakrat dnevno od ponedeljka do petka ter enkrat na dan ob koncu tedna, patronažno službo smo vključili za spremljanje celjenja rane.

Neformalna socialna mreža je prevzela finančno breme prinašanja kosil na dom, plačevanje položnic, pomoč pri širših gospodinjskih opravilih, prinašanju živil iz trgovine in pranju perila ter namestitvi držal v kopalnico. Za delno prilagoditev bivalnega okolja je koristil pravico do izredne denarne socialne pomoči. Do pitja alkohola je postal kritičen – prepoznal je tvegano in škodljivo rabo alkohola, znal izpostaviti dejavnike tveganja za prekinitev abstinence in razumel posledice, ki bi jih zanj imelo nadaljnje pitje alkohola; v programe podpore za vzdrževanje abstinence se brez pomoči ne more vključiti. Sprožen je bil postopek na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za ureditev statusa in pridobitev pravic. Vloge za osebne asistenta še ni oddal.

Prvi sklop hospitalne rehabilitacijske obravnave je trajal sedemnajst tednov. Drugi sklop rehabilitacijske obravnave, ki je bil izpeljan šest mesecev po koncu prvega, je trajal štiri tedne in bil prekinjen zaradi razglāšene epidemije covid-19.

Stanje ob sprejemu

V domačem okolju je ob redni vadbi ter zunanji pomoči izrazilo napredek. Začel se je samostojno presedati, preoblačiti, nekaj pomoči je potreboval še pri tuširanju, pri pripravi hrane in vključevanju v skupnost. Invalidsko se je upokojil in dobil pravico do dodatka za pomoč in postrežbo. Začel je prevzemati naloge, ki jih lahko ureja prek telefona.

Sestankov strokovnjakov različnih profilov je bilo pričakovano manj kot med prvo rehabilitacijo, kot je razvidno iz preglednice 2.

Preglednica 2:

Sestava timov med drugo rehabilitacijsko obravnavo uporabnika

	ŠTEVILO SREČANJ	SESTAVA	PRISOTNOST UPORABNIKA	TEMA
REDNI TIMSKI SESTANKI	3 x	vsi zdravniki, diplomirana medicinska sestra, predstavnik srednjih medicinskih sester, vsi fizioterapevti, vsi delovni terapevti, psihologinja, socialna delavka	NE	zdravstveno stanje uporabnika, potek rehabilitacije, postavitve kratkoročnih ciljev (sprotne prilagajanje ciljev) in dolgoročnih ciljev, dogovor o koncu rehabilitacije
INDIVIDUALNO PRILAGAJENI TIMSKI SESTANKI	1 x (na pobudo socialne delavke)	socialna delavka, pristojni CSD	DA	osebna asistenca
	2 x (skupna pobuda)	socialna delavka, zdravnik	DA	zdravstveno stanje, potrebe, zmožnosti, želje uporabnika, možnosti, razlaga pravic s področja socialnega varstva in pokojninskega in invalidskega zavarovanja

	ŠTEVILO SREČANJ	SESTAVA	PRISOTNOST UPORABNIKA	TEMA
TIMSKA OBRAVNAVA NA TERENU (po koncu hospitalne obravnave)	1 x (skupna pobuda)	socialna delavka, delovna terapevtka	DA	ogled bivalnih razmer, ocena uporabnikovega funkcioniranja v domačem okolju, vloga za osebno asistenco, včlanitev v območno društvo invalidov

Stanje ob odpustu po drugi rehabilitacijski obravnavi

Uporabnik se je vrnil v domače okolje, kje živi sam ob občasni pomoči drugih oseb. Sposoben je samostojne hoje z oprijemanjem ograje, izboljšala se je prehojena razdalja z nizko potisno hoduljo. Izboljšala se je funkcija rok in zmore si pripraviti manj zahtevne obroke. Za lažje vključevanje v skupnost smo testirali električni skuter in razložili postopek za njegovo pridobitev. Ob prihodu domov smo izpeljali oceno tuširanja in nekaterih drugih dnevnih aktivnosti in predlagali lažje in učinkovitejše strategije. V domačem okolju si je dogradil neformalno socialno mrežo z ljudmi, ki jim zaupa in se nanje lahko zanes. Za dodaten vir podpore in (po)moči smo predlagali vključitev v območno društvo invalidov in oddajo vloge za osebno asistenco. Ponovno smo razložili postopek za parkirno karto za invalidne osebe in Evropsko kartico ugodnosti za invalidne osebe.

V primeru uporabnika je bilo izpeljanih dvaintrideset timskih sestankov. Razen rednih tedenskih sestankov je vse koordinirala socialna delavka, ki je bila pogosto tudi pobudnik sestanka. Primer procesa do realizacije pobude za sestanek: socialna delavka je po pogovoru z uporabnikom ugotovila, da je za nadaljnje urejanje kritičnih socialnoekonomskih in bivalnih razmer nujno potrebno sodelovanje več strokovnjakov. Oddelčnega zdravnika je seznanila z vsebino pobude za sestanek, zdravnik jo je poslušal, vzel resno njeno strokovno mnenje in predlog za sestanek, ki je bil realiziran v najkrajšem možnem času, to je včasih pomenilo tudi takoj (npr. pogovor po telefonu z osebnim zdravnikom). Pobudo za sestanek lahko da vsak član tima, med katere štejemo tudi uporabnika in njegovo neformalno socialno

mrežo; vsako pobudo se resno obravnava. V primeru uporabnika je vsaka pobuda vodila v realizacijo sestanka. Na timskih sestankih pri tem primeru je imel vsak član tima prostor, da pove svoje mnenje. Končni sklepi so bili usmerjeni v najboljši možni izid za uporabnika. Ko uporabnik iz različnih razlogov timskega sestanku ni prisostvoval, je socialni delavec prevzel vlogo zagovornika (Zastrow, 1992) z namenom, da se kljub uporabnikovi odsotnosti slišijo in upoštevajo njegove želje in mnenje ter potrebe. V primerih, ko je bil uporabnik prisoten na timskih sestankih, je socialni delavec občasno, po potrebi, prevzel vlogo prevajalca in strokovni jezik ostalih članov tima prevedel v uporabniku razumljiv jezik.

Način sodelovanja z uporabnikom se je konstantno prilagajal njegovemu stanju in počutju. Prvih nekaj srečanj je bilo zato izpeljanih v njegovi bolniški sobi. Vsi sestanki s strokovnjaki iz zunanjih institucij so bili izpeljani po telefonu, ker se sestanka v živo niso mogli udeležiti predvsem zaradi oddaljenosti svojega delovišča. V drugem sklopu rehabilitacije pa je glavno oviro za skupna srečanja v živo omejevala razglasitev epidemije in ukrepi, povezani z njo. Socialni delavec ima v timu aktivno vlogo pri oblikovanju in zastavljanju ciljev. Odgovorni vodja in hkrati vodja primera pa je v primeru hospitalne rehabilitacijske obravnave izključno zdravnik, ki vodi uporabnika. Vendar končne odločitve in končnega mnenja praviloma ne da brez mnenj ostalih članov tima. K temu pripomorejo tudi zaključna poročila, ki jih moramo oddati vsi člani rehabilitacijskega tima in so na oddelku v nespremenjeni obliki vključeni v odpustno pismo URI Soča.

Center za poklicno rehabilitacijo

CPR s svojimi programi pokriva potrebe na področju zdravstvenega varstva, zaposlovanja ter pokojninskega in invalidskega varstva. Vključeni smo tudi v mednarodne in nacionalne projekte, izvajamo program socialne vključenosti, svetovanje in izobraževanje.

Uporabnikom se na področju poklicne in zaposlitvene rehabilitacije pomaga pri:

- uspešnem vračanju na delo po preboleli bolezni ali poškodbi,
- pri prilagoditvi delovnega okolja in delovnega mesta v skladu z omejitvami za delo,
- iskanju drugega ustreznega delovnega mesta,

- spremembi poklicne poti,
- usmerjanju v ustrezen izobraževalni program.

V rehabilitacijskem timu CPR sodelujemo zdravnik, specialist medicine dela, prometa in športa, psiholog, specialist klinične psihologije, delovni terapevt, socialni delavec, rehabilitacijski tehnolog in drugi strokovnjaki, kot sta tiflopedagog in psihiater.

Storitve zaposlitvene rehabilitacije izvaja meddisciplinarni strokovni tim,⁶ katerega sestavo in obseg določata:

- Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (v nadaljevanju ZZRZI, 2007) in
- Mreža izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije,⁷ ki jo potrди minister, pristojen za invalidsko varstvo.

Program ZR poteka v dveh fazah, in sicer:

V prvi fazi se poda mnenje o ravni delovnih sposobnostih, znanj in delovnih interesov uporabnikov ali poklicno usmerjanje. Traja do deset dni, od štiri do šest ur dnevno, kar je odvisno od vzdržljivosti uporabnikov zaradi posledic bolezni in poškodb. Poudarek prve faze je na ugotavljanju tako močnih področij uporabnika kot tudi morebitnih ovir in težav, ki se lahko kažejo na nivoju osebnosti, vedenja, telesnega in senzornega delovanja ter reševanju teh. Potek in način dela je enak ne glede na naročnika, razlika je le v strukturi priprave končnega poročila oziroma mnenja za posameznega naročnika. Naročniki obravnav so: osebni zdravniki in različni specialisti, ZPIZ, ZRSZ in delodajalci.

Glede na ugotovljeno rehabilitacijski tim lahko predlaga:

- pridobitev statusa invalida⁸ in pravico do zaposlitvene rehabilitacije po ZZRZI (2007),

6 Izraz se v tem primeru nanaša na multidisciplinarni strokovni tim, kot je opredeljen v Standardih storitev zaposlitvene rehabilitacije (2012).

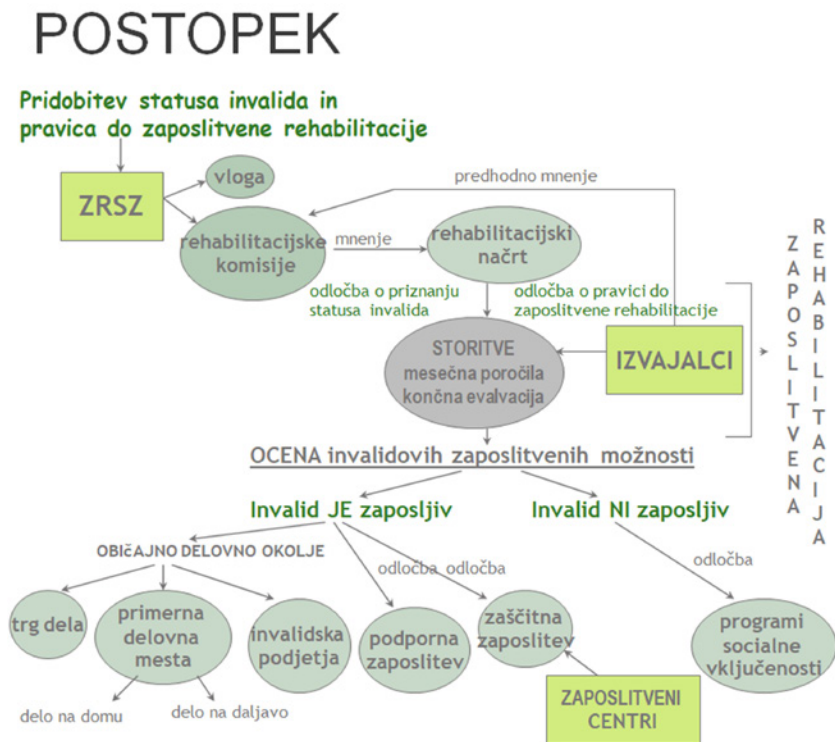
7 https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/Invalidi/Zaposlitvena-rehabilitacija-2021-2027/Mreza_izvajalcev_ZR_2021_2027.pdf

8 Kljub temu da je termin invalid v terminologiji socialnega dela zastarel izraz, ki mu pripisujemo negativno oznako, ga v prispevku uporabljamo za opredelitev statusa po ZZRZI in je njegova raba nevtralna.

- pridobitev statusa invalida po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (v nadaljevanju ZPIZ-2, 2022) in pravico do poklicne rehabilitacije,
- pravico do zaposlitvene rehabilitacije (v nadaljevanju ZR) ne glede na pridobljeni status,
- nezmožnost za organizirano in pridobitno delo po ZPIZ-2 (2022),
- nezaposljivost po ZZRZI (2007),
- pridobitev statusa invalidne osebe po Zakonu o socialnem vključevanju invalidov (v nadaljevanju ZSVI, 2018),
- postopno vračanje na delo.

Slika 1:

Predstavitve postopka za pridobitev statusa invalida in pravice do ZR



Vir: Kovač in Belec, 2010, str. 7

V drugi fazi se uporabnik vključi v program zaposlitvene rehabilitacije. Po ZZRZI (2007) je zaposlitvena rehabilitacija pravica invalida do posameznih storitev zaposlitvene rehabilitacije v obsegu, na način in v trajanju, opredeljenem v rehabilitacijskem načrtu (v nadaljevanju RN).

V skladu 32. členom ZZRZI (2007) je RN opredeljen kot dokument, ki ga na podlagi mnenja rehabilitacijske komisije izdela rehabilitacijski svetovalec Zavoda RS za zaposlovanje v sodelovanju z uporabnikom. V njem so določeni vrsta, obseg, način in trajanje izvajanja storitev zaposlitvene rehabilitacije.

S pridobitvijo pravice do ZR in z namenom podaje ocene zaposlitvenih možnosti sledi vključitev uporabnika v storitve zaposlitvene rehabilitacije (Standardi storitev zaposlitvene rehabilitacije, 2012). Storitve se izvajajo s ciljem, da se uporabnik usposobi za ustrezno delo, se zaposli, zaposlitev zadrži in v njej napreduje ali spremeni svojo poklicno kariero.

Program ZR lahko traja od nekaj mesecev do največ dveh let. Izvaja se na podlagi individualnega rehabilitacijskega načrta (v nadaljevanju IRN), ki se oblikuje v sodelovanju uporabnika in članov rehabilitacijskega tima ter predstavlja celostno obravnavo, zajema pa tudi sprotno evalvacijo napredovanja uporabnika. Poteka najprej v prostorih izvajalca zaposlitvene rehabilitacije v simuliranih delovnih situacijah v različnih delovnih kabinetih (kabinet za administrativna in kreativna dela, kabinet za ročno proizvodna dela), nato pa pri delodajalcu, pri čemer je poudarek na prenosu rehabilitacijskih aktivnosti v življenjske situacije in okolje.

Potek obravnav na centru za poklicno rehabilitacijo

Timsko delo na CPR se začne že v prvi fazi, ki je namenjena podaji mnenja o ravni delovnih sposobnostih, znanj in delovnih interesov uporabnika. Na začetku obravnave je ključno preverjanje pričakovanj v zadevi obravnave uporabnika pri rehabilitacijskem svetovalcu na ZRSZ in izmenjava informacij z rehabilitacijskim timom. Pomembno vodilo rehabilitacijskega tima pri delu z uporabnikom je vzpostavitev zaupnega in avtonomnega odnosa za vse udeležene ter varnega prostora za pogovor. Pri delu z uporabnikom člani tima ves čas raziskujemo in krepimo njegove notranje vire moči (znanja, veščine, pozitivne lastnosti). Uporabnik sodeluje pri sooblikovanju rešitev zase na podlagi svoje življenjske zgodbe in izkušenj in je

glavni vir informacij. Rehabilitacijski tim z uporabnikovo soudeležbo načrtuje in soustvarja vse nadaljnje korake in cilje v smeri zaposlovanja.

Poleg vrednot, teoretskega znanja, pooblastil in poslanstva so za tovrstno kompleksno delo potrebne naslednje spretnosti socialnega dela:

- pogovarjanje (npr. vodenje pogovora; poslušanje – aktivno, empatično; raziskovanje; reflektiranje in problematiziranje; sklepanje dogovorov, ustvarjanje rešitev in konkretnih dejanj),
- pogajanje (vztrajnost, asertivnost, spretnosti reševanja konfliktov, retorične spretnosti),
- organizacijske spretnosti (vodenje in sodelovanje v timih; načrtovanje – projektov, dela; skupinska dinamika; organizacije in vrednotenje strokovne pomoči; povezovanje in koordiniranje),
- spretnosti profesionalne discipline (točnost, spoštljivost, dostopnost, zanesljivost – upoštevanje dogovorov, poklicna molčečnost, varovanje podatkov, jasno sprejemanje odgovornosti) (Flaker, 2003).

S prakso ugotavljamo, da nepogrešljivo in bistveno spretnost v socialnem delu predstavlja konsistentno, transparentno in sistematično zapisovanje in evalviranje procesa dela z uporabnikom, kar zajema beleženje ugotovitev, napredka in doseganja definiranih ciljev. V programu ZR uporabniki sooblikujejo IRN s svojimi predlogi, idejami glede na lastne vrednote in izkušnje, kar se vedno znova potrjuje kot primer dobre prakse dela z uporabniki. Prav tako ugotavljamo, da podobne načine dela lahko najdemo tudi na drugih področjih dela z uporabniki (na primer CSD, osnovna šola s prilagojenim programom, bivalne enote, varstveno-delovni centri). Menimo, da strnjena in strokovno podkrepjena sinteza končnih ugotovitev zagotavlja uporabnikom nadaljnje urejanje in pridobivanje pravic na za njih pomembnih življenjskih področjih.

V času trajanja prve faze vključitve v program tako socialni delavec kot ostali člani rehabilitacijskega tima z uporabnikom opravijo več individualnih pogovorov z namenom raziskovanja njegovih interesov, poznavanja njegovih notranjih virov moči, ter z namenom sprotne evalvacije procesa napredka. Predvsem v prvi fazi vključitve uporabnika zavzema socialni delavec vlogo zagovornika in si prizadeva prikazati večplastnost uporabnikovega celostnega funkcioniranja

v povezavi z njegovim sistemom vrednot, prepričanj, potreb, funkcioniranja in interesov. Socialni delavec je uporabniku ves čas na razpolago s svetovanjem, z informiranjem, s podporo ter pomočjo pri urejanju pravic in se na tej ravni povezuje medinstitucionalno.

Po pridobitvi statusa invalida in pravice do zaposlitvene rehabilitacije na ZRSZ sledi vključitev uporabnika v program ZR pri izvajalcu zaposlitvene rehabilitacije. V njem socialni delavec lahko prevzema istočasno tri ali več različnih vlog znotraj rehabilitacijskega tima, ki se med seboj prepletajo in je njihova meja zabrisana. Te vloge so: vloga vodje programa ZR (koordinira, načrtuje, organizira delo v timu itd.); vloga vodje primera (načrtuje, koordinira, sodeluje z rehabilitacijskimi svetovalkami, piše poročila za ZRSZ); vloga člana tima (individualno delo z uporabnikom – raziskovanje zaposlitvenih ciljev in poklicnih interesov skupaj z uporabnikom, raziskovanje trga dela z uporabnikom, oblikovanje ponudb za delodajalce, pomoč pri pisanju prijav na prosta delovna mesta ter življenjepisa, kontaktiranje delodajalcev skupaj z uporabnikom itd.; delo v skupini z uporabniki – krepitev notranjih virov moči uporabnikov z namenom prevzemanja čim večje asertivnosti v procesu itd.); vloga strokovnega delavca, ki spremlja uporabnika ob vključevanju v delovno sredino (ogled in analiza delovnega mesta) in v proces dela.

Uporabniki se najprej vključijo v usposabljanje v delovne kabine CPR, ki v povprečju traja dva meseca. Z vsemi uporabniki se pripravi IRN, ki je osrednji dokument izvajanja procesa zaposlitvene rehabilitacije in je namenjen načrtovanju in vodenju procesa zaposlitvene rehabilitacije na ravni posameznika. Pri oblikovanju in izvajanju IRN strokovni tim sledi naslednjim načelom:

- IRN je ves čas rehabilitacije usmerjen k ciljem, ki so bili opredeljeni v sodelovanju z uporabnikom storitve,
- zastavljeni cilji morajo biti realni, dosegljivi, merljivi, časovno opredeljeni,
- aktivnosti morajo biti izvedene usklajeno, v postavljenih časovnih okvirjih,
- vsi udeleženci so zavezani uresničevanju IRN z aktivno udeležbo,
- uporabniku pa mora biti zagotovljena stalna aktivna podpora pri uresničevanju IRN,
- če je le mogoče, vodi in usklajuje aktivnosti ves čas procesa ZR isti strokovni delavec ob sodelovanju drugih članov rehabilitacijskega tima,

- postavljeni cilji se sproti spremljajo – vrednoti se uspešnost doseganja ciljev,
- na podlagi spremljanja doseganja ciljev se načrtujejo nadaljnje aktivnosti za njihov doseg oz. se opredelijo novi cilji,
- proces ZR se konča, ko so cilji doseženi, oz. ko ga želi končati uporabnik (Standardi storitev zaposlitvene rehabilitacije, 2012, str. 6–7).

Med ZR se ves čas preverja skladnost opredeljenih ciljev vseh deležnikov. Še posebej izstopa terensko delo, ki zajema redne mesečne timske sestanke z namenom evalvacije rezultatov usposabljanja na konkretnem delovnem mestu z delodajalcem in uporabnikom.

Na tedenski in mesečni ravni se zagotavlja redna psihosocialna in strokovna pomoč tako uporabniku kot delodajalcu z namenom uspešnega vključevanja v delovni proces in obvladovanja različnih stresnih situacij. Prav tako na mesečni ravni redno potekajo interni timski sestanki in timski sestanki z rehabilitacijskim svetovalcem.

Možni izhodi iz programa zaposlitvene rehabilitacije

Ko je zaposlitvena rehabilitacija končana, rehabilitacijski svetovalec na podlagi končnega mnenja izvajalca storitev zaposlitvene rehabilitacije in po drugi razpoložljivi dokumentaciji pripravi za uporabnika oceno zaposlitvenih možnosti, ki je podlaga za izdajo odločbe o podporni zaposlitvi, zaščitni zaposlitvi in nezaposljivosti.

Podporna zaposlitev je zaposlitev uporabnika na delovnem mestu v običajnem delovnem okolju s strokovno in tehnično podporo uporabniku, ki ima po ZZRZI (2007) status invalida, ter delodajalcu in delovnemu okolju. Strokovno podporo in pomoč uporabniku, delodajalcu in delovnemu okolju zagotavlja rehabilitacijski tim. Podporne storitve lahko nudi katerikoli član tima, s tem, da so ostali člani tima prav tako vedno na razpolago, če je to potrebno, ter se zagotavljajo enkrat mesečno bodisi po telefonu, bodisi prek obiska pri delodajalcu. Zajemajo informiranje, svetovanje, usposabljanje, asistenco na delovnem mestu, spremljanje pri delu, razvoj osebnih metod dela in ocenjevanje njegove delovne uspešnosti. Tehnična podpora zajema prilagoditev delovnega mesta in sredstev za delo (npr. dvizna miza, ergonomski stol, ergonomska miška in tipkovnica). Podporne storitve nudimo z namenom preprečevanja težav in zapletov v delovnem procesu (npr. nenadne spremembe v procesu delu, neobvladovanje

nepredvidljivih stresnih situacij itd.) in zagotavljanju zaposljivosti in ohranjanju zaposlitve uporabnika v skladu z njegovimi potrebami, sposobnostmi in zmožnostmi na dolgi rok.

Zaščitna zaposlitev je zaposlitev uporabnika na delovnem mestu in v delovnem okolju, prilagojenem delovnim sposobnostim in potrebam uporabnika (npr. gre za opravljanje enostavnih, strukturiranih in ponavljajočih se del ob stalni prisotnosti mentorja na delovnem mestu), ki ni zaposljiv na običajnem delovnem mestu. Zaščitena delovna mesta zagotavljajo predvsem zaposlitveni centri, lahko pa tudi invalidska podjetja, ki določijo zaščitena delovna mesta. Ker morajo imeti invalidska podjetja in zaposlitveni centri po ZZRZI (2007) zaposlene strokovne delavce in sodelavce, ki zagotavljajo potrebno pomoč in podporo zaposlenemu uporabniku na delovnem mestu in v delovnem okolju, nima rehabilitacijski tim CPR v nadaljevanju nobenih pristojnosti za sodelovanje.

Programi socialne vključenosti so socialni programi, namenjeni uporabnikom z izdano odločbo o nezaposljivosti. Njihova glavna namenja sta podpora in ohranjanje uporabnikovih delovnih sposobnosti.

Predstavitev primerov glede na izhod po koncu programa zaposlitvene rehabilitacije

Uporabnik 1 je star 43 let in je po poklicu ekonomski tehnik in je cca 24 let brezposeln. Pred vključitvijo v ZR je bil brez formalne delovne dobe. Pridobljene delovne izkušnje so vezane na opravljanje dela tajnika, trgovca, blagajnika in natakarja. V preteklosti je imel težave zaradi odvisnosti od nedovoljenih drog, zdaj abstiniira, redno je voden v ambulanti za odvisnike, na terapiji z metadonom. Bil je obravnavan zaradi kroničnega hepatitisa C. Prisotna je slabovidnost desnega očesa (25-odstotni vid) in oglušelost desnega ušesa. Ima krčne žile spodnjih okončin s kroničnim ulkusom. Ima obsežne razjede na desni goleni, večkrat kriti s presadki, z ostankom brazgotin. Celotno desno stopalo je deformirano in oteklo. Prisotne so tudi deformacije leve goleni (brazgotine s stanjšano kožo in okolno hiperpigmentacijo, z občasnimi manjšimi razjedami). Levi gleženj je nepregiben. Posledično je hoja izrazito šepajoča, bolečine pa se ob obremenitvah stopnjujejo. Ima zmerne degenerativne spremembe

lumbalne hrbtenice. Zdravi se zaradi arterijske hipertenzije. Ima urejen status invalida po Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov z naslednjimi zdravstvenimi omejitvami za delo: zmožen je za fizično lažje, pretežno sedeče delo, brez daljše hoje ali stoje, kjer ni potreben globinski vid, ne v kritičnem ropotu, ne s hepatotoksičnimi snovmi.

V program zaposlitvene rehabilitacije v URI Soča, CPR Maribor, je bil vključen enajst mesecev. Ključne ugotovitve strokovnega tima glede delovnega funkcioniranja uporabnika na podlagi usposabljanja tako v delovnih kabinetih kot tudi v običajnem delovnem okolju na delovnem mestu Operater digitalizacije dokumentov so bile: da nekoliko več podpore in pomoči potrebuje pri zahtevnejših nalogah; da je tempo dela upočasnen; da počasi pridobiva na delovni okretnosti; da potrebuje postopno uvajanje v delo, po korakih, z dodatnimi navodili za delo, pojasnila in praktične prikaze, občasno vodenje in usmerjanje, asistenco in pomoč sodelavcev pri pripravi delovnega mesta, oskrbi delovnega mesta z delovnimi dokumenti, dodatne razbremenilne odmore in psihosocialno podporo. Ne glede na prilagoditve je ostalo njegovo delovno funkcioniranje znižano. Glavno težavo v delovnem procesu predstavljajo zdravstvene težave in posledično bolečinska simptomatika, kar vpliva na vzdržljivost in učinkovitost ter funkcioniranje v daljšem obdobju. Posledično vztrajajo težave na področju obremenljivosti, vzdržljivosti in fleksibilnosti. Čeprav je pri delu napredoval, je invalidnost vplivala na učinkovitost pri delu, ki je bila 75-odstotna. Ne glede na to, da se je uporabnik v delovnem procesu soočal s številnimi težavami, ki jih je s podporo in pomočjo članov rehabilitacijskega tima in mentorja na delovnem mestu poskušal odpraviti (prilagoditvami, svetovanjem, psihosocialno podporo), so bile njegove močne točke (notranja motivacija za delo, vztrajnost, vedoželjnost, odgovornost, doslednost, zanesljivost, rednost in točnost, zagotavljanje kakovosti opravljenega dela) tiste, na podlagi katerih se je delodajalec odločil za zaposlitev uporabnika. Pred realizacijo zaposlitve se je izvedla ocena doseganja delovnih rezultatov s predlogom zaposljivosti uporabnika v podporni zaposlitvi. Prav tako se je z vsemi deležniki oblikoval INP, na podlagi katerega se uporabniku v času zaposlitve nudijo podporne storitve mentorja na delovnem mestu in članov rehabilitacijskega tima URI Soča.

Uporabnik 2 je star 27 let, po poklicu prodajalec, z dvema letoma delovnih izkušenj in dve leti brezposlen, prijavljen v evidenci brezposlenih oseb na ZRSZ. Njegove delovne izkušnje so vezane na dela ročnega pakiranja v enem od invalidskih podjetij, z zlaganjem reklam, kot blagajničar in kot delavec v skladišču. V preteklosti je imel težave zaradi odvisnosti od nedovoljenih psihoaktivnih snovi – zdaj abstiniira. Izstopajo pa težave na področju duševnega zdravja (paranoidna shizofrenija, ki je v zadovoljivi remisiji). Ima urejen status invalida po Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov z naslednjimi zdravstvenimi omejitvami za delo: zmožen je za enostavna, strukturirana dela, ne ponoči, ne na višini, brez izpostavljenosti organskim topilom, brez zahtevnih socialnih stikov. V program zaposlitvene rehabilitacije v URI Soča, enota Maribor, je bil vključen osem mesecev. Ključne ugotovitve strokovnega tima glede delovnega funkcioniranja uporabnika na podlagi usposabljanja tako v delovnih kabinetih URI Soča kot v prilagojenem delovnem okolju v dveh zaposlitvenih centrih so bile: da je njegov tempo dela upočasnjen in nihajoč, da morajo biti dela dobro strukturirana in enostavna, da potrebuje potrditve in usmeritve ter navodila pri delu od mentorja in psihosocialno pomoč in podporo, da je nižje telesno vzdržljiv in obremenljiv ter da se težje prilagaja spremembam pri delu. Prav tako so se ugotovljale: nižja vztrajnost pri delu, ustrezna kakovost dela, šibka čustvena in vedenjska prilagojenost, šibka in nihajoča pozornost in koncentracija, slabe sposobnosti načrtovanja, predvidevanja in reševanja problemskih situacij in sposobnosti za spoprijemanje s stresom ter znižana delovna učinkovitost (45 %). Ne glede na to, da se je uporabnik v delovnem procesu soočal s številnimi težavami v odnosu do svojega delovnega funkcioniranja in jih s podporo in pomočjo članov rehabilitacijskega tima in mentorja na delovnem mestu (prilagoditvami, svetovanjem, psihosocialno pomočjo) poskušal ublažiti, odpraviti, so bile njegove močne točke (notranja motivacija za delo, odgovornost in veselje do dela, rednost in točnost, zagotavljanje kakovosti opravljenega dela ter zanesljivost pri delu) tiste, na podlagi katerih se je delodajalec odločil za zaposlitev uporabnika na zaščitenem delovnem mestu v zaposlitvenem centru.

Uporabnik 3 je star 31 let, po poklicnu ekonomski tehnik, brez delovne dobe, s šest let trajajočo brezposelnostjo. Edine delovne izkušnje so bile vezane na opravljanje šolske prakse v trgovini, brez oblikovanih zaposlitvenih ciljev. V predhodni ocenjevalni obravnavi so se ugotovljale težave na področju kognitivnega funkcioniranja, ki je bilo v upadu in znižano, mišljenje je bilo upočasnjeno in nefleksibilno, togo, čustveno zavrto, zmedeno ter v življenjskih situacijah slabo učinkovito. Izražena je bila slabša osebnostna prilagojenost, znižane zmožnosti za reševanje problemov in oslavljen čut za stvarnost. Sodelovanje z uporabnikom je oteževalo njegovo nenavadno vedenje, zmedenost, napetost, negotovost, nemir in nezaupljivost. Dajal je nezanesljive, nekonsistentne, slabo fokusirane ali nesmiselne informacije, ter zanikal kakršne koli težave na telesnem, kognitivnem in osebnostnem področju ali prisotnost psihopatološke simptomatike. Ima urejen status invalida po Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov z naslednjimi zdravstvenimi omejitvami za delo: sposoben za enostavna, nezahtevna, strukturirana dela. V nadaljevanju je bil uporabnik voden in obravnavan pri psihiatru, ki je ugotovil izrazito šibko osebnostno strukturo z možnimi psihotičnimi dekompenzacijami ob obremenitvah. Glede na prisotnost kognitivnih težav ter svojskost pa je menil, da je možna shizotipska osebnostna motnja. Podan je bil tudi sum na Aspergerjev sindrom z neznačilno klinično sliko. Prav tako je psihiater ugotovil izrazito okrnjene sposobnosti samostojnega funkcioniranja in bil mnenja, da uporabnik potrebuje podporo ustreznih služb. Medikamentozna terapija mu ni bila predpisana, svetovalo pa se je še nadaljnje vodenje v skupnostni psihiatrični obravnavi. V program zaposlitvene rehabilitacije na URI Soča, enota Murska Sobota, je bil uporabnik vključen šest mesecv. V najprej enomesečnem usposabljanju v delovnih kabinetih URI Soča je strokovni tim ugotavljal šibko delovno obremenljivost in znižano delovno funkcioniranje uporabnika, potrebo po stalnem vodenju in usmerjanju v delovnem procesu ter delovnem okolju, ki mora biti prilagojeno, razumevanjoče in spodbudno. Njegova delovna učinkovitost je bila okrog 25 odstotna in ustrezne kakovosti dela ni zmožel zagotavljati. Delovni skupini se je težko prilagajal, bil je negotov in nezaupljiv. Nato je sledilo štirimesečno usposabljanje v prilagojenem delovnem okolju v okviru

programa socialne vključenosti, in sicer na enostavnih, nezahtevnih in dobro strukturiranih ročnih delih, ob stalni prisotnosti mentorice v prilagojenem delovnem okolju. Opravljal je enostavna proizvodna dela (vijachenje, lepljenje in upogibanje papirnate galanterije, nadzor PVC patronov) in kreativna dela (izdelava nakita, voščilnic, barvanje lesenih izdelkov, servietna tehnika). Kljub vsem prilagoditvam (šesturna prisotnost, pogosti odmori, enostavna navodila, demonstracije dela, stalno vodenje, usmerjanje, vzpodbujanje, nadzor izdelkov, dodatna psihosocialna podpora) je bilo njegovo delovno in osebno funkcioniranje slabše prilagojeno. V delo se je uvajal v podaljšanem času, kompleksnejših zahtev ni usvojil, potreboval je veliko dodatnih obrazložitev navodil, bil je nesamostojen, slabo iniciativen, potreboval je stalno pomoč pri načrtovanju in organizaciji dela ter bil zelo počasen. Potreben je bil nadzor kakovosti dela, saj je bil sam slabše kritičen. Težko se je prilagajal spremembam ali novostim pri delu. Učinkovitost je bila 25-odstotna. Izrazite so bile težave na področju osebnostnega in socialnega prilagajanja.

Vodenje in usmerjanje je potreboval že pri osnovnih življenjskih situacijah, v obremenilnejših in konfliktnejših situacijah je bilo vedenje slabše obvladano in agresivno. Na koncu se je izvedla ocena doseganja delovnih rezultatov s predlogom nezaposljivosti, na podlagi katere mu je bila izdana odločba o nezaposljivosti in si je pridobil pravico do vključitve v program socialne vključenosti.

Pri tem je pomembno poudariti, da je uporabnik ob redni tedenski in mesečni pomoči in podpori rehabilitacijskega tima (svetovanje, informiranje, usmerjanje, pogovori itd.) ter zunanjih strokovnih služb (Center za krepitev mentalnega zdravja, redna obravnava pri psihiatru) začel sprejemati svoje ovire in težave na področju celostnega funkcioniranja, še posebej delovnega. Ključno je bilo njegovo zavedanje, da si želi vzdrževati svojo delovno kondicijo, se čutiti koristnega, gojiti občutek lastne vrednosti, biti del skupine, pridobivati socialne spretnosti, zaradi česar se je odločil, da se bo po pridobitvi odločbe o nezaposljivosti vključil v program socialne vključenosti, s pomočjo katerega bo te potrebe lahko zadovoljeval.

Preglednica 3: Namen, trajanje, pogostost, sestava rehabilitacijskega in medinstitucionalnega tima

PROGRAM ZR	UPORABNIK 1	UPORABNIK 2	UPORABNIK 3
NAMEN	✓ Ocena zaposlitvenih možnosti	✓ Ocena zaposlitvenih možnosti	✓ Ocena zaposlitvenih možnosti
TRAJANJE	➤ 11 mesecev	➤ 8 mesecev	➤ 6 mesecev
SESTAVA TIMA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ delovni terapevt ➤ socialni delavec - vodja primera in član tima ➤ zdravnik ➤ psiholog ➤ rehabilitacijski tehnolog 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ rehabilitacijski tehnolog – vodja primera ➤ socialni delavec (član tima) ➤ zdravnik ➤ psiholog ➤ delovni terapevt 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ psiholog - vodja primera ➤ socialni delavec (član tima) ➤ delovni terapevt ➤ zdravnik ➤ psihater ➤ rehabilitacijski tehnolog
SESTAVA MEDINSTITUCIONALNEGA TIMA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ tim URI Soča ➤ rehabilitacijska svetovalka (ZRSZ) ➤ delodajalec ➤ CSD 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ tim URI Soča ➤ rehabilitacijska svetovalka (ZRSZ) ➤ delodajalec ➤ CSD 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ tim URI Soča ➤ SPO (skupnostna psihiatrsna obravnava) ➤ zavetišče za brezdomce ➤ delodajalec ➤ rehabilitacijska svetovalka (ZRSZ) ➤ CSD
POGOSTOST TIMSKEGA DELA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2x/mesec: tim URI Soča ➤ 1x/mesec: ZRSZ + URI Soča ➤ 1x/mesec (po potrebi): URI Soča + psihater + uporabnik ➤ 1x/mesec: uporabnik + URI Soča ➤ 1x/mesec: uporabnik + URI Soča + delodajalec ➤ 1x/mesec oz. po potrebi: z CSD 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2x/mesec: tim URI Soča ➤ 1x/mesec: ZRSZ + URI Soča ➤ 1x/mesec (po potrebi): URI Soča + psihater + uporabnik ➤ 1x/mesec: uporabnik + URI Soča ➤ 1x/mesec: uporabnik + URI Soča + delodajalec ➤ 1x/mesec oz. po potrebi: z CSD 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2x/mesec: tim URI Soča ➤ 1x/mesec: ZRSZ + URI Soča ➤ 1x/mesec (po potrebi): URI Soča + psihater + uporabnik ➤ 1x/mesec: uporabnik + URI Soča ➤ 1x/mesec: uporabnik + URI Soča + delodajalec ➤ 1x/mesec oz. po potrebi: URI Soča + CSD + SPO + zavetišče

S predstavljenimi primeri smo želeli prikazati kompleksnost posameznega primera in v povezavi s tem delovanje rehabilitacijskega tima (namen, sestava, pogostost, rednost) skupaj z uporabnikom in zunanjimi udeleženci, kar je predstavljeno v preglednici 3 za vsakega posameznega uporabnika. Skupna točka dela v timu v vseh treh primerih je bila, da je bila sestava strokovnih delavcev z vidika poklicnih skupin vedno enaka in ves čas na razpolago uporabniku. Zaradi stalnosti tima je bilo povezovanje in sodelovanje med člani tima učinkovito, pregledno, merljivo, vloge vsakega posameznega člana tima pa so bile točno opredeljene tako v odnosu do uporabnika kot do samega procesa dela. V timu je redno sodelovalo pet članov različnih poklicnih skupin, z izjemo tretjega primera, ko je bil vključen tudi psihiater. Prednost rednih mesečnih timskih sestankov je bila v tem, da je omogočala vsem udeleženi preverjanje doseganja skupno opredeljenih ciljev ter možnosti za njihovo spreminjanje.

V vseh treh primerih so bili uporabniki neposredno vključeni v timske sestanke, kjer so prevzemali aktivno vlogo za doseg lastno opredeljenih ciljev, ki so bili zapisani v IRN, in so se redno dopolnjevali in spreminjali na vzajemno pobudo uporabnika in članov tima. Intenzivnost, obseg strokovne pomoči in podpore uporabniku kot tudi pogostost timskega dela so bili odvisni od stopnje ovir in težav pri vključevanju v delo in zaposlitev. Vsi člani rehabilitacijskega tima so ves čas upoštevali varstvo osebnih podatkov uporabnikov. V ta namen je bilo kontaktiranje z drugimi institucijami (CSD, Center za duševno zdravje, zdravstveni dom) ali delodajalci vzpostavljeno na osnovi pisnega soglasja uporabnika od članov rehabilitacijskega tima. Prenos pridobljenih informacij med člani tima in uporabnikom je potekal hitro in dosledno.

Ugotovitve in razprava

Iz predstavljenega timskega dela v URI Soča in prikazanih primerov je razbrati, da je v praksi uveljavljen meddisciplinarni pristop timskega dela. Uporabnike rehabilitacijsko obravnavajo strokovni delavci različnih poklicnih skupin, pretežno s soudeležbo uporabnika. Ne glede na področje dela pa so skupne značilnosti rednih timskih sestankov vnaprej opredeljen kraj, čas in sestava tima.

Študije dokazujejo pozitiven vpliv sodelovanja različnih strokovnjakov na rezultate obravnave oseb z določenim zdravstvenim stanjem (Pillay idr., 2016). Praviloma so študije vezane na točno določeno diagnozo, kot na primer obravnava uporabnikov s kronično bolečino (Stanos in Houle, 2006; Schoofs, idr., 2004), in se osredotočajo predvsem na naštevanje vseh strokovnih profilov v timu, na področja dela, na obravnavo različnih vidikov in na njihov prispevek h končnemu izidu rehabilitacije ter na rezultate rehabilitacijske obravnave, med katere umeščamo tako uspešno vrnitev v domače okolje, večjo samostojnost v dnevnih aktivnostih, hojo po stopnicah, izboljšano gibljivost v sklepih ipd., kot tudi osebno sprejemanje situacije, razbremenitev stresa, povečanje samostojnosti z razvojem zmožnosti (psihično, fiziološko ter socialno).

Poleg rednih in dogovorjenih timskih sestankov pri delu opazamo tudi povečanje števila timskih sestankov, ki so individualno sklicani glede na potrebe in želje uporabnika, ali pa so sklicani zaradi pojava novih okoliščin, ki vplivajo na rehabilitacijski proces. Se pravi, da dodatni timski sestanek lahko skliče katerikoli član tima kot tudi sam uporabnik ali njegovi svojci. Izkušnje iz prakse čedalje bolj kažejo, da so tovrstni timski sestanki pri uporabnikih in svojcih zelo dobro sprejeti, ker to krepi njihovo notranjo moč in s tem možnost soodločanja ter sovpilvanja na proces iskanja najboljših možnih rešitev. Uporabnik je na timih večinoma prisoten, razen ko zaradi posledic slabega psihičnega in/ali fizičnega zdravstvenega stanja ali pa zaradi drugih okoliščin, na katere v danem trenutku nismo imeli vpliva, ni mogel biti prisoten. V takih primerih so socialni delavci ključni za opozarjanje na aktivno vlogo uporabnika v obsegu in na način, ki ga v svojem psihofizičnem funkcioniranju zmore. Sestava tima je vezana na potrebe, želje in cilje uporabnika (glej tudi poglavje Rape Žiberna o uporabnikih). Najpomembnejša prednost timskega dela je obravnavanje vseh uporabnikovih potreb in celosten pristop do njega. Timski pristop namreč omogoča iskanje novih možnosti in kakovostne rešitve, saj smotrno izkoristi znanje in izkušnje tako članov tima kot uporabnika (Dovč, 2005, str. 25).

V rehabilitacijski obravnavi stremimo k timskemu delu po definiciji, ki jo je predlagala Rape Žiberna (2021, str. 6), in sicer, da gre pri timskem delu v socialnem delu za soustvarjalni proces, v katerega so enakovredno vključeni vsaj trije člani (strokovni delavci in uporabniki), ki si v procesu (s pomočjo različnih oblik) skupnega dela,

znotraj delovnega odnosa prizadevajo (so)prispevati k uresničitvi skupnega cilja (najpogosteje rešitvi določenega problema na način, da soudeleženi v problemu postanejo soudeleženi v rešitvi).

V praksi ugotavljamo, da je za najboljše možne končne izide v procesu rehabilitacije ključna aktivna udeležba uporabnika, s čemer mislimo tako na neposredno kot posredno udeležbo uporabnika na timu. To pomeni, da tudi če uporabnik na timu ni navzoč (razlogi so opisani v prejšnjih poglavjih), tim pri odločanju in delu aktivno izhaja iz izraženih potreb in želja uporabnika. Pri tem je ravno socialna delavka pogosto najbolj ključna kot nosilka tega znanja. Uporabnik postane enakovreden član tima s svojo izkustveno ekspertizo, ki je nepogrešljiva pri doseganju opredeljenih ciljev. Z izkustveno ekspertizo uporabnika je mišljena njegova neposredna izkušnja z oviranostjo (doživljanje, soočanje, sprejemanje, razvijanje uvida in kritičnosti do lastnih ovir in težav), ki jo lahko uporabnik na pozitiven način uporabi ali pretvori v pozitiven pristop k reševanju svojih izzivov. Gre za prehod iz nemoči v zavedanje o obstoječih notranjih virih moči in vpliva. S tem posredno vpliva na kakovost celotnega procesa in izida. Tako člani tima kot uporabniki vstopamo v delovni proces z namenom doseči skupno zastavljene cilje. Zato je zelo pomembno že na začetku dela in sodelovanja preveriti vsebino namena in pričakovanj pri vseh udeleženi, raziskati vire moči uporabnika in zagotoviti redno evalvacijo z namenom sprejemanja dogovorov za naprej.

Med drugim v praksi ugotavljamo, da je uspešno timsko delo proces, ki zahteva veliko truda in časa. Menimo, da so zaupanje, vzpostavitev delovnega odnosa, medsebojno sodelovanje, komunikacija, razdelitev vlog in nalog osnovni elementi timskega dela. S tovrstnim pristopom se povezujemo, razdelimo in poenotimo delo, izmenjamo različne ideje in informacije o najboljših možnih rešitvah, sproti evalviramo (glej tudi poglavje Rihter), odločamo, načrtujemo in reflektiramo celoten proces dela z uporabnikom. Timsko delo v rehabilitaciji je edina možna pot za uspešno sodelovanje z uporabnikom, v katerega življenjski svet je vstopila bolezen ali poškodba. S timskim delom na spoštljiv način soustvarjamo kreativne rešitve in nove možnosti ter prilžnosti za kakovostno življenje uporabnika ob težki preizkušnji.

O uspešnem timskem delovanju v svojem znanstvenem članku govorijo tudi Štemberger Kolnik, Filej in Ljubič (2022, str. 67).

V njem navajajo, da uspešnost delovanja tima določajo interakcije med člani tima, pozitivne izkušnje, ki jih imajo člani tima, njihovo strokovno znanje, ki zagotavlja kakovostno obravnavo uporabnika, zaupanje, deljenje odgovornosti, medsebojno spoštovanje ter pozitivno delovno okolje, kar omogoča preprečevanje konfliktov in hitro reševanje nesoglasij. V uspešnem timu so v ospredju potrebe uporabnika zdravstvenega sistema in enotno delovanje vseh članov tima z namenom doseganja skupno zastavljenih ciljev.

V prihodnje bi bilo miselno izvesti več raziskav na temo timskega dela v zdravstvu, s poudarkom na dinamiki odnosov in vpliva prisotnosti ali odsotnosti sinergije članov tima, vključno z uporabnikom. Zanimivo bi bilo preveriti, v kolikšni meri na aktivno vlogo v timu vplivajo osebne lastnosti socialne delavke in v kolikšni meri aktivno vlogo v rehabilitaciji lahko pripišemo priznanju specialnih znanj, ki jih ima socialnodelovna stroka.

Viri

- Abril, A., & Bruce, K. B. (2022). *Kronična razširjena bolečina fibromialgija: strategije, ki vam povrnejo življenje*. Ljubljana: Chiara.
- Čacinovič Vogrinčič, G., Kopal, L., Mešl, N., & Možina, M. (2005). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Dovč, P. (2005). *Timsko delo kot element kakovosti v zdravstveni dejavnosti* (Diplomsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Flaker, V. (2003). *Oris metod socialnega dela: Uvod v katalog nalog centrov za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo in Skupnost centrov za socialno delo.
- Horvat Rauter, B., Bonča Vidmar, J., Zabukovec, I., Klar, N., Žalik, T., Perme Sušnik, K., & Jamnik, H. (2014). Predstavitev interdisciplinarne obravnave pacientov s kronično razširjeno nerakavo bolečino na URI Soča. V: H. Jamnik H., M., & Moharič. (ur.), *Vodenje in rehabilitacija bolnikov s kronično bolečino* (str. 91–105). Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča.
- Kovač, L., & Belec, S. (2010). *Vloga posameznih nosilcev v postopkih po ZZRZI*. Pridobljeno 29. 8. 2022 s <https://www.uri-soca.si/f/docs/RR/seminar-reha2010-kovac.pdf>
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation, *Psychological Review*. 50(4), 430–437. Pridobljeno 11. 10. 2022 s <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>

- Mreža izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije 2021–2027*. Pridobljeno 29. 8. 2022 s https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/Invalidi/Zaposlitvena-rehabilitacija-2021-2027/Mreza_izvajalcev_ZR_2021_2027.pdf
- Pillay, B., Wootten, A. C., Crowe, H., Corcoran, N., Tran, B., Bowden, P., Crowe, J., & Costello, A. J. (2016). The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. *Cancer treatment reviews*, 42, 56–72.
- Rape Žiberna, T. (2021). Teamwork in social work: What are we actually talking about? *European Journal of Social Work*. Pridobljeno 9. 3. 2022 s <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1995704>
- Sarafino, E. P. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. John Wiley & Sons, New York–Chichester–Brisbane–Toronto–Singapore.
- Schoofs, N., Bambini, D., Ronning, P., Bielak, E., & Woehl, J. (2004). Death of a lifestyle: the effects of social support and healthcare support on the quality of life of persons with fibromyalgia and/or chronic fatigue syndrome. *Orthopedic nursing*, 23(6), 364–374. Pridobljeno 3. 3. 2003 s <https://doi.org/10.1097/00006416-200411000-00005>.
- Singh, R., Küçükdeveci, A. A., Grabljevec, K., & Gray, A. (2018). The role of Interdisciplinary Teams in Physical and Rehabilitation Medicine. *Journal of rehabilitation medicine*, 50(8), 673–678. Pridobljeno 20. 9. 2023 s <https://doi.org/10.2340/16501977-2364>
- Standardi storitev zaposlitvene rehabilitacije* (2012). Pridobljeno 29. 8. 2022 s <https://www.gov.si/iskanje/?q=zaposlitvena+rehabilitacija&submit=>
- Stanos, S., & Houle, T. T. (2006). Multidisciplinary and interdisciplinary management of chronic pain. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 17(2), 435–vii. Pridobljeno 3. 3. 2023 s <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2005.12.004>
- Šugman Bohinc, L., Rapoša Tajnšek, P., & Škerjanc, J. (2007). *Življenjski svet uporabnika: raziskovanje, ocenjevanje in načrtovanje uporabe virov za doseganje zelenih razpletov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Štemberger Kolnik, T., Filej, B., & Ljubič, A. (2022). Napredno timsko delo v zdravstvu, kombinacija znanja in spretnosti: pregled literature. *Revija za zdravstvene vede*, 9(2), 66–85. <https://doi.org/10.55707/jhs.v9i2.135>
- Zastrow, C. (1992). *The practice of social work*. Belmont, Cal.: Wadsworth publishing company.
- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2)* (2022). Ur. l. RS 48/2022.
- Zakon o socialnem vključevanju invalidov (ZSVI)* (2018). Ur. l. RS 30/2018.
- Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (ZZRZI)* (2007). Ur. l. RS 16/2007.