



Metode dela koordinatorja obravnave v skupnosti

Z zakonom o duševnem zdravju, ki določa sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, ter nosilce/ nosilke te dejavnosti (Ur.l. RS 77/08) in s Pravilnikom o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita koordinatorja obravnave v skupnosti, ki določa način in vsebino obravnave v skupnosti, vlogo koordinatorja obravnave in multidisciplinarnega tima, ter vsebino, pogoje in način opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (Ur.l.RS 49/09), je bil opredeljen profil in določen način dela koordinatorja obravnave v skupnosti.

Koordinator obravnave v skupnosti je zaposlen na Centru za socialno delo in pokriva področje več centrov za socialno delo (regijsko). Imeti mora visoko izobrazbo, opravljen izpit za koordinatorja, najmanj tri leta delovnih izkušenj na področju varovanja duševnega zdravja ali s področja socialnega varstva in ne sme biti pravnomočno obsojen.

Obravnava v skupnosti je opredeljena kot izvajanje pomoči uporabnikom, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave.

V skupnosti se lahko obravnava oseba, ki pisno privoli v obravnavo v skupnosti. Pisna privolitev ima posebno težo, saj s tem obravnava v skupnosti postane storitev, ki je njegova pravica, ne dolžnost. S tem se postavi tudi povsem drugačen način sodelovanja, saj temelji na tem, da uporabnik in strokovni delavec prispevata vsak svoj del za udeležanje ciljev iz načrta. S preklicem privolitve pa se obravnava v skupnosti lahko tudi kadarkoli zaključi.

Pri koordinaciji obravnave v skupnosti gre za načrtovanje in izvajanje storitev, seveda skupaj z uporabnikom. Proces načrtovanja in izvajanja se dopolnjujeta. Načrt nastaja na podlagi spoznavanja življenjskih okoliščin posameznika, možnosti virov in sredstev, ki so na voljo. S potrditvijo načrta pa se prevesi v fazo izvajanja.

Gre za proaktivni pristop, saj ne gre za reakcijo (reakcija na stiske ali težave posameznika), ampak da se ustvari prostor aktivnega ustvarjanja prihodnosti, saj ne gre le za ocenjevanje potreb, ni le ugotovitev življenjskih nuj posameznika, temveč je tudi izražanje želj in ciljev. Nismo usmerjeni v eno področje uporabnikove eksistence, temveč pokrivamo različne potrebe in želje uporabnika, z namenom dviga kvalitete njegovega življenja.

Značilnosti individualnega načrtovanja so, da poteka na uporabnikovo željo (privolitev), uporabnik ohranja svoj vpliv, tako nad načrtovanjem, kot na izvajanju ciljev, ker ima potrebne informacije, sam podeljuje mandate, izbira izvajalce in plačilo storitev in poda oceno kakovosti. Izboljšuje kakovost svojega življenja z aktivnim sodelovanjem, svoj načrt pa lahko spreminja, tako, kot se spreminjajo okoliščine.

Individualni načrt vsebuje oceno situacije (življenjska zgodba), ugotovitev potreb, cilje obravnave, ukrepe za njihovo doseganje, predloge za izvajanje, časovno opredelitev izvajanja načrta, način spremljanja načrta in finančno ovrednotenje.

Pri načrtovanju KOS potrebuje raznolika znanja za individualno načrtovanje. V procesu načrtovanja je potrebno narediti hitro oceno potreb; analiza tveganja in načrt za zmanjševanje

tveganja se naredi v primeru večanja pravic uporabnika ali v primeru omejevanja, če se izkaže da je to za uporabnika koristno; skupaj z uporabnikom naredimo finančni načrt (načrtovanje osebnega proračuna); smo v vlogi zastopnikov, zagovornikov, venomer iščemo različne vire pomoči in opozarjamo na pomanjkljivo mrežo izvajalcev (saj vemo da je le ta v Sloveniji zelo različno dosegljiva) .

Multidisciplinarni tim (MDT) se skliče ko je pripravljen načrt. Na MDT povabimo stalne člane tima: uporabnik, KOS, psihiater in strokovni delavec krajevno pristojnega CSD. Nestalni člani pa so vabljeni izvajalci glede na načrtovane cilje (npr. rehabilitacijska svetovalka, patronažna služba, strokovni delavci nevladnih organizacij,). Na timu se potrdi načrt, ki gre » v življenje«. Krajevno pristojni CSD pa sprejme načrt in tako se zagotovi resnost obravnave uporabnika, načrt gre v realizacijo.

Izvajanje je del metode ki je enako pomemben (ali še bolj) kot načrtovanje. Načrt brez izvedbe nima nobene »teže« je samo zapis na papirju. Pomembno je, da so cilji dobro načrtovani. Lahko pa se z samim izvajanjem ugotovi, da načrt ni bil preveč dober in se dopolnjuje v fazi izvajanja. poteka po načrtovanih ciljih. Uporabnik seznanja KOS z izvajanjem, morebitnimi težavami, spremembami. Tudi izvajalci seznanjajo uporabnika in KOS s težavami, spremembami z namenom sprotnega reševanja zapletov ali načrtovanja novih ciljev. Načrtu se ne sledi slepo (ker je tako zapisano), saj se zavedamo da se življenje spreminja, tudi uporabniki si lahko »privoščijo« pravico do učenja na lastnih napakah.

Evalvacijo naredimo skupaj z uporabnikom. Skupaj preverimo kako je načrt potekal, napišemo poročilo o izvedenih ciljih, oceno odnosa in procesa. Poročilo o izvedenih ciljih obsega poročilo o tem kateri cilji so se uresničili, kateri delno, kako je potekalo načrtovanje posameznih ciljev, ovire pri uresničevanju ciljev, kaj je bilo v pomoč, kaj v oviro, kaj bi bilo potrebno storiti za realizacijo ciljev, ki niso bili realizirani in ali je nerealiziran cilj še sploh pomemben. Razlogi ovire, dobre in slabe strani opravljenih nalog. Sklepna ocena je podlaga za nadaljnje delo.

Poleg uresničevanja ciljev in izvajanja nalog nas pri ovrednotenju zanima tudi proces izvajanja, odnos izvajalcev do uporabnika, pripravljenost, kakovost rešitve, ovire, fleksibilnost v situaciji. Poda se sklepna ocena, ki omogoča pogled naprej in načrtovanje sprememb v življenju uporabnika. S samo oceno uresničitve ciljev, razlogih za delno izvedene ali sploh ne izvedene cilje je nadaljnje delo lažje. Podajo se tudi smernice za nadaljnje izvajanje načrta oz. novo načrtovanje.

Obravnava v skupnosti se konča, če uporabnik in KOS ugotovita da ni več potrebe po obravnavi v skupnosti. Predčasno pa se lahko ustavi če uporabnik izjavi da ne želi več obravnave v skupnosti ali če ne sodeluje pri izvajanju načrta. O prenehanju obravnave krajevno pristojen CSD izda sklep.

Področja iz katerih so najbolj pogosto načrtovani cilji uporabnikov so: zaposlovanje, finance (tako slabo finančno stanje, kot dolgovi), medosebni odnosi, upokojevanje, vključevanje v različne dejavnosti, aktivnosti - strukturiranost dneva, drugačna obravnava ljudi s težavami v duševnem zdravju - destigmatizacija, ...

Kako vidijo koordinacijo v skupnosti uporabniki

Izveden je bil intervju z 20 uporabniki . Sami opredeljujejo koordinacijo kot koristno. Menijo da se s koordinacijo aktivirajo izvajalci, ki so jim v pomoč, da se aktivira želena socialna mreža, da pridobijo informacije, ki so za njih zelo pomembne, da gre za proces opolnomočenja, zaradi opore in podpore, ki jo imajo, aktivirajo svoje notranje vire, so bolj »pogumni« pri reševanju težav, zadovoljstvo ob realiziranih ciljih jim daje vzpodbudo za nadaljnje korake, so slišani, zmanjša se socialna izključenost.

Spreminjanje pogleda družbe na ljudi s težavami na področju duševnega zdravja, prenehanje osredotočanja na pomanjkljivosti posameznika in sprejemanje koncepta pravic, krepitev moči uporabnika, dvig kakovosti življenja posameznika pa je tisto kar naredi koordinacijo obravnave v skupnosti uspešno in so z njo uporabniki zadovoljni, na kar kaže vedno večje število uporabnikov, ki se želijo vključiti v koordinacijo .

Polona Pulko univ.dipl. soc.delavka
 Koordinator obravnave v skupnosti
 CSD Celje

NALOGE KOORDINATORJA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI:

