

ULOGA SOCIJALNIH RADNIKA ZAPOSLENIH NA ODJELIMA PSIHIJATRIJE I ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA NJIHOVU SPREMNOST NA UKLJUČIVANJE U SUPERVIZIJU

SAŽETAK

Rad prikazuje rezultate istraživanja provedenog na uzorku od 23 socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije u 5 bolnica na području Grada Zagreba. Cilj istraživanja je dobiti uvid u doživljaj vlastitog iskustva rada socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije te potrebu za supervizijom. Radi se o eksplorativnom kvalitativnom istraživanju. Za potrebe prikupljanja empirijske građe korišten je polustrukturirani intervju, a podaci su podvrgnuti tematskoj analizi. Rezultati pokazuju da svoju profesionalnu ulogu socijalni radnici zaposleni na odjelima psihijatrije opisuju kroz ulogu socijalnih radnika vezanu uz pacijente te u kontaktu s drugim stručnjacima. Kao izazove s kojima se susreću socijalni radnici navode izazove vezane uz djelokrug rada i iz ostvarenog kontakta s pacijentom. Čimbenici koje sudionici navode, a koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju, odnose se na

¹ Dunja Zlomislić, socijalna radnica, e-mail: Dunja.Zlomislic@zagreb.hr

² Izv. prof.dr.sc. Maja Laklija socijalna radnica, e-mail:maja.laklija@pravo.hr

Izvorni znanstveni članak
Primljeno: veljača, 2018.
Prihvaćeno: listopad, 2018.
UDK 364.62:614
DOI 10.3935/ljsr.v26i1.295

Dunja Zlomislić¹
orcid.org/0000-0003-2344-2314

Gradski ured za socijalnu
zaštitu i osobe s invaliditetom
Grad Zagreb

Maja Laklija²
orcid.org/0000-0002-2580-4983

Sveučilište u Zagrebu
Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog
rada

Ključne riječi:

socijalni radnici u
zdravstvu, profesionalna
uloga, profesionalni stres,
supervizija.

percipiranu dobit od supervizije, organizacijski okvir supervizije, strukturu i obilježja supervizijske grupe, obilježja supervizora i organizacijske preduvjete. Rezultati istraživanja ukazuju na područja koja mogu dovesti do profesionalnog stresa (npr. nejasno određen djelokrug rada, položaj socijalnih radnika u timu i sl.) te daju smjernice o kojim čimbenicima treba voditi računa vezano za planiranje i organiziranje supervizije socijalnih radnika u zdravstvu.

UVOD

Socijalni rad u zdravstvu kao specifično područje profesionalne djelatnosti socijalnog rada počeo se razvijati početkom 20. stoljeća u SAD-u (Jeleč Kaker, 2009.). Začetnik je bio liječnik Richard S. Cabol koji je smatrao da se rad u bolnicama ne smije ograničavati samo na organsko patološke nalaze, već je potrebno proučavati i životne uvjete pacijenata te je zaposlio prvog medicinsko-socijalnog radnika (Jeleč Kaker, 2009.). Na taj način se socijalna paradigma uvodi u psihijatriju kao model, nakon biološke i psihološke (Đečević, Janković i Čekerevac, 2015.). S profesionalizacijom u SAD-u i razvijenim europskim državama socijalni rad u zdravstvu se institucionalizirao te se danas govori o subspecijalizacijama zbog specifičnosti socijalnog rada u zdravstvu, domu zdravlja, psihijatriji, rehabilitaciji i slično. Prvi socijalni radnik u Hrvatskoj zaposlen je 1955. godine u tadašnjoj Bolnici za živčane i duševne bolesti u Vrapču u Zagrebu (Ivančević, 1984.). Zbog prirode psihičkih bolesti, koje ne zahvaćaju samo pacijenta, već se reflektiraju i na njegovu obitelj i okruženje, najviše je socijalnih radnika bilo zaposleno u bolnicama na psihijatrijskim odjelima (Ivančević, 1984.). I danas najveći broj socijalnih radnika u zdravstvu radi u neurološko-psihijatrijskim odjelima i u psihijatrijskim bolnicama i savjetovalištima (Pražetina i Šimić, 2014.). Miković (2007., prema Đečević, Janković i Čekerevac, 2015.) navodi da je važno poštovati socijalni aspekt bolesti te da su socijalni radnici u psihijatriji važan dionik u liječenju i rehabilitaciji pacijenta u transdisciplinarnom i integrativnom radu s pacijentima u području zaštite mentalnog zdravlja.

Socijalni rad u zdravstvu na odjelima psihijatrije

Kao član tima u procesu liječenja i rehabilitacije oboljelih osoba, socijalni radnik je zadužen za tzv. socijalne intervencije u radu s pacijentom uz konzultacije s liječnikom kojeg obavještava o toku socijalne terapije, a liječnik informira socijalnog radnika o činjenicama o oboljeloj osobi koje mogu utjecati na socijalno-terapijski plan i socijalne intervencije (Ivančević, 1984.). Ranije se, prema Ivančević (1984.), tzv. terapijski tim u sustavu zdravstva sastojao od liječnika specijalista, psihologa,

socijalnog pedagoga i socijalnog radnika, što danas nije slučaj. Naime, Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama Vlade Republike Hrvatske (2014.) diskriminirala je socijalne radnike jer nisu bili navedeni među stručnjacima koji sudjeluju u procesu dijagnostike i liječenja u zdravstvenim ustanovama, te su svi nezdravstveni djelatnici imali niži koeficijent u odnosu na zdravstvene radnike (Radoš, 2014.). Prema Radoš (2014.), u Popisu dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima, tzv. »Plava knjiga« navodilo se da »1 radnik VSS« (npr. socijalni radnik) obavlja samo tzv. pomoćne poslove i to u grupnoj socioterapiji osoba s bolestima ovisnosti, kod tjelesno teže pogođenih osoba i djece s kroničnim neurološkim bolestima, dok u realnosti sudjeluje u dijagnostičkim i tretmanskim postupcima. Uloga socijalnih radnika na odjelima psihijatrije uređuje se i pravilnicima i aktima o sistematizaciji radnih mjesta. Tako prema »Pravilniku o unutarnjem ustrojstvu i sistematizaciji radnih mjesta Psihijatrijske bolnice Rab« (Primorsko-goranska županija, 2015.), socijalni radnik provodi socijalnu obradu bolesnika, sudjeluje u grupnom socijalno-psihijatrijskom radu, radu tima za ocjenu radne sposobnosti, u znanstveno-istraživačkom radu, vodi intervju s oboljelom osobom, njegovom obiteljskom i radnom sredinom, odlazi u obiteljsku, radnu i socijalnu sredinu u cilju definiranja problema, surađuje s potrebnim institucijama u cilju socijalne i radne rehabilitacije pacijenta, prikuplja podatke o radno-socijalnom statusu pacijenta kod kojeg je potrebno izvršiti procjenu radne sposobnosti te druge poslove svoje struke i po nalogu voditelja odjela. Eržen i Stevanović (2002., prema Jeleč Kaker, 2009.) navode da se specifičnosti socijalnog rada u zdravstvu ogledaju u tome da socijalni radnik s pacijentom obično ne radi duži period, on sudjeluje u krizama koje su posljedica npr. bolesti, specifične terapije, a u radu s kojom se treba uzimati u obzir njegovo psihičko stanje, ali i stanje članova njegove obitelji.

Uloga socijalnog radnika važna je u svim fazama liječenja i rehabilitacije osoba s duševnim smetnjama. Ostojić (2012.) navodi da pristup osobi oboljeloj od npr. prve shizofrene epizode mora biti i psihijatrijski (zdravstveni) i socijalni s ciljem prevencije i redukcije neurotoksičnih, psihotoksičnih i sociotoksičnih posljedica bolesti. Prema Ostojić (2012.), po hospitalizaciji pacijenta socijalni radnik pribavlja relevantne podatke o oboljeloj osobi (socijalnom, obrazovnom, radnom statusu, obitelji i sl.) kroz komunikaciju s oboljelom osobom, njezinom obitelji, a po potrebi i drugim dionicima (centrom za socijalnu skrb, liječnikom obiteljske medicine, školom, radnom sredinom, policijom i sl.). Nadalje, bavi se područjem socijalnog funkcioniranja i prava oboljele osobe (npr. zdravstveno osiguranje, bolovanje, stambeni status, itd.) te osiguravanja socijalne podrške u suradnji s nadležnim centrima za socijalnu skrb. Tijekom hospitalizacije socijalni radnici provode individualne i grupne socioterapijske postupke. Ostojić (2012.) ističe da je neophodan i kontinuirani rad

s obiteljima u cilju psihoedukacije i destigmatizacije oboljele osobe i osoba koje o njemu skrbe. U realizaciji otpusta iz bolnice aktivnosti socijalnog radnika usmjerene su na osiguranje vanbolničkog prihvata oboljele osobe i pružanja podrške nastavku njezina liječenja i praćenja. Aktivnosti socijalnih radnika obuhvaćaju spektar aktivnosti usmjerenih na pružanje podrške psihijatrijskog ambulantnog liječenja i praćenja, uzimanju terapije te razvoju kapaciteta za samostalni život, za uspostavu interpersonalnih odnosa i radnih i/ili edukacijskih kapaciteta oboljele osobe (Ostojić, 2012.:68). Sukladno Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (2014.), socijalni radnik sudjeluje i u radu Povjerenstva za zaštitu osoba s duševnim smetnjama pri Ministarstvu pravosuđa te se istim zakonom regulira suradnja s nadležnim centrom za socijalnu skrb pri prisilnom zadržavanju i prisilnom smještaju.

Pražetina i Šimić (2014.) naglašavaju da u sustavu zdravstva nedostaje socijalnih radnika, da se njihov broj smanjuje, da se nerijetko na njihova mjesta zapošljavaju osobe drugih struka da je opis poslova socijalnih radnika u zdravstvu nejednak, itd. Komora socijalnih radnika ukazuje na važnost socijalnog rada u području zdravstva, navodeći da njihov rad smanjuje troškove liječenja, posebno kod kompleksnih socijalnih situacija s kojima pacijenti dolaze u bolnicu te smanjenja broja rehospitalizacije pacijenata, navode i da socijalni radnici u zdravstvu teže čine vidljivim identitet struke socijalnog rada nego što je to u području socijalne skrbi te ukazuju na važnost njihova djelovanja kroz Sekciju socijalnih radnika u zdravstvu pri Komori socijalnih radnika (Hrvatska komora socijalnih radnika, 2014.).

Izvori profesionalnog opterećenja socijalnih radnika zaposlenih u zdravstvu

Djelovanje socijalnih radnika zahtijeva često visoko specijalizirane intervencije u najintimnija i najsloženija područja života pojedinaca i obitelji, što se može negativno odraziti u osobnom i profesionalnom funkcioniranju socijalnih radnika (Družić Ljubotina i Friščić, 2014.). Prema Pražetina (2007.), socijalni radnici koji rade u području zaštite mentalnog zdravlja u zdravstvu uz svoju ulogu vežu stručne zadatke, profesionalne vrijednosti, interakciju s drugim strukama i rad u timu, dok kao poteškoće u radu navode marginalizirani položaj socijalnih radnika u zdravstvu, nejasno određen djelokrug rada, obim posla i doživljaj reforme zdravstva. Kao preporuke za unaprjeđenje položaja socijalnih radnika u zdravstvu, navode: unaprjeđenje statusa struke, priznavanje mogućnosti samostalnog rada, osiguravanje razmjene iskustva s kolegama i osobnog razvoja te edukaciju. Friščić (2006.) je u istraživanju na uzorku socijalnih radnika CZSS-a koji rade na poslovima skrbništva, s osobama s duševnim smetnjama, zapazila blagi trend povećane procjene opće

stresnosti posla kao i iskazivanja više psihosomatskih smetnji. Jeleč Kaker (2009.) na uzorku od 50 socijalnih radnika zaposlenih u zdravstvu u Republici Sloveniji utvrdila je da je intenzitet njihova sagorijevanja na poslu srednje izražen. Autorica je utvrdila najizraženiju povezanost između emocionalne iscrpljenosti i radne opterećenosti zbog konflikta stručnog i administrativnog rada i nejasnih profesionalnih uloga. Nadalje, Jeleč Kaker (2009.) kao izvore profesionalnog opterećenja socijalnih radnika zaposlenih u zdravstvu navodi: radnu opterećenost zbog konflikta stručnog i administrativnog rada, nejasne profesionalne uloge, profesionalni pritisak, profesionalnu nesigurnost i odgovornost posla. Stručnjaci pomažuće struke izloženi su profesionalnom stresu, koji nastaje kao produkt nemogućnosti da se udovolji svim zahtjevima koji se pred njih postavljaju i koji je jedan od čimbenika koji vode u sindrom sagorijevanja na poslu, tzv. *burnout*. Uslijed sagorijevanja na poslu neki pomagači postanu depresivni i nemotivirani za posao te pokazuju tjelesne simptome stresa i smanjivanje obrambenih sposobnosti organizma (Ajduković i Ajduković, 1996.). Stanley, Manthorpe i White (2007.) navode da je posao socijalnih radnika često uzrok depresije uslijed doživljaja nedostatka kontrole, visokih radnih zahtjeva, prirode posla te nedostatka supervizije i podrške. Socijalni radnici često ne prepoznaju znakove vlastite depresije i ne traže profesionalne pomoći zbog bojazni kako će to biti interpretirano. Sukladno tome, Kusturin, (2007.) navodi da je kod socijalnih radnika potrebno razvijati stav da je važno razgovarati o teškoćama i potražiti podršku. Roh i sur. (2016.) utvrdili su da od varijabli koje su proučavali (emocionalno zahtjevan rad, osobna učinkovitost, skrivanje i maskiranje emocija, predanost i požrtvovnost), varijabla skrivanja i maskiranja emocija značajno smanjuje zadovoljstvo poslom i pozitivno je povezano s burnoutom socijalnih radnika u zdravstvu. Stres može biti i rezultat opterećenosti poslom, radnim vremenom, manjkom kadra, agresivnim administrativnim okruženjem i nedostatkom podrške (Maslach i Leiter, 2016.).

Sagorijevanje i stres su veći u području psihijatrije s obzirom da ti stručnjaci imaju blizak kontakt s ljudima koji su u emocionalnoj nevolji (Maslach i Leiter, 2016.). Utvrđeno je da socijalni radnici koji rade s osobama s duševnim smetnjama pokazuju visoku razinu stresa, manji stupanj zadovoljstva poslom u odnosu na psihijatre i radne terapeute (Coyle i sur., 2005.) i veću emocionalnu iscrpljenost i depersonalizaciju u odnosu na ostale zaposlenike na području mentalnog zdravlja (Evans i sur., 2006.). Coyle i sur. (2005.) navode da je profesionalni stres socijalnih radnika u području mentalnog zdravlja rezultat nedostatka supervizije i podrške ostalih zaposlenika te nedostatka (ne)materijalnih resursa. Sukladno tome, Beddoe (2010.) ističe važnost supervizije u cilju ublažavanja negativnih efekata posla i olakšavanja istraživanja utjecaja rada na dobrobit i mentalno zdravlje pomagača.

Balintove grupe i supervizija

Jedan od oblika podrške u sustavu zdravstva, namijenjen uglavnom liječnicima, uz mogućnost uključivanja i drugih straka, pa i socijalnih radnika su tzv. Balintove grupe, čiji je broj s godinama u opadanju osim grupa Balintovog tipa, u programima edukacije (Balint i sur., 1993., prema Launer, 2007.). Michael i Enid Balint 50-ih godina prošlog stoljeća razvili su model grupnog rada u psihijatriji, koji je po njima nazvan Balintovim grupama. Balintov grupni rad je oblik kliničke reflektirajuće prakse koja koristi grupnu raspravu u cilju dubljeg razumijevanja kontakta liječnika i pacijenta (McKensley i Sullivan, 2016.). Balintove grupe obično se sastoje od 6 do 12 članova, broj sudionika obično varira po susretima uslijed radnih obveza, dopusta i drugih čimbenika. Tradicionalno su ih vodili psihoanalitičari, ali danas ih vode i drugi stručnjaci poput liječnika opće prakse i psihijatri (Omer i McCarthy, 2010.). Pod vodstvom jednog ili više voditelja grupe, sudionik koji je u fokusu iznosi što ga zbunjuje, uznemirava ili što mu je teško u kontaktu s pacijentom, te time slučaj »predaje« grupi i izlazi iz kruga za raspravu. Zadatak je grupe, usmjeravane od strane voditelja, spekulirati o iskustvu i liječnika i pacijenta (McKensley i Sullivan, 2016.). To dopušta stručnjaku koji je iznio situaciju da promatra njihove interakcije s pacijentom iz različitih kutova. Svaki član grupe je ohrabren da iznese svoju osobnu perspektivu o iskustvu pacijenta ili liječnika. Položaj stručnjaka koji je iznio slučaj, kao opserversa izvan grupne rasprave je prilika za snažno i informativno reflektirajuće iskustvo. Na poziv voditelja grupe, on se pridružuje raspravi prije zaključka. Rad u Balintovim grupama zahtijeva od članova razumijevanja slučaja, uspostavu grupne kohezije, razvijanje povjerenja i grupnu odgovornost (McKensley i Sullivan, 2016.). U grupi su prisutni paralelni procesi, (kontra)transferi te različiti oblici identifikacije. Samue (1987., prema Omer i McCarthy, 2010.) kao ciljeve edukativnih grupa Balintovog tipa navodi: poticanje stručnjaka (najčešće liječnika) na vrednovanje njihovih interpersonalnih vještina i učenje razumijevanja granica, unaprjeđenje percepcije stručnjaka i razumijevanja komunikacije s pacijentima te omogućavanje stručnjaku da postane svjestan svojih tzv. slijepih točaka u interakciji s pacijentima. Postoji i tzv. »post-Balint« pristup diskusiji koristeći ideje i vještine iz narativne medicine, systemske terapije i sl., a koji podsjeća na superviziju (Launer, 2007.). Za razliku od tehnika Balintovog pristupa, ovdje se aktivno potiče članove grupe da postavljaju pitanja u raspravi, ne ograničava se fokus na osjećaje liječnika, osim ako je to zahtjev stručnjaka koji je donio slučaj (Launer, 2007.). Cilj je podučiti liječnike/stručnjake kako da pronađu emocionalne, ali i pragmatične odgovore za svoje probleme u radu. Nadalje, Launer (2007.) navodi da i rasprave i konzultacije o slučajevima, te ostale aktivnosti poput timskih sastanaka, također pružaju mogućnosti stručnjacima za razgovor o specifičnim slučajevima.

Prema Launeru (2007.), došlo je vrijeme za pluralizam te unaprjeđenje oblika podrške stručnjacima u sustavu zdravlja. Kilminster (2000., prema Launer, 2007.) ističe da umjesto žaljenja zbog »odumiranja« Balintovih skupina, postoji potreba razvijanja i istraživanja drugih pristupa i njihovih učinaka na kvalitetu skrbi o pacijentima, ali i djelatnicima sustava zdravlja. Tako danas većina pomažućih zanimanja smatra da je supervizija bitna za održavanje refleksivne prakse, a nekima je ona i uvjet za nastavak licence (Launer, 2007.).

Udruženje nacionalnih organizacija za superviziju u Europi (ANSE, 2008.) definira superviziju kao oblik profesionalnog vođenja, učenja i razvoja čiji je cilj osiguranje i razvoj kvalitetne komunikacije i suradnje u profesionalnom kontekstu. Ona služi razvoju pojedinca i organizacija te se njome unaprjeđuje ponašanje ljudi u profesionalnim ulogama u institucionalnom kontekstu uzimajući u obzir osobni, organizacijski, društveni i politički aspekt. Kadushin i Harkness (2002.) kao funkcije supervizije navode: a) administrativno-upravljačku funkciju (cilj je poznavanje i provođenje politike organizacije/ustanove i zakonske regulative, integriranje i koordiniranje rada stručnjaka, suradnje s drugim dionicima, osiguravanje učinkovitog radnog konteksta), b) podržavajuće-pomažuću funkciju (cilj je unaprijediti zadovoljstvo poslom stručnjaka, izgradnja osjećaja profesionalne vrijednosti, pripadnost timu i osjećaj sigurnosti, uključuje razgovor o emocijama vezanim uz rad s korisnicima, pružanje podrške, promiče brigu o mentalnom zdravlju i osnaživanju stručnjaka) te c) obrazovno-podučavajuću funkciju (cilj je unaprjeđenje znanja, izgradnja stavova i vještina potrebnih za efikasan rad stručnjaka, pri čemu se koristi iskustveno učenje o novim metodama, tehnikama i strategijama rada, davanje povratne informacije o kvaliteti rada na konkretnim slučajevima te uključuje područje etičnosti djelovanja). Dva osnovna modela supervizije koji se kod nas provode su: a) organizacijska supervizija koja osigurava djelotvorno funkcioniranje organizacije, dobro korištenje resursa te kvalitetu usluge korisnicima, ona ističe administrativno-upravljačku funkciju budući da je u fokusu organizacija te sadržaj rada te se odvija kroz redovite sastanke rukovoditelja i zaposlenika i b) razvojno-integrativna supervizija koja je usmjerena na integriranje teorije i prakse, razvoj profesionalne kompetentnosti i podržavanje stručnjaka u radu s klijentima, u njenom fokusu su stručnjak i proces rada te joj je cilj ojačati stručnjaka i unaprijediti njegovu profesionalnu kompetentnost u radu s klijentom (Ajduković i Ajduković, 2004.).

Iako se u kontekstu sustava zdravlja, supervizija ponekad promatra kao dio upravljanja, ona se smatra nehijerarhijskom, neprosuđujućom podrškom koja je usmjerena na praktičara, a ne na organizaciju (Launer, 2007.). Ona omogućava potporu i razvoj, a također vodi računa o standardima izvedbe, sigurnosti i kvalitete usluga pacijenata i javnoj odgovornosti (Launer, 2007.). U skladu s time, i Etički kodeks socijalnih radnika u djelatnosti socijalnog rada (Hrvatska komora socijalnih radnika,

2015.a) navodi da je dužnost socijalnih radnika razvijati profesionalne kompetencije u cilju pružanja najbolje usluge korisnicima, kroz kontinuirano sudjelovanje u cjeloživotnom obrazovanju, superviziju i druge oblike profesionalne podrške. Supervizija je prepoznata kao oblik stručnog usavršavanja, što je propisano i Pravilnikom o sadržaju, rokovima i postupku trajnog usavršavanja i provjere stručnosti (Hrvatska komora socijalnih radnika, 2015.b, čl. 4.).

Većina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika koji rade u kontaktu s oboljelim osobama nije uključena u superviziju. Prema Launer (2007.), tzv. kultura samodostatnosti u medicini može odvratiti liječnike od priznavanja potrebe za podrškom (npr. liječnici opće prakse tradicionalno rade samostalno, a ne kao članovi tima). Velika opterećenost poslom može ograničiti mogućnosti sudjelovanja na superviziji i dovesti do njezina shvaćanja kao još jednog zahtjeva. Autor navodi da većina liječnika vjerojatno još uvijek poima superviziju kao nadzor, kontrolu ili upravljanje, a ne podršku kolega, a to može doprinijeti njihovom izbjegavanju supervizije. Supervizija u sustavu zdravstva može se koristiti za razrješavanje emocionalnog učinka kontakta stručnjaka s pacijentom, propitivanje tehničkih aspekata vođenja skrbi za pojedinog pacijenta, za razrješavanje pitanja unutar tima i radnog mjesta. Rezultati istraživanja u zdravstvu (Butterworth, Bishop i Carson, 1996.; Begat, Severinsson i Berggren, 1997.; Kelly, Long i McKenna. 2001.; Winstanley, 2001., prema Launer, 2007.) ukazuju da supervizija doprinosi općem blagostanju, znanju stručnjaka, samopouzdanju, moralu, razumijevanju, samosvijesti, zadovoljstvu poslom i izdržljivosti.

CILJ ISTRAŽIVANJA I ISTRAŽIVAČKA PITANJA

Cilj ovog rada je prikazati doživljaj vlastitog iskustva rada socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije te potrebu za supervizijom. Slijedom navedenog cilja, u ovom istraživanju postavljena su sljedeća istraživačka pitanja:

- (1) Kako socijalni radnici zaposleni na odjelima psihijatrije doživljavaju svoju profesionalnu ulogu?
- (2) Koji su to čimbenici koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju?

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Sudionici istraživanja

U istraživanju se koristio namjerni uzorak, sastavljen od kompetentnih sudionika koji su bogati informacijama o predmetu istraživanja, budući da je u obzir uzeta stručnosti sudionika istraživanja u području istraživanja. Uzorak sudionika

ovog istraživanja čine socijalni radnici (N = 23) zaposleni na odjelima psihijatrije u 5 bolnica na području Grada Zagreba. Istraživanje je provedeno u razdoblju od listopada 2015. do svibnja 2016. godine. S obzirom da je u istraživanju sudjelovao jedan muškarac, njegove su izjave preoblikovane u ženski rod, s ciljem očuvanja njegove anonimnosti i povjerljivosti. Raspon dobi sudionika je od 31 do 63 godina (M = 43,13), a radnog staža od 4 do 38 godina (M = 13,21). Od 23 sudionika istraživanja, njih 9 ima iskustvo sudjelovanja na superviziji koja je bila organizirana u sklopu edukacije iz grupne terapije, studija ili udruga vezano za stručne aktivnosti sudionika izvan bolnice. Niti jedan sudionik nema iskustvo sudjelovanja u superviziji kao djelatnik u sustavu zdravstva.

Metoda i postupak prikupljanja i analize podataka

S obzirom na cilj istraživanja, odabran je kvalitativan pristup. Radi se o eksplorativnom kvalitativnom istraživanju. Prije provedbe istraživanja zatražena je suglasnost Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i ravnatelja bolnica uključenih u istraživanje. Po dobivanju suglasnosti, ostvaren je kontakt sa sudionicima istraživanja, pri čemu im je objašnjena svrha i cilj istraživanja, zajamčena anonimnost i povjerljivost podataka, te dogovoren termin intervjua. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i sudionici su u bilo kojem trenutku mogli odustati od sudjelovanja u njemu. Sudionici su pitani za suglasnost za snimanje intervjua diktafonom.

Za potrebe prikupljanja empirijske građe korišten je polustrukturirani intervju, prema osmišljenom protokolu s pitanjima, koji uz pitanja vezana za sociodemografska obilježja sudionika i iskustvo sa supervizijom, sadrži i pitanja vezana uz tri tematske cjeline. Za svaku tematsku cjelinu navedeni su primjeri pitanja koja su postavljana sudionicima:

- 1) obilježja uloge socijalnih radnika na odjelima psihijatrije:
 - Koja je Vaša profesionalna uloga kao socijalnog radnika/ce na odjelu psihijatrije?
 - Koji su Vaši radni zadaci na vašem radnom mjestu? Kakva je Vaša uloga u timu?
 - Kako biste opisali djelokrug rada socijalnih radnika/ce na odjelima psihijatrije?
- 2) profesionalni izazovi s kojima se susreću socijalni radnici zaposleni na odjelima psihijatrije:
 - Što Vam stvara poteškoće u obavljanju uloge socijalnog radnika/ce na odjelu psihijatrije?
 - S kojima dilemama se susrećete u radu/djelovanju kao socijalni radnik/ca?

- 3) očekivanja i spremnost socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije na uključivanje u superviziju:
- Prema Vašem mišljenju, koji su razlozi da se supervizija nije osigurala u ustanovi u kojoj radite? Čija je to odgovornost?
 - Smatrate li da je supervizija u zdravstvu na odjelu psihijatrije potrebna? Da postoji organizirana supervizija, biste li se uključili u superviziju?
 - Kako bi po Vama trebala izgledati supervizija? Kada bi se trebala odvijati (mjesto, vrijeme, sastav grupe, itd.)?
 - Postoje li neki razlozi zbog kojih ne bi bili spremni uključiti se u superviziju?

Intervju je u prosjeku trajao 30-45 minuta, a provedeni su na radnom mjestu i u radnom vremenu sudionika istraživanja. Transkripti razgovora podvrgnuti su tematskoj analizi koja omogućava fleksibilnost u analizi podataka povezano s doživljajem različitih socio-kulturalnih fenomena i osobnih iskustava. Analitički proces uključivao je upoznavanje s građom, definiranje tematskog okvira, kodiranje (indeksiranje), unošenje u tablice, povezivanje i interpretaciju (Guest, MacQueen i Namey, 2012.). U cilju provjere dosljednosti, tijekom obrade podataka, kategorije i pojmovi bili su raspravljani s aspekta dviju istraživačkih perspektiva. Pojmovi i kategorije vezane uz definirane teme prikazani su u nastavku rada u tablicama radi bolje preglednosti. A izjave sudionika koje ilustriraju navedene pojmove prikazane su u tekstu. U cilju zaštite povjerljivosti sudionika istraživanja, izjave sudionika označene su rednim brojevima od 1 do 23.

REZULTATI I RASPRAVA

Rezultati su prikazani kroz tri tematska područja predviđena istraživačkim okvirom: 1) opis uloge socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije, 2) profesionalni izazovi s kojima se susreću socijalni radnici zaposleni na odjelima psihijatrije i 3) čimbenici koji utječu na spremnost socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije na uključivanje u superviziju. Navedena teme opisane su kroz kategorije i pojmove koji se u daljnjem tekstu nadopunjeni izjavama sudionika istraživanja.

Opis uloge socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije

Unutar teme opisa uloge socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije dobivene su kategorije (Tablica 1.): »uloga socijalnih radnika vezana uz pacijente« te »u kontaktu s drugim stručnjacima«.

Tablica 1. Opis uloge socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije

Tema: Opis uloge socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije	
Kategorije	Pojmovi
Uloga socijalnih radnika vezana uz pacijente	Uzimanje socio-anamnestičkih podataka
	Administrativna uloga
	Individualni i grupni rad s pacijentima
	Rad s obitelji pacijenta
	Informiranje o pravima i pomoć u njihovu ostvarivanju
	Savjetovanje
Uloga socijalnih radnika u kontaktu s drugim stručnjacima	Timska suradnja
	Suradnja s drugim dionicima
	Mentorstvo

Sudionici navode da se njihova profesionalna »uloga vezana uz pacijente« sastoji od »uzimanja socio-anamnestičkih podataka«: »Pacijenta kada dođe na liječenje obradimo, uzmemo socio-anamnestičke podatke i vidimo da li postoji potreba za nekom daljnjom intervencijom s naše strane.«(2); »Uglavnom se to odnosi na prijem pacijenata, socijalne anamneze.«(4). Sudionici ističu i svoju »administrativnu ulogu«, vođenje i izradu dokumentacije: »...silna dokumentacija koju moramo pripremiti...«(3); »...najviše je papirologije...«(17). Također su naveli da provode »individualni i grupni rad s pacijentima«: »Radimo individualno, uključujemo ih u grupe.«(5); »Većinu grupa mi vodimo.«(9); »...radimo individualno i grupno, terapiju...«(10) i »rad s obitelji pacijenta«: »Radimo s obitelji, kontaktiramo ih vezano uz dolazak u bolnicu, radimo s njima vezano uz bolest njihovih bližnjih jer se često ne znaju nositi s time.«(3); »Interveniramo kod nesređenih obiteljskih odnosa.«(11); »...podrška obitelji...«(12). Nadalje, zadaće socijalnih radnika koje su vezane uz pacijente odnose se i na »informiranje o pravima i pomoć u njihovu ostvarivanju«: »Objašnjavamo im prava.«(1); »Provjeravanja imaju li zdravstveno osiguranje, pomoć pri reguliranju tih prava...«(4, 9, 12); »...rješavanje smještaja izvan obitelji, postupci kod lišavanja poslovnih sposobnosti...«(8) te »savjetovanje« po izlasku iz bolnice: »Nakon liječenja nam se javi za savjet, podršku...«(9); »...obavljamo savjetodavni rad...« (20). Zadaće koje socijalni radnici navode, u skladu su sa Zakonom o djelatnosti socijalnog rada (2011., 2012.)³ te sistematizaciji poslova

³ Prema čl. 2. Zakona o djelatnosti socijalnog rada (2011., 2012.), djelatnost socijalnog rada obuhvaća informiranje, istraživanje i procjenjivanje, savjetovanje, organiziranje i razvojne aktivnosti, zastupanje, zagovaranje i osnaživanje, krizne intervencije, upravljanje sukobima, stvaranje novih i mobiliziranje postojećih resursa, umrežavanje, koordiniranje i suradnju, osobno usmjereno planiranje, socijalno mentorstvo, socijalno menadžment, socijalno dijagnostičiranje, psihosocijalno i psihoterapijsko savjetovanje (i aktivnosti), superviziju i organizacijsko savjeto-

socijalnih radnika u zdravstvu. Početkom hospitalizacije socijalni radnik prikuplja relevantne podatke o socijalnom statusu bolesnika, obiteljskim odnosima, bavi se pitanjima socijalnog funkcioniranja bolesnika, njegovih prava te socijalne podrške (Ostojić, 2012.). Nadalje, tijekom hospitalizacije, provodi socioterapijske aktivnosti koje uključuju individualne i grupne terapijske postupke te sudjeluje u nastavku psihijatrijskog ambulantnog liječenja oboljele osobe. Aviram (2002.) kao jednu od ključnih uloga osima direktnog rada s oboljelom osobom, prepoznaje važnost rada s njegovom/njezinom obitelji, ističući potrebu obitelji za socijalnom podrškom. Potrebu za informiranjem o aspektima i manifestaciji bolesti, pravima oboljele osobe i obitelji, strategijama kako se ponašati, koje tehnike koristiti u cilju boljeg suočavanja s bolesti člana obitelji, u organiziranju grupa za samopomoć, identificiranja i mobiliziranja resursa obitelji i zajednice

Dio svoje uloge socijalni radnici definiraju kroz »kontakt s drugim stručnjacima«, tj. »suradnju s timom« unutar bolnice: »Sudjelujemo kao dio tima u liječenju.«(1); »Imamo timsku okupljanu gdje se dogovaramo šta ćemo raditi s pacijentom.«(22), »stručnjacima izvan bolnice«: »Kontaktiramo centre za socijalnu skrb, sud, voditelje mjere nadzora...«(3); »Radimo s raznim ustanovama.«(5); »Suradnja s CZSS-om radi smještaja, kod slučajeva skrbništva, sudovima, policijom, HZZO-om, liječnicima...«(12); »...s državnim tijelima vezano za pacijente...«(20) te s vježbenicima kao »mentori«: »Mentoriranje, pripremanje vježbenika, predavanja unutar klinike...«(3); »...mentori smo vježbenicima...«(15). Djelatnost socijalnog rada obuhvaća i područje umrežavanja, koordiniranja i suradnje s relevantnim dionicima u skrbi za pacijenta (centrom za socijalnu skrb, liječnikom obiteljske medicine, pravosuđem, policijom i sl.) (Zakon o djelatnosti socijalnog rada, 2011., 2012.). Ukoliko se bolničko liječenje realizira kao prisilno zadržavanje i prisilni smještaj te kao smještaj bez pristanka, o smještaju bolesnika u bolnicu obavještava se nadležni centar za socijalnu skrb (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, 2014.). Isto tako, česta je suradnja s nadležnim centrom i u pitanjima koja se odnose na socijalno funkcioniranje i prava bolesnika (npr. osiguranje skrbi za ostale članove obitelji, stambeni i radni status, itd.), prilikom otpusta iz bolnice u situacijama realiziranja vanbolničkog smještaja pacijenta (npr. u udomiteljske obitelji, ustanovu) i podrške daljnjem nastavku liječenja (Ostojić, 2012.). O ulozi socijalnih radnika u procesu planiranja otpusta govori i Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove (2011.) prema kojem se prati jesu li u planiranje otpusta osim doktora medicine, medicinskih sestara i socijalnih radnika uključene i osobe drugih struka te prema kojem procjena plani-

vanje, vještačenje i izradu stručnih mišljenja, vođenje i izradu dokumentacije, evaluacijske aktivnosti, obiteljsku medijaciju, suradnju s nadležnim ministarstvom na unaprjeđivanju mjera socijalne politike, socijalne akcije, rad s javnošću, razvoj i upravljanje ljudskim potencijalima i obrazovanje o socijalnim temama.

ranja otpusta mora uključiti procjenu pacijentove sposobnosti samozbrinjavanja ili mogućnost zbrinjavanja pacijenta u okolini iz koje je došao u bolnicu. Navedeno pretpostavlja timski rad i međuinstitucionalnu suradnju. Uloga mentora uređena je Pravilnikom o pripravnničkom stažu i polaganju stručnog ispita u djelatnosti socijalne skrbi (2015.). Aviram (2002.), osvrćući se na period zapošljavanja prvih socijalnog radnika na odjelima psihijatrije, navodi da se njihova uloga prvotno odnosila na prikupljanje podataka o pacijentu i njegovoj obitelji. Kasnije se ona širila na ulogu tzv. posrednika između pacijenta, obitelji i zajednice, ali i kao facilitatora procesa otpusta pacijenata i skrbi za njih u zajednici. No, različiti autori slažu se da se o ulozi socijalnih radnika u području skrbi o mentalnom zdravlju u sustavu zdravstva još uvijek raspravlja (Aviram, 2002.; Ornellas, 2014.). Aviram (2002.) navodi da su se i okolnosti vezane uz sustav mentalnog zdravlja i brige o osobama s duševnim smetnjama promijenile, što nameće promišljanje o redefiniranju uloge socijalnih radnika. Među tim okolnostima, navodi da se sve više sustav liječenja u psihijatriji usmjerava na izvanbolničko liječenje pacijenata, da je sve više osoba koje se javljaju s nekim blažim problemima mentalnog zdravlja ili tzv. krizama u životu koje ne zahtijevaju hospitalizaciju, što premješta lokus skrbi za pacijente s bolnica na zajednicu. Uz tzv. kliničku ulogu koju su socijalni radnici naveli kao svoju ulogu (npr. individualni i grupni rad, savjetovanja pacijenata i članova njihovih obitelji, informiranje o pravima i sl.), aktivnosti socijalnog radnika u sustavu zdravstva, te psihijatrijskim odjelima koje se mogu pronaći u literaturu (npr. Aviram, 2002.; Ornellas, 2014.) su i koordiniranje, vođenje slučaja, promicanje mentalnog zdravlja, provođenje preventivnih i edukativnih aktivnosti u zdravstvenom sustavu i zajednici, edukacija volontera angažiranih u sklopu odjela psihijatrije, organiziranje kampova za promicanje svjesnosti o važnosti brige o mentalnom zdravlju, procjena potreba stanovnika za programe ili usluge u zajednici, zagovaranje ljudskih prava osoba oboljelih od duševnih smetnji, zagovaranje i poticanje otvaranja usluga za osoblje oboljele od duševnih smetnji u zajednici, analiza i razvoj politike socijalne skrbi i provedba istraživanja na u sustavu zdravstva.

Profesionalni izazovi s kojima se susreću socijalni radnici zaposleni na odjelima psihijatrije

Unutar teme izazova s kojima se susreću socijalni radnici zaposleni na odjelima psihijatrije dobivene su kategorije: »izazovi vezani uz djelokrug rada socijalnih radnika« i »izazovi proizašli iz ostvarenog kontakta s pacijentom« (Tablica 2.).

Tablica 2. Profesionalni izazovi socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije

Tema: Profesionalni izazovi socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije	
Kategorije	Pojmovi
Izazovi vezani uz djelokrug rada socijalnih radnika	Propitivanje profesionalne uloge Status socijalnih radnika Pravne dileme
Izazovi proizašli iz ostvarenog kontakta s pacijentom	Profesionalna granica Prijava članova obitelji pacijenata nadležnim ustanovama Propitivanje o ispravnosti donesenih odluka

»Izazovi vezani uz djelokrug rada koji obavljaju« odnose se na »propitivanje profesionalne uloge«, »status socijalnih radnika« i »pravne dileme«. Sudionici iskazuju da imaju dileme vezane uz uloge koju kao socijalni radnici imaju u psihijatriji, propitujući koja je zapravo njihova uloga i djelokrug rada: »Trebaju postojati jasnija pravila što socijalni radnik smije, ne smije, u nekim situacijama pitam se da li je to uopće posao socijalnog radnika, neke stvari su medicinske.«(1); »Ponekad smatram da radimo posao koji uopće nije posao socijalnog radnika.«(9); »Koja je uloga socijalnog radnika? To bi mi bila dilema, svakodnevno se s time susrećem u radu s pacijentima, ne postoje neke određene granice, opis poslova koji je nama određen.«(21); »Moja uloga mi je dilema, mislim da bi socijalni radnici trebali biti pomagači, a ne birokrati.«(23). Neki sudionici navode dilemu vezanu uz pitanje jesu li socijalni radnici uopće nadležni te kompetentni za obavljanje određenih poslova procjene stanja pacijenata te informiranja obitelji: »...da li sam ja mjerodavna za neke procjene psihičkog stanja djeteta koje dođe na opservaciju...«(11); »Pitam se kada postaviti granicu... pacijenti ispituju neke detalje o bolesti, o učinku lijeka, a to nije naša domena, imamo puno iskustva, ali se pitam da li to odraditi ili ne.«(15). Ono što ih također brine je njihov status u sustavu zdravstva: »Kako se izboriti za naš status jer smo u sustavu zdravstva neuvaženi.«(3); »...važno je da se sredi status socijalnih radnika u zdravstvu...«(7). Praksa pokazuje da se struka socijalnog rada, ali i druge nezdravstvene struke koje djeluju u kontekstu zdravstvenih ustanova doživljavaju kao sporedne ili podređene profesije u sustavu kojim dominiraju liječnici, te na potrebu jačanja profesije socijalnog rada u sustavu zdravstva (Aviram, 2002.). Sudionici ističu i pravne dileme na koje nailaze uslijed učestalih promjena zakona i izostanka edukacije o istima: »Zakoni se mijenjaju, mi nemamo nikakve dodatne edukacije... često imamo neke pravne dileme...«(7). Socijalni radnici navode poteškoće vezane uz njihovu profesionalnu ulogu jer nije jasno određeno koje zadaće jesu, a koje nisu u njihovoj nadležnosti. Jeleč Kaker (2009.) navodi nejasnoću profesionalne uloge kao značajan čimbenik sagorijevanja, da pojedinci koji

su doživjeli konflikt i dvosmislenost uloge izražavaju manje zadovoljstvo s poslom, povećanu napetost i nižu razinu povjerenja u radnu organizaciju. Nadalje, da je emocionalna iscrpljenost socijalnih radnika u zdravstvu povezana sa svim čimbenicima profesionalnog opterećenja, uključujući i čimbenike radne opterećenosti uslijed konflikata stručnog i administrativnog rada i nejasnih profesionalnih uloga. Navedenom, sukladno navodima sudionika doprinose i učestale izmjene zakona, uz njih vezane pravne dileme te potreba za edukacijom iz tog područja i suradnjom s pravnom službom bolnice. Nadalje, vezano uz status socijalnih radnika i dileme koje imaju, vezuju se i uz položaj nezdravstvenih djelatnika u odnosu na zdravstvene koji je naveden u uvodnom djelu rada.

Druga kategorija odnosi se na »izazove proizašle iz ostvarenog kontakta s pacijentom«, odnosno određivanje »profesionalne granice« u radu s pacijentima i obitelji, pri čemu se javljaju pitanja npr. koliko dubinski ići u intervju te koliko intenzivno raditi s obitelji: »*Da li pacijente obraditi formalno kao svi ili ulaziti u dubine i pokazati razumijevanje za njih te razgovarati s njihovim obiteljima? Pomoglo bi da mogu s nekim o tome razgovarati?*«(16). Dileme se javljaju i vezano za dužnost »prijave obitelji pacijenta nadležnim institucijama«: »...oko situacija da li prijaviti neku obitelj socijalnoj službi.«(10) te »promišljanja o ispravnosti donesenih odluka«: »Često razmišljam da li sam donijela dobre odluke, vezano za pacijenta.«(13); »Što nemamo određene poslove i postupanja u nekim situacijama, a da nije na štetu pacijenta.«(17). Pitanja povjerljivosti i privatnosti te obveze izvještavanja i prijavljivanja nadležnim tijelima su među najizazovnijima u praksi socijalnog rada. Kod etičkih dilema je važna supervizija vođena od strane vanjskog supervizora kako bi se očuvala objektivnost te kako bi se jasnije definirao tzv. predmet/sadržaj dileme a potom i jasnije razriješile dileme. Na navedene izazove vezane uz djelokrug rada socijalnih radnika na psihijatrijskim odjelima ukazuje i Aviram (2002.) navodeći da nema jasnog konsenzusa vezanog uz djelokrug i ulogu rada socijalnih radnika u području mentalnog zdravlja, odnosno granice njihovog djelokruga niti unutar struke, ali niti između socijalnih radnika i drugih profesija, prije svega psihijatarata.

Čimbenici koji utječu na spremnost socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije na uključivanje u superviziju

U tematskom području čimbenika koji utječu na spremnost socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije na uključivanje u superviziju dobivene su kategorije (Tablica 3.): očekivane dobiti od supervizije, organizacijski okvir supervizije, struktura i obilježja supervizijske grupe, obilježja supervizora i organizacijski preduvjeti.

Tablica 3. Čimbenici koji utječu na spremnost socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije na uključivanje u superviziju

Kategorije	Pojmovi
Dobiti od supervizije	Profesionalna pomoć i podrška Metoda unaprjeđenja znanja i vještina Učenje kroz suradnju Prevenција tzv. prelijevanja sfere rada na obitelj stručnjaka Prevenција profesionalnog stresa i burnouta
Organizacijski okvir supervizije	Vrijeme održavanja Mjesto održavanja Učestalost održavanja Plaćanje supervizije
Struktura i obilježja grupe	Područje rada Struka sudionika Grupni procesi Prisutnost nadređenih
Obilježja supervizora	Profesionalna obilježja Osobna obilježja
Organizacijska klima	Stav nadređenih prema superviziji Izostanak informacija Nezainteresiranost nekih stručnjaka

Na spremnost socijalnih radnika na uključivanje u superviziju utječe, prema navodima sudionika, percipirana »dobit od supervizije«, koju percipiraju kao »profesionalnu pomoć i podršku u rješavanju problema i poteškoća«: »Radimo sa osjetljivom populacijom, ljudima koji su bolesni, onkološki bolesnici, to je jako teško, potrebna je podrška kako bi bili bolji pomagači.«(3); »...da mi pomogne riješiti problem.«(4); »...način iznalaženja novih ideja.«(8); »... podrška i osvještavanje stvari koje čuče u nama, a nikako da ih riješimo nego se sve više zakopavamo.«(14); »Pomoć u svladavanju profesionalnih teškoća, da razriješim stvari.«(16); »Potrebna je podrška i da se pokušam vratiti na pravi put.«(17); »...iz razloga da me se razumije i podrži.«(18); »...da riješim ono što nemam s kime, a nezadovoljna sam zbog toga...«(23). Navedeno je u skladu s literaturom koja navodi da je supervizija metoda podrške profesionalnom reflektiranju koja omogu-

čuje stručnjacima da ostvare profesionalne i osobne uvide kroz vlastito iskustvo, da integriraju praktična iskustva s teorijskim znanjima i da dođu do rješenja problema s kojima se susreću u radu (Ajduković i Cajvert, 2004.). Sudionici kao dobit od supervizije navode »unaprjeđenje znanja i vještina«, kroz usmjeravanje i profesionalni rast: »...da usmjeri, da profesionalno rastem...« (7) te unaprjeđenje kompetencija: »...da poboljšam kompetencije...« (20). Morrison (2003., prema Hughes, 2010.) navodi da je svrha supervizije poboljšanje vještina, znanja i stavova socijalnih radnika s ciljem pružanja kvalitetnije usluge. Bradley i Kottler (2000.) kao svrhu supervizije navode facilitiranje profesionalnog i osobnog razvoja. Potreba za profesionalnim razvojem sudionika može se promatrati i kroz prizmu cjeloživotnog učenja, koje je određeno i Etičkim kodeksom socijalnih radnika. Supervizija, iz perspektive sudionika, omogućuje »učenje kroz suradnju« putem razmjene iskustava među stručnjacima i zajedničkog traženja rješenja: »Podjelom iskustava se uči i pomaže u rješavanju problema.«(1); »Mi iste struke da se nađemo i rješavamo problem.«(7); »...izmjena iskustava, više ljudi više zna...«(8); »...i drugi imaju sličnih situacija pa je lakše riješiti neke stvari.«(12); »Pomoć stručnjaka u rješavanju dilema, zajedničko traženje rješenja...«(14). Sudionici prepoznaju važnost razmjene iskustava i zajedničkog traženja rješenja, pri čemu superviziju vide kao priliku za učenje kroz suradnju što je u skladu i s promišljanjima Hughes (2010.) prema kojem supervizija predstavlja mogućnost da se potraže upute i smjernice od kolega kako dalje raditi.

Kao dobiti od supervizije sudionici navode emocionalno rasterećenje u cilju »preveniranja prelijevanja sfere rada na obitelj stručnjaka«: »Da ne nosimo posao kući, želim ići bez stresa doma...«(8); »Trebalo s nekim razgovarati o poslu, da ne nosi doma te stvari.«(11) te »prevencija profesionalnog stresa«: »...da se zaštiti mentalno zdravlje od stresa...«(7) i »burnouta«: »Mislim da bi mi netko trebao pomoći da ne sagorim.«(6); »Podrška kolega, da riješimo burnout, jer imamo jako teških situacija...«(2) kroz omogućavanje ventiliranja emocija: »...rasterećenje duše...« (8); »...potrebno je isprazniti se, reći šta nas muči...«(19), podizanje osjećaja zadovoljstva radom i ulogom: »...da radim dobro, da sam zadovoljna...«(6); »...jer treba socijalne radnike podići na višu razinu, još uvijek smo neprepoznati...«(22).

Sudionici navode da je supervizija oblik profesionalne pomoći i podrške putem kojeg se može prevenirati profesionalni stres, stavljajući u fokus supervizije vlastita iskustva, emocije i stavove. Hughes (2010.) dodaje da je supervizija važna u profesijama čija je uloga briga o tuđim potrebama i gdje su stres i emocionalna iscrpljenost uobičajeni te da je supervizija način prevencije stresa i burnouta što su prepoznali i sudionici istraživanja. Sudionici su motivirani za sudjelovanje u superviziji zbog potreba koje proizlaze iz poteškoća s kojima se susreću u radu te brige za vlastito mentalno zdravlje. Klobučar, Ajduković i Šincek (2011.) kao dobit od supervizije navode doživljaj razmjene iskustava i njen učinak na timsku suradnju i kvalitetu usluga.

Čimbenici koji utječe na njihovu spremnost uključivanja u superviziju vezuju se i uz »organizacijski okvir supervizije«. Prema njihovim navodima, čimbenik je »vrijeme održavanja supervizije«. Supervizija bi se trebala odvijati za vrijeme radnog vremena na način da ne ometa redovan posao: »...pred kraj radnoga vremena.«(1); »Ne izvan radnog vremena i vikendom.«(14); »...ako bi bilo van radnog vremena, to bi bila otegotna okolnost, ne da se ljudima ostajati...«(7); »... pred kraj tjedna, kad se nakupe stvari.«(8); »...kad bi bila u vrijeme koje mi ne bi odgovaralo zbog posla...«(9) i izvan bolnice u kojoj rade: »Izvan naše kuće kako bi se mogli opustiti i skoncentrirati.«(3); »Da se maknemo iz bolnice, da nas netko ne ometa.«(6); »Izvan bolnice, treba imati mir za rad.« (23). Neki sudionici smatraju da bi bilo potrebno da se supervizija održava dva puta mjesečno: »...super bi bilo jednom u dva tjedna...« (6, 12). I istraživanje Klobučar, Ajduković i Šincek (2011.) pokazalo je da stručnjacima više odgovara održavanje supervizije u okviru radnog vremena. Nadalje, sudionici su naveli da je mjesto njezina održavanja izvan bolnice važno. Hughes navodi (2010.) da, da bi iskustvo supervizije bilo pozitivno, važno je da se ona odvija u okruženju i prostoru koji je miran i koji omogućuje i supervisoru i supervizantu da iskreno i otvoreno reflektiraju svoj rad bez vanjskih ometanja. Optimalno je da supervizija bude svaka tri tjedna jer susreti koji se odvijaju rjeđe otežavaju uspostavu grupnih procesa važnih za supervizijski rad (Ajduković i Cajvert, 2004.). Kao čimbenike zbog kojih se ne bi uključili u superviziju, sudionici su naveli: financijske razloge: »Ako bi si plaćala, ne bih išla.«(9); »Kad bi se plaćalo, onda bih razmislila.«(6); »...ja ne mogu to platiti...«(9); »U komori smo, ali mi nikuda ne idemo jer nitko nam ne bi platio, a sami ne možemo.«(17). Kusturin (2011.) kao razloge neuključivanja u superviziju navodi izostanak organizacijskih preduvjeta za njenu realizaciju, načina realizacije supervizije (npr. izvan radnog vremena, mjesta rada, supervizant snosi troškova supervizije) pa sve do nedostatka znanja o superviziji ili lošeg iskustva s njom i sl. Klobučar, Ajduković i Šincek (2011.) također navode financijske razloge kao prepreku uvođenju supervizije. Stoga bi bilo važno da nadležno ministarstvo, ali i strukovna Komora čiji su članovi, posvećuje pažnju i na ove činjenice te omogući financijski konstrukt za održavanje supervizije svojim zaposlenicima.

Kao čimbenik spremnosti na uključivanje u superviziju, sudionici navode temu »strukture i obilježja grupe«. Sudionici su iskazali da bi im bilo važno da na superviziji sudjeluju stručnjaci iz područja zdravstva, nemajući ujednačen stav oko toga bi li članovi grupe trebali biti iz iste ili iz različitih bolnica: »Da su svi iz zdravstva, imamo iste probleme, no možda bi bilo dobro da smo mi iz naše ustanove.«(8); »...manja grupa nas koji radimo, i iz drugih bolnica.«(19) te da supervizanti budu iste struke: »...da smo svi iste struke...« (18). Također su naglasili da im je važno da u grupi s njima ne budu njima nadređeni: »...da nisu prisutni nadređeni...«(15); »...da smo svi u istom položaju, da nema nadređenih...«(16); »...da su svi iz tima osim doktora, nadređenih...«(17). U su-

perviziji je od iznimnog značaja vođenje računa da hijerarhijski nadređene osobe i njihovi podređeni kolege ne budu u istoj grupi, na što se kod nekih drugih oblika podrška u zdravstvu, pa i Balintovim grupama ili nekim njihovim oblicima ne vodi toliko računa. Važno je da supervizija bude mjesto gdje se stručnjak može osjećati ugodno, gdje može otvoreno pričati o svojim poteškoćama s kojima se susreće u radu, a sastav grupe (različite pozicije moći supervizanata) može utjecati na razvoj odnosa u superviziji i biti njegovom zaprekom (Matić, 2011.).

Sudionici kao čimbenik koji vezuju uz svoju spremnost na uključivanje u superviziju navode bojaznosti vezane uz grupne procese koji se mogu pojaviti, pri čemu izdvajaju nepovjerenje prema članovima grupe: *»...da netko priča van grupe ono što kažem na superviziji...«(7); »...da, ako nešto kažem, da to dođe do šefa...«(11); »...da netko iznosi šefu šta pričamo...«(13); »...izdaja povjerenja unutar grupe...«(14), optuživanje: *»...da budemo prozvani za nešto što smo napravili... da me se kazni za nešto što sam odredila...«(9); »...da me netko optuži kako radim..«(11),* kritiziranje: *»...da nam kaže da nije dobro to što radimo...«(6),* neuvažavanje: *»...bilo bi teško da me netko ne uvaži, da me ne razumije...«(3),* sukobljavanje: *»...da bude konflikata...«(16)* te raspad grupe: *»...da krenem pa da se grupa raspadne jer su ljudi lijeni dolaziti...«(18).* Socijalni radnici navode da su njihove bojaznosti vezane uz nepovjerenje prema članovima grupe. Bitno im je da ono što pričaju unutar grupe tamo i ostane, da se njihove informacije ne zlouporabe te ne iznose šefovima, da ne budu optuženi za nešto i da njihov rad ne bude kritiziran. Navedeno je u skladu s nalazima Schneidera i Mullera (1995., prema Bezić, 2007.), koji su proveli istraživanje na 69 supervizanata, od kojih je 56% navelo strahove vezane uz strah od izlaganja (prelaženje osobnih granica, neprimjereno izlaganje samog sebe, nepridržavanje pravila da se izvan grupe ne govori o onome što je na superviziji bilo rečeno) i strah od destruktivne kritike. No, prema Hughes (2010.), spremnost na učenje i prihvaćanje kritike dovodi do pozitivnih rezultata supervizije te je stoga konstruktivna kritika važna. Mogućnost za sukobe otvorena je u superviziji te kroz supervizijski odnos može imati i značajan terapijski učinak (Matić, 2011.). Pozitivno razrješavanje sukoba u supervizijskom odnosu donijet će supervizantima nova znanja i ojačati ih za suočavanje sa sličnim situacijama u njihovom profesionalnom okruženju.*

Kao čimbenik spremnosti na uključivanje utječu i njihova *»očekivanja od supervizora«.* Prema njihovim navodima, ona se odnose na *»profesionalna obilježja supervizora«,* tj. da supervizor posjeduje kompetencije i znanja: *»...educiran, zna to voditi...«(5); »...ima kompetencije...«(8); »...završene škole za supervizora...«(13)* te da poznaje područje rada u zdravstvu kako bi razumio problematiku s kojom se susreću: *»Da je upoznat s našim poslom.«(2); »Trebam razumjeti područje rada u zdravstvu, da zna o radu socijalnih radnika u zdravstvu, ne može to raditi kolega iz CZSS-a.«(7); »...osoba koja nešto zna o psihijatriji...«(9); »Da poznaje strukturu poslova u bolnici.«(21); »Da poznaje*

rad u zdravstvu jer nas drugačije ne može razumjeti...«(18). Neki sudionici naveli su da im je važno da supervizor bude socijalni radnik: »Isključivo da su iz zdravstva, i to samo socijalni radnici.«(4); »...socijalni radnik...«(9). Sudionici su naveli da supervizor mora imati profesionalno iskustvo (»...ima iskustva u psihosocijalnom radu...«(13)) te biti spreman podučavati: »...spreman poučavati, ne određivati šta da radimo, osoba od koje možemo učiti.«(9). Hughes (2010.) navodi da je dobar supervizor onaj koji je educiran za vođenje supervizije i onaj koji posjeduje znanja u tom području. Matić (2011.) navodi kako profesionalne kvalitete dobrog supervizora uključuju znanje i kompetenciju, široku bazu iskustava i profesionalnih perspektiva, izbor različitih tehnika i intervencija, vještinu postavljanja primjerenih ciljeva, procjenjivanja i evaluacije supervizanta. Sudionicima su bitna i neka osobna »obilježja supervizora«, da je: ravnopravan član grupe: »...ne neka prepotentna osoba koja se drži da je naj-pametnija.«(4), osoba koja će imati autoritet u grupi: »...da ima autoritet u grupi.«(13) te koja blisko ne poznaje ravnatelja bolnice: »...ne netko tko poznava ravnatelja jer se ne bih mogla opustiti.«(17). U kontaktu sa supervizorom sudionicima je važno da je supervizor empatičan: »...empatičan...«(14); »...gleda iz tuđih cipela...«(15); »...suosjećajna s nama...«(21), da ima razumijevanja: »...razumije...«(3), osoba koja je povjerljiva: »...profesionalan, da ne govori poslije o tome šta je bilo na grupi...«(23). Navodi sudionika, u skladu su s navodima Žorge (2007.) koja kao neka osobna obilježja, tj. kvalitete supervizora navodi empatičnost, razumijevanje, kongruentnost, iskrenost, toplina, fleksibilnost, briga, pažnja, otvorenost, sposobnost supervizora da se supervizanti osjećaju shvaćeno, prihvaćeno i cijenjeno. Prema Noble i Irwin (2009.), odnos se sa supervizorom treba temeljiti na povjerenju, podršci i empatiji, a upravo su to iskazali bitnim i sudionici ovog istraživanja. Supervizor treba, među ostalim, posjedovati empatiju, imati poštovanje i konkretnost, biti orijentiran akciji i vođenju, voditi brigu za rast i dobrobit supervizanta, biti otvoren i odgovoran (Bradley i Kottler, 2000.).

Kao »obilježja organizacijske klime« koji utječu na spremnost sudionika na uključivanje u superviziju, sudionici navode »stav nadređenih prema superviziji«: »...ako nemaju doktori i sestre, zašto bi imali mi koji smo u manjini, a mi smo i u ovom sustavu manje važni, nisam ni sigurna da ravnatelji znaju da imaju socijalne radnike...«(9); »...našu ustanovu to ne interesira, ko da netko nas pita nešto... mislim da je odgovornost uprave da se osigura...« (20), »izostanak poziva na uključivanje«: »...nismo pozvani...«(4); »...nas je malo, mi nismo toliko značajni da bi netko tražio za nas, da nam se ponudi supervizija...«(8); »...nisam nikada dobila informaciju, niti poziv...«(19), te »nezainteresiranost«, odnosno izostanak osobne motivacije dijela socijalnih radnika da zagovaraju i/ili se uključe u superviziju: »Svi bi pa onda nitko neće, neda im se.«(4); »Vidi se da oni kaj dugo rade jedva čekaju da odu i niš ih ne zanima.«(7); »Nisam zainteresirana, a pošto ovisimo jedna o drugoj, ne bi bilo dobro da jedna ode, jer bi druga previše posla imala.«(10); »Trebali smo mi sami pokazati neki interes i pitati ravnatelja, ali eto...«(22).

Navodi socijalnih radnika jasno odražavaju organizacijsku klimu koja nedovoljno prepoznaje superviziju kao oblik podrške, a može se povezati i s nejasnom ulogom i pozicijom socijalnih radnika, te njihova osjećaja nevažnosti u sustavu zdravstva o kojoj je ranije u radu bilo riječi. Navedeno odražava kontekst rada socijalnih radnika u zdravstvu, te potrebu zagovaranja i investiranja resursa u promjenu postojeće organizacijske klime. Bronkhorst i sur. (2015.) navode da je percepcija dobre organizacijske klime značajno povezana s pozitivnim rezultatima mentalnog zdravlja zaposlenika, kao što su niže razine burnouta, depresija i anksioznost, odnosno, da su odnosi između zaposlenika i nadređenih te između suradnika vrlo važni u objašnjavanju mentalnog zdravlja zaposlenika u sustavu zdravstva te da postoje dokazi da aspekti vodstva utječu na ishode njihovog mentalnog zdravlja. Također, iz izjava se može prepoznati da u kontekstu postojeće organizacijske klime postoji pasivan stav djela sudionika istraživanja, vezano uz očekivanje da budu prepoznati od strane npr. uprave i/ili da im supervizija bude ponuđeno, uz izostanak angažiranijeg pristupa socijalnih radnika da zagovaraju svoju poziciju u sustavu i svoje potrebe, uključujući superviziju.

METODOLOŠKA OGRANIČENJA I PREPORUKE ZA DALJNJA ISTRAŽIVANJA

Iako je ovo istraživanje pridonijelo proširivanju spoznaja o doživljaju profesionalne uloge i spremnosti socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije na uključivanje u superviziju, ono ima i određena ograničenja. Vezano uz uzorak sudionika istraživanja, istraživanjem su obuhvaćeni samo socijalni radnici zaposleni u 5 bolnica na području Grada Zagreba, dok ostali socijalni radnici koji rade na odjelima psihijatrije u ostalim dijelovima Republike Hrvatske nisu obuhvaćeni ovim istraživanjem.

Sam proces dolazanja do sudionika i analiza dobivenih rezultata pružili su značajne metodološke spoznaje za daljnja istraživanja u ovom području. Naime, iako je istraživač dobio suglasnost Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta, pojedine bolnice su po dobivanju molbe za suglasnost za provođenje istraživanja sa socijalnim radnicima zaposlenim na odjelima psihijatrije provele i vlastiti postupak pred etičkim povjerenstvom svoje ustanove, što je zbog različite dinamike održavanja sastanaka tih povjerenstava utjecalo na dužinu perioda prikupljanja podataka. Po dobivanju suglasnosti, istraživačica je dobila informaciju kome se treba javiti radi dogovora oko termina istraživanja. Sukladno tome, iako se svakom potencijalnom sudioniku naglasilo da je njegova sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno, činjenica da su dobili poziv od strane bolnice, čiji su zaposlenici, mogla je djelovati na

njihov pristanak na sudjelovanje te imati utjecaj na »zakrivljene« rezultata. Iako je postignuto teorijsko zasićenje za spoznaje koje bi bile specifične za perspektivu socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije na području Zagreba (nakon otprilike polovine provedenih istraživanja), zbog ranije navedene dinamike istraživanja (vezano za dobivanje suglasnosti) te izraženoj spremnosti ostalih sudionika za sudjelovanjem u njemu provedeni su svi planirani intervjui.

U odnosu na poziciju istraživača, s obzirom da je jedan od autora ovog rada provodio intervjue sa sudionicima, te da je ujedno i socijalni radnik i supervizor, iznimno se važnim pokazalo vođenje računa o važnosti osvještavanja istraživačeve naklonosti i pozicije u odnosu na predmet istraživanja kako bi se prevenirao njihov utjecaj na proces prikupljanja podataka, ali i interpretaciju dobivenih podataka. Također, tijekom provedbe istraživanja do izražaja je došla i važnost poznavanja konteksta sustava zdravstva općenito, a onda i specifično vezano za temu istraživanja od strane intervjuera, radi produblivanja spoznaja tijekom provedbe intervjua. S obzirom da nitko od nas, autora ovoga rada, nije iz sustava zdravstva te nema iskustvo rada u tom sustavu, može se postaviti pitanje, bi li i na koji način pozicija istraživača koji dolazi iz sustava zdravstva pridonijela produblivanju dobivenih rezultata. Nadalje, potrebno je poticati daljnje istraživanje u ovom području, te voditi računa da je u analizu uključeno više koderi, od kojih barem jedan nije vezan uz područje istraživanja. U cilju provjere dosljednosti, tijekom obrade podataka, kategorije i teme trebaju biti raspravljene s aspekta više istraživačkih perspektiva (u kontekstu ovog istraživanja radilo se o dvjema perspektivama).

U narednim istraživanjima bilo bi važno uključiti socijalne radnike koji rade i u drugim područjima u sustavu zdravstva, na drugim odjelima i/ili mjestima rada, te detaljnije istražiti doživljaj njihove uloge, profesionalni stres i potrebe za podrškom, što od istraživača zahtijeva kvalitetnu pripremu i upoznatost s područjem. Temeljem dobivenih rezultata, čini se zanimljivim u naredna istraživanja uključiti i nadležne liječnike specijaliste i ravnatelje vezano za njihov doživljaj uloge i statusa socijalnih radnika i drugih zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u sustavu zdravstva, istražiti izvore profesionalnog stresa s kojima se oni i članovi njihovog tima susreću, te potrebe za nekim od oblika supervizije.

ZAKLJUČAK

U skladu s postavljenim istraživačkim pitanjima, svoju profesionalnu ulogu socijalni radnici zaposleni na odjelima psihijatrije opisuju kroz djelokrug rada vezan uz osobe oboljele od duševnih smetnji i kontakt s drugim stručnjacima. Socijalni radnici navode kao izazove vezane uz djelokrug rada: propitivanje svoje profesionalne uloge i statusa u sustavu zdravstva, te izazove proizašle iz učestalih izmjena zakonske regu-

lative koje dovode do nesigurnosti u tumačenju zakona. Izazovi vezani za kontakt s pacijentom odnose se na postavljanje profesionalnih granica, prijave članova obitelji pacijenta nadležnim institucijama te propitivanje ispravnosti donesenih odluka. Kao čimbenike koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju navode percipiranu dobit od supervizije, organizacijski okvir supervizije, strukturu i obilježja supervizijske grupe, obilježja supervizora i organizacijsku klimu. Sudionici prepoznaju važnost supervizije te nude model kako bi ona trebala biti organizirana (jednom mjesečno tijekom radnog vremena, vodeći računa o raspoređivanju poslova među suradnicima, po mogućnosti izvan zdravstvene ustanove u kojoj rade, bez njihovog financijskog doprinosa i bez prisustva nadređenih). Među obilježjima koje bi supervizor trebao imati, među ostalima, ističu važnost poznavanja sustava zdravstva.

Unatoč ranije spomenutim metodološkim ograničenjima, nalazi ovog istraživanja mogu poslužiti boljem razumijevanju i zagovaranju profesionalnih potreba i potreba za supervizijom socijalnih radnika u zdravstvu. Očekivano bi bilo da nadležna tijela prepoznaju vrijednosti i identificiraju poteškoće svojih djelatnika, pružajući im jasne informacije o procedurama rada, osiguravajući supervizije, edukacije i odgovarajuću autonomiju profesija, brinu o mentalnom zdravlju pomagača pridonoseći na taj način boljim radnim učincima zaposlenika. Rezultati istraživanja ukazuju na potrebu podizanja svijesti o poteškoćama i dilemama s kojima se susreću socijalni radnici zaposleni na odjelima psihijatrije te promicanja važnosti uloge socijalnih radnika na odjelima psihijatrije, te sustavu zdravstva općenito i u skladu s tim raditi na poboljšanju statusa socijalnih radnika. No, za to je potreban i aktivniji angažman samih socijalnih radnika u zdravstvu. Naime, iz izjava djela sudionika istraživanja, prepoznaje se pasivan stav te očekivanje da budu prepoznati od strane nadređenih, uprave i tima, što ukazuje na potrebu mobilizacije socijalnih radnika u zdravstvu u svrhu preuzimanja odgovornosti kako za vlastiti, tako i za status struke u sustavu zdravstva. Povezano s time, potrebno je jačati ulogu i autonomiju socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije te području mentalnog zdravlja, ali i šire, kao nužnom preduvjetu za etabliranje struke socijalnog rada u sustavu zdravstva. U tom aspektu, prepoznaje se i uloga akademske zajednice u provođenju istraživanja i zagovaranja socijalnog rada u sustavu zdravstva, ali i promišljanja o specijalizaciji socijalnih radnika kroz specijalistički poslijediplomski studij, ali i programe cjeloživotnog obrazovanja. Nadalje, rezultati istraživanja ukazuju na važnost osvještavanja odgovornosti poslodavaca za postojeću organizacijsku klimu i brigu o mentalnom zdravlju kako socijalnih radnika tako i drugih (ne)zdravstvenih struka te na odgovornost istih da zagovaraju svoje potrebe. Kao i na važnost promicanja, osiguravanja dostupnosti i mogućnosti uključivanja zaposlenih u sustavu zdravstva u superviziju, te osiguravanja organizacijskog i financijskog konstrukta za provedbu supervizije od strane nadležnog ministarstva i/ili strukovnih udruženja.

LITERATURA

1. Ajduković, M. & Ajduković, D. (1996). *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
2. Ajduković, M. & Ajduković, D. (2004). Model evaluacije i učinci projekta uvođenja supervizije u sustav socijalne skrbi. *Ljetopis studijskog centra socijalnog rada*, 11 (1), 5-42.
3. Ajduković, M. & Cajvert, L. (2004). *Supervizija u psihosocijalnom radu*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
4. ANSE (2008). *Supervizija*. Preuzeto s: <http://www.hdsor.hr/> (18.10.2017.).
5. Aviram, U. (2002). The changing role of the social worker in the mental health system. *Social Work in Health Care*, 35 (2), 615-632. https://doi.org/10.1300/J010v35n01_15
6. Beddoe, L. (2010). Surveillance of reflection: Professional supervision in »the risc society«. *British Journal of Social Work*, 40, 1279-1296. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq018>
7. Bezić, I. (2007). Supervizija kao način razvijanja samopouzdanja i sposobnost podnošenja konfrontacije. *Ljetopis socijalnog rada*, 14 (2), 443-452.
8. Bradley, L. J. & Kottler, J. A. (2000). Overview of counselor supervision. In: Bradley, L. J. & Ladany, N. (eds.), *Counselor supervision: Principles, process and practice*. Bethlehem: Lehigh University, 3-21.
9. Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B. & Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*, 40 (3), 254-71. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000026>
10. Coyle, D., Edwards, D., Hannigan, B., Fothergill, A. & Burnard, P. (2005). A systematic review of stress among mental health social workers. *International Social Work*, 48 (2), 201-211. <https://doi.org/10.1177/0020872805050492>
11. Družić Ljubotina, O. & Friščić, Lj. (2014). Profesionalni stres kod socijalnih radnika: Izvori stresa i sagorijevanje na poslu. *Ljetopis socijalnog rada*, 21 (1), 5-32. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v21i1.10>
12. Đečević, M., Janković, U. & Čekerevac, A. (2015). The social paradigm in psychiatry as a link between social work and psychiatry in theory and practice. *Ljetopis socijalnog rada*, 22 (3), 371-392. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v22i2.79>
13. Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., Medina, J., Kendall, T. & Katona, C. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 75-80. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.1.75>
14. Friščić, Lj. (2006). Čimbenici profesionalnog stresa i sagorijevanja u radu socijalnih radnika u Centru za socijalnu skrb Zagreb. *Ljetopis studijskog centra socijalnog rada*, 13 (2), 347-370.

15. Guest, G., MacQueen, K. M. & Namey, E. E. (2012). *Applied thematic analysis*. Thousand Oakes, CA: Sage
16. Hrvatska komora socijalnih radnika (2014). *Pravilnik o osnivanju i načinu rada stručnih sekcija Hrvatske komore socijalnih radnika*. Preuzeto s: http://www.hksr.hr/docs/Pravilnik_o_osnivanju_i_nacinu_rada%20strucnih_sekcija_HKSR.pdf. (20.10.2017).
17. Hrvatska komora socijalnih radnika (2015a.). *Etički kodeks socijalnih radnika i socijalnih radnika u djelatnosti socijalnog rada*. Preuzeto s: <http://www.hksr.hr>. (19.10.2017).
18. Hrvatska komora socijalnih radnika (2015b). *Pravilnik o sadržaju, rokovima i postupku trajnog usavršavanja i provjere stručnosti* (2015). Preuzeto s: <http://www.hksr.hr>. (25.11.2016.).
19. Hughes, J. M. (2010). The role of supervision in social work: A critical analysis. *Critical Social Thinking: Policy and Practice*, 2, 59-77.
20. Ivančević, E. (1984). Socijalni rad u zdravstvu. U: Škrbić, M. i sur. (ur.), *Socijalna zaštita u Socijalističkoj Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada, 361-363.
21. Jeleč Kaker, D. (2009). Izvori profesionalnog stresa i sindrom sagorijevanja socijalnih radnika u zdravstvu u Republici Sloveniji. *Ljetopis socijalnog rada*, 16 (1), 133-151, <https://doi.org/0000-0002-1371-1771>
22. Kadushin, A. & Harkness, D. (2002). *Supervision in social work (4th edition)*. New York: Columbia University Press.
23. Klobučar, J., Ajduković, M. & Šincek, D. (2011). Očekivanja, percepcija potrebe i poteškoća pri uvođenju supervizije iz perspektive ravnatelja centara za socijalnu skrb. *Ljetopis socijalnog rada*, 18 (2), 281-303.
24. Kusturin, S. (2007). Supervizija – oblik podrške profesionalcima. *Metodički ogledi*, 14 (1), 37-48.
25. Launer, J. (2007). Moving on from Balint: Embracing clinical supervision. *British Journal of General Practice*, 57 (536), 182-183.
26. Maslach, C. & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15 (2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
27. Matić, V. (2011). Razvoj odnosa u superviziji psihosocijalnog rada. *Ljetopis socijalnog rada*, 18 (2), 217-244.
28. McKensy, A. & Sullivan, L. (2016). Balint groups – helping trainee psychiatrists make even better use of themselves. *Australasian Psychiatry*, 24 (1), 84-87. <https://doi.org/10.1177/1039856215598870>
29. Noble, C. & Irwin, J. (2009). Social work supervision: An exploration of the current challenges in a rapidly changing social, economic and political environment. *Journal of Social Work*, 9 (3), 345-358. <https://doi.org/10.1177/1468017309334848>

30. Omer, S. & McCarthy, G. (2010). Reflective practice in psychiatric training: Balint groups. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 27 (03), 115-116. <https://doi.org/10.1017/S0790966700001269>
31. Ornellas, A. (2014). *Views of social workers on their role in mental health outpatient and community-based services*. Preuzeto s: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.819.4760&rep=rep1&type=pdf>. (19.10.2018.).
32. Ostojić, D. (2012). Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti: Što o tome trebaju znati socijalni radnici? *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 53-72.
33. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove (2011). *Narodne novine*, 31/2011.
34. Pravilnik o pripravničkom stažu i polaganju stručnog ispita u djelatnosti socijalne skrbi (2015). *Narodne novine*, 66/2015.
35. Pražetina, I. (2007). Uloga socijalnih radnika na području zaštite mentalnog zdravlja u zdravstvu. U: Pražetina, I. (ur.), *Kvaliteta i profesionalna odgovornost u socijalnom radu*: Zbornik sažetaka. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika.
36. Pražetina, I. M. & Šimić, C. (2014). Socijalni rad u zdravstvu danas. Preuzeto s: <http://husr.hr/web/?p=654>. (18.10.2017.).
37. Primorsko-goranska županija (2015). *Prijedlog Odluke o davanju suglasnosti na Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o unutarnjem ustrojstvu i sistematizaciji radnih mjesta Psihijatrijske bolnice Rab*. Preuzeto s: <http://www2.pgz.hr/doc/kolegij-zupana/2013-2017/086/TOCKA9.pdf>. (13.12.2016.).
38. Radoš, A. I. (2014). Socijalni rad u zdravstvu danas. *Socijalna politika i socijalni rad*, 2 (1), 148-149.
39. Roh, C.Y., Moon, M. J., Yang, S. B. & Jung, K. (2016). Linking emotional labor, public service motivation, and job satisfaction: Social workers in health care settings. *Social Work in Public Health*, 31 (2), 43-57. <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1087904>
40. Stanley, N., Manthorpe, J. & White, M. (2007). Depression in the profession: Social workers' experiences and perceptions. *British Journal of Social Work*, 37, 281-298, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl058>
41. Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama (2013, 2014, 2015). *Narodne novine*, 25/2013., 72/2013., 151/2013., 09/2014., 40/2014., 51/2014., 77/2014., 83/2014., 87/2014., 120/2014., 147/2014., 151/2014., 11/2015., 32/2015., 38/2015., 60/2015., 83/2015., 112/2015., 122/2015.
42. Zakon o djelatnosti socijalnog rada (2011, 2012). *Narodne novine*, 124/2011., 120/2012.
43. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (2014). *Narodne novine*, 76/2014.
44. Žorga, S. (2007). Competences of a supervisor. *Ljetopis socijalnog rada*, 14 (2), 433-441.

Dunja Zlomislić

City office for social protection and people with disabilities
City of Zagreb

Maja Laklija

University of Zagreb,
Faculty of Law
Department of Social Work

THE ROLE OF SOCIAL WORKERS EMPLOYED IN PSYCHIATRIC DEPARTMENTS AND FACTORS AFFECTING THEIR READINESS TO ENGAGE IN SUPERVISION

ABSTRACT

The paper presents the results of the research conducted on a sample of 23 social workers employed in psychiatric departments in 5 hospitals in the City of Zagreb. The aim of the research is to gain insight into the perception of own work experience of social workers employed in psychiatric departments as well as the need for supervision. It is about an explorative qualitative research study. For the purpose of collecting empirical material, a semi-structured interview was used while the data was subjected to a thematic framework analysis. The results show that the social workers employed in psychiatric departments describe their professional role through the role of social workers in relation to patients and in contact with other experts. Challenges encountered by social workers are challenges related to the scope of their work and to the contact they have with patients. The factors mentioned by participants, the ones that affect their readiness to engage in supervision, relate to the perceived benefit of the supervision, the organisational framework of supervision, the structure and characteristics of the supervisory group, the characteristics of the supervisor and the organisational preconditions. The results indicate the areas that can lead to professional stress (e.g. unclear scope of work, the position of social workers in team work, etc.) and provide guidance on which factors should be taken in mind in planning and organising supervision for medical social workers.

Key words: *medical social workers, professional role, professional stress, supervision.*



Međunarodna licenca / International License:
Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0.

