

Socialno delo v zdravstvu*

UDK 61:36.081.42

IZVLEČEK – Delo je razdeljeno na štiri poglavja. Prvo razkriva vsebino socialnega dela v zvezi z zdravstvenimi problemi bolnikov, v drugem pa so zbrane splošne in posebne naloge socialnih delavcev v kliničnih bolnišnicah, na področju psihiatrije in načrtovanja družine. Opredeljena je tudi doktrina socialnega dela. Tretje poglavje vsebuje ugotovitve raziskave o delu 30 socialnih delavcev v skupnih službah Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, na Univerzitetni psihiatrični, Univerzitetni ginekološki in Univerzitetni pediatrični kliniki, na Onkološkem inštitutu in Zavodu za rehabilitacijo invalidov SRS ter v Zdravstvenem domu Ljubljana. Opisane so njihove naloge in glavni problemi, potrebno strokovno znanje, osebnostne lastnosti in družbenopolitična aktivnost, temeljni cilji in metode dela ter oblike pomoči. Sklepni del povzema temeljne ugotovitve o delu socialnih delavcev v našem zdravstvu in vsebuje predloge: večje število socialnih delavcev za uresničevanje večdisciplinarne obravnave bolnikov ter boljše sodelovanje zdravstvenih in socialnih delavcev.

SOCIAL SERVICES AND HEALTH CARE. ABSTRACT – The paper is composed of four chapters as follows: Chapter 1 deals with the tasks of social services concerning the management of health problems of the population; Chapter 2 presents general and specific tasks of social workers carried out in hospitals, psychiatric institutions and in the sphere of family planning, and defines the doctrine of social services. Chapter 3 presents the results of the research in the work of 30 social workers employed in the University Medical Centre Ljubljana, University Departments of Psychiatry, Gynaecology and Paediatrics Ljubljana, Rehabilitation Centre and Health Centre Ljubljana. Their tasks and duties, qualifications, traits of character, participation in socio-political activities and major objectives and methods of work are outlined. In conclusion, the author summarizes the basic aspects of social services within the system of health care and stresses the need for a greater number of social workers to take part in a multidisciplinary approach to patients. A better coordination of social and health services is called for.

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot popolno telesno, duševno in socialno blagostanje, zato ni potrebno posebej utemeljevati potrebe, da se tudi socialni delavec vključuje v delo zdravstvenih organizacij.

Že davno so ugotovili, da dejavniki iz človekovega okolja lahko pospešujejo ali ovirajo nastanek bolezni in zdravljenja, zato so nosilcem zdravstvenih dejavnosti priključili še druge, tako imenovane paramedicinske profile, kot so psihologi, socialni delavci itd.

Socialno delo v zdravstvu se je razvilo v začetku tega stoletja v ZDA. Pobudnik tega je bil zdravnik Richard S. Cabot. Prišel je do zaključka, da bi poleg zdravnika moral biti še nekdo, ki bi obiskal bolnika na domu in na njegovem delovnem mestu, da bi preveril njegovo socialno-ekonomsko stanje in kako to stanje vpliva na potek zdravljenja. Preobremenjen zdravnik ni imel časa, da bi se

* Iz diplomske naloge na Višji šoli za socialne delavce Univerze Edvarda Kardelja v Ljubljani; Ljubljana, februarja 1984. Mentorica naloge je bila dipl. ing. socialnega dela Vida Milošević.

poglabljaj v bolnikove težave, zato se je pojavil nov profil delavca terapevta v zdravstvu – socialni delavec. Richard S. Cabot je v svoji bolnišnici zaposlil tudi prvega socialnega delavca (2).

Socialno delo v zdravstvu se je potem počasi uveljavilo tudi v evropskih državah, pri nas v Sloveniji pa se je začelo šele po letu 1957.

SOCIALNO DELO JE POVEZANO Z ZDRAVSTVENIMI PROBLEMI

Zdravstvena služba je vedno bolj zapletena, vedno dražja in potrebuje čedalje več osebja. Ko je Schipperges leta 1975 analiziral zdravstveno službo v bolnišnici, je naštel več kot 300 poklicnih profilov. Dosledna uporaba znanosti in tehnologije na ljudeh z množico »strokovnjakov« je medicini pripomoglo, da je prišla do presenetljivih uspehov in velike moči. Ali je medicina pri vsem tem postala bolj humana? Zna danes bolj kot prej zadovoljiti človekovo potrebo po negi, mu zares pomaga lajšati bolečine in ga rešuje pred strahom?

Bolniki čedalje glasneje kritizirajo zdravstveni sistem. Veliko stvari jim povzroča nezadovoljstvo ali so zaradi njih razočarani. Naša razmišljanja želijo s svojimi kritičnimi pripombami izostriti človekov čut za bolj humano medicino.

Najprej se bomo ustavili pri bolnikovem jeziku, v katerem opisuje doživljanje bolezni, svoje predstave o njej, česa se boji in kako išče pomoč. Tako bomo bolj spoznali povezanost med boleznijo, kot jo medicina z znanstveno govorico opiše in objektivizira – popredmeti in med človekom – subjektom, bolnikom, ki trpi in poskuša usodnost bolezni vključiti v svoje življenje. Čim bolj poznamo bolnikovo mišljenje, njegov način reagiranja na posamezne simptome in njegove predstave o bolezni, tem bolj človeško in učinkovito mu lahko pomagamo.

Bolnikov odnos do bolezni je precej drugačen od odnosa zdravnikov in drugih terapevtov. To je mogoče odkriti v jeziku, s katerim bolniki opisujejo doživljanje svoje bolezni. Bolnik išče pomoč, vprašanje pa je, če znajo terapevti (kamor spadajo seveda tudi socialni delavci v zdravstvu) prisluhniti njegovi govorici (1).

1. Pomen jezika v odnosu bolnik – terapevt

Ljudje izražamo svoje počutje (zlasti bolezensko) na različne načine, tudi z zapletenim sistemom jezika. Če hoče zdravnik priti do pravilne diagnoze in začeti z uspešim zdravljenjem, mora imeti z bolnikom najprej »govorilno uro« – z bolnikom se mora pogovoriti, drugače uganja neke vrste veterinarsko medicino, ki jo imamo po pravici za nečloveško. Tudi nega bolnika in premagovanje socialnih težav sta brez pogovora skoraj neuresničljivi. Spoznamo, da ni pomembna samo vsebina jezika: »kaj« bolnik pove, ampak tudi »kako« opiše svoje težave.

Medicinska zgodovinarica Dietlinde Goltz je leta 1969 na podlagi 70 anamnez, ki jih je sama sestavila v neki polikliniki in pri splošni zdravnici v Marburgu, ovrednotila jezikovno izražanje medicinsko neizobraženih bolnikov. Bolniki so bili iz socialno precej homogene skupine kvalificiranih delavcev in nižjih uslužbencev. Svoje simptome in počutje so oblekli v jezikovne metafore, ki jih je D. Goltz razdelila v štiri skupine. Psihiater Wolfgang Böker je iz svojih izkušenj dodal še peto skupino. Omenjene analize nam bodo pomagale, da bomo spoznali, kakšne predstave imajo laiki o vzrokih bolezni.

Pri nenadni in nerazumljivi motnji zdravja se bolnik sreča s pojavi, ki so mu tuji in mu najprej vlivajo strah. Ne more bolj točno povedati, kaj ga pravzaprav vznemirja. Njegove besede so tipajoče, npr. »tukaj me pritiska«, »slabo mi je« itd. Duševni bolniki opisujejo svoje počutje še na bolj nejasen način. Med napadom shizofrenije izgubijo bolniki sposobnost za presojanje realnosti. Svoje okolje doživljajo čudno spremenjeno in polno nekega pomena. Dogodke v okolju spravljajo v mučen odnos do sebe, čeprav ne morejo razložiti vzročne zveze s svojimi psihotičnimi težavami. Ne posreči se jim »prestopiti« v druge sisteme odnosov (K. Conrad), kot je bilo mogoče, ko so bili še zdravi. Nenavadna, nepričakovana motnja zdravja je lahko vzrok, da mu postane oboleli del telesa tuj, kar se vidi tudi v njegovem izražanju. Reče npr. »to tu me boli« ali »noge so tako čudno otekle«. Besede zvenijo kot, da oboleli del telesa ni več njegov, odkar se je v njem zgodilo nekaj neznanega. Takšno odrivanje »grozečega« odkriva bolnikovo prizadevanje za ozdravljenje. Če motnja dalj časa traja in postane kronična, se bolnik na bolezen toliko navadi, da začne govoriti o »svoji« bolezni (1).

Pogosto gledajo bolniki na bolezen kot nekaj, kar je na novo, naknadno prišlo v telo. »Človek ima bolezen ali je nima, kot ima denar ali ga nima«, razlaga D. Goltz to doživljanje. Človek dobi srčne napade ali bolečine v križu. Bolezen lahko pride in gre, ali si jo tudi nakoplješ, npr. prehlad. V tem stilu je tudi vsem znano zdravnikovo vprašanje: Kaj vam pa pravzaprav manjka? Kaj je narobe z vami? Zdravnik ne sprašuje, kaj bolnik pogrša, ampak kaj je zdaj z njim narobe. Na bolezen gledata oba, bolnik in zdravnik, kot na nadlogo in težavo, ki jo je treba nositi (1).

Ljudje večkrat gledajo na bolezen kot na delujoči subjekt. Bolnik je njegova žrtev, njegovo telo pa bojišče. »Prizadeti« organi čutijo posledice bolezni: v telesu nekaj zbada, peče, trga in se krči: srce divja, tudi vročina se dviga kakor val. Bolezen se začneja, napreduje. Gibanje se ustavi, npr. če se prehlad »ustali«. Zlasti psihiatrični bolniki so prepričani, da so postali žrtev učinkovitega procesa, npr. fizikalnih sil, s katerimi jih drugi obstreljujejo kot z žarki, z magnetom upravljajo njihove misli itd. Pravkar opisani jezik bolnikov odkriva, da počiva podoba o bolezni in njenem zdravljenju bolj na dinamično-fizikalnem kot pa na kemičnem pojmovanju bistva bolezni (1).

D. Goltzeva je v jeziku bolnikov, ki jih je obiskovala, le redko odkrila, da so bolniki razlagali svoje bolezenske težave kot motnjo funkcije – delovanja. To so storili bolniki z bolj temeljito šolsko in poklicno izobrazbo, ki so imeli tudi boljše anatomsko in fiziološko znanje. Občutek, ki je povezan s predstavo o pravilnem ali oviranem delovanju organov, temelji na izkustvu, da človek lahko nekaj stori ali da tega, kar bi rad storil, ne more storiti. To, kar je npr. zdravo telo zmoglo, zdaj ne zmore več; ne more več dihati, premikati noge itd. Z uporabo pojma funkcije – delovanja se približujemo zamisli znanstvene medicine. Zanj je bolezen motena funkcija organov. Zdravje pa je skladno delovanje zapletenih organskih sistemov (1).

Na svoji dolgi poti znanstveno usmerjene izobrazbe spozna bodoči zdravnik človeka kot zapleten »stroj«, o katerem je treba vedeti po možnosti čim več točnih merskih enot. Bolniku današnjega časa takšen znanstveni model telesa in zdravja ni popolnoma tuj. Od medicine ne pričakuje, da ga bo ozdravila z magičnimi prijemi, ampak s stvarno in sistematično uporabo znanstvenih odkritij. Poleg tega

pričakuje, da bo njegove osebne poglede in bojazni vzela resno in mu dovolila sodelovati v procesu zdravljenja. Če se zdravnik in drugi terapevti z bolnikom ne pogovarjajo o njegovih osebnih doživetjih in uporabljajo samo znanstveni jezik medicine, bo njegovo delovanje za bolnika neosebna »medicinska tehnika«, ki jo bo lahko hitro odklonil.

Peti vidik (W. Böker), s katerim ljudje opisujejo svoje bolezni, je povezan s psihosocialnim pojmom bolezni. Gre za doživetje, da je človek »drugačen«. Ne zato, ker je neka škodljiva snov spremenila njegov organizem, ampak zato, ker človek samega sebe in svoje vedenje doživlja kot odklon od povprečnega vedenja drugih ali družbene norme. O tem govorijo, npr. ljudje z nenavadnimi nagonskimi impulzi, s perverznim spolnim nagonom, z agresivnimi fantazijami, nevrotičnimi simptomi po samomorilnem poskusu ali pri težkih depresijah.

Bolezensko stanje se precej pokriva s sociološkim pojmovanjem odklonskega vedenja. Od zdravnika pričakujejo, da bo tega, ki je skrenil z normalne poti, spet pripeljal na normalno pot, npr. da bo homoseksualno nagnjenje spremenil v heteroseksualno (1).

Z analizo bolnikovega jezika ne odkrivamo samo bolnikovih doživetij in pojmov o bolezni, ampak pogosto lahko sklepamo tudi, za kakšno vrsto obolenja gre. Bolnik z moteno zavestjo mrmra raztrgane dele stavka. Govor depresivnega bolnika se izčrpava v samoobtožujočem ponavljanju istih napak. Prisilni nevrotik utruja poslušalca z nadležnim prikazovanjem vsake malenkosti. Jezik manično psihotičnega je na tipičen način raztrgan s pretiranim govorjenjem in poplavo idej. Shizofrenija uniči jezik in pisavo z neologizmi, posebno čutno razporeditvijo pojmov in nenavadno uporabo simbolov, zaradi tega komaj še sledimo mislim takšnega bolnika. Kronični shizofreniki govorijo pogosto zamotan »privatni jezik« s svojimi slovničnimi pravili (1).

2. Iskanje pomoči in doživljanje bolezni

Če je bolnik začel govoriti o slabem počutju, moteni funkciji ali spremenjenem načinu vedenja drugemu človeku, potem verjetno že išče pomoč za svoje spremenjeno stanje. Človek, ki čuti težave ali v medicinskem smislu, že kaže simptome, ne misli takoj na bolezenske vzroke. Nihanje počutja sodi k vsakdanjemu izkustvu in nas splošno vznemirja šele, če prestopi določeno mero. Nekateri bolniki tudi zanikajo bolezen, npr. psihotik, paranoidni shizofrenik ali manik, prav tako se bolniki pri nekaterih telesnih boleznih najjibajo k zanikanju, npr. pri začetnem soočanju z rakom.

Številni alkoholiki in duševno moteni svojega stanja ne spravljajo v zvezo z boleznijo in zato ne gredo k zdravniku. Razen pri nekaterih akutnih simptomih lahko rečemo, da ljudje na splošno niso sposobni odkriti zgodnjih znakov obolenja. Pri tem igrajo veliko vlogo kulturni običaji, družinski stil življenja in osebni razlogi.

Ameriški medicinski sociolog D. Mechanic je zbral številne rezultate o vedenju ljudi v bolezni in iskanju pomoči. Raziskava je pokazala, da Američani judovske vere veliko prej povežejo motnje počutja z boleznijo in so zato v skrbi za zdravje veliko bolj natančni kot Američani irskega in angleškega porekla. Prav tako so ljudje z višjo izobrazbo v tem pogledu bolj osveščeni.

Ljudje pri iskanju pomoči ravnajo različno: prizadeti se posvetuje sam s seboj in s svojci, lahko se začne zdraviti z domačimi zdravili, drugi se odloči, da bo

obiskal zdravnika. Zaupne osebe igrajo pri svetovanju, zlasti pri osebnih problemih veliko vlogo. Psihološke raziskave Gurina in sodelavcev v Ameriki so pokazale, da ljudje z osebnimi in psihološkimi problemi iščejo pomoč pri duhovnikih, splošnih zdravnikih, psihiatrah, v različnih socialnih ustanovah, zakonskih posvetovalnicah in pri odvetnikih.

Ko bolnik stopi v sodobno bolnišnico ali ordinacijo, ki ima vse sodobne aparate, mu je jasno, da je vse usmerjeno na somatski del zdravljenja. Zdravnik ponavadi nima dovolj časa, da bi se poglobil v bolnika kot osebnost: iz kakšnega okolja prihaja, kakšna življenjska izkustva so ga oblikovala, kakšne so poklicne in družinske okoliščine, zato se bolnik večkrat počuti osamljenega v vrsti čakajočih. Delo socialnih delavcev in drugih terapevtov, ki naj bi dopolnili somatsko zdravljenje s psihosocialnim, pa se še ni dovolj uveljavilo.

Na oddelku za nujne sprejeme velike splošne bolnišnice v Bostonu so psihiater Satin (1971 in 1972) in njegovi sodelavci naključno izbrali 257 bolnikov, ki so iskali pomoč, in jih povprašali o vzrokih za napotitev v bolnišnico in o osebnih problemih. Vsak problem, ki ga je identificiral bolnik sam, zdravnik pri sprejemu ali psihiater, so razvrstili kot fizičen, psihičen ali socialen in ga ovrednotili po njegovi težavnostni stopnji. Rezultati so pokazali, da je več kot tri četrtine bolnikov imelo pomembne psihosocialne težave. Čeprav so bili bolnik, zdravnik pri sprejemu in psihiater enakega mnenja, da so te težave najverjetneje pomembnejše kot fizične, se je zdravnik nagibal k temu, da jih spregleda v prid obstoječih somatskih problemov. Zdravnik je ignoriral prav posebno socialne težave. Samo bolnikom, ki so imeli očitne in najtežje psihosocialne težave, je pripadala posebna pomoč ali pa so jih napotili k drugim terapevtom (1).

Doživljanje bolezni je Hans-Christoph Piper na kratko orisal v svojem prispevku takole:

- omejene možnosti izražanja bolnika,
- v ospredju je problem časa za pogovor med bolnikom in terapevtom,
- pogovor je skrčen na medicinsko pomembna dejstva,
- strah in bojazen,
- omejeno življenje,
- doživljanje zapuščenosti in osamljenosti, tja do brezizhodnosti in samomorilnosti,
- pri bolnikih, ki so dalj časa bolni, vprašanja o smislu življenja (9).

Raziskava, ki so jo izvedli na univerzitetni kliniki v Ulmu, je pokazala, da znaša dnevna poraba časa med vizito za enega bolnika povprečno 3,7 minute. V ta čas je vštet tudi pogovor pred bolnikovo sobo. V modelnem poskusu, kjer ima timsko delo terapevtskih poklicev odločilno vlogo, je čas za enega bolnika 8 minut, tako da se lahko vsi terapevti 5 minut posvetijo pogovoru s posameznim bolnikom.

Nekateri bolniki imajo strah pred bolnišnico, posebno takšni, ki morajo ostati v njej dalj časa. Zamislimo si samo mater, ki ima doma nepreskrbljene otroke. Prilagoditi se morajo tudi na nenaravni življenjski ritem. Svoj življenjski prostor morajo deliti z ljudmi, ki si jih niso izbrali sami. Lahko navežejo pozitivne stike ali pa pride do skupinskih konfliktov.

Ogrožanje življenjsko vitalnih funkcij zaradi resnega obolenja okrepi krizo, v katero je človek že itak zašel zaradi bolezni. Doživljanje te krize najdemo v različnih izjavah bolnikov: npr. »da ne more ničesar več«. Ta »ničesar več« je

povezan z izgubo socialnih odnosov. Ta »nič več ne morem« doživljamo tem globlje, kolikor bolj smo del družbe, ki temelji na storilnosti. Popušcanje storilnosti in odpovedi pomeni neredko tudi izgubo naklonjenosti in priznanja. Preprosteje povedano: storilnost in ljubezen sta med seboj povezani. Misel na izgubo ljubezni in naklonjenosti človeka plaši, čeprav morda za to nima realnega povoda.

Človek, »ki ničesar več ne more«, se počuti prepuščen sam sebi. Vsi njegovi socialni odnosi so nenadoma postavljeni na kocko. Ti odnosi se lahko začneta v gostilni in prenehajo pri najbližjih svojcih. Npr. odnos zakonskega partnerja, ki je že bil obremenjen z latentno krizo, sedaj lahko odkrito izbruhne. To bolnika lahko zelo prizadene in odloži zdravljenje ali ga celo povsem ustavi. Seveda lahko pomeni dolgo zdravljenje tudi ekonomsko stisko. Tako postane bolnišnica kraj, kjer izbruhnejo življenjske krize. Zato se neredko pri bolnikih pojavljajo misli na samomor, ker so predloži prepuščeni s svojimi problemi sami sebi (9).

3. Hierarhična struktura terapevtov

Hierarhična struktura se ne kaže samo v osebnem vedenju posameznih terapevtov, ampak tudi v strukturi celotnega terapevtskega tima. Ta velja znotraj zdravstvenega tima, kakor tudi v odnosu le-tega do drugih članov terapevtskega tima.

Razumljivo je, da vidi zdravnik bolezen in trpljenje kot motnjo »obrata« in sebe v vlogi »reparatorja« – kot posamezen obrtnik ali člen v hierarhiji reparaturne delavnice. To velja tudi za psihološke postopke. Posebno jasno postane to v operacijski dvorani in na intenzivnem oddelku. Dolžnost popravila stoji preveč v ospredju. Tudi odnos celotne družbe pripomore, da so zdravniki tako rekoč prisiljeni, da jim uspe. Ob presenetljivem medicinskem napredku veljajo naravnost kot garancija za uspeh terapije v vsaki situaciji. Če česa ne zmorejo, je to njihova krivda. To pa deluje na zdravniško razumevanje sebe (samo po sebi umevno), da so gospodarji položaja, močnejši, da se večkrat tudi ne zmenijo za željo bolnika, npr. tudi za željo po informaciji.

Problem strukture je tudi med različnimi terapevtskimi skupinami. Zdravstvena nega bolnika je večkrat »nevidna«. Medicinske sestre dobijo občutek lastne vrednosti z zdravnikovim priznanjem. Prestiž imajo dejavnosti, ki so v neposredni bližini zdravnika in s tem pretežno na tehničnem področju. Kdor je pri bolniku bolj priljubljen kot pri zdravniku, ima v zdravstvenem timu manj prestiža. Podobno velja tudi za fizioterapevte, socialne delavce in psihologe. Praviloma se jih ne vidi pri bolniku.

Na socialne delavce gledajo kot na gasilce pri izrednih situacijah – stiskah, npr. ko je bolnik odpuščen in se ga ne da nikamor spraviti. Samo na nekaterih specialnih klinikah so socialno psihološki poklici v medicinski hierarhiji močnejše upoštevani, npr. v rehabilitacijskih centrih. O resnični integraciji teh poklicev v celoten koncept bolnišnične dejavnosti še ni govora.

V zadnjih letih prihajajo nekatere poklicne skupine nekoliko bolj do izraza, posebno poklic socialnega delavca v tako imenovanih modelih – poskusih kooperacije in integritete vseh terapevtskih poklicev. Tak modelni poskus obstaja na univerzitetni kliniki v Ulmu. Vendar je to v Nemčiji šele v razvoju.

Ali je potem vse to, kar smo povedali o medicinskem sistemu, napačno? Hierarhični odnosi, dosledna uporaba tehnike, reparacija posameznih funkcij,

izkoriščanje bolnika kot sredstvo za raziskovanje? Ne, ni napačno. Samo to je premalo. Potreben je vsestranski pristop k bolniku.

Potrebno bo razviti solidarnost z bolnikom, kar pomeni, da se bomo pogovarjali z njim, ne o njem ali mimo njega. Upoštevati bo treba njegovo osebno situacijo in njegovo socialno okolje. Tudi bolniki se bodo morali zavedati, da terapevti niso »bogovi v belem«, ki vse znajo.

Prav tako bo potrebna zavest solidarnosti med terapevti. Prevladati mora prepričanje, da so posamezne specializirane vloge neobhodno potrebne, da pa vloge v vrednotenju nimajo nobenega odločilnega pomena. Tako se bo razvila kooperacija namesto konkurenčnega mišljenja terapevtov.

Na raznih zdravniških konferencah in seminarjih naj bi bili poleg zdravnikov tudi medicinske sestre, psihologi in socialni delavci. Socialni delavci in psihologi bi tako hitreje pripomogli, da se premagajo psihosocialni vzroki bolezni.

Terapevti naj pristopajo k bolniku tako, da bodo sami čutili, da so na njegovi strani. Tako jim bo jasno, kaj bolnik zares išče, tudi neozdravljiv bolnik. Bolniki in terapevti bodo tako skupaj spoznali, da je bolezen realna situacija v življenju, kjer se pokaže naša nemoč in hkrati možnost, da se jo premaga s solidarnostjo in naklonjenostjo med ljudmi (3).

Ob tem nastane tudi vprašanje osnovne izobrazbe za pripadnike vseh terapevtskih poklicev.

Izobrazba naj bi bila usmerjena v prakso, kako je potrebno ravnati z bolnikom. Vsaka poklicna skupina bi pri hospitiranju opazovala drugo poklicno skupino pri delu z bolnikom. V svetu že vrsto let obstajajo takšni modelni poskusi, posebno v anglosaških deželah. Vodenje pogovorov z bolnikom v skupini sodi k osnovni izobrazbi bodočih zdravnikov, socialnih delavcev, medicinskih sester in drugih terapevtov. Tako se v obliki skupinske dinamike pospešujejo emocionalni in kognitivni deli v medsebojnih odnosih, za razliko od mrtvega znanja dejstev. Takšni modelni poskusi zdravstvenih univerz obstajajo, npr. v Mac Masters (Kanada), Long Island (ZDA), Boligny pri Parizu (Francija), Nymwegwen (Nizozemska), Trosö (Norveška) in Beršeba (Izrael). V teh poskusih vzbuja pozornost to, da so pritegnili k delu zdravniške prakse in centre za socialno delo v učni proces na univerzah.

Ne bomo se spuščali v vsebino učnega procesa na teh univerzah, temveč bomo orisali samo nekaj dejavnikov, ki so pomembni za spremljanje bolnika, npr. spodbujanje osebnosti terapevta, kako naj ravna z bolnikom in njegovimi izrazi trpljenja. K temu sodi tudi razlikovanje občutka, doživljanja, fantazije in razlage, vrednotenje lastnih in tujih izrazov, nadalje sposobnost terapevtov za bližino in distanco. Heinrich Meng je opisal to sposobnost s tremi elementi: takt – stik – distanca. Gre za dinamično ravnotežje, ki naj bi ga terapevt kolikor mogoče obvladal. Nadalje tudi terapevtsko sposobnost za prigovarjanje, opogumljanje in podporo za razliko od tolažbe, ki služi za izogibanje realni situaciji. Sprejemanje smrti, tudi v sodobni bolnišnici, sodi k učnim ciljem za vse terapevte, ki spremljajo bolnika, ne da bi se medicina morala odpovedati svojemu cilju – boju proti bolezni kot zlu (5).

NALOGE SOCIALNEGA DELAVCA V NAŠEM ZDRAVSTVU

Socialno delo v naši družbi ima zaradi svoje specifične družbene vloge svoje mesto povsod tam, kjer ljudje živijo in delajo. Težnja socialnega dela je, da se razvije na vseh tistih področjih, kjer se izražajo in zadovoljujejo življenjske in družbene potrebe ljudi ali dejavnosti, v katerih se zagotavljajo sredstva v ta namen. Tako se je v nekaj manj kot tridesetih letih, odkar se je profesionaliziralo, razvilo na zelo različnih področjih in se še vedno širi na nova. Zato je nujno, da obstaja doktrina socialnega dela, ki mora biti enotna, ne glede na to, kje se izvaja in komu je namenjena. Po drugi strani pa se je socialno delo v dosedanem razvoju tudi že v precejšnji meri specializiralo glede na potrebe posameznih področij dejavnosti (7).

Enotnost doktrine socialnega dela zagotavljajo: njegovi cilji, predmet dela, temeljna načela, etika ter metode in tehnike dela.

Ne glede na to, kje se socialno delo izvaja, je njegov namen, da uresničuje cilje socialne politike in si prizadeva za humanejše življenjske in delovne razmere. Vemo, da je temeljni cilj socialne politike v naši družbi stalno izboljševanje življenjskih in delovnih razmer, njeni cilji pa se nanašajo na različna področja družbenega življenja in dela. To pomeni, da mora socialno delo, ne glede na to, kje poteka, uresničevati glavni cilj socialne politike in tudi tiste, ki se nanašajo na posamezno dejavnost – v našem primeru zdravstvo. Predmet socialnega dela v naših družbenih razmerah je zagotavljanje pogojev za vključitev ljudi v družbeno življenje in delo. V ožjem smislu, zlasti kadar razpravljamo o ljudeh v socialnih težavah, govorimo o predmetu socialnega dela kot o pomoči ljudem pri socialnem vključevanju (7).

Načela socialnega dela predstavljajo osnovne zahteve, smernice in moralne vrednote, po katerih poteka socialno delo v praksi. Vsa temeljna načela socialnega dela veljajo vedno in povsod, kjer poteka socialno delo. Res pa je, da nekatera od njih pridejo bolj do veljave na nekaterih, druga pa na drugih področjih. Prav tako tudi etika oziroma kodeks poklicne etike zavezuje vse socialne delavce ne glede na organizacijo, v kateri delajo.

Za metode in tehnike socialnega dela velja, da so enotne na vseh področjih, kjer je socialno delo razvito. Metode socialnega dela s posameznikom, s skupino in skupnostjo se uporabljajo komplementarno, le vse skupaj pomenijo celoto socialnega dela. Vendar se zaradi posebnih potreb na posameznih področjih včasih daje prednost kakšni od njih (7).

Ne glede na skupno in enotno jedro se mora socialno delo vendarle tudi prilagoditi zahtevam posameznih dejavnosti ali pa potrebam posebnih kategorij uporabnikov. Gre za nekatere modifikacije postopkov in pravil ter za to, da se zaradi vrste dejavnosti daje prednost tistim, ki bolj ustrezajo dejanski situaciji (7).

Dela in naloge socialnih delavcev so prilagojene različnim ciljem in organizacijski strukturi institucij, v katerih je razvito socialno delo. Naloge, ki naj bi jih socialni delavec v zdravstvu opravljal, delimo na splošne in specifične. Splošne so enake ne glede na to, v kateri zdravstveni delovni organizaciji je socialni delavec zaposlen. Specifične pa so odvisne od vrste zdravstvene zaščite, ki jo nudi zdravstvena delovna organizacija, v kateri je socialni delavec zaposlen.

1. Splošne naloge socialnega delavca

- Proučevanje socialne situacije bolnika in potrebe v zvezi z njegovo boleznijo, socialna terapija bolnika v sodelovanju z zdravnikom, sodelovanje z bolnikovo okolico, kadar socialni dejavniki škodujejo fizičnemu in mentalnemu zdravju bolnika.

- Sodelovanje z drugimi zdravstvenimi organizacijami, centri za socialno delo, z družbenimi in političnimi organizacijami, delovnimi organizacijami in raznimi drugimi službami.

- Razvijanje socialnih programov v zdravstvenih delovnih organizacijah, tako da socialni delavec odkriva probleme in načrtuje njihovo reševanje (2).

Sistematične naloge socialnega delavca v kliničnih bolnišnicah se delijo v tri faze:

a) sprejem bolnika:

- socialni delavec naj bi bil obveščen o vsakem novem bolniku,
- uvajanje bolnika v novo okolico,
- urejevanje plačila storitev,
- zanimanje za člane družine, ki so ostali doma in so nepreskrbljeni, npr. otroci, stari ljudje,
- seznanjanje zdravnika in medicinske sestre o socialnem stanju bolnika (2);

b) bivanje bolnika v bolnišnici:

- uresničevanje socialne terapije v sodelovanju z zdravnikom in medicinsko sestro v skladu z medicinsko terapijo,
- aktiviranje bolnika pri reševanju socialnih problemov,
- pogovor z bolnikom – pomoč pri reševanju osebnih in stvarnih težav,
- reševanje eventualnih konfliktov bolnika z njegovo družino in delovno organizacijo,
- socialni delavec v tiskem delu obvešča in je obveščen o vseh okoliščinah, ki se nanašajo na bolnikove socialne oz. zdravstvene probleme (2);

c) odpust bolnika iz bolnišnice:

- socialni delavec po potrebi seznanja družino in delovno organizacijo o bolnikovi vrnitvi,
- pomaga reševati eventualne probleme pri skupnosti invalidskega in pokojninskega zavarovanja, pri skupnosti za zaposlovanje,
- obvešča zdravnika, če obstajajo socialne težave ob odpustu,
- pomaga pri premeščanju bolnika v drugo zdravstveno ustanovo, v zdravilišče oz. rehabilitacijsko ustanovo, v dom za ostarele občane,
- pomaga pri urejevanju bolnikove dokumentacije,
- urejuje prevoz bolnika,
- bolniku daje pomoč v vseh oblikah socialne skrbi, če je to potrebno.

Vprašanje je, na čigavo pobudo naj socialni delavec intervenira. Socialni delavec lahko intervenira: na lastno željo, na željo bolnika ali njegove družine, na pobudo zdravnika ali medicinske sestre, na pobudo socialnih ustanov, družbenih organizacij, sindikata itd. (2).

Kdo od bolnikov potrebuje pomoč socialnega delavca v praksi, največkrat odloča zdravnik, ki je z njimi v neposrednem stiku. Intervencije socialnega delavca

so največkrat potrebne pri ljudeh, ki so brez svojcev, pri težko bolnih, tujcih in tistih, ki jim je bolezen pustila težje posledice (npr. nepomičnost po kapi ali drugi bolezni). Gre za posredovanje v zvezi z nego na domu, za namestitve v domovih, urejanje pokojnine in invalidnine, za urejanje drugih perečih problemov, ki neugodno vplivajo na potek zdravljenja (npr. nerešeno stanovanjsko vprašanje, otroško varstvo idr.) (6).

Najbolj so se tako v svetu kot pri nas uveljavili socialni delavci v psihiatriji, zlasti v zadnjem desetletju, odkar se je uveljavila socialna psihiatrija. V okviru psihiatrične obravnave bolnikov poteka danes cela vrsta dejavnosti, ki si jih ne moremo več predstavljati brez sodelovanja socialnih delavcev (npr. družinska oskrba bolnikov, nočni in dnevni oddelki v bolnišnicah, klubi bolnikov – psihotikov, alkoholikov, narkomanov, delo s svojci bolnikov ipd.). Tudi v okviru psihiatrije ne moremo govoriti o enotnem modelu delovanja socialnih delavcev, saj se mora delo prilagajati funkciji organizacije, njeni osnovni usmeritvi in potrebam posameznih bolnikov (6).

2. Delo socialnega delavca v psihiatriji

Socialni delavec v psihiatriji dela v okviru bolnišničnih ali zunajbolnišničnih psihiatričnih institucij. Zaradi boljše koordinacije dela deluje najpogosteje kot član večdisciplinarnega tima, praviloma pod vodstvom delavca v procesu diagnostičnega vrednotenja (evalvacije) – v glavnem socialnega, včasih tudi kliničnega, posebej pa v socioterapevtskem programu. Z vrsto intervencij, ki temeljijo na metodah socialnega dela, socialni delavec pospešuje program resocializacije duševno motenih oseb.

V bolnišnicah mora delo z bolnikom in njegovim okoljem obsegati:

a) faza sprejema bolnika:

– intervju z bolnikom in njegovo družino, da bi spoznali okoliščine sprejema, trenutno socialno situacijo, družinske odnose, stališča in probleme, ki bi lahko vplivali na razvoj in potek bolezni,

– svetovanje članom družine pri rešitvi problemov, ki izhajajo iz bolnikove hospitalizacije, obveščanje delovne organizacije o bolnikovem sprejemu v bolnišnico,

– zbiranje potrebne dokumentacije, sestava socialne diagnoze, načrta obravnave in odpusta bolnika (6);

b) faza obravnave bolnika:

– bolniku pomaga pri reševanju njegovih problemov, to so lahko družinski, zakonski, stanovanjski ali drugi, ki ogrožajo njegovo socialno delovanje,

– pomaga družini pri reševanju nastalih socialnih težav, prizadeva si ohraniti njegove čustvene vezi z bolnikom, korigirati izkrivljeno dožemanje bolezni, ublažiti psihične napetosti članov družine in pripraviti na sprejem bolnika,

– v terapevtski program skuša pritegniti vse druge dejavnike, ki so pomembni za boljše socialno funkcioniranje bolnika (delovno okolje, prijatelji, določene institucije v skupnosti) ter jih aktivirati za pomoč pri njegovem uresničevanju (6).

c) faza odpusta bolnika:

– v tej fazi pride do realizacije načrta odpusta, ki je bil pripravljen že prej v koordinaciji z drugimi sodelavci: o bolnikovih potrebah in željah, o stanju njegovega funkcioniranja (mentalnega, čustvenega in fizičnega), o realnih možnostih za njegovo uresničitev.

Sodobna orientacija psihiatrične službe od institucionalnega varstva in oskrbe k zdravljenju in rehabilitaciji v pogojih »komunalne psihiatrije« ima pomemben vpliv tudi na socialno delo. Kratkotrajno bivanje v bolnišnici ali zdravljenje v ambulantah ne zadostuje, če duševno bolnim ne pomagamo pri reševanju življenjskih problemov v »normalni družbi« in izboljševanju razumevanja med njimi in ljudmi, ki jih obkrožajo. Tu mislimo predvsem na razvijanje ugodnejše socialne klime, kar zahteva od socialnega delavca, da pomaga bolnikom pri uveljavljanju njihovih pravic v socialnem okolju (6).

Z uporabo »socioterapije« je socialno delo v psihiatriji vse bolj usmerjeno na metodo skupinskega socialnega dela in skupinske terapije, katere cilj je tudi vzpostavljanje harmoničnih odnosov vseh dejavnikov terapevtskega programa. Skupinske tehnike so sredstva, s pomočjo katerih se številne individualne potrebe hitreje in učinkoviteje zadovoljijo. Skupine s skupnim ciljem postanejo »sredstvo«, s pomočjo katerega ljudje bolje in popolneje uresničujejo svoje socialne potrebe. Skupinske tehnike se danes vse bolj uporabljajo pri diagnosticiranju, pa tudi pri spoznavanju socialnih razmer bolnika (6).

Zato mora socialno delo temeljiti na znanju o razvoju osebnosti in skupine, ob upoštevanju bioloških, ekonomskih in kulturnih sistemov. Poleg znanj o duševnih motnjah, duševnem zdravju in dinamiki psihosocialnega razvoja so nujna tudi znanja o vrstah terapije – od medikamentozne do psihoterapije (6).

3. Socialni delavec na področju načrtovanja družine

Že dolgo socialni delavci uspešno sodelujejo tudi v institucijah, ki se ukvarjajo z načrtovanjem družine, zlasti v komisijah za umetno prekinitev nosečnosti. Do uveljavitve zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok je bil socialni delavec član komisije, ki je odločala o prekinitvi nosečnosti. V komisiji je poleg administrativne (zbiranje potrebne dokumentacije za komisijo, vodenje evidence in statistike, izdelava poročil) opravljal tudi svetovalno nalogo, saj je bil v osebni stiku z vsako prosilko za abortus. Ta osebni stik je bil vzpostavljen ravno v trenutku, ko je bila žena v hudi stiski in je z objektivnim pristopom lahko vplival na njeno dokončno odločitev (6).

Glede na uveljavitev ustavne pravice do svobodnega odločanja o rojstvih otrok je novi zakon dal vsaki ženski pravico, da nosečnost do desetega tedna prekine. Komisija odloča sedaj le v primerih, ko gre za daljšo nosečnost, torej večjo zdravstveno ogroženost. Kot član komisije je socialni delavec verjetno manj obremenjen s številom primerov in ima več časa za delo z ženskami. Tako je njegova vloga prerasla v bolj svetovalno (6).

Morda bi lahko rekli, da je v naših bolnišnicah zaenkrat še preveč dela za bolnike in premalo z njimi. Zlasti s tistimi, ki se morajo prilagoditi na novo stanje in katerih zdravljenje in rehabilitacija sta dolgotrajna, bi bilo treba že v bolnišnici razviti oblike skupinskega socialnega dela (6).

SOCIALNO DELO V ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJAH V LJUBLJANI

Predmet raziskave je socialno delo v zdravstvenih institucijah v Ljubljani. Te so: Univerzitetni klinični center (sestavljeno iz 32 temeljnih organizacij združenega dela (TOZD)), Onkološki inštitut, Zavod za rehabilitacijo invalidov SR Slovenije in zdravstveni domovi.

1. Namen in cilji raziskave

Bolnik kot psihosocialno bitje potrebuje v procesu zdravljenja poleg medicinske tudi psihosocialno pomoč. Zdravstvena služba namenja pozornost predvsem fizičnim vidikom zdravljenja, zato se ne more posvetiti socialnim vzrokom in posledicam obolenja.

Namen raziskave je osvetliti vlogo in naloge socialnih delavcev v zdravstvenih institucijah.

Cilji raziskave so:

- spoznati različnost dela socialnih delavcev v zdravstvu glede na specifičnosti zdravstvenih organizacij;
- spoznati posebne probleme socialnega dela v zdravstvu;
- ugotoviti, v katerih zdravstvenih institucijah v Ljubljani so socialni delavci zaposleni;
- ugotoviti njihovo sodelovanje v timu;
- ugotoviti posebne lastnosti, ki jih potrebuje socialni delavec v zdravstvu;
- ugotoviti družbene in družbenopolitične aktivnosti socialnih delavcev v zdravstvu;
- ugotoviti metode socialnega dela, ki se uporabljajo v zdravstvu;
- ugotoviti cilje organizacij združenega dela, v katerih delajo socialni delavci, in vpliv gospodarske stabilizacije.

Raziskava je opisna. Raziskovalno populacijo sestavlja 30 socialnih delavcev, ki so zaposleni v zdravstvenih organizacijah v Ljubljani.

Podatke smo zbrali s pomočjo vprašalnika, na podlagi pogovora s socialnimi delavci, iz analize njihovih letnih poročil o delu in problemih, s katerimi se srečujejo, ter iz strokovnih dokumentov. Vprašalnik za socialne delavce je obsegal 37 vprašanj. Izpolnjevanje vsakega vprašalnika je trajalo povprečno po eno uro in pol. Ob izpolnjevanju vprašalnikov so povedali marsikaj zanimivega o svojem delu, kar smo si tudi zabeležili, poskušali vrednotiti in interpretirati.

Obdelali smo vprašanja iz vprašalnikov, ki so nas najbolj zanimala. Pri obdelavi smo uporabili metodo odlaganja in črtkanja. Zaradi skromne populacije, rezultate nismo prikazali v tabelah, ampak v alineah in jih grupirali.

Na podlagi rezultatov vprašalnika in podatkov, ki smo jih dobili ob neposrednih pogovorih s socialnimi delavci in v literaturi smo pripravili sklepe in predloge.

2. Zdravstvene organizacije, v katerih delajo socialni delavci

Socialni delavci rešujejo psihosocialno problematiko bolnikov in drugih oseb v zdravstvenih organizacijah. Njihovo delo se razlikuje glede na dejavnost, ki jo zdravstvena organizacija opravlja. Da bi bolje spoznali to različnost, si bomo ogledali delo socialnih delavcev v njih.

V zdravstvenih organizacijah v Ljubljani je zaposlenih 30 socialnih delavcev, v Univerzitetnem kliničnem centru 19, na Onkološkem inštitutu dva, v Zavodu za rehabilitacijo invalidov SRS štirje ter v zdravstvenih domovih v Ljubljani pet.

Univerzitetni klinični center (UKC) ima 4200 bolniških postelj. V njem je zaposlenih približno 7000 delavcev, od tega 3000 medicinskih sester, 740 zdravnikov, v glavnem specialistov in 19 socialnih delavcev. UKC sprejema bolnike iz Slovenije, pa tudi iz drugih republik Jugoslavije in iz tujine. Je tudi učna baza za Medicinsko fakulteto v Ljubljani. Zdravniki specialisti UKC sodelujejo pri konzilijih v bolnišnicah po vsej Sloveniji, povezani pa so tudi z drugimi zdravstvenimi centri v Jugoslaviji in tujini.

Socialni delavci, ki so zaposleni v UKC, so razporejeni po posameznih zdravstvenih področjih. Tako imajo svojo enoto v Delovni skupnosti skupnih služb UKC, na Univerzitetni psihiatrični kliniki, na Univerzitetni ginekološki kliniki ter na Univerzitetni pediatrični kliniki.

● *Delovna skupnost skupnih služb (DSSS) UKC*

Socialna služba v tej enoti ureja psihosocialno problematiko bolnikov, ki so na bolnišničnem zdravljenju v naslednjih temeljnih organizacijah združenega dela (TOZD): na Dermatološki kliniki, Gastroenterološki interni kliniki, Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Internih klinikah – Zaloška, Interni kliniki bolnišnice dr. Petra Držaja, Kliniki za plastično kirurgijo in opekline, Gastrokirurški kliniki, Kliniki za nevrokirurgijo, Kliniki za kirurgijo srca in ožilja, Travmatološki kliniki, Pediatričnem oddelku kirurških strok, Splošni kirurški ambulantni – oddelek, Kliniki za maksilofacialno kirurgijo, Nevrološki kliniki, Očesni kliniki, Interni gerontološki kliniki Trnovo ter na Inštitutu za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik.

Najpogostejše naloge socialnih delavcev v tej enoti so:

- urejanje domskega varstva po odpustu iz bolnišnice,
- urejanje pravic do zdravstvenega varstva (osebe, ki niso zdravstveno zavarovane),
- urejanje zdravstvene nege in oskrbe na domu po odpustu bolnika,
- aktiviranje patronažne službe,
- preverjanje socialnih razmer bolnika,
- svetovalno delo za delovno prekvalifikacijo bolnika,
- pomoč pri zaposlovanju,
- urejanje plačil UKC za storitve v tujini,
- svetovalno delo za usposabljanje, šolanje bolnikov (zlasti na Centru za mišično prizadete, kjer je populacija sestavljena pretežno iz mladih ljudi).

Socialna služba naj bi pripomogla, da bi se bolniki, ki jih poleg bolezni pestijo še drugi osebni, družinski in delovni problemi, čim bolj počutili v času zdravljenja.

Po možnosti naj bi jim že pred odpustom uredili vse potrebne pogoje za normalno življenje doma, na delovnem mestu oziroma v okolju, v katerega se vračajo. Problemi, ki jih pri bolnikih srečujejo, so največkrat neurejene socialne in družinske razmere ter namestitve v domove, v katere bolniki želijo. Populacija, s katero se največkrat srečujejo, so starejši ljudje, pa tudi otroci, torej po starosti zelo mešana populacija.

Pri mlajših bolnikih – npr. v Centru za mišično prizadete, so najpogostejši problemi pri izbiri šole, poklica, zaposlitve in urejanju raznih oblik zdravstvene pomoči.

Socialni delavci so pri reševanju težav najbolj uspešni pri namestitvi bolnika v razne domove starejših občanov; nemočni pa se počutijo pri reševanju socialnih razmer klatežev, kadar zdravnik odpusti bolnika brez vednosti socialnega delavca v neurejene domače razmere, pri zaposlovanju bolnika in pri reševanju odpusta otrok iz bolnišnice, kadar se starši ne zmenijo za njega, oziroma kljub obvestilom nočejo priti ponj.

V DSSS UKC je zaposlenih pet socialnih delavcev, eden izmed jih je vodja službe. Področje njihovega dela je zelo široko, zato ne spremljajo, oziroma nimajo evidence o prihodu vsakega bolnika v bolnišnico, temveč intervenirajo le ob težjih socialnih primerih. O tem, kdo od bolnikov je potreben pomoči socialne delavke, odloča zdravnik.

Na Centru za mišično prizadete je zaposlen rehabilitacijski svetovalec, ki ima visoko izobrazbo. Na vprašanje, v kakšnih situacijah se počuti najbolj nemočen, je odgovoril, da takrat, kadar cilja ni mogoče doseči zaradi »rigidnosti« institucije.

● *Univerzitetna psihiatrična klinika*

Psihiatrična socialna služba je vključena v vseh treh osnovnih zdravstvenih enotah psihiatrične bolnišnice: v psihiatričnem dispanzerju, v Centru za mentalno zdravje na Poljanskem nasipu in v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana-Polje.

Socialni delavci opravljajo različna dela in naloge. Najpogostejše so:

- iskanje heteroanamnestičnih podatkov – pomoč v diagnostični fazi,
- sodelovanje z delovnimi organizacijami bolnikov,
- navezovanje stikov z bolnikovimi svojci,
- skupinsko in individualno delo z bolniki,
- pomoč pri namestitvi bolnikov v domsko varstvo.

a) Ena od pomembnih nalog psihiatričnega socialnega delavca je **sodelovanje v diagnostičnem postopku**. Pri psihiatričnem bolniku je zmanjšana realitetna kontrola, ker izkrivljeno doživlja okolje in ljudi okoli sebe. Pri nevrotiku ali pri človeku v stiski pa je potencirano subjektivno čustveno doživljanje njegove situacije. Pri nekaterih bolnikih je že iz avtoanamnestičnih podatkov jasno, za katero vrsto bolezni oziroma motnje gre. Pri številnih pa samo iz teh podatkov tega ne moremo jasno razbrati. V takih primerih se v obravnavo vključi socialni delavec tako, da poišče objektivne podatke – heteroanamnezo – pri svojcih, v delovnem okolju oziroma pri ljudeh, ki so bolnika poznali ali so ga že obravnavali (patronažna služba, socialna služba na terenu ipd.) (11).

b) Delo socialnega delavca pri obravnavi bolnika: Delo temelji na reševanju socialnih problemov, na individualni in skupinski socioterapiji.

Na duševno bolezen oziroma na hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici ljudje še vedno gledajo z odporom in strahom. Netoleranca do duševnih bolnikov ima

ČLOVEKA NIKDAR NE BI SMELO BITI SRAM PRIZNATI, DA SE JE ZMOTIL, KAR Z DRUGIMI BESEDAMI POMENI, DA JE DANES PAMETNEJŠI, KOT JE BIL VČERAJ.

Pope

globoke korenine v zgodovini, ko so vse tovrstne bolnike izolirali od »normalne« družbe. Ljudje, ki so »znoreli«, sodijo v bolnišnice za rešetke (11).

Razvoj mentalne higijene in socialne psihiatrije je prinesel velike spremembe v odnosu do duševno bolnih. S sodobnim načinom zdravljenja in z novimi metodami so ustvarjene ugodne možnosti za uspešno obravnavo duševnih bolnikov.

Prvi, s katerimi navežejo stike socialni delavci, so bolnikovi svojci. Začetek dela je najtežji. Podatki, ki jih je že zdravnik ob sprejemu zbral od svojcev, so navadno usmerjeni na opisovanje bolezni in to ponavadi na zadnje faze pred hospitalizacijo. Zelo malo se govori o kriznih situacijah v življenju bolnika, zlasti v družini. Te situacije svojci mimogrede omenjajo kot pomembne dogodke, pogosto celo trdijo, da so družina brez problemov. Vloge psihogeneze za nastanek psihične motnje ali bolezni mnogi ne poznajo ali jo zanikajo. Bolezen je po njihovem mnenju nekaj, kar je nastalo samo po sebi, neodvisno od interakcij bolnika z bližnjim in širšim okoljem. Ob hospitalizaciji psihotičnega bolnika, ki je nemiren, so svojci običajno zainteresirani za sprejem. Srečamo tudi take, ki zanikajo možnost duševne bolezni, ker ne morejo sprejeti dejstva, da je kdo iz družine res duševni bolnik. Prav tako težko sprejmejo svojci potrebo po psihiatrični obravnavi bolnikov z nevrotičnimi motnjami oziroma v kriznih situacijah (11).

Nekateri svojci se na vabilo socialnih delavcev sploh ne odzovejo. Drugi pridejo, vendar izražajo odpor pri sprejemanju psihiatrične prizadetosti, le nekateri so pripravljene proučiti družinske odnose in jih urediti. Socialni delavci opažajo, da svojci rajši pridejo na individualne pogovore s terapevtom kot pa na organizirane skupine za svojce. Izkušnje kažejo, da je zdravljenje dosti uspešnejše, če svojci ves čas hospitalizacije aktivno sodelujejo, kar je, žal, precej redko (11).

Poleg stikov s svojci in terapevti socialni delavci aktivirajo tudi stike med bolniki in svojci. Angažirajo svojce, da bolnika pogosteje obiskujejo v bolnišnici, pripravijo jih na obiske bolnika doma ob vikendih ali na poskusne dopuste.

Za rehabilitacijo psihiatričnega bolnika je zelo važno tudi delo in delovno okolje. Dostikrat sodelavci, predvsem nadrejeni ne uvidijo, da je vzrok določenih težav v bolezni. Če pa to spoznajo, ne poiščejo ustrezne poti, ampak težave rešujejo sami s spremembo delovnega mesta ali s predlogi za invalidsko oceno. Pogosto tudi v delovnih organizacijah delavca, ki je odšel na zdravljenje in je pred tem še kar dobro delal, naredijo za problematičnega, težavnega, čeprav ni bil takšen. Zaradi takšne klime mora psihiatrični socialni delavec pogosto osebno obiskati takšne delovne organizacije, pri katerih skuša razložiti naravo bolnikovih težav in skupno poiskati ustrezne možnosti za bolnika (11).

Če bolnik kljub vsem intervencijam ne more več delati na starem delovnem mestu, je nujno usposabljanje. Podatki Skupnosti invalidskega in pokojninskega zavarovanja SRS kažejo, da so duševne motnje med tistimi skupinami bolezni, pri katerih se invalidske komisije še vedno odločajo za invalidsko upokožitev. Ker se zaposlitvene možnosti čedalje bolj ožijo, se to najbolj kaže pri zaposlovanju psihiatričnih bolnikov. Pri zaposlovanju socialni delavci skoraj vedno poiščejo pomoč skupnosti za zaposlovanje (11).

Obsežno področje dela psihiatričnega socialnega delavca je domsko varstvo. V psihiatrične bolnišnice prihaja vedno več oseb zaradi psihičnih motenj, ki spremljajo staranje. Veliko je takšnih, ki nimajo svojcev ali pa ti nočejo skrbeti zanje, zato jih socialni delavci namestijo v domove za starejše občane. Pojavlja se

vprašanje odnosa do duševnega bolnika v tistih domovih, ki še nimajo vpeljane psihiatrične službe.

Razen možnosti domskega varstva se v zadnjih letih socialni delavci poslužujejo tudi družinske oskrbe. Prepričani so, da je to ena najbolj ustreznih oblik, ker mu daje hkrati možnost, da je samostojen, po potrebi pa tudi zaščiten (11).

Poleg vsega naštetega psihiatrični socialni delavec opravlja še razna druga opravila, ki zadevajo: problem skrbništva, problem razveze zakonske zveze, urejanje zdravstvenega varstva, stanovanjske probleme ter pomoč pri urejanju dokumentacije.

Socialni delavci imajo pomembno vlogo tudi pri preventivi. To je razvidno že iz opisa dela s svojci bolnika, z delovnim okoljem in širšim bolnikovim okoljem.

»Klic v duševni stiski« – preventivna dejavnost je začela uspešno delovati leta 1980. Nekateri socialni delavci so se uspešno vključili kot samostojni svetovalci. Razvoj te dejavnosti predvideva tim zdravstvenih delavcev, med njimi tudi socialnega delavca. Razvoj te službe kaže potrebo po aktivnem spremljanju precejšnjega števila »klicincev v stiski«. Populacija, s katero delajo, je zelo različna: odrasli v kriznih situacijah – nevrotiki, otroci in mladoletniki z različnimi motnjami, psihopati, psihotiki, asocialne osebe, obsojenci, družine alkoholikov od 20–50 let.

Najbolj uspešni so socialni delavci pri svetovalnem delu tako v skupini kot pri delu s posameznikom oziroma takrat, ko spoznajo, da so med svojci ali sodelavci bolnika pridobili ljudi za sodelovanje, da so bolniku pripravljene pomagati in ga razumeti. Pri alkoholikih je uspeh zdravljenja mogoč samo pri družinski terapiji.

Nemočni pa se socialni delavci počutijo ob naslednjih situacijah:

- pri urejanju stanovanjskega vprašanja za bolnika;
- kadar je bolnikovo počutje takšno, da bi lahko opravljal delo, pa ga okolje odklanja;
- pri mladostniku z zelo neurejenimi družinskimi razmerami;
- če ima nizko invalidsko pokojnino, vendar višjo, kot je normativ za denarno pomoč, pa vendar s sredstvi ne more živeti;
- pri samskih alkoholikih in mladih alkoholikih.

Na področju psihiatričnih dejavnosti je v Ljubljani zaposlenih devet socialnih delavcev. Temelji plana razvoja TOZD predvidevajo razvoj in razširitev nekaterih psihiatričnih dejavnosti, kjer naj bi imel svoje mesto tudi psihiatrični socialni delavec.

● *Univerzitetna ginekološka klinika*

Na Univerzitetni ginekološki kliniki se je socialno delo najbolj uveljavilo na področju načrtovanja družine. Novi zakon s področja načrtovanja družine, ki smo ga dobili v Sloveniji leta 1977, obravnava ustavno načelo o svobodnem odločanju o rojstvu otrok (Ur. list SRS, št. 11/19. maj 1977).

Zakon obravnava: preprečevanje nosečnosti (začasno ali stalno), odkrivanje in zdravljenje zmanjšane plodnosti ter umetno prekinitev nosečnosti.

Začasno preprečevanje nosečnosti ali kontracepcija spada v okvir zdravstvenih delavcev; socialni delavec se tu ne vključuje v delo, vendar mora o kontracepciji čim več vedeti.

Poglavje o trajnem preprečevanju nosečnosti ali sterilizacija pomeni novo nalogo za socialne delavce. Dovoljenje za sterilizacijo izda Komisija za prekinitev

nosečnosti. Pravico do sterilizacije ima v Sloveniji vsaka razsodna oseba od 35. leta dalje. Tako se je socialno svetovalno delo razširilo tudi na moške in ženske, ki želijo sterilizacijo (8).

Socialni delavec je vključen v delo z moškimi, ki se želijo sterilizirati, pred sestankom Komisije za prekinitev nosečnosti, na sestanku te komisije, pred operacijo (opravi se po šestih mesecih od izdanega dovoljenja) in približno po enem letu po opravljeni sterilizaciji pri anketiranju, kjer socialni delavci dobijo podatke, kako se počutijo moški (8).

Skoraj enako vlogo ima socialni delavec pri sterilizaciji ženske.

Zakonski predpis je prinesel spremembo tudi pri umetni prekinitvi nosečnosti. Prekinitev nosečnosti, ki ni daljša od 10 tednov, je svobodna odločitev ženske, zahteva jo lahko v vsaki zdravstveni ustanovi, ki je za to specializirana. O prekinitvi nosečnosti od 10. tedna dalje odloča Komisija za prekinitev nosečnosti na podlagi prošnje.

V Enoti za reprodukcijo Univerzitetne ginekološke klinike socialni delavci opravljajo svetovalno delo z vsemi nosečnicami, ki želijo umetno prekiniti nosečnost. Posebnost je tako imenovani »svetovalni krog«, ki ga imajo za vse nosečnice, ne glede na dolžino nosečnosti. Nosečnico obišče socialna delavka pred umetno prekinitvijo, med posegom in po njej.

Posebna pozornost velja rizični skupini nosečnic, to so v glavnem mladoletnice in nosečnice od 40. leta dalje (8).

Socialni delavci so zadovoljni z rezultati svojega dela, ker ženske ne prihajajo po enem mesecu samo na ginekološki pregled, ampak izkoristijo ta čas tudi za pogovor s svetovalcem – socialnim delavcem o svojih občutkih ob prekinitvi nosečnosti. Mnoge probleme, tudi psihične narave, ki so v zvezi s prekinitvijo nosečnosti, lahko reši socialni delavec – svetovalec. Ženske se lažje odločijo za svetovalno pomoč pri socialnem delavcu na omenjenem inštitutu kot za pomoč v Centru za socialno delo ali še težje pri psihiatru (8).

Socialni delavec, ki dela na področju načrtovanja družine, mora poleg metod svetovalnega dela poznati tudi medicinske pojme s področja ginekologije.

V Enoti za reprodukcijo Univerzitetne ginekološke klinike delajo tri socialne delavke. Ena izmed njih je vodja službe. Poleg že zgoraj omenjenega svetovalnega dela opravljajo socialno delo tudi za svoje delavce na Univerzitetni ginekološki kliniki, kar je redka izjema v socialnem delu na področju, ki ga obravnavamo.

Njihovo svetovalno delo je zelo uspešno, nemočne pa se zlasti počutijo, kadar ustrezne skupnosti iz drugih republik nočejo plačati stroškov za bolnico iz njihove republike in pri reševanju stanovanjskega problema bolnic.

● *Univerzitetna pediatrična klinika*

Na pediatrični kliniki so populacija, s katero dela socialna delavka, otroci, ki so tu na zdravljenju, in njihovi starši.

Brez dvoma je problematika v družini, v kateri imajo bolnega ali invalidnega otroka, nekaj posebnega. Bolan otrok je za starše velika življenjska preizkušnja.

Sleherno obolenje vnaša spremembo tudi v otrokovo življenje. V času bolezni se spremenita tudi otrokovo doživljanje in vedenje. Zlasti otrok, ki je težje bolan, doživlja med boleznijo strah pred realnimi nevarnostmi obolenja, bojazen pred

namišljenimi, fantazijskimi nevarnostmi, občutek krivde pred starši, nelagodnost zaradi večje odvisnosti od staršev ali pa se čuti bolj nemočnega in neobgljenega (4).

Mnogi otroci doživljajo v času bolezni občutek krivde ter se jim zdi njihovo obolenje kazen za neobgljivost. V nasprotju z odraslimi, ki večinoma razumejo vzrok svojega obolenja in vedo, zakaj trpijo bolečine ali druge bolezenske nevšečnosti, nima otrok, zlasti dokler je še majhen, prav nobene predstave o vzroku svojega trpljenja. Zaradi tega si večkrat v svoji domišljiji ustvari predstavo, da je njegova bolezen in trpljenje kazen za neposlušnost (4).

Kronično obolenje in invalidnost ustvarjata pri otroku posebne probleme in lahko resneje prizadeneta otrokov osebnostni razvoj. Koliko bosta kronično obolenje in invalidnost vplivala na razvoj otrokove osebnosti, je odvisno predvsem od otrokovih osebnostnih lastnosti, od tega, koliko ugodnih ali neugodnih izkušenj je nabral, preden je zbolel, pa tudi od tega, kako starši sprejemajo njegovo invalidnost. Nekateri starši prično odklanjati invalidnega otroka, ker jim je neprijetno zaradi njegove zunanosti, ker jih otrok materialno obremenjuje ali kako drugače omejuje. V redkih primerih srečamo tudi starše, ki zapirajo oči pred otrokovo prizadetostjo in nočejo priznati niti sebi niti otroku in drugim, da so otrokove sposobnosti zaradi bolezni okrnjene ter bolnemu otroku postavljajo nedosegljive zahteve, predvsem glede šolanja. Za otroka je tudi pomembno, v kateri starosti ga obolenje prizadene. Otrok, ki je invalid od rojstva, lažje prenaša svoje tegobe kot tisti, ki je bil prizadet pozneje in je moral zaradi boleznih spremeniti svoj način življenja (4).

Vpliv obolenja, ki pušča za seboj invalidnost, je odvisen tudi od tega, koliko je prizadeta otrokova zunanost. Otroci, posebno v predpubertetnem in pubertetnem obdobju, so zelo občutljivi za svojo zunanost. Posvečajo ji veliko pozornost in že pri zdravih otrocih srečamo vrsto problemov zaradi neznatnih hib. Obenem pa so ostri opazovalci zunanosti svojih vrstnikov in s porogljivimi vzdevki zelo kruti (4).

Seveda nastajajo tudi problemi, ki so povezani z nego bolnega otroka doma, z otrokovim odhodom v bolnišnico, z obiski v bolnišnici in potem spet z vključevanjem v domače okolje.

Na pediatrični kliniki dela samo ena socialna delavka, in sicer samo za nevrološki in pedopsihiatrični oddelek.

Njene najpogostejše naloge so: razvrščanje otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter sodelovanje v timu pedopsihiatričnega oddelka.

Problemi, ki jih srečuje, so težki, posebno pri kronično bolnem oziroma invalidnem otroku. Svetovalno delo za starše je izredno pomembno in zahtevno. Njegov cilj je, da starši sprejmejo bolnega otroka. Velikokrat mora socialni delavec posredovati, ker starši ne prihajajo na obisk k bolnemu otroku. Kadar ni možnosti, da se otrok po odpustu vrne v svojo družino, mora socialni delavec namestiti otroka v rejniško družino.

Ob bolnemu otroku se poleg čustvenih problemov pojavljajo tudi različni praktični problemi družine (ali naj mati ostane doma in neguje otroka), problemi z otrokovim šolanjem in prešolanjem. Značilno je, da so obravnave socialnega delavca bolnega otroka in njihove starše, zelo kratke, večinoma so omejene na čas hospitalizacije otroka. Po hospitalizaciji oziroma že med njo se starši oziroma bolniki usmerijo v druge pristojne institucije. To je predvsem zaradi pomanjkanja socialnih delavcev na tej kliniki.

·Najbolj uspešno je svetovalno delo, najbolj nemočno pa se socialna delavka počuti pri urejevanju stanovanjske problematike družine bolnikov.

● *Onkološki inštitut*

Iz statističnih poročil zremo, da so rakasta obolenja po številu druga v skupini bolezni (prva so bolezni srca in ožilja) in drugi najpogostejši vzrok smrti. Rakasta obolenja imajo podobne posledice kot druge kronične bolezni, le da je potek velikokrat precej hitrejši. Poleg drugih težav pa so bolniki z rakom pod močnim duševnim pritiskom, da je to neozdravljiva bolezen. Zato jih ob diagnozi rak zgrabi paničen strah in izgubljajo voljo do življenja. Žal malo ljudi ve, da je vsak tretji rak ozdravljiv. Ljudje pogosto gledajo na rakaste bolnike kot na izobčence in se jih izogibajo ali jih skušajo izolirati. Socialna delavka mi je v pogovoru povedala, da se zgodi – in to ne tako zelo redko, da svojci rakastega bolnika nočejo več domov. Ena od težjih posledic raka je tudi dejstvo, da je zdravljenje rakastega obolenja pogosto povezano z izgubo nekega organa ali z izgubo funkcije nekega organa (odstranitev dojke, debelega črevesa, dela pljuč).

Medicinsko-socialna služba Onkološkega inštituta je bila ustanovljena leta 1959 kot posebna strokovna enota inštituta in je sestavni del zdravstvene službe.

Program dela te službe vključuje naslednje dejavnosti: medicinsko patronažna, socialna, zdravstveno vzgojna in prosvetna dejavnost.

Medicinsko patronažna dejavnost obsega:

- nudenje pomoči bolniku in njegovim svojcem ob sprejemu na zdravljenje,
- psihična priprava bolnika na zdravljenje (v primeru, ko bolnika spremlja strah pred operacijo, obsevanjem in ne nazadnje strah pred smrtjo),
- dajanje navodil in nasvetov bolniku in njegovim svojcem pri negi in prehrani ob odpustu,
- organizacija zdravstvene nege na domu in domače nege – za bolnike, ki živijo sami (vključevanje zdravstvene službe in RK),
- posredovanje ortopedskih pripomočkov – izdajanje receptov zanje,
- urejanje premestitve bolnikov v področne bolnišnice,
- posredovanje zdravljenja v tujini, ki sicer pride v poštev v izjemnih primerih, vendar zahteva pripravo medicinske dokumentacije in delno sodelovanje v postopku z Zdravstveno skupnostjo Slovenije,
- zdravstvena prosveta bolnikov,
- skupinsko delo z bolniki.

Socialna dejavnost zajema:

- reševanje varstva otrok v času hospitalizacije matere. To delo obsega urejanje namestitve otrok v vzgojnovarstvene ustanove, vključitev šolskih otrok v šolsko varstvo, oddajo otrok v rejniške družine in domove ali v posvojitev,
- posredovaje bolniških in izrednih dopustov bolnikovim svojcem, če je le-ta odvisen od tuje pomoči in postrežbe,
- posredovanje denarne pomoči bolnikom, pri katerih je ogrožen osnovni življenjski standard zaradi daljše nesposobnosti za delo,
- posredovanje stalne družbene denarne pomoči socialno ogroženim bolnikom,

- posredovanje denarne pomoči za plačilo stroškov zdraviliškega zdravljenja za bolnike, ki jim pristojna zdravniška komisija ne odobri zdravljenja zaradi stabilizacijskih razmer. V tem primeru socialni delavec zaprosi za pomoč delovno organizacijo bolnika,
- nudenje pomoči pri reševanju stanovanjske problematike bolnika,
- nudenje pomoči bolniku in njegovim družinskim članom v primeru razveze zakona zaradi bolezni,
- posredovanje oskrbe oziroma namestitve v domove za starejše občane,
- urejanje statusa zdravstvenega zavarovanca bolnikom, ki niso zdravstveno zavarovani,
- posredovanje medicinske dokumentacije pristojnim službam v primeru predčasne upokojitve,
- izdelava predlogov in sodelovanje z delovnimi organizacijami, kadar gre za premestitev bolnika na lažje delo, na delo s skrajšanim delovnim časom ipd.,
- izdajanje raznih potrdil, s katerimi bolniki uveljavljajo povračilo stroškov za nabavo nujnih potrebnih zdravil, če jih ni na domačem tržišču,
- sodelovanje pri pripravi kulturnih programov za bolnike.

Zdravstveno prosvetna dejavnost obsega sodelovanje pri pouku študentov medicine, višjih in srednjih zdravstvenih šol, pri dopolnilnem izobraževanju zdravnikov splošne prakse in patronažnih sester.

Medicinsko-socialno službo na inštitutu opravljata dve socialni delavki. Populacija, s katero se največ ukvarjata, so moški in ženske od 35 do 65-tih let.

Delo socialnih delavk je zelo pestro, saj so njihove naloge zelo obsežne, hkrati pa zelo naporno, saj zahteva veliko fizičnega in psihičnega napora in tudi medicinskega znanja, zato sta obe socialni delavki tudi medicinski sestri.

Njuno delo je uspešno, najbolj nemočni se počutita pri posredovanju raznih denarnih pomoči in reševanju stanovanjske problematike.

● *Zavod za rehabilitacijo invalidov SRS*

Invalide imenujemo osebe s prizadetimi kostmi ali mišicami. Glede na različna obolenja, ki imajo za posledico invalidnosti in glede na del telesa, ki je prizadet, razlikujemo razne vrste invalidnosti: od ohromelosti ene same mišične skupine do ohromelosti celega telesa. Invalidnost je lahko prirojena ali pa pride do nje v poznejših letih življenja zaradi bolezni ali nesreče. Ljudje s prirojeno invalidnostjo lažje sprejemajo svojo invalidnost kot tisti, ki so jo pridobili kasneje bodisi zaradi bolezni ali nesreče.

Osebnostne in socialne posledice invalidnosti so zelo različne glede na to, kdaj nekdo postane invalid: v predšolskem obdobju, v času šolanja, v puberteti ali po njej. Različne so tudi glede na to, ali postane invalid oče ali mati, če je zaposlen eden ali oba starša, če sta zakonca brez otrok, če pride do ločitve med zakoncema itd. Invalidnost, npr. tudi drugače prizadene otroka, ki živi na deželi in ni bil rehabilitiran. Drugače je z invalidom, ki si je pridobil poklic kot z invalidom brez poklica. Vse to je povezano s stopnjo in vrsto invalidnosti. Velik socialni problem nastane pri osebi, ki se mora zaradi invalidnosti preusmeriti v drug poklic ali če sploh ne more opravljati nobenega poklica več. Pri nekaterih oblikah invalidnosti je rehabilitacija mogoča, celo uspešna, pri drugih pa tudi ne.

Na Zavodu so zaposleni štirje socialni delavci. Najpogostejše naloge, ki jih opravljajo, so:

- delo z invalidi v zvezi s poklicno in medicinsko rehabilitacijo,
- nudenje psihosocialne pomoči rehabilitantom in svojcem, da sprejmejo invalidnost,
- pomoč pri urejanju nastanitve rehabilitanta v domačo ali domsko oskrbo,
- pomoč pri zaposlitvi ali preusmeritvi v drug poklic.

Pri svojem delu se srečujejo z različnimi problemi. Ti so objektivne in subjektivne narave. Objektivni problemi nastajajo predvsem zaradi zmanjšane ekonomske možnosti družbe. Skrčeni so programi za razvoj družbenega standarda invalidnih oseb. Socialni delavec je omenil, da največkrat naleti na probleme, pri katerih zunanje družbene strukture, ki bi morale reševati problematiko invalidov, tega ne naredijo. Problemi subjektivne narave nastajajo pri prilagajanju in sprejemanju invalidnosti tako pri samem rehabilitantu kot pri svojcih.

Socialni delavci so najbolj uspešni pri svetovanju – pri osebnih oblikah pomoči. Najbolj nemočni pa se počutijo pri reševanju stanovanjske problematike invalidov in pri nudenju materialne pomoči, ker so denarna sredstva v zadnjem času zelo omejena.

● *Zdravstveni dom Ljubljana*

Od vseh zdravstvenih domov v Ljubljani se je socialno delo doslej uveljavilo samo na Mentalno higienskem oddelku za predšolske otroke. V enoti Vevče je socialno delo vključeno v patronažno službo.

Mentalno higienski oddelki za predšolske otroke pri otroških dispanzerjih opravljajo mentalno higiensko varstvo predšolskih otrok po sodobni metodologiji svojih strok. Osnovni cilj je varovanje in krepitev duševnega zdravja otrok in čimprejšnje odkrivanje bolezni, korektivno terapevtsko delo, habilitacija in rehabilitacija otrok z duševnimi težavami in motnjami ter odkloni v psihomotoričnem razvoju.

Na vsakem oddelku je zaposlen po en socialni delavec. Najpogostejše njegove naloge so:

- proučevanje in odpravljanje škodljivih vplivov na razvoj otroka,
- pogovori s starši mentalno, fizično in kombinirano prizadetih otrok,
- delo z razvojnimi oddelki pri vzgojnovarstvenih ustanovah, kjer so otroci v varstvu
- sodelovanje v komisiji za razvrščanje otrok.

Populacija, s katero socialni delavci največ delajo, so predšolski otroci in njihovi starši. Pri tem se srečujejo najpogosteje z naslednjimi problemi:

- precenjevanje mentalne zmogljivosti s strani otrokovega ožjega okolja,
- stanovanjska problematika v družini,
- neurejeni odnosi v družini, alkoholizem, nezaposlenost,
- varstvo prizadetih otrok iz okoliških krajev občine.

Socialni delavci menijo, da so pri svojem delu najbolj uspešni pri urejanju varstva za otroke, pri urejanju odnosov v družini; najbolj nemočni se počutijo v situaciji, ko starši ne morejo sprejeti otrokove prizadetosti.

V zdravstveni enoti Vevče je socialna služba vključena v patronažno dejavnost. Ena izmed patronažnih sester je tudi socialna delavka. Njena naloga je

patronažna socialno-medicinska obravnava vseh kategorij prebivalstva. Populacija je zelo pestra: dojenčki, nosečnice, starejši ljudje, bolniki s tuberkulozo, duševni bolniki, alkoholiki itd. Problemi, s katerimi se socialna delavka srečuje, so zlasti: neuspešno zdravljenje alkoholikov, osamelost starčkov, sprejemanje dojenčkov v jasli, obremenjenost žena itd. Najtežje je urediti sprejem dojenčka v jasli in sprejem starejših občanov v domove.

3. Problemi, ki jih imajo socialni delavci v zdravstvu

Število socialnih delavcev v ljubljanskih zdravstvenih organizacijah je glede na obseg dela in število bolnikov oziroma na njihovo kapaciteto zelo majhno. Že podatek, da ima UKC kapaciteto 4200 postelj in zaposlenih 7000 delavcev, od tega 3000 medicinskih sester in 740 zdravnikov in samo 19 socialnih delavcev, dovolj zgovorno kaže, da socialni delavci še niso enakopravno vključeni v proces zdravljenja bolnikov. Ne morejo se posvetiti vsakemu bolniku in tudi za tiste, ki jih obravnavajo, zaradi preobremenjenosti nimajo dovolj časa. Le na področju psihiatričnih dejavnosti (devet socialnih delavcev), na področju načrtovanja družine, na področju onkologije in rehabilitacije invalidov se je socialno delo malo bolj uveljavilo. O večdisciplinarnem načinu obravnave vsakega bolnika še ni govora.

Socialna delavka pediatrične klinike je v pogovoru povedala, da nastajajo težave zaradi premajhnega števila socialnih delavcev in premajhne informiranosti nekaterih zdravnikov o socialnem delu (tako prihaja do nepotrebnih, neutemeljenih zahtev do socialnega delavca). Zaradi prevelikih zahtev pride pogosto do nepoglobljenega in nesistematičnega dela z bolniki. Do izboljšanja in poglobljenega dela na pediatrični kliniki bi lahko prišlo le z nastavitvijo več socialnih delavcev in z večjo povezanostjo in sodelovanjem zdravstvenih in socialnih delavcev.

V zdravstvenih organizacijah delujejo tudi tako imenovani timi, sestavljeni iz zdravstvenih delavcev in drugih terapevtov. Anketa je pokazala, da socialni delavci sodelujejo v timu.

Samo ena socialna delavka je odgovorila, da ne sodeluje v timu, ker ga preprosto nimajo. 21 socialnih delavcev se pri svojem delu počuti enakovredno z drugimi člani tima, predvsem socialni delavci na področju psihiatrije, ginekologije in rehabilitacije. V podrejenem položaju se počuti šest socialnih delavcev: trije socialni delavci so odgovorili, »da je socialni delavec orodje zdravnika«, en socialni delavec pravi, da je tega kriva stereotipnost in miselnost nekaterih posameznikov, s katerimi dela: dve socialni delavki se počutita v podrejenem položaju zaradi odvisnosti od zdravnika. Dve socialni delavki sta odgovorili, da se počutita enakovredno oziroma v nadrejenem položaju, ker ju zdravniki sprašujejo, kako bi uredili to ali ono v zvezi z bolnikom in njegovimi problemi in tudi zato, ker sta sami odgovorni za svoje delo, ki obsega zelo veliko dejavnosti. To sta socialni delavki Onkološkega inštituta, ki sta po poklicu tudi medicinski sestre. Poleg socialne problematike dobro poznata tudi zdravstveno nego rakavega bolnika in se zato bolniku lažje približata.

SPOSOBNOST BREZ VPLIVNOSTI JE PRAV TAKO NEMOČNA KOT VPLIVNOST BREZ SPOSOBNOSTI.

Le Bon

V pogovoru so socialni delavci povedali, da so odvisni od zdravnikov zato, ker rešujejo probleme po njihovi presoji oziroma tam, kjer se njim zdi potrebno. Zdravnik zahteva predvsem hitro intervencijo, npr. v otrokovem okolju (vrtec, šola, delovna organizacija staršev) ali poizvedbo o otrokovih starših (morebitna odstranitev otroka iz družine).

Socialna delavka na Zavodu za rehabilitacijo SRS je pripomnila, da je strokovno delo dandanes mogoče le v dobrem timskem delu, kjer so vsi člani v enakopravnem položaju. Sama se v timu dobro počuti in je povsem enakopravna. Problemi invalidne osebe so vsestranski, zato jih je mogoče reševati le z dobro usklajenim delom, kjer je vsak član tima odgovoren za svoje področje. Na omenjenem zavodu tim sestavljajo zdravnik, socialni delavec, psiholog, defektolog in delovni terapevt. Le takšen način obravnave bolnika je lahko uspešen.

Metode socialnega dela v psihiatriji in vloga socialnega delavca pri delu s psihiatričnimi bolniki so postale sestavni del psihiatrične obravnave. To je vodilo socialne psihiatrije, ki je zasnovana na timskem delu. Bistvena vsebina dela socialnega delavca v psihiatričnem timu je sodelovanje pri diagnostični obravnavi bolnika in pri vzpostavljanju stikov z okoljem, iz katerega je prišel oziroma, v katerega se bo po zdravljenju vrnil.

4. Lastnosti socialnih delavcev v zdravstvu

Socialnega delavca oblikujejo družbeni odnosi, vloga socialnega dela v družbi ter načela socialne politike in socialnega dela. V naši družbi se od socialnega delavca pričakuje, da ima ustrezno strokovno znanje, osebne lastnosti, ki jih lahko imenujemo lastnosti zrele osebnosti, in da je družbeno in družbenopolitično aktiven (7).

Strokovno znanje

Strokovno znanje socialni delavec pridobi v vzgojnoizobraževalnem procesu, ki vključuje tudi usposabljanje za delo. Že na prvi jugoslovanski konferenci leta 1960 so ugotavljali, da lahko strokovno socialno delo uspešno opravljajo le tisti ljudje, ki imajo veliko strokovno znanje, ki je potrebno za socialno delo, in sicer:

- poznavanje in spremljanje razvoja družbe sploh, posebej družbenih in medsebojnih odnosov v naši socialistični družbi zaradi iskanja ustreznih postopkov, ukrepov in metod dela s skupinami in posamezniki ter uporabe potencialnih družbenih sil,

- poznavanje človeka kakor tudi zunanjih in notranjih dejavnikov, ki vplivajo na oblikovanje njegove osebnosti,

- poznavanje predpisov, ki jih je naša družba že sprejela ter iskanje ustreznih oblik skrbi za človeka po načelih socialističnega humanizma ne glede na to, če je to že vsebovano v zakonodaji ali ne,

- poznavanje metod dela s posamezniki, ki potrebujejo strokovno pomoč,

- poznavanje služb in ustanov, ki jih je naša skupnost že organizirala za občane zaradi zadovoljevanja njihovih življenjskih potreb,

- poznavanje upravnega in administrativnega postopka povsod tam, kjer gre za uveljavljanje pravic po tej poti.

Če danes ta področja znanj nekoliko bolj kritično pogledamo, bi dodali še potrebo po poznavanju drugih metod socialnega dela: socialno delo s skupino,

skupnostno socialno delo, raziskovanje v socialnem delu in metodo strokovne pomoči in nadzora ali supervizije (7).

Večina socialnih delavcev meni, da je pri njihovem delu enako važno strokovno znanje ($f = 20$) in osebnostne lastnosti ($f = 20$), družbeno in družbenopolitične aktivnosti so na tretjem mestu ($f = 2$). Dve socialni delavki menita, da je za uspešnost dela pomembno vse troje.

Osebnostne lastnosti

Socialni delavec naj bi imel ustrezne osebnostne lastnosti, ki jih lahko imenujemo lastnosti zrele osebnosti.

Komunikativnost je bistvena lastnost socialnega delavca in pogoj za opravljanje poklicnega dela. Sposoben mora biti za vzpostavljanje hitrega, neposrednega in toplega stika z ljudmi (7). To še posebno velja za socialne delavce v zdravstvu, ki se pri svojem delu več ali manj srečujejo z bolniki, ki so še posebno občutljivi.

Čustvena uravnovešenost socialnemu delavcu omogoči, da prenaša napore, povezane z opravljanjem njegovega dela, da ustrezno reagira na različne situacije. Čustvena stabilnost je socialnemu delavcu v zdravstvu zelo potrebna, saj se srečuje z ljudmi, ki različno doživljajo svojo stisko in bolezen. Socialni delavec se ne sme prepustiti pretiranemu sočustvovanju, ker bi to pomenilo zmanjšano objektivno presojo, hkrati pa pokazati, da do njegove usode ni ravnodušen (7). Pri bolnikih mora vzbujati zaupanje in občutek, da jim hoče pomagati kot človek, ne samo po uradni dolžnosti.

Čustvena uravnovešenost socialnega delavca je zelo pomembna tudi pri spoštovanju poklicne skrivnosti.

Vztrajnost socialnemu delavcu pomaga, da vztraja pri rešitvah, ki so optimalne ali vsaj mogoče. Vztrajnost je, npr. zelo potrebna pri delu z alkoholiki, kajti možnosti za »pravo« zdravljenje alkoholikov so omejene zaradi odporov alkoholikov samih, ki ne morejo razumeti prizadevanj terapevta; zaradi odporov članov njegove družine, ki ne želijo spremeniti svojega vedenja zaradi velike množice »zmernih pivcev«, ki izražajo odkrite in prikrite odpore proti zdravljenju, ki zahteva popolno abstinenco. Socialni delavec – terapevt mora biti zelo vztrajen pri delu, če hoče, da je vsaj delno uspešen.

Življenjski optimizem je socialnemu delavcu potreben pri iskanju konkretnih rešitev za ljudi, ki so bolni in so se znašli v psihosocialnih težavah ali so te celo vzrok bolezni (7). Pri tem ne gre za nerealni optimizem, ki bi socialnega delavca oddaljeval od stvarnosti in od življenja, temveč optimizem v odnosu na možno spreminjanje resničnosti. Socialni delavec mora imeti vero v ljudi in v možnost pozitivnega vpliva na njihovo osebnost, iskati mora predvsem njihove pozitivne lastnosti, jih spodbujati in odpravljati negativne, ter jim pomagati pri samouresničevanju in samostojnosti. Zakaj se npr. ne bi prizadevali, da bi invalidi dosegli najvišjo stopnjo resocializacije, vključitve v družbeno življenje in delo (12).

Analiza odgovorov je pokazala, da je komunikativnost ($f = 17$) na prvem mestu, na drugem mestu je čustvena uravnovešenost ($f = 15$), ki jo socialni delavci v zdravstvu potrebujejo. Na tretjem mestu je vztrajnost ($f = 9$) in nato življenjski optimizem ($f = 6$).

Enak odnos, kakor do spreminjanja posameznikov, mora imeti socialni delavec tudi do socialnih problemov in reševanja družbenih vprašanj. Zaupati mora v

pozitivne družbene sile v svojem okolju in se z njimi povezovati in jih spodbujati v prizadevanju za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer in za boljše sožitje med ljudmi (7).

Vsak socialni delavec lahko v svojem delovnem in življenjskem okolju prispeva delček k **uresničevanju socialističnega humanizma**, vsi socialni delavci, povezani preko društva socialnih delavcev v enotno fronto naprednih socialističnih sil, pa lahko z aktivnim delovanjem v vseh okoljih nedvomno veliko stofijo za stalno pozitivno spreminjanje družbenih razmer (7).

Socialni delavci v zdravstvenih institucijah sodelujejo v raznih samoupravnih organih znotraj svoje delovne organizacije, prav tako tudi v raznih organizacijah in društvih zunaj svoje delovne organizacije. Največ jih sodeluje v sindikatu in raznih socialnih komisijah in delegacijah.

Zunaj delovne organizacije se socialni delavci vključujejo in sodelujejo: v Skupščini socialnega skrbstva Ljubljana-Center, v Gerontološkem društvu – socialni sekciji (v to so vključene tri socialne delavke, ki delajo pretežno z bolnimi starejšimi občani), pri Rdečem križu, v svetu za varstvo družine pri občinski skupnosti socialnega skrbstva, v raznih skrbstvenih komisijah pri krajevni skupnosti, v delegacijah samoupravne interesne skupnosti za zdravstvo.

5. Metode socialnega dela v zdravstvu

Metode socialnega dela so načini, sredstva in oblike delovanja v socialnem delu. Metoda je dejavnik zavestno izbranih ter strokovno znanstveno vodenih postopkov v dobro organiziranem socialnem delu. Pri metodah socialnega dela gre za načine razreševanja zapletenih nasprotij med osebnostjo in družbenimi skupinami ter družbeno skupnostjo. Pri tem metode socialnega dela vedno obravnavajo človeka in njegove potrebe celovito, tako da upoštevajo biološke, psihološke, socialne in ekonomske ter druge vidike njegovega obstoja (7).

Socialni delavci, ki smo jih anketirali, uporabljajo pri svojem delu naslednje metode socialnega dela:

- skupnostno socialno delo,
- raziskovanje v socialnem delu,
- socialno delo s skupino,
- socialno delo s posameznikom,
- strokovno pomoč in nadzor – supervizija.

Analiza odgovorov je pokazala, da uporabljajo največ metodo socialnega dela s posameznikom ($f = 26$). Z njo pomagajo posameznemu bolniku pri reševanju njegovih psihosocialnih težav, ki so nastale v zvezi z boleznijo ali pa neodvisno od nje.

Na vprašanje, na kakšen način vzpostavljajo socialni delavci stik z bolniki na Univerzitetni ginekološki kliniki, jih je največ odgovorilo, da na intervencijo zdravnika ali medicinske sestre ($f = 17$).

Socialni delavec naveže stik z bolnikom tudi na njegovo željo ($f = 15$), zlasti socialni delavci na področju načrtovanja družine in psihiatrije. Dve socialni delavki sta odgovorili, da vzpostavljata stike na vse načine, odvisno od primera.

Metoda socialnega dela s skupino je na drugem mestu metod, ki jih uporabljajo socialni delavci v zdravstvu. Ta se je uveljavila posebno na področju psihiatričnih dejavnosti. Tam delujejo t. im. socioterapevtske skupine, katere član je tudi

socialni delavec. Te skupine imajo za cilj prevzgojo in resocializacijo, npr. otrok in mladostnikov s psihosocialnimi motnjami, alkoholikov itd. To je aktivno sodelovanje bolnikov in terapevtskega osebja:

- vsi člani pomagajo drug drugemu, pri čemer je pomoč osebja bolj smotrna in dosledna;

- najbolj revolucionarno, pa vendar osnovno načelo terapevtske skupnosti, enakopravnost in demokratičnost v skupini, sta zagotovljena z odstranjevanjem mej med osebjem in bolnikom ter hierarhije v timu;

- vsi člani skupine še zanimajo za razvijanje svobodnih in neposrednih medsebojnih komunikacij;

- bistvo usmerjenega in optimalnega terapevtskega delovanja je sestanek terapevtske skupnosti, za katerega izid so odgovorni vsi člani; tudi sodelovanje v vodenju je skupna naloga vseh;

- ker je terapevtska skupnost začasno bivališče, v katerem je edina konstanta oddelčni tim, so vsi skupni naporji usmerjeni v vrnitev bolnika v njegovo socialno okolje, zaradi česar ima terapevtska skupnost značaj odprtosti (10).

Posamezni oddelki, kjer teče življenje in zdravljenje v smislu omenjenih zakonitosti terapevtske skupnosti, razvijajo tudi posebnosti, zaradi katerih se med seboj bistveno razlikujejo. Terapevtske skupnosti razvijajo horizontalen način sproščenega in emocionalnega komuniciranja med osebjem in bolniki in tako sledimo namenu aktivne rehabilitacije, ki onemogoča ustvarjanje pogojev, v katerih je bolnik pasivni sprejemalec reda, obravnave in varstva v ustanovi in obenem brez občutka odgovornosti za potek lastnega zdravljenja (10).

6. Reševanje psiho-socialnih težav bolnika in oblike pomoči

Socialni delavci dajejo pri reševanju psihosocialnih težav bolnikov pretežno osebne oblike pomoči ($f = 25$), to so svetovanje in prevzgoja. Stvarne oblike pomoči so na drugem mestu ($f = 10$), predvsem gre za zaposlovanje in razne oblike denarne pomoči. Ena socialna delavka je odgovorila, da daje materialne oblike pomoči le takrat, če so druge neuspešne ali pa je krizna situacija taka, da so utemeljene.

Pri reševanju težav bolnikov se socialni delavci povezujejo s sodelavci v TOZD, kjer so zaposleni, z organi in organizacijami v TOZD, z zunanjimi strokovnjaki in institucijami ter z organizacijami združenega dela zunaj OZD, kjer delajo. Največ se povezujejo pri svojem delu z zunanjimi strokovnjaki in institucijami, najmanj pa se povezujejo z organi znotraj OZD.

V pogovoru smo ugotovili, da se pri svojem delu precej povezujejo s centri za socialno delo, ki so pristojni za določenega bolnika v kraju. Povezujejo se tudi z OZD, kjer je bolnik zaposlen, zlasti pri premestitvi na lažje delovno mesto. Prav tako se povezujejo tudi z zdravstvenimi organizacijami, ki so pristojne v določenem kraju, in s patronažno službo. Socialni delavci večino svojega delovnega časa porabijo za delo z ljudmi ($f = 30$).

Ker ima socialni delavec v zdravstvenih institucijah opravka pretežno z bolniki, je zelo važno, da ima pravilen odnos do bolnika.

Ali se psihologija bolnika razlikuje od psihologije zdravih ljudi? Predno se poglobimo v psihološke lastnosti posameznih bolnikov, moramo upoštevati:

- na enake bolezenske vzroke odgovori vsak na svoj način, ustrezno s svojimi podedovanimi in pridobljenimi lastnostmi;
- vsaka bolezen na svoj način oblikuje bolnikovo osebnost. Drugače se, npr. vedejo ljudje, ki so invalidi od rojstva, kot ljudje, ki so postali invalidi že v zreli dobi svojega življenja. Prav tako se srčni bolniki razlikujejo od ljudi, ki imajo rano na želodcu ali dvanajstniku;
- socialni delavec mora upoštevati tudi svojo psihologijo, s katero ocenjuje psihologijo bolnika in drugih ljudi.

Kljub razlikam imamo nekaj lastnosti, ki so skupne vsem bolnikom: reagira negativno ali pozitivno.

Negativne reakcije in njihove posledice: Osnovne čustvene reakcije bolnika, ki zboli ali postane invalid, je občutek manjvrednosti. Ni več tako močan, sposoben kot drugi, nima več pravega mesta v družbi, prav tako ne veljave, ki jo je imel pred invalidnostjo.

Prvo, kar naj bi storil socialni delavec, ko pride v stik z bolnikom in invalidom, je, da mu iskreno pokaže, da želi njegovo čim hitrejšo okrevanje, rehabilitacijo. Z resničnimi razlogi (seveda, če ti obstajajo) mu mora pokazati, da je njegova vrednost za domače, za okolje, kjer je prej živel, za prijatelje itd., nespremenjena. Pod vplivom občutka manjvrednosti zavzame bolnik lahko negativen odnos tako do sebe kot do okolice.

V odnosu do sebe čuti veliko negotovost, predvsem zaradi svoje prihodnosti, ki lahko rodi malodušje, zaradi katerega lahko postane neaktiven. Socialni delavec naj bi ga v svetovalnem delu ohrabil in mu pomagal pri rehabilitaciji, da v resnici doseže določen objektivni uspeh.

Še ena negativna reakcija je mogoča – tako pri bolniku kot v okolici, da bolnik bolezen oziroma invalidnost odklanja. Ta reakcija je izraz odnosa do neuresničenih sanj. Negativni odnos do okolice ima ponavadi dve obliki, ki sta istočasni: bolnik se popolnoma prepusti skrbi okolice, kakor da je otrok, toda nenadoma se upre takemu načinu življenja in s silo zahteva svobodo in neodvisnost. Neredko se zgodi, da okolica takemu bolniku obrne hrbet in njegovo stanje s tem še poslabša. Dejansko bi si moral socialni delavec prizadevati, da bi bolnik dosegel čim večjo samostojnost in se spet vključil v normalno življenje. Na podoben način bi si moral pomagati bolnik, da se reši občutka odtujitve, ki ga opiše z besedami: »nisem več takšen kot drugi«, »ljudje me ne razumejo in tudi jaz jih ne razumem«.

Z bolnikom in invalidom mora socialni delavec ravnati kot s sebi enakopravnim, pustiti mu mora, da uveljavi svoje upravičene zahteve, in mu pokazati, da zaradi bolezenske prizadetosti ni izločen iz človeške družbe.

Pozitivne reakcije: Bolniki nas velikokrat presenečajo s svojo rahločutnostjo, ki se ne bi smela sprevreči v občutljivost. Nekateri so tudi neverjetno sposobni, da razumejo drugega v njegovem telesnem in duševnem trpljenju. Zato lahko ostanejo tudi dobri prijatelji. Duševno svežino odkrivajo z izrednim občutkom za lepoto v slikarstvu, kiparstvu, glasbi ali poeziji. Estetski čut je pri mnogih zelo razvit, celo pri otrocih, ki so telesno prizadeti. Njihove sposobnosti se pokažejo, če jim omogočimo, da se srečajo s primernimi sredstvi. Socialni delavec mora pri svetovanju pomagati, da se razvijajo pri bolniku pozitivne reakcije.

Psihiatrična socialna delavka porabi precejšen del svojega časa za raziskova-

nje v socialnem delu. Raziskovanje naj bi bilo sestavni del katerekoli od metod socialnega dela. Raziskovanje prispeva k novim strokovnim spoznanjem, dograjuje se teorija socialnega dela v zdravstvu, po drugi strani pa je namenjeno sprejemanju praktičnih odločitev pri obravnavi socialnih pojavov.

7. Temeljni cilji socialnega dela in vpliv zaostrenih gospodarskih razmer

Temeljni cilji dela socialnih delavcev v zdravstvu se razlikujejo od specifičnosti zdravstvene organizacije, kjer so zaposleni socialni delavci. Njihov skupni cilj pa je nudenje vsestranske pomoči bolnikom.

Socialna delavka Univerzitetne pediatrične klinike je odgovorila, da so temeljni cilji dela na tej kliniki naslednji:

- pomoč timom pri diagnostiki in zdravljenju,
- preprečevanje nastajanja socialnih problemov ob bolnem otroku,
- uspešno vključevanje ozdravljenega oziroma kronično bolnega otroka v njegovo socialno okolje.

Gospodarska kriza se odraža predvsem v strahu staršev za prihodnost svojih otrok in njihovo soočanje z materialnimi težavami. Vedno več staršev želi oddati otroka (duševno ali telesno prizadetega) v zavod zaradi ekonomskih težav (nezaposlenost matere, problem varstva).

Na področju psihiatrije so cilji socialnega dela predvsem:

- sodelovanje v oddelčnem timu, ki pomaga bolnikom pri njihovih težavah,
- pomoč zdravniku pri diagnostiki zaradi podatkov, ki jih socialni delavec zbere v širšem in ožjem okolju bolnika,
- ponovna vključitev bolnika v okolje, iz katerega izhaja, da bo v njem živel v nekem sožitju s samim seboj in z ljudmi okoli sebe,
- reševanje problemov mladostnikov,
- pomoč bolniku pri njegovih težavah, ki ovirajo ali slabšajo njegovo zdravljenje.

Psihiatrična socialna delavka meni, da čedalje več ljudi išče pomoč na Centru za mentalno zdravje zaradi raznih kriznih situacij, ki jih povzročajo zaostrene ekonomske razmere. Prav tako je manj možnosti za zaposlitev psihiatričnega bolnika. Pojavljajo se tudi primeri, da ljudje ob redni zaposlitvi brez izostankov z dela s svojim dohodkom ne morejo več zadovoljevati najosnovnejših potreb. Veča se tudi število nevrotičnih obolenj zaradi slabih odnosov med sodelavci. Zahtev za upokožitev delavcev, ki so veliko v bolniškem staležu, je vedno več.

Na kirurških in internih klinikah je temeljni cilj socialnega dela predvsem čim hitrejši odpust bolnika v domačo oskrbo oziroma v ustrezno ustanovo (praznjenje postelj). Sedanja družbenoekonomska situacija se odraža v tem, da je ležalna doba v bolnišnicah zmanjšana na minimum, zato mora socialna služba čim hitreje rešiti odpust bolnika iz bolnišnice. Prav tako so zmanjšane denarne pomoči za urejanje socialnih težav bolnika.

Temeljni cilj socialnega dela na Univerzitetni ginekološki kliniki je predvsem omiliti ali popolnoma odpraviti probleme nemedicinske narave, vendar se je povečalo število umetnih prekinitev nosečnosti zaradi poslabšanja ekonomsko-socialnih razmer.

Na Onkološkem inštitutu je cilj dela uspešno reševanje problemov, ki jih poraja bolezen – rak. Sedanja družbenoekonomska situacija povzroča zmanjšanje obsega zdravstvenega varstva in probleme pri nabavi zdravil v tujini, ki jih ni na domačem tržišču. Postavlja se vprašanje, kdo bo povrnil stroške nabave potrebnih zdravil.

V zdravstvenih domovih, kjer so socialni delavci zaposleni samo na oddelkih za mentalno higieno, namenjenim predšolskim otrokom, so cilji socialnega dela predvsem priprava staršev prizadetih otrok, da sprejmejo otrokovo prizadetost in humanizacija otrokovega ožjega in širšega okolja. Socialne delavke v zdravstvenih domovih so povedale, da je na razpolago čedalje manj sredstev za dodeljevanje denarne pomoči in imajo velike težave pri reševanju stanovanjske problematike.

Na Zavodu za rehabilitacijo SRS je temeljni cilj predvsem uspešna zaposlitev invalidov. Prav tako je pomembna rehabilitacija invalidov in njihova samorealizacija – sprejemanje svoje invalidnosti. Cilj je tudi ustvarjanje okolja, kjer bolnikova invalidnost ne bo predstavljala nepremagljivih ovir (primerna stanovanja za invalide ipd.). Zaostrene gospodarske razmere čutijo socialni delavci posebno pri zaposlovanju invalidov, kajti ta vrata se čedalje bolj zapirajo. Prav tako je manj možnosti za dodelitev primernih stanovanj za invalide, skratka vse manj možnosti za izboljšanje družbenega standarda invalidnim osebam.

SKLEPI IN PREDLOGI

V zdravstvenih institucijah v Ljubljani je zaposlenih 30 socialnih delavcev. V raziskavo smo zajeli socialne delavce UKC, ki je razdeljen po enotah socialne službe, in sicer: socialne delavce, ki so zaposleni v Delovni skupnosti skupnih služb UKC, socialne delavce na Univerzitetni pediatrični kliniki, na Univerzitetni ginekološki kliniki, na Centru za mišično prizadete, na Onkološkem inštitutu in v Zavodu za rehabilitacijo invalidov SRS, ki sta republiški ustanovi, ter zdravstvene domove v Ljubljani.

- V raziskavo smo zajeli 27 redno zaposlenih socialnih delavcev, enega prostovoljnega socialnega delavca, ki dela na področju psihiatrije z alkoholiki, rehabilitacijskega svetovalca, ki dela na Centru za mišično prizadete, in patronažno sestro, ki je po poklicu tudi socialna delavka in opravlja poleg patronažne dejavnosti tudi socialno delo.

- Socialni delavci so zaposleni v večjih zdravstvenih organizacijah v Ljubljani, vendar v zelo majhnem številu. Podatek, da ima UKC zaposlenih 3000 medicinskih sester in 740 zdravnikov ter kapaciteto 4200 bolniških postelj, ki so vedno zasedene, in samo 19 socialnih delavcev, kaže, da se socialno delo še ni tako zelo uveljavilo. Bolnik potrebuje poleg medicinske tudi psiho-socialno pomoč, vendar ta pomoč pripada le najnujnejšim primerom zaradi majhnega števila socialnih delavcev. Zaradi prevelike obremenjenosti prihaja ponekod tudi do nesistematičnega in nepoglobljenega dela z bolniki. Večdisciplinaren način obravnave vsakega bolnika tako še ni uresničen.

- Delo socialnih delavcev se nekoliko razlikuje glede na populacijo, s katero delajo, oziroma glede na specifičnost zdravstvene organizacije. Socialni delavci so se dobro uveljavili na področju onkologije, psihiatrije, načrtovanja družine in rehabilitacije invalidov.

- Socialni delavci se pri delu v zdravstvenih organizacijah srečujejo tudi s težavami: predvsem s problemi neenakopravnosti z zdravstvenimi delavci in problemi znanja, ki bi ga potrebovali.

- Socialni delavci so člani tima, ki ga sestavljajo zdravstveni delavci in drugi paramedicinski profili. V njem se nekateri počutijo enakopravni z zdravstvenimi delavci, drugi pa so v podrejenem položaju, predvsem zaradi odvisnosti od zdravnikov. Zdravnik ali medicinska sestra presodita, kateremu od bolnikov je potrebna socialna pomoč. Tu je velika nevarnost, da spregledata socialne težave bolnikov v prid obstoječih somatskih težav.

- Kvalitete, ki jih potrebujejo socialni delavci v zdravstvu, so predvsem dobro strokovno znanje in osebnostne lastnosti. Potrebujejo več znanja.

- Pri svojem delu največ uporabljajo metodo socialnega dela s posameznikom, razvilo se je tudi delo s skupino, zlasti v psihiatriji, kjer imajo terapevtske skupnosti.

- Bolnikom dajejo pretežno svetovalno pomoč. Pri tem se povezujejo tudi z raznimi drugimi strokovnimi institucijami, zlasti s centri za socialno delo in terensko zdravstveno službo.

- V zaostrenih gospodarskih razmerah se zmanjšujejo tudi denarna sredstva, namenjena bolnikom oziroma njihovim družinam.

- V zdravstvenih organizacijah bi moralo biti zaposlenih več socialnih delavcev, ker bi tako lahko dajali ustrezno pomoč vsem bolnikom, ne samo najbolj prizadetim. Prav tako bi morali biti socialni delavci bolj povezani z zdravstvenimi delavci in sodelovati v procesu zdravljenja vseh bolnikov, da bi se postopno uveljavila večdisciplinarna obravnava bolnika.

- Zavzemati se moramo za vzpostavljanje boljšega sodelovanja med zdravstvenimi delavci in socialnimi delavci. Prevladalo naj bi prepričanje, da so posamezne specialne vloge neobhodno potrebne, da pa vloge v vrednotenju nimajo nobenega odločilnega pomena. Tako se bo razvila kooperacija namesto konkurenčnega mišljenja med terapevti.

- Pristop socialnega delavca do bolnika naj bo topel in prijazen, zato mora poznati tudi psihologijo bolnika. Pri vsakem bolniku naj upošteva njegovo osebno situacijo in njegovo socialno okolje.

- Prijateljsko in sproščeno pogovarjanje je mogoče tudi pri skupinskem delu z bolniki, zato bi bilo dobro na vseh področjih organizirati skupinsko delo. Bolniki so tako aktivni v procesu svojega zdravljenja. Tako se razvija tudi solidarnost med bolniki in terapevti.

- Znanje, ki ga potrebujejo socialni delavci v zdravstvu, naj bi pridobili v podaljšanem študiju na štiriletni visoki šoli za socialne delavce ali z usmerjenim programom specializacije za socialno delo v zdravstvu.

- Za boljšo zdravstveno socialno in poklicno rehabilitacijo bolnikov se denarna sredstva kljub stabilizacijskim razmeram ne bi smela omejevat. Kratkovidna administrativna politika išče rešitve tudi v omejevanju sredstev, ki jih namenjamo zdravstvu in socialnemu varstvu. Res je, kolikor večje je blagostanje neke družbe, toliko več sredstev lahko namenimo zdravstvu in socialnemu varstvu. Zavedati pa se moramo, da brez zagotovljenega zdravstvenega in socialnega varstva ter ustreznega nagrajenega dela, ki ga opravljajo delavci v zdravstvu, družba nikoli ne bo dosegla gospodarskega in kulturnega blagostanja.

Literatura:

1. Böcker W: Sprache, Ursachenkonzepte und Hilfesuchverhalten des Kranken in unser Zeit. V: Mayer-Scheu J: Vom Behandeln zum Heile. Göttingen: Vandenhoeck/Ruprecht, 1980: 9–22.
2. Bubanj R: Uvod u socijalni rad u zdravstvu. Skripta. Zagreb: Višja škola za socijalne radnike, 1967: 8, 77–105.
3. Kautzky R: Die Antwort der Therapeuten. V: Mayer-Scheu J: Vom Behandeln zum Heilen. Göttingen: Vandenhoeck/Ruprecht, 1980: 56–73.
4. Kos-Mikuž A: Kako otrok doživlja svojo bolezen. Zbirka Knjižnica za starše 18. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1969.
5. Mayer-Scheu J: Vom Behandeln zum Heilen, Göttingen: Vandenhoeck/Ruprecht, 1980: 111–113.
6. Milošević V: Uvod v socialno delo. Skripta. Ljubljana: Višja šola za socialne delavce, 1977: 157–161.
7. Milošević V: Uvod v socialno delo. Skripta. Ljubljana: Višja šola za socialne delavce, 1982: 77–80, 93–100.
8. Maček M: Uloga socijalnog radnika na području planiranja porodice. Socijalni rad u samoupravnom socialističkom društvu. Zbornik radova III. kongresa socijalnih radnika Jugoslavije, Bled 1982. Beograd: Jugoslovenska konferencija za socijalnu delatnost, 1982: 364–367.
9. Piper H-C: Kranksein – Erleiden und Erleben. V: Mayer-Scheu J: Vom Behandeln zum Heilen. Göttingen: Vandenhoeck/Ruprecht, 1980: 23–39.
10. Ovsenik N: Vloga medicinske sestre v terapevtski skupnosti. Zdrav Obzor 1983; 17: 60–63.
11. Rozman V, Paternoster M, Pahole M: Socialno delo v psihiatriji. Zdrav Vestn; 1981; 50: 379–380.
12. Strajnar J: Prvo posvetovanje o družbenem položaju paraplegikov v Jugoslaviji. Zdrav Obzor 1983; 17: 67–69.

sporočilo

PRVI NAGRAJENCI DR. JOŽETA POTRČA

Nagrado dr. Jožeta Potrča za leto 1984 prejmejo:

prim. dr. Adolf Drolc
dr. Drago Mušič
prof. dr. Bojan Pirc,

priznanja dr. Jožeta Potrča pa:

dr. Milan Hodalič
mr. ph. Vera Maher
prim. dr. Jože Neudauer
skupina višjih medicinskih sester: Majda Šlajmer-Japelj, Silva Vuga in Marjeta Kokoš
dr. Radim Visenjak.

Odločitev je komisija sprejela na svoji 4. seji 19. novembra 1984. Po pričakovanju izbor med predlaganimi kandidati ni bil lahek, saj gre za vrsto izjemno zaslužnih in uglednih zdravstvenih delavcev. Resen pristop k obravnavi predlogov in skrbno tehtanje vseh okoliščin se je uveljavilo pri končni odločitvi: za vse nagrajence je bilo soglasje članov komisije popolno!

Nagrade in priznanja bodo nagrajencem podeljena aprila 1985 ob svetovnem dnevu zdravja – skupaj z nagrajenci za leto 1985.

Dr. Marko Demšar

ŽIVLJENJE JE KRATKO, PRIDOBIVANJE IZKUŠENJ DOLGOTRAJNO, UGODNA PRILOŽNOST REDKA, IZKUŠNJA VARLJIVA, ODLOČITEV PA TEŽKA.

Hipokrat