

Medicinska sestra in socialni delavec v zdravstvenem domu

Socialna delavka Francka Koželj

Problemi, ki so v zvezi z vsestransko zaščito človekovega zdravja in v bistvu že presegajo ozko medicinski okvir, v praksi pa polagoma prehajajo tudi na širše področje, torej problemi, ki niso več zgolj strogo zdravstvenega značaja, so rodili potrebo, da se za njih reševanje zlasti v temeljnih zdravstvenih ustanovah vsaj postopoma osnujejo socialno medicinski oddelki, ki bi imeli za svojo dejavnost tudi posebne metode dela, v socialnih delavcih pa posebej usposobljen nov strokovni kader.

Vloga in mesto socialnega delavca v zdravstvenem domu danes seveda še nista opredeljena. Zato sem se namenila, da na podlagi prakse skušam vsaj v grobih potezah nakazati in osvetliti odnose socialnega delavca do tistega kadra, ki se je doslej še največ posvečal zdravstveni in obenem tudi socialni problematiki terena. Končno gre tu za dvoje mejnih področij, katerih dejavnost in naloge moramo dobro poznati, če ju hočemo ustrezno razmejiti in pravilno presojati. V ta namen naj na kratko očitam najprej naloge zdravstvene službe.

Naloge zdravstvene službe

Družbeni odnosi, znanost, gospodarstvo, kultura, vse to je v nenehnem razvoju in zelo močno vpliva na razvoj zdravstva. Spričo tega so se ob napredku medicine in sedanjem zdravstvenem stanju prebivalstva, ob novi vsebini pojma »zdravje« in pa zavesti, da je zdravje pravica slehernega človeka, naloge zdravstvene službe močno spremenile. V primeri z nekdanjimi nazori, ko je bila naloga zdravstvene službe predvsem v tem, da je reševala življenja, zdravila posameznike, higienično urejala bolnikovo okolico in se borila proti nalezljivim boleznim, je sodobno pojmovanje zdravstva močno napredovalo. Čeprav je ta dejavnost tudi danes pomemben člen v verigi zdravstvene službe, vendar so današnja prizadevanja usmerjena v utrjevanje zdravja, v odpravljanje vzrokov, ki ga slabe.

Sodobno pojmovanje zdravstva namreč nalaga zdravstvenim službam, naj zajamejo človeka še zdravega, naj mu utrjujejo zdravje, odpravljajo vzroke bolezni, ga pravočasno zajamejo, ko zbolí, in ga šele po medicinski in delovni rehabilitaciji vrnejo družbi. Danes je osrednja naloga zdravstva, da z uvajanjem higienskih navad in ukrepov kar se da aktivno vpliva na utrditev človekovega zdravja. Tako se premišljeno približuje svojemu namenu: zmanjšati smrtnost in obolevnost ter podaljšati življenjsko dobo človeka —boljšati zdravstveno stanje nasploh. Kako obsežna je ta naloga, nam najbolj prepričljivo pove sodobna opredelitev pojma »zdravje«, ki se glasi: »Zdravje je popolna fizična, psihična in socialna blaginja, ne pa le odsotnost bolezni!« Nadaljnja dognanja sodobne medicine poudarjajo, da je človek telesno — duševna celota, ker je duševno območje le funkcija njegovega telesa. Oboje pa je med seboj tako povezano, da slabo telesno počutje kvarno vpliva na njegovo duševnost in obratno. Prav tako je človek nedeljiva enota svojega okolja, ki je v vzročni zvezi z njegovim fizičnim in psihičnim počutjem. Zato pripisuje zdravstvena

služba v prizadevanju za doseg svojega cilja vse večjo važnost sanaciji okolja. S človekovim okoljem pa ne mislimo le mrtve prirode: stanovanje, šolo, tovarno, — temveč neposredno sočloveka, družbeno skupnost, predvsem družino in delovni kolektiv (interpersonalni odnosi). Zato naj sodobna zdravstvena služba upošteva telesno in duševno zdravje človeka, proučuje naj pozitivne, predvsem pa kvarne vplive njegovega okolja in skuša te kvarne vplive odpraviti ali vsaj omejiti. Zato se ob takem pojmovanju medicine začenja dejavnost vsakega zdravstvenega delavca s proučevanjem vplivov socialnih in ekonomskih faktorjev na človekovo zdravje, z opazovanjem bolnika v njegovem okolju, z iskanjem vzrokov, ki so ga pripravili ob zdravje, in iskanjem metod za borbo proti vzroku, ki so privedli do obolenja. To pa je tudi področje dejavnosti socialne medicine. Metode, ki so se pokazale za uspešne v borbi proti vzroku socialnega izvora, uvaja socialna medicina v praktično delo teh zdravstvenih ustanov. Terapija socialne medicine ni medicinska, marveč socialna dejavnost, ki pa upošteva medicinska priporočila.

Socialna medicina, sestavni del in čedalje pomembnejša stroka zdravstvene službe, proučuje vplive socialnih, ekonomskih in genetičnih faktorjev na zdravje človeka. Na temelju svojih dognanj in izkušenj poostruje ukrepe za zdravstveno varstvo družbe proti onim faktorjem, ki zavirajo ohranitev in izboljšanje človekovih telesnih in duševnih sposobnosti. Posebno pozornost posveča tistim skupinam prebivalstva, ki so zlasti občutljive za vplive okolja, kot na primer: žene pred porodom, ob porodu in po njem, dalje novorojenčki, dojenčki in mali otroci, šolska mladina, delavstvo in starči.

Za razumevanje, kako zdravstvena služba uveljavlja sodobna načela medicine v praksi, naj navedemo nekatere bistvene značilnosti.

Predvsem ne moremo več deliti medicine niti zdravstvene službe strogo v kurativo in preventivo, kakor tudi človeka ne moremo več obravnavati ločeno od njegovega okolja. Po tem naziranju sta preventivna in socialnomedicinska dejavnost integralni del vsakdanje medicinske prakse. Zdravstveni delavec, n. pr. zdravnik, ki je v preteklosti zdravil bolezenske simptome ali oboleli organ, mora hkrati skrbeti za preventivne ukrepe in obravnavati človeka kot psihosomatično enoto v njegovem okolju.

Druga značilnost sodobne zdravstvene službe je nujnost, da človekovo zdravje obravnavajo zdravstveni in drugi strokovnjaki v skupinskem delu. Napredek medicine, tehnike in družbenih ved, posebej še po razčlenitvi medicine v specialistične stroke, je tolikšen, da vseh dognanj teh strok ne more več obvladati posamezni zdravstveni strokovnjak, temveč je potrebna cela vrsta sodelavcev različnih zdravstvenih profilov, vse od sanitarnih inženirjev pa do socialnega delavca, psihologa in večkrat tudi pedagoga. Socialna medicina še posebej poudarja važnost skupinskega dela v borbi za ohranitev zdravja, ker je mnenja, da je marsikateri problem, čeprav teoretično rešen, ostal v praksi neobdelan, ker ga nismo reševali z vseh potrebnih vidikov.

Nadaljnja značilnost zdravstvene službe je tudi prizadevanje, da bi se čimbolj približala prebivalstvu. Tega pogoja ne opravičuje le dejstvo, da je hitra pomoč izredno pomembna ne samo za rešitev življenja in hitrejšo vrnitev izgubljenega zdravja, temveč da je mogoče samo iz neposredne bližine stalno vzgajati in skrbeti za zdravo življenje naših varovancev.

Za realizacijo načel sodobnega zdravstva bo potrebna še trda borba. Ne samo med prebivalstvom, marveč pogosto tudi v vrstah zdravstvenih strokovnjakov, da jih bodo usvojili in v dnevni praksi izvajali s prepričanjem. Mislim,

da je v tem pogledu vloga socialnega delavca v zdravstvu velikega pomena. Dejstvo je, da nalagajo ta načela že sama po sebi zdravstveni službi težavne naloge, zlasti spričo pomanjkanja kadrov in materialnih možnosti. Problemi zdravstva so namreč toliko težji, kolikor bolj zaostalo je okolje. Kulturno zaostalost pa pogosto spremlja ekonomska nerazvitost, ki vpliva tudi na razvoj zdravstvene službe. Vendar pa odločujoči faktor ni vselej in povsod močna materialna baza, marveč človekov odnos do problema. Prav praksa kratkega obdobja razvoja komun in družbenega upravljanja je dokazala, da so za družbeno upravljanje v zdravstvu podane večje možnosti, ker so te naloge ljudem najbolj oprijemljive, najbolj neposredne. Zato ni zgolj naključje, da je družbenemu upravljanju uspelo pritegniti množico ljudi med zavestne borce za načela sodobnega zdravstva.

Največjo oporo za izvajanje nalog sodobne zdravstvene službe pa vsekakor pomeni ustreza zakonodaja. Trije zakoni, sprejeti konec leta 1956 (Ur. list LRS št. 21/56), so veliko pomagali nakazanim ciljem, in sicer: Zakon o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah, Zakon o bolnicah in Zakon o strokovnem nadzorstvu. Da so ti trije zakoni bili sprejeti istočasno, ni slučaj, ampak se je to zgodilo iz več razlogov. Predvsem zato, ker je snov, ki jo obravnavajo ti zakoni, podlaga za organizacijo, metodo in vsebino dela zdravstvenih zavodov in so torej temelj za ves nadaljnji razvoj zdravstvene službe na terenu. Vsi imajo isti cilj: doseči napredek zdravstvene službe v smislu sodobnih načel in zagotoviti strokovno kvaliteto, ki mora biti v skladu s sodobnimi zdravstvenimi metodami in sredstvi. Zlasti viden je poudarek na preventivi, ki je na tej osnovi postala obvezna tudi za izrazito kurativne zavode. Brez dvoma je za razvoj sodobnega zdravstva najzanimivejši zakon o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah, ki opredeljuje te ustanove kot temeljne zavode splošne zdravstvene službe. Predvsem sta tu združeni preventivna in kurativna dejavnost, po svojem območju pa so ti zavodi ljudem najbližji, ker delujejo v mejah občine in izvajajo zdravstveno politiko in potrebne ukrepe občinskega ljudskega odbora.

Ker je moj namen, da opredelim mesto socialnega delavca v zdravstvenem domu, bom glavne značilnosti te institucije opisala posebej.

Preden preidem na organizacijo zdravstvenega doma s socialno medicinskim oddelkom, mislim predstaviti dve vrsti kadrov, ki jima je pri delu na tem oddelku nujno potrebno čim tesnejše sodelovanje. To sta patronažna medicinska sestra in socialni delavec. Zaradi boljšega razumevanja naj se na kratko dotaknem njunega strokovnega šolanja.*

Strokovno usposabljanje medicinskih sester

Tu moramo predvsem upoštevati, da imata oba profila, tako medicinske sestre kot socialni delavci, za sestavni del svoje dejavnosti delo z ljudmi, in sicer s tistimi, ki so zdravstveno ali socialno prizadeti. Vsak s svojega stališča obravnava človeka. Oba sta mu v pomoč, vsak po svoji strokovni usposob-

* V naslednjih izvajanjih bo avtorica ob prikazu strokovnega usposabljanja medicinskih sester in socialnih delavcev nanizala obenem nekaj svojih osebnih pogledov in misli. Zato vabimo medicinske sestre, da tudi one povedo svoje mnenje glede šolanja teh dveh profilov in hkrati z ustreznimi predlogi sporoče, kaj se jim zdi pri teh strokovnih šolah pomanjkljivega, bodisi da so to zasledile pri svojem vsakdanjem delu ali ob kaki drugi priliki. — Op. ur.

ljenosti. Obe vrsti kadrov imata mnogo skupnega, zlasti v zdravstvu, ker neposredno in posredno nudita pomoč človeku. Zato sem mnenja, da bi se morala ta dva poklica že med šolanjem nekje srečati, vsaj ob predmetih, ki naj oba usposobijo, da bosta razumela človeka.

Vsaka šola ima svoje specifičnosti in vzgaja kadre za določena delovna področja. Šola za medicinske sestre vzgaja kader medicinskih sester za potrebe preventivne in kurativne medicine. Delovno področje oziroma dejavnost medicinskih sester v zaprti, polodprti in odprti ustanovi pa se razlikuje od tiste dejavnosti, ki jo opravlja patronažna medicinska sestra. Delo medicinske sestre v zaprti ustanovi je običajno stvar rutine, medtem ko se delo medicinske sestre v patronažni službi razlikuje po tem, da dela na terenu ob najtežjih problemih, da vključuje ljudi v aktivno dejavnost in jim pomaga iz situacij, iz katerih sami ne vidijo izhoda. Največkrat mora odločati in ukrepati sama. To pa narekuje potrebo po zrelosti in razgledanosti. Če je tako, se nujno vprašamo, kako se medicinske sestre med šolanjem odločijo za bodočo zaposlitev in kako je usmerjen njihov študij.

Svobodna odločitev jim zaradi sedanjega načina štipendiranja danes ni mogoča, kar je vsekakor zgrešeno. V tem je tudi anomalija, ki lahko usodno vpliva na njih življenje v poklic pa tudi na kvaliteto dela. Za kvalitetno delo je potrebna harmonija človekovih sposobnosti in nagnjenj. Mislim, da bi izhod iz situacije bil tale: gojenke naj bi se štipendirale iz posebnega sklada, ki naj bi ga ustvarile občine oziroma zdravstveni zavodi. Hkrati pa bi morali zagotoviti onim, ki dajejo štipendije, štipendijam ustrezno število kadra.

Razen tega naj se dotaknem vprašanja, ali šola s sedanjim programom more usposabljaliti sestre za polivalentno službo. Pripomnila bi, da se mi program za triletno šolanje, pač tisti, katerega poznam, zdi pomanjkljiv. Pogrešamo namreč v njem socialno medicino kot poseben predmet in pa metode patronažnega dela, ki so poleg bolniške nege osnovno področje sestrskega poklica. V trditvi, da je velik del te tematike zajet že s higieno, je deloma resnica, ker ima današnja higiena že dokaj socialnomedicinsko obeležje. Vendar so pa mnogi strokovnjaki in celo medicinske sestre same mnenja, da je študijski program vsaj z vidika sociologije, metodike in didaktike pomanjkljiv.

Še večja pomanjkljivost je nadalje v tem, ker ni ustrezno organiziranih učnih baz, ki bi gojenkam posredovale socialnomedicinske metode dela in jih naučile, da bi se znale vključiti v ekipo socialnomedicinskih delavcev.

Pa tudi praktični del šolanja, torej program obvezne medšolske prakse kaj skopo odmerja čas za delo v socialno zdravstvenih ustanovah.

Zato je tem večjega pomena usposabljanje patronažnih medicinskih sester v podiplomskih tečajih. Programi teh tečajev za medicinske sestre, zaposlene v socialnomedicinskem področju, skušajo namreč v precejšnji meri nadoknadi, kar je pomanjkljivega v učnem načrtu njihovega rednega šolanja. Naj tu za konkretni primer navedem enoletni diplomski tečaj, ki ga je pred leti organiziral oddelek za zaščito matere in otroka pri Centralnem higienskem zavodu v Ljubljani predvsem za sestre, zaposlene v zdravstvenem varstvu matere in otroka. Ta veja socialnomedicinske dejavnosti poudarja v svojem konceptu zlasti psihosomatično obravnavanje žene oziroma matere in otroka ter zavestno saniranje njunega okolja. Tako se je vsebina tečaja razširila na vsa področja medicinske dejavnosti ter slednjič tudi na obravnavo splošno družbenih in gospodarskih področij. Poleg vsega tega pa je v programu tečaja tudi še študij individualno določenih problemov na terenu.

Razširjeni program tega tečaja pa temelji na tehle osnovnih spoznanjih:

1. Da je resnična zaščita oziroma varnost za zdrav razvoj otroka le v urejeni družini. Ta družina pa je lahko zelo pestra bodisi po strukturi (stari starši, sorodniki) ali po problemih, ki se javljajo v njej. Zato je za uveljavljanje resnične zaščite otroka v tem okolju potrebna tudi še razgledanost v mnogih drugih panogah, za katere se na prvi pogled zdi, da niso v prav nobeni zvezi z otroškim zdravstvom ali da so vsaj zelo daleč od njega.

2. Dejstvo je, da je človeku nasploh zelo neprijetno odkrivati intimne strani življenja. Razumljivo je torej, če odklanja, da bi v njegove probleme posegalo več ljudi. Zato mora oseba — v tem primeru patronažna sestra — ki prihaja k njemu in vzpostavi zaupanje, imeti takšno izobrazbo, da bo znala sama obravnavati vse probleme celotnega okolja. V medicinskih krogih prevladujeta dve mnenji, ki si ostro nasprotujeta. Del zdravstvenih delavcev (vodilnih zdravnikov specialistov) zagovarja monovalentnost (patronaža za vsak problem posebej), drugi del (skoraj vse medicinske sestre in ogromno zdravnikov splošne prakse) pa zagovarja kot edino uspešno polivalentno patronažno službo. Glede na obrazložena dejstva, glede na kadrovske možnosti in z ekonomskega vidika pa je res utemeljena edinole ta, namreč polivalentna patronažna služba.

Strokovno usposabljanje socialnih delavcev

Šola za socialne delavce imamo pri nas šele od leta 1955 dalje in so komaj pred kratkim prišli iz nje prvi absolventi. Zato je za neko zanesljivo nepristransko presojo še prezgodaj. Dotaknila bi se le nekaterih strani, ki se tičejo socialnega delavca v zdravstveni službi.

Šola za socialne delavce ima dvoletni program, ki je razdeljen na tri semestre po 16 tednov. Predmeti z zdravstveno vsebino absolventa šole prav gotovo orientirajo za delo v zdravstveni službi. Vendar mu posebni sistem dela za vzpostavitev človekovega zdravja nalaga vse večje zahteve, katerim samo z načelnim poznavanjem različnih medicinskih področij ne more biti kos. Ker je medicinska sestra zdravstveno širše razgledana, socialni delavec pa je bolj orientiran v metodah socialnega dela, se sama od sebe poraja misel na njihju vzajemno dopolnjevanje in potrebo strokovnega sodelovanja. Zdi se mi pa primerno, da bi se diplomirane medicinske sestre vsaj za nekatera mesta, vsekakor pa za vodstvo patronažne službe z dopolnilnim študijem in po izbranem programu na Šoli za socialne delavce še posebej usposabljale tudi za socialne delavce v zdravstveni službi.

Slušatelji šole za socialne delavce se z obvezno prakso med študijem in po končanem tretjem semestru izpopolnjujejo po raznih zavodih in ustanovah.

Socialni delavec, ki se odloči za zdravstveno službo, dela v eni izmed zdravstvenih ustanov. Težave so le v tem, ker posamezni zavodi oziroma ustanove niso organizirane učne baze, kjer bi socialni delavec imel večje možnosti za izpopolnjevanje.

Na kvaliteto dela pa vsaj posredno vpliva način štipendiranja tudi pri socialnem delavcu. Šola za socialne delavce usposablja kader za polivalentno socialno službo, ki je razdeljena na posamezna področja socialne dejavnosti. Dogaja se, da se študent lahko šele med šolanjem odloči za neko določeno področje, ko ve in čuti, kje bi lahko največ koristil in za kaj ima največ veselja. Pri sedanjem sistemu štipendiranja pa taka odločitev med šolanjem ni mogoča.

Končno bi glede šole za socialne delavce še poudarila: Že v kratkem obdobju svojega obstoja je absolventom dala več kot le temeljno izobrazbo. Razen tega pa je vzbudila in razgibala tudi zanimanje za poklic sam ter s tem obenem pripomogla, da bo dejavnost bodočih socialnih delavcev deležna večjega razumevanja. Kljub temu da se bo šola morala prej ali slej izpopolniti, pa že sedaj posreduje solidno in v praktičnem življenju potrebno znanje, ki bo slehernemu absolventu le še izpodbuda za nadaljnje usposabljanje.

O področjih dejavnosti socialnega delavca pa več v nadaljevanju.

(Dalje prihodnjič)

Orto

Nepravilna obramba stopala otroku, ko pričenjanje ne potrebuje zdi opozorili bolj zato kako ta pojav polkončno popolnoma

Od prvih korakov do samostojne in formirane hoje pa je še dolga pot, za katero potrebuje otrok nekaj let, ne da bi pri tem potreboval naše aktivne pomoči, pač pa budnega nadzorstva. Razvoj drže in hoje se odvija instinktivno in se izpopolnjuje do stopnje, ko postaneta človekova drža in hoja rezultat cele verige koordiniranih in podzavestno reguliranih refleksov. Otrok se pri hoji spočetka ziblje, razdalje, ki jih prehodi, so kratke in tem sledi počitek. Tako se otrok podzavestno izogiblje prekomerni obremenitvi stopal, ki so anatomsko dograjena, funkcionalno pa še ne dovolj krepka. Pogostni počitki so otroku v tej dobi potrebni zato, da ne bi preutrujene mišice stopala popustile in prepustile težo telesa vezem (ligamentom), ki bi se razpotegnile, kar bi kvarno vplivalo na funkcijo sklepov in pa na arhitektonsko gradnjo stopalnega skeleta.

Ob koncu drugega leta starosti običajno otrokova hoja še ni povsem trdna in pogostni padci so na dnevnem redu. Otrokom, ki v tej dobi še vedno hodijo v razkoraku in obremenjujejo notranjo polovico stopala, se zvrčajo gležnji navznoter, neredko pa jim tudi kolena silijo na X (glej sl. št. 1.). Nepravilnemu položaju stopala sledita torej tudi skočni in kolenski sklep, kar oboje skupaj pomeni statično motnjo, nastalo zaradi pomanjkljive razvitosti in nezadostne čvrstosti kostnega tkiva in mehkih delov v tej fazi otrokovega razvoja. Rast skeleta v dolžino je v tej dobi često hitrejša in prehiteva mišičje in vezi, katerih jakost ne narašča vzporedno. Opisane statične motnje, ki se v njih kaže nesorazmerje med rastjo in jakostjo posameznih tkiv, seveda niso strogo vezane na dobo drugega leta starosti, marveč ne pefioido hitrejše rasti, ki variira po spolu in starosti.

Iz izkušnje vemo, da pravkar opisane statične motnje niso obvezne, pač pa dokaj pogosten pojav. Čim pravilnejša je nega otrokova v prvem letu starosti,

ske dobe

celj

ve drže

navznoter, ki ju opažamo pri rehodnega značaja in zatorej iciency otroških stopal smo oju otrokove drže opazili, anjem ravnotežja izginja in