

## PSIHIATRIČNI PACIENT IN DELOVNO OKOLJE

Marinka Pahole

### Kaj človeku pomeni delo?

V doživljanju in ravnanju vseh nas ima delo zelo pomembno in zapleteno vlogo. Če se poglobljamo v zgodbe naših bolnikov, kmalu ugotovimo, najsi bo na zavestni ali izvenzavestni ravni, da podoba dela pomeni dosti več kot "proizvajanje in pridobivanje življenjskih potrebščin" (Trstenjak 1951).

Gallagher (1953) pa takole našteva, kaj lahko človeku pomeni delo:

- DOHODEK- za večino je delo nujno sredstvo za vzdrževanje sebe in družine,
- POLOŽAJ- delo pomeni status na lestvici zaposlitve, status v širšem smislu dostojanstva, hkrati pa zavest, da ljudje upoštevajo attribute, ki jih daje delo.
- AKTIVNOST-kot možnost sproščanja telesne in duševne energije, kot možnost zavestnega ustvarjanja.
- NAČIN, KAKO PREBIJEŠ SVOJ ČAS - delo zavzema pomemben del dneva, tedna.
- SOCIALNI KONTAKT IN SOCIABILNOST - zelo pomembna vsebina dela.
- SPECIFIČNE ČLOVEKOVE POTREBE - nekatere zaposlitve so odraz potreb in sposobnosti delavca.

Delo je po eni strani ena od osnovnih človekovih potreb, po drugi strani pa neizbežen davek, ki ga daje posameznik na oltar družbeni celoti. Česa bo posameznik ob delu več občutil, ali tistega erosa - tiste notranje vne, spričo katere sta človeku lahko proces in zaključek delovne naloge že sama tudi plačilo za vloženi trud - ali pa tistega občutja, da pri tem troši svojo energijo, da nekemu ali nečemu žrtvuje svojo substanco, kar je odvisno od treh dejavnikov: narave dela, človekovih in osebnostnih značilnosti in družbene klime.

So zaposlitve in opravila, ki so vsem ljudem bolj zoprna kot druga. So ljudje,

ki znajo v slehernem delu najti vsaj nekaj zadovoljstva; so pa drugi, ki vsakršno zadolžitev že od vsega začetka sprejemajo z nejevoljo in nezaupanjem. Vemo pa, kako se tudi pod vplivom družbene klime lahko elan (eros) prostovoljnega dela izrodi v občutje prisiljenosti, v tlako, čeprav se delovna vsebina ne spremeni. Te in še druge okoliščine končno oblikujejo odnos do dela, ki mimo tistega pravnega odnosa, sprejemajočega delo brez odpora in z realistično mero erosa, lahko uide v dve skrajnosti (Trstenjak 1951):

- BEG V DELO - človek hoče sublimirati in konvertirati svoje druge težnje v delo.
- BEG PRED DELOM - človek v prid svojemu osebnemu udobju, želi po počitku, ki presega fiziološke potrebe, manjša delež, ki ga družba od njega pričakuje.

Storilnostna družba ne more brez svojih menedžerjev, ki v svoji ihti tudi uživajo, so mogoče psihosomatsko ogroženi, se pa sami nimajo za bolnike in tudi njihovi delodajalci jih ne obravnavajo kot takšne. So pa med delavci tudi taki, ki so zares samo leni in se zavestno izmikajo obveznostim, ki izhajajo iz njihovega delovnega razmerja. Družba je v glavnem občutljiva le za drugi vzorec deviantnega odnosa do dela in reagira s pravnimi ukrepi zoper delomrznost. Predpisi socialnega zavarovanja pa želijo, hkrati ko varujejo existenco bolnemu delavcu, preprečiti zlorabe ugodnosti olajšav delovne obveznosti iz bolezenskih razlogov, kot so:

- bolniški stalež,
- dodelitev lažje zaposlitve,
- skrajšana delovna obveznost,
- invalidska upokojitev.

Predstavljamo si, da bodo isti izvenbolezenski dejavniki, ki vplivajo na pogostnost izostankov od dela, prisotni tudi med determinantami, ki porodijo željo po predčasni upokojitvi. Taylor (1974) v študiji bolezenskih izostankov navaja kot pomemben dejavnik, ki človeka veže na zaposlitev, zadoščenje pri delu, ne pa dohodek (o katerem pravi Herzberg, da je edini motivator). Da je človek z delom zadovoljen, mora imeti delo kot pravi Taylor, naslednje karakteristike:

- STATUS, DOHODKI IN DELOVNI POGOJI morajo biti sprejeti kot ustrezni.

- delo mora človeku nuditi NEKAJ OSEBNE VZPODBUDE, pa tudi MOŽNOST RAZVIJATI SPOSOBNOSTI IN ODPIRATI PERSPEKTIVE;
- ČLOVEK MORA VEDETI, NE SAMO TO KAJ JE NJEGOVO DELO, temveč mora vedeti to, KAKO NAJ GA OPRAVLJA;
- priložnost naj ima O NEČEM ODLOČATI, po drugi strani pa naj ve, OD KOGA LAHKO PRIČAKUJE POMOČ;
- jasno MORA VEDETI, KAKO SE NJEGOVO DELO POVEZUJE Z OPRAVILI SODELAVCEV in DA VSE TO VODI DO ZAŽELENEGA PRODUKTA.

Veliko ljudi je, ki ob svojem delu tega ne doživljajo. Precej pa jih je, ki so z določenimi vidiki dela zadovoljni, z drugimi pa ne. Ankete kažejo, da imajo delavci, ki so z delom zadovoljni, polovico manj bolezenskih izostankov kot tisti ki so nezadovoljni. Pomanjkanje zadovoljstva je torej rezultat kombinacije nekaterih značilnosti zaposlitve in osebnostnih značilnosti. Ni pa nujno, da povzroča bolezen; nedvomno lahko zmanjša človekovo motivacijo, da bo šel na delo tudi kak deževen dan, takrat ko se ne počuti najbolje.

Eysenk pravi, da je storilnost v veliki meri odvisna od zadovoljstva z delovnim mestom. Tudi odnos do podjetja je zelo pomemben motivacijski faktor. Delavec, ki ga zanima le kuverta z osebnim dohodkom in ki ima občutek, da delodajalec gleda nanj le kot na zamenljiv kolešček v velikanskem stroju, tak delavec ne bo storil nič več, kot je nujno, in omejuje svojo storilnost le na to, kar se od njega brezpogojno zahteva. Če pa ima občutek, da se podjetje zanima tudi za njegovo osebnost in da vodstvo podjetja upošteva in ceni njegove lastne interese, in če mu delo v resnici vzbuja tudi zanimanje, bo dal več od sebe kot sicer.

To bi bilo nekaj splošnega o vplivu dela na človeka. Če pa te vplive apliciramo na psihiatričnega bolnika, se odražajo še bolj potencirano.

Današnji razvoj psihiatrije gre v to smer, da se psihiatričnega bolnika čimprej vključi nazaj v delovno okolje in da to okolje čimbolj sodeluje v procesu zdravljenja.

Ker psihiatrični socialni delavec vzdržuje povezavo bolnice z okoljem, največkrat

naleteti na te probleme. Okolje nam daje zrcalno sliko našega dela in dela celotnega tima na oddelkih. Proces rehabilitacije naj bi bil zasnovan tako, da bi se delovno okolje vkijučilo v zdravljenje že na samem začetku. Delovno okolje, ki s svojimi posebnostmi ustvarja pogoje za ohranjanje duševnega ravnotežja, lahko tudi patogeno vpliva na posameznika.

V psihološki in sociološki dinamiki družine lahko mnogokrat najdemo podobnosti, ki jih upoštevamo v delovnem okolju. Posameznik namreč svoje emocionalne vezi in izkušnje prenaša na odnose v delovnem okolju. Tukaj išče svojo vlogo, identificira sebe in svoje sodelavce z vlogami svojega zgodnjega obdobja v primarni družini. Ker pacient veže na delovno okolje tako pomembne izkušnje, je to silno pomembno v procesu zdravljenja.

Najlažje navežemo stik z delovnim okoljem, če ga obiščemo. Opažamo, da je delovno okolje iz dela v odnosov daljših bolezenskih izostankov že pred tem razbralo pacientove težave. Vendar do takrat, "ko se nekaj ne zgodi", to okolje največkrat ne naredi ničesar, če pa naredi, ravna neustrezno, ker ne išče vzroka, ampak rešuje posledice.

Dokler pri sodelavcu te težave ali spremembe še niso opazne kot bolezenske, se mu skušamo prilagoditi. Tako ga ali premestimo na drugo delovno mesto, ali dopustimo, da je dolgo v bolniškem staležu, ali pa predlagamo upokojitev; če pa se še vedno pojavljajo iste težave, začnemo iskati vzrok in ga morda napotimo k psihiatru. Ko se izve, za kakšno bolezen gre, pa ta dogodek pomeni prelomnico v odnosih. Opažamo različne čustvene reakcije, ki so na eni strani odraz splošnega družbenega odnosa do duševne motenosti, na drugi strani pa odraz individualne bojazni pred duševno boleznijo, ki jo vsak od nas zavestno ali podzavestno doživlja kot grožnjo. Prepad, ki nastane med duševnim bolnikom in njegovim okoljem, se na zunan lahko izraža različno: od odkritega odpora in izogibanja do pretiranega popuščanja, ki je v osnovi zaščita pred duševno boleznijo.

Ko sodelavec odide na zdravljenje in ko se pojavi psihiatrični socialni delavec jih v delovni organizaciji najprej zanima diagnoza, potem se začnejo pritoževati počasi začnejo spraševati o prekvalifikaciji in kmalu postane vprašljiva njegova

nadaljnja delovna zmožnost. Medtem ko se bolnik zdravi v bolnici, pride, hitreje kot v družini, saj so tudi emocionalne vezi rahlejšje, do reorganizacije skupine, tako da izloči bolnega člana. Bolnik je zaradi svoje bolezni že tako prizadet v stikih z okolico, zdaj pa se mu jemlje še tiste običajne možnosti stikov z ljudmi, in bolnikovi odmaknjenost in osamičenost se na ta način samo še poglobljata. Redko doživimo, da bi se sodelavci zanimali zanj ali ga celo obiskali; če pa ga že obiščejo, so ti obiski kratki in formalni, razen če niso sodelavci tudi prijatelji izven službe. In ravno v tej fazi je treba čimbolj pritegniti ljudi iz delovnega okolja in jim pokazati, da se njihov sodelavec v bolnici ne more naučiti ponovno delati in preizkusiti delovnih sposobnosti. So delovne organizacije, ki imajo posluh za to, vendar so še vedno redke.

Zanimanje za bolnika pa zraste, ko se ponovno vrne na delo. Pri nas imamo navado, da gre socialni delavec skupaj z bolnikom v njegovo delovno okolje. Tu se pogovori o tem, kakšne so pacientove težave in zahteve na delovnem mestu. Takrat se da začutiti, kako ga sprejemajo: ali kot nujno zlo, ker ga ne morejo izključiti ali upokojiti, ali pa so ga pripravljene sprejeti medse. Pacienti z nočnega oddelka nekaj časa hodijo v službo in ravno pri teh začetnih korakih nekateri potrebujejo največjo oporo. Seveda pa mora delovno okolje sodelovati in pacienta opazovati pri delu (v konstruktivnem smislu) ker mu le tako lahko pomagamo pravočasno razrešiti konflikte, če do njih pride.

Delo z delovnimi organizacijami že rodi prve sadove, saj se kadroviki in socialni delavci ob takih težavah obračajo na nas. Za sodelovanje z nami je potreben predvsem človek, ki zna spodbujati k delu, ter se pogovoriti o stiskah.

Priznati pa moramo, da se tudi socialni delavci, ki delamo v psihiatriji, še nismo otresli občutka nenormalnosti. Večkrat se oglasimo takrat, "ko se že neka zgodil". Večkrat čutimo potrebo po takem sodelovanju a si ne upamo "drezniti" in pametno molčimo, da ne bi položaja še poslabšali.

Res pa je, da imamo pri pacientih izkušnje tudi z drugo skrajnostjo. Predvsem daljše hospitalizacije jim vzamejo še tiste delovne navade, ki so jih imeli pred hospitalizacijo.

Paciente večkrat pehamo v pretirano odvisnost od bolnice in terapevtov in to tiste, ki od svoje bolezni pričakujejo ugodnosti, na drugi strani pa hočejo biti enaki drugim. Vztrajamo pri tem, da je pacient takrat, ko je v remisiji, sposoben za dogovorjeno delo in da se to od njega ravno tako zahteva. Pacienti ob daljših hospitalizacijah izgubljajo delovne navade, ki so pri marsikom glavna težava pri vključitvi v delo. Okolje to začuti, začuti, da se delu izogiba, in to še dodatno ustvarja negativen odnos do psihiatričnih bolnikov. Taki delavci že ob najmanjšem slabem počutju zahtevajo stalež ali hospitalizacijo. Ni prav, da lagodnostne tendence pokrivamo z bolniškim staležem, ker s tem samo vzdržujemo nezdravo obliko vedenja. Pacienta je treba postaviti na trdna tla, pred stvarne zahteve, tako da začuti posledice svojega vedenja in se zave, da je zanj tudi odgovoren. Če naleti na težave, mu jih pomagamo razrešiti, vendar ne namesto njega, ampak z njim, da se bo drugič v podobnih okoliščinah sam znašel.

Kot posledica nedela z delovnim okoljem in neustrezne obravnave na Skupnosti pokojninskega in invalidskega zavarovanja se je nabralo veliko pacientov, ki so zelo pogosto v staležu ali pa so že pred 30. letom starosti upokojeni kot invalidi I. kategorije. Njihove pokojnine so zelo nizke, tako da je z njimi nemogoče živeti. Podatki SPIZ za leto 1975-1980 kažejo, da je skupina duševnih motenj kot vzrok invalidnosti I. kategorije na 3. mestu, takoj za boleznimi mišic, kosti in veziv ter boleznimi cirkulatornega sistema. Invalidske komisije se odločajo za I. kategorijo v primeru, če gre za:

- nevroze 59,3 %,
- psihoze 70,0 %,
- duševna zaostalost 77,7 %.

V bistvu je skoraj vsak bolnik kljub svojim težavam še sposoben za kakšno delo. Vendar je treba delo najti in poskusiti. Ravno zato smo lani na nočnem oddelku ustanovili komisijo za zaposlovanje in usposabljanje težje zaposljivih oseb. Namenjena je tistim, ki kljub vsem intervencijam ne morejo več delati na starem delovnem mestu ali pa so že predlagani za invalidsko upokožitev. Skupaj s pacientom se dogovorimo, da že med bolniškim staležem začne z usposabljanjem v drugi delovni organizaciji; tako preverimo, ali je delovno okolje tako moteče ali pa dela samega ne zmore. Tudi tistim, ki so bili upokojeni kot invalidi I. kategorije in se

jim je zdravstveno stanje tako izboljšalo, in se jih kasneje na podlagi uspelega delovnega preizkusa reaktivira bodisi za lažje delo ali pa delo s skrajšanim delovnim časom. V obeh primerih vodijo usposabljanje mentorji v delovnih organizacijah. Pri tem nam največ pomagajo Skupnost zavoda za zaposlovanje delavcev v Ljubljani, delovne organizacije in SPIZ.

Bremena rehabilitacije, posebno delovne, ne more nositi psihiatrija sama, zato je nujno povezovanje med vsemi faktorji, ki tvorijo socialno klimo zunaj bolnice in v njej. Ni problem v zakonodaji, saj je ta naklonjena tudi psihiatričnim bolnikom. Toda to je mrtva stvar, če ni v njej začutiti človeka. Odnos do psihiatričnega bolnika moramo preoblikovati v nas samih, ne pa pričakovati od drugih, da bodo storili prvi korak.