

Irena Eržen

SOCIALNO DELO V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

STANDARDI IN NORMATIVI

Dejavniki iz človekovega okolja lahko pospešujejo ali pa ovirajo pojav bolezní ali zdravljenje in rehabilitacijo. Pomembno je upoštevati, da je zdravje človeka odvisno od biološko-telesnega in duševnega zdravja ter ožjega in širšega socialnega okolja in kakovosti odnosov, finančno-ekonomskega stanja, prostora bivanja in zgodovinske danosti. S socialno težavo, posebej če je vzrok za pojav bolezni, se lahko znajde kdorkoli. Socialna delavka¹ v zdravstvenem zavodu, ki želi biti koristna in realna, mora delati s pacienti² in njihovimi svojci znotraj okvirjev (Rusk 1971: 275).

Flaker (2010: 4) navaja, da je vloga socialnega dela znotraj katerekoli ustanove – šole, bolnišnice, zapora – prispevati natanko tisto, kar ustanova nima. Socialne delavke v ustanovah zaposlujejo predvsem zato, da vzpostavijo stik z izvirnim, domačim okoljem, za stike s svojci. So tudi prevajalke, saj prevajajo diagnoze in postopke v razumljiv jezik ter svojim kolegicam in kolegom v timu sporočajo, kaj človek zares misli in čuti. Socialne delavke pomagajo pacientki pri zagotavljanju dostopnosti do razpoložljivih virov, po načelih solidarnosti, pravičnosti, skladno z zdravstveno in socialno-varstveno zakonodajo, evropskimi direktivami in temeljnimi človekovimi pravicami.

So strokovnjaki za socialno varnost in zavarovanje, so pomočniki ljudem pri urejanju njihovih socialnih pravic. (*Ibidem.*)

V procesu dela mora socialna delavka pacientu zagotoviti občutek varnosti ter skrbeti za varnost njegovega položaja in zaupnost.

Socialni delavci so tisti, ki naj bi njihove težave razumeli, pripravljeni naj bi jih bili poslušati, saj to znajo. (*Op. cit.*: 5.)

V profesionalnem odnosu mora socialna delavka sprejemati pacientko ali pacienta v vsej njegovi doživljajski in funkcionalni drugačnosti. Med socialnodelovno obravnavo mu mora zagotavljati enakovredno mesto in moč odločanja o tem, kaj je problem, pri načrtovanju ciljev in postopkih izvedbe. Pri načrtovanju ciljev je treba upoštevati pacientove stvarne potrebe in želje ter biti pozoren in odziven na to, da je socialna delavka vedno vpletena v pacientovo realnost s svojo realnostjo.

SOCIALNI VIDIKI ZDRAVJA

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1948 sprejela definicijo zdravja, po kateri je zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali okvare (Jerman *et al.* 2011: 7).

Temeljna pravica vsakega človeka na področju zdravja je pravica do kakovostnega zdravstvenega varstva brez razlikovanja na podlagi rase, vere, političnega prepričanja, ekonomskega ali socialnega stanja. Pri tem je pomembno, da lahko vsak posameznik doseže

¹ Izrazi, zapisani v ženski spolni slovnični obliki, se uporabljajo kot nevtralni za moške in ženske.

² Pacient je bolnik ali drug uporabnik zdravstvenih storitev v odnosu do zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma izvajalcev zdravstvenih storitev ne glede na svoje zdravstveno stanje (Zakon o pacientovih pravicah 2008).

svoj zdravstveni potencial in da ni nihče v neenakem položaju glede doseganja tega potenciala zaradi socialno-ekonomskega statusa ali drugih socialno-ekonomskih determinant.

Svetovna zdravstvena organizacija (2006) navaja, da so socialni vidiki zdravja razmere, v katerih se ljudje rodijo, odraščajo, živijo, delajo, in da prav socialne determinante pripomorejo k neenakosti na področju zdravja. Poročilo Neenakosti v zdravju v Sloveniji (2011: 10) socialno-ekonomske neneakosti v zdravju opredeli kot razlike v zdravju oz. zdravstvenih izidih med družbenimi skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom, ki so neupravičene in jih zato lahko preprečimo.

Hrovatič (2010: 25) navaja:

Zdravje je v naši družbi visoko cenjena vrednota in v družbenem kontekstu je pomen zdravja razumljiv. Socialni vidik pa je bolj razpršena dimenzija, ki vključuje širok krog udeležencev. Bolezen pa je v človekovem življenju obdobje osebne stiske, v kateri ljudje ne želijo ostati sami.

Socialna podpora pri kroničnem bolniku je pomemben dejavnik, ki vpliva na zdravje oziroma zmanjšuje verjetnost slabšanja bolezni (Selič 2010: 33).

Kersnik (2010: 11) opredeli kronično bolezen kot oviro v življenju, »ki človeka prizadene telesno, psihološko in socialno«. Kronična bolezen trajno spremeni življenjski položaj posameznika. Včasih so njegovi občutki, doživljanja, čustva in odnosi s svetom bolj prizadeti, kot je prizadet telesno. V svetu zdravih, v katerem je zdravje moralna vrednota in družbena norma, morajo kronični bolniki najti smisel kljub oviranosti, izdelati prilagoditve v vsakdanjem življenju in na novo oblikovati samopodobo (*ibid.*).

Posameznik v bolezni tako svojih potreb ne le deli na zdravstveno in socialno dimenzijo, ampak se srečuje tudi s težavami razpršenosti opor in s pojemanjem bližine pomembnih drugih. Človek je v svoji osnovi celostno bitje in tudi njegove zdravstvene in socialne potrebe so nedeljive. Glede na to, da sta se sistema zdravstvenega in socialnega varstva v devetdesetih letih 20. stoletja ločila, je to vsekakor

težava, kadar se mora posameznik v primeru bolezni spopadati z deljivostjo svojih potreb na zdravstvene in socialne ter jih prilagajati sistemu (Hrovatič 2010: 25).

Medicina diagnosticira kompleksne situacije ljudi, ki pridejo k njej po pomoč, in glede na to diagnozo določi odgovore (recept, navodila za ravnanje), socialno delo pa se s situacijo spopada na način, ki upošteva nepredvidljivost (želje posameznika, odzive okolja, razpoložljive vire v skupnosti). Rezultat dela v socialnem delu je odvisen od uspeha pri »pogajanjih« z vsemi akterji (Kvaternik, Grebenc 2008: 137).

RAZVOJ SOCIALNEGA DELA V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

Socialno delo se je kot poklicna dejavnost v zdravstveni dejavnosti uveljavilo na začetku 20. stoletja zaradi ugotovitev, da dejavniki človekovega okolja lahko pospešujejo ali pa ovirajo pojav bolezni ali zdravljenje. Vida Milošević je zapisala (1989: 247), da se je v Sloveniji socialno delo začelo po letu 1957, po prihodu prvih diplomantov Višje šole za socialne delavce v Ljubljani, ustanovljene leta 1955. Leta 1960 je bilo na pobudo takratnega Republiškega sekretariata za zdravstvo in socialno varstvo sklicano posvetovanje zdravstvenih in socialnih delavcev Slovenije in poudarjeno je bilo, naj bi socialno delo postalo integralni del zdravstva. Zato je leta 1963 izšlo »Strokovno navodilo za organizacijo in delo socialnih služb v zdravstvenih zavodih«. Narekovalo je, da se socialna služba uvede v bolnišnicah z več kot 200 posteljami, da tovrstna dejavnost dopolnjuje zdravnika pri socialnem delu zdravljenja, pri restituciji in readaptaciji ter vpliva na preprečevanje bolezni in socialno povzročenih motenj.

Glede na to, kakšno je mesto socialnega dela na določenem področju, ločimo tri različne modele prakse: primarni, sekundarni in partnerski model. Socialno delo v zdravstveni dejavnosti podpira primarno dejavnost oz. pri njej gostuje, zato je sekundarni model. Socialna delavka s svojim specifičnim znanjem in spretnostmi zagotavlja podporne storitve primarni disciplini in s tem pripomore k

celostni obravnavi pacienta. Pri tem pa je treba upoštevati tudi to, da so socialne delavke v manjšini, so samostojne, vendar imajo omejeno moč glede vodenja in usmerjanja razvoja strokovnega področja.

Potencialne slabosti socialnega dela kot sekundarne discipline lahko vidimo v tem, da se mora socialni delavec vedno znova potrjevati oziroma da mu lahko druge stroke odvzemajo strokovno kredibilnost s tem, ko ga omejujejo v avtonomnosti, minimalizirajo njegov delež, določajo njegove cilje in posegajo v njegove strokovne okvirje delovanja. Pomembno je, da stroke sodelujejo med seboj po načelu komplementarnosti in ne po principu superiornosti. (Milošević Arnold 2001: 90–92.)

Socialna delavka uporablja svoje znanje, spretnosti, sposobnosti in stike z drugimi viri pomoči, da pomaga pacientu doseči cilje, o katerih sta se dogovorila skupaj. Definicija socialnega problema in načrtovani postopki za reševanje socialnih težav se lahko spreminjajo oziroma prilagajajo novi situaciji, glede na spremembe zdravstvenega stanja pacientke. Pri iskanju ustreznih rešitev je treba upoštevati želje pacientov, izhajati iz njihovih potreb in zmožnosti. Kačič (2000: 427) je zapisal:

Danes si ne znamo predstavljati, da ne bi gledali na človeka kot na celoto, ko ga poskušamo razumeti ali mu pomagati pri spremembi ali zdravljenju. Vemo na primer, da za zdravljenje diabetesa ne zadošča insulin, ampak mora oseba spremeniti prehranske in gibalne navade, način delovanja. Vse to pa zahteva od posameznika, da spremeni svoje cilje, predstavo o življenju, itn.

Pri tem pa je treba upoštevati, da v primeru, ko mora posameznik zaradi zdravstvenih težav spremeniti svoje cilje, predstavo o življenju, nima samo on problemov, ampak jih ima tudi družina kot celota (*ibid.*).

Dostop do storitev socialne delavke mora biti zagotovljen vsem pacientom in svojcem, ne glede na njihovo težavnost in zahtevnost. Zaradi bolezni ali poškodbe se pacient lahko znajde v »krizni situaciji«, ne samo na svoji meji, temveč tam, kjer se zdi, da je že presegel

vse svoje zmožnosti in se temu (ne)primerno tudi vede (*ibid.*: 429). Ker ni vnaprej dogovorjenih in določenih postopkov, je treba poznati veliko ravnanj in se nenehno prilagajati konkretni situaciji, tudi takrat, kadar imajo pacient ali svojci nestvarna pričakovanja.

Socialno delo v bolnišnici

Socialne storitve v bolnišnici se opravljajo na predlog zdravnika in so organizirane tako, da ne ovirajo časovnega zaporeda in dela medicinske stroke. Delo socialne delavke v bolnišnici je pogosto nepredvidljivo, pomembna je sposobnost za obvladovanje zahtev in sprememb, ki so lahko tedenske ali dnevne: spremembe obsega dela, menjava posameznih članov zdravstvenega tima, spremembe pri načrtovanih diagnostičnih in terapevtskih posegih. Nepričakovane razmere zahtevajo sposobnost za takojšnjo prilagodljivost in spreminjanje usmeritev.

Hkratna vključenost v paliativno obravnavo mlade mame, zagotavljanje varstva in skrbi za mladoletnega otroka, svetovanje in opora staršem sina s hudo poškodbo glave, spoprijemanje s težavami pacienta zaradi uživanja nedovoljenih substanc, nasilja v družini – vse to zahteva hkratno vodenje več različnih primerov hkrati, to pa je zelo stresno. Veliko dejavnosti poteka na številnih ravneh: pacienti, osebje in bolnišnični sistem ter pričakovanja, da so storitve opravljene hitro in učinkovito.

Socialne delavke se pri svojem delu v bolnišnicah srečujejo s posebnimi okoliščinami in morajo biti pripravljene na prilagajanje. Ko socialna delavka pride v sobo k pacientu, mu je lahko slabo, ima bolečine, težko govori o konfliktnih odnosih s svojci, o svojih finančnih stiskah, lahko se s težavami srečuje sobolnik. Potrebna je hitra ocena vseh spremenljivk: pacientovo duševno in čustveno stanje, družinska dinamika in dnevna opravila ter postopki zdravstvenih delavk. Pomembna je skrb za uravnotežene potrebe pacienta, družine in zdravstvenega tima, a te si pogosto nasprotujejo.

Potrebe po storitvah socialnega dela v bolnišnicah se nenehno povečujejo, raziskave o vzrokih pa niso opravljene. V Nemškem

združenju za socialno službo v bolnišnicah (Gödecker-Geenen 2000: 22) ugotavljajo, da sta se zaradi družbenih in demografskih sprememb ter sprememb zdravstvene politike in financiranja zdravstvenih storitev izjemno povečala število in zahtevnost obravnave.

Skrajševanje bolnišničnega zdravljenja pomeni, da so pacienti ob odpustu bolj odvisni od pomoči drugih. Pred leti so številni pacienti zaradi daljše hospitalizacije imeli možnost rehabilitacije in obnovitev funkcijskih sposobnosti. Bolnišnice, namenjene akutni zdravstveni obravnavi, zaradi zdravstvene politike in sprejetih dogovorov o financiranju paciente prej odpuščajo, zato ti potrebujejo pomoč pri zagotavljanju nadaljnjih zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev, do katerih so upravičeni, pri tem pa se nenehno srečujejo s problemi, ker sistemi ne upoštevajo potreb in niso prilagojeni zahtevam.

Starejši ljudje pogosto trpijo zaradi številnih, velikokrat kroničnih bolezni in zato nadpovprečno pogosto potrebujejo bolnišnično akutno zdravstveno obravnavo, sam proces zdravljenja pa zaradi zmanjšanih psihofizičnih sposobnosti zahteva dalj časa. Veliko pacientov nima družine in ne dovolj razvite socialne mreže, ki bi jim lahko zagotovila pomoč in podporo, zato nujno potrebujejo strokovne storitve socialnega dela v bolnišnici. Spoznaje, da je treba pri zdravljenju upoštevati tudi socialne okoliščine pacienta, je pripomoglo k zaposlovanju ustrezno usposobljenih strokovnih socialnih delavk v zdravstvu kljub varčevalnim ukrepom (*ibid.*).

Razširjeni strokovni kolegij za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti

Razširjeni strokovni kolegij za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju RSK) je bil ustanovljen v skladu s Pravilnikom o sestavi in delovanju Razširjenih strokovnih kolegijev (2002). Pobudo za ustanovitev RSK so dale članice Sekcije socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti. Ta je bila ustanovljena leta 2004 v okviru Društva socialnih delavk in delavcev Slovenije. Člane

RSK za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti predlagajo: Društvo socialnih delavk in delavcev Slovenije, Sekcija socialnih delavk in delavcev v zdravstvu in Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, vsak tretjino članov. RSK omogoča preučevanje in refleksijo temeljev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti kakor tudi razmišljanja, povezana s spremembami in procesi, ki se napovedujejo v zdravstvu. Kot najvišje strokovno avtonomno telo za posamezno področje pomeni velik napredek za stroko socialnega dela v zdravstvu (Svetina 2007: 152).

INFORMACIJE O RAZISKAVI

Na predlog RSK za socialno delo v zdravstveni dejavnosti je Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju MZ) kot pobudnik projekta »Definiranje normativov in standardov socialnega dela v zdravstveni dejavnosti« imenovalo osemčlansko Komisijo za definiranje normativov in standardov na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju Komisija). V Komisijo so bile imenovane predstavnice primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti, Fakultete za socialno delo in MZ.

Komisija je na podlagi raziskave zbrala podatke: v katerih zdravstvenih zavodih so zaposlene socialne delavke; katere so njihove naloge; kdo so upravičenci storitev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti; kakšne so oblike dela; postopki in metode dela; možnosti in potrebe oz. želje glede strokovnega izobraževanja. Priprava standardov je možna le na podlagi ugotovitev obstoječega stanja, in sicer na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti: primarni, sekundarni in terciarni. Poročilo je bilo poslano pobudniku in predstavljeno Sekciji socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti, Sekciji socialnih delavk in delavcev za psihiatrijo ter RSK za socialno delo v zdravstveni dejavnosti.

V zdravstveni dejavnosti za zdaj na področju socialnega dela ni standardov in normativov, prav tako ni zbranih podatkov o storitvah socialnih delavk v zdravstveni dejavnosti. Zakon o zdravstveni dejavnosti (1992) ureja vsebino in opravljanje zdravstvenih dejavno-

sti, ki jih opravljajo zdravstvene delavke in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preventivi, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev, ter vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti, javno zdravstveno službo in povezovanje zdravstvenih organizacij in zdravstvenih delavcev v zbornice in združenja. Storitve socialnega dela v zdravstveni dejavnosti in upravičenci do storitev v tem zakonu niso opredeljeni in pogosto je bila med osebnim pogovorom socialnih delavk v zdravstveni dejavnosti izražena potreba po formalni ureditvi področja, oblikovanju standardov storitev in opredeljenih normativih.

Storitve socialnega dela v zdravstveni dejavnosti se opravljajo po načelih dobre prakse. Socialna delavka se mora pri svojih nalogah prilagajati konkretni situaciji pacienta in upoštevati tudi čas predvidene zdravstvene obravnave. Pri oblikovanju odnosa s pacientom ali z njegovimi bližnjimi ima socialna delavka vlogo povezovalke, zagovornice, pobudnice, učiteljice, posrednice, svetovalke, koordinatorke.

Rezultati in razprava

Vprašalnik je bil poslan 88 socialnim delavkam, zaposlenim v zdravstveni dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni, 62 socialnim delavkam po elektronski pošti, 26 vprašalnikov pa je bilo poslanih z redno pošto.

Od tega je bilo 17 vprašalnikov poslanih v zdravstvene domove: Domžale, Maribor, Murska Sobota, Celje, Nova Gorica, Ljubljana in Ptuj. V bolnišnice je bilo poslanih 33 vprašalnikov, in sicer: na Jesenice, v Celje, Slovenj Gradec, Mursko Soboto, Novo mesto, Ptuj, Bolnišnico Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnico Sežana, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerzitetni klinični center Maribor, Onkološki inštitut ter Inštitut RS za rehabilitacijo Ljubljana in Enoto Maribor. Socialnim delavkam v psihiatričnih bolnišnicah je bilo naslovljenih 38 vprašalnikov: v Psihiatrično kliniko Ljubljana, Idrijo, Begunje, Vojnik in Ormož.

Anketiranci so bili seznanjeni, da je vprašalnik anonimen, in povabljeni k podajanju natančnih podatkov.

Vrnjenih je bilo 70 oz. štiri petine vprašalnikov.

Odgovorilo je 63 socialnih delavk (90 %) in 7 socialnih delavcev (10 %).

Največja skupina, 25 respondentov, je v skupini starih od 46 do 55 let. Tretjina, 20 socialnih delavk, je v starostni skupini od 36 do 45 let. Manj kot 35 let je starih 16 socialnih delavcev, 9 pa je starih več kot 56 let.

Najnižja starost je 29 let, najvišja pa 69 let. Median je 45 let, modus 41, standardna deviacija 9,685 in varianca 93,796. Štirideset odstotkov respondentov ima od 26 do 35 let delovne dobe.

Univerzitetno izobrazbo ima 30 socialnih delavcev, magisterij oziroma specializacijo 8 in enako število ima visokošolsko izobrazbo. Višjo šolo ima opravljeno 23 socialnih delavk, en odgovor ni bil veljaven. Iz odgovorov je jasno, da je večina (69) končala izobraževanje študijskega programa za socialno delo. En respondent je profesor socialne pedagogike, eden ima končano višjo zdravstveno šolo.

Socialne delavke in delavci so zaposleni v zdravstvenih zavodih: 27 v psihiatričnih bolnišnicah, v obeh univerzitetnih kliničnih centrih 15, v zdravstvenih domovih 11, po 6 v splošnih bolnišnicah in v Inštitutu RS za rehabilitacijo ter po 2 v Bolnišnici Golnik in Onkološkem inštitutu. Iz enega odgovora podatek o zdravstvenem zavodu ni jasen.

Dvema petinama respondentov (28) je neposredno nadrejena oseba, ki je po poklicu socialni delavec. Preostale tri petine (42) respondentov odgovarja, da je neposredno nadrejena oseba drugega profila. Največkrat je to zdravnik (12 odgovorov), glavna medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra (7), predstojnik (5), direktor (3) in drugi. V več kot polovici primerov (36) socialni delavci sodelujejo v različnih strokovnih kolegijih in na strokovnih sestankih zavoda.

Socialna delavka v zdravstveni dejavnosti s svojimi storitvami pacientom in njihovim svojem zagotavlja strokovno pomoč pri reševanju njihovih odnosov in materialnih stisk ne glede na vrste težav ali status pacienta.

Oblikovan in predstavljen je bil predlog definicije socialnega dela v zdravstveni dejavnosti,

uporaben za primarno, sekundarno in terciarno raven zdravstvene dejavnosti, skupaj s vprašanjem »Ali se strinjate z definicijo socialnega dela v zdravstveni dejavnosti?«.

65 vprašanih je odgovorilo, da se strinjajo s predlagano definicijo, ki se glasi:

Temeljna naloga socialnega dela v zdravstveni dejavnosti je strokovno pomagati ljudem, ki so se znašli v psihosocialni stiski zaradi zdravstvenih težav, da ohranijo, povrnejo in razvijejo svoje potenciale za aktivno in enakopravno vključevanje v družbeno življenje. Z uporabo metod socialnega dela uporabnik, svojci in socialna delavka soustvarjajo rešitve za kompleksne probleme, v izvornih delovnih projektih. Naloga socialnega dela v času bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja je zagotavljanje podpore uporabnikom in njihovim bližnjim pri prilagajanju na nove razmere, pri njihovi vključitvi v proces zdravljenja, rehabilitacije ali umiranja. Prav tako socialne delavke pomagajo pri iskanju ustreznih oblik podpore in storitev, ki bi omogočile hospitaliziranemu vrnitev v domače okolje ali preselitev v zanj sprejemljivejšo stanovanjsko rešitev. Ob upoštevanju temeljnih vrednot in etičnih načel socialnega dela pomagajo ljudem uresničevati pravice do socialne varnosti in zagotavljati dostop do razpoložljivih virov in različnih življenjskih priložnosti. Njihovo delovanje je usmerjeno v omogočanje večje izbire, v krepitev moči in odločanje o lastnem življenju, pri čemer se poslužujejo kompleksne mreže storitev za uresničevanje socialnih pravic in potreb ter uporabnikovih lastnih virov. Hkrati s tem si prizadevajo za družbene spremembe, ki povečujejo socialno pravičnost in izboljšujejo položaj posameznikov, družin in skupnosti. (Opredelitev normativov in standardov na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti 2009: 30.)

Upravičenci storitev

V zdravstveni dejavnosti se uporablja izraz bolnik, pacient. Uporabnik, uporabnica pa sta pojma, ki sta se utrdila in se najpogosteje upo-

rabljata v socialnem delu (Čačinovič Vogrinčič 2006: 7). Zaradi boljšega razumevanja je treba pojasniti, da se pojem pacient v prispevku uporablja v opisih zdravstvene dejavnosti, na področju socialnega dela v širšem smislu pa pojem uporabnik. Socialni delavci morajo v procesu soustvarjanja interpretacij v pogovoru omogočiti sogovorniku razumevanje, zato je jezik socialnega dela tudi jezik pacienta (*op. cit.*: 9). Enako pomembni pa sta za natančno razumevanje opredelitev in uporaba posameznih pojmov v multidisciplinarnem timu.

Predvidevamo, da so se prav zato tri petine (43) respondentov odločile za uporabo izraza pacient, četrtnina (17) se je opredelila za uporabo pojma uporabnik. Med osmimi respondenti, ki navajajo druge odgovore, trije menijo, da sta oba izraza ustrezna. Trije predlagajo izraz bolnik, eden predlaga rehabilitad. Enemu je vseeno, kateri izraz se uporablja.

Socialne delavke v zdravstveni dejavnosti pomagajo vsem pacientom in pacientkam: odraslim, otrokom, mladim, starim, brezdomcem, socialno ogroženim, ljudem brez urejenega statusa, državljanom ali tujcem.

Večina respondentov (64) obravnava odrasle paciente vsak dan, le šest pa vsak dan obravnava otroke. Odgovora »pogosto« (vsak mesec enkrat) in »zelo pogosto« (več kot enkrat na mesec) sta zanemarljiva. »Občasno« (manj kot enkrat na mesec) pa se v obravnavo otrok vključi tretjina (22) socialnih delavcev.

»Vsak dan« se vključuje v obravnavo hospitaliziranih pacientov večina socialnih delavk in delavcev (49). Tretjina (23) pa »vsak dan« pomaga pacientom, vključenim v ambulantno obravnavo. Deset respondentov se vključuje v obravnavo pacientov, vključenih v dnevno bolnišnico³. Trije pomagajo tudi zaposlenim delavkam in delavcem v zdravstvenem zavodu.

Odgovori o vsakodnevni obravnavi hospitaliziranih oziroma ambulantnih pacientov potrjujejo razdeljenost anketiranih, zaposlenih v bolnišnicah oziroma zdravstvenih domovih.

³ Pacienti, obravnavani v dnevni bolnišnici, praviloma odidejo domov še isti dan (npr. Splošna bolnišnica Jesenice: zdravljenje s kemoterapijo) ali bivajo na oddelku dopoldne od ponedeljka do petka, sicer pa spijo doma (npr. Psihiatrična klinika Ljubljana).

Razlikujejo se tudi odgovori, koga ne obravnavajo »nikoli«. Med temi odgovori je bilo največ odgovorov: zaposlenih delavcev (21), pacientov v dnevnem hospitalu (12), ambulantnih pacientov (8). Treba je pojasniti, da vsi zavodi ne izvajajo dnevnega hospitala. Glede na dostopne informacije pa je v zavodu lahko sistemizirano tudi delovno mesto socialne delavke za zaposlene.

Vključitev v obravnavo

Po prejemu pobude zdravnika ali medicinske sestre socialna delavka vzpostavi stik s pacientom oziroma svojci. S težavami pacienta pa socialna delavka lahko seznanjena tudi njegov bližnji, strokovna delavka centra za socialno delo, patronažna medicinska sestra ali izvajalec pomoči na domu. Zaradi ugotavljanja potreb in oblikovanja definiranja problema mora socialna delavka skrbeti za osebno sodelovanje s pacientom in njegovimi bližnjimi. Pogosto je treba vključiti tudi pristojne socialne službe ali nevladne organizacije. Šele na podlagi ugotovljenih okoliščin je možno individualno načrtovanje dejavnosti, usmerjenih v rešitev problema. Stik s pacientom je treba vzpostaviti spoštljivo in prijazno, pridobiti podatke o njegovih željah, potrebah in zmožnostih, bivalnih razmerah, socialni mreži, finančnih zmožnostih preživljanja, statusu ipd. Zbiranje informacij poteka vzporedno z vzpostavljanjem delovnega odnosa med udeleženi v problemu. Pogovor s pacientom največkrat poteka v bolniški sobi. Pogovor s svojci pa, razen izjemoma, poteka v delovnih prostorih socialne delavke.

V posameznih zdravstvenih zavodih je socialna delavka vključena v tim, ki obravnava vse paciente (23 odgovorov). V drugih zavodih se socialna delavka s strokovnim delom vključuje samo pri posameznih pacientih, največkrat na predlog zdravnika ali medicinske sestre (18), ki pošlje »formalno naročilnico«. Glede na to, da socialne delavke in socialni delavci v zdravstveni dejavnosti nimajo standardov in normativov, je vključitev v obravnavo lahko odvisna tudi od presoje pristojnega zdravstvenega delavca.

Včasih tudi s pojasnilom: »Že nekaj služb smo vključili, zdaj pa upamo, da nam boste vi pomagali rešiti problem ...«

Socialna obravnava traja različno dolgo. Polovica anketiranih (37) socialnodelovno obravnavo pacienta konča ob odpustu, 18 pa jih občasno spremlja tudi še po odpustu.

Metode socialnega dela

Socialne delavke so samostojne strokovne delavke, odgovorne za izvajanje del in nalog s področja socialnih problemov upravičencev. Pogoji za kakovostno opravljeno delo so: dobro strokovno znanje, etična odgovornost, profesionalnost, sposobnost za učinkovito dvosmerno komuniciranje, ustrezne organizacijske spretnosti in sposobnost za vključevanje v timsko delo. Delovno orodje socialnih delavk sta obširno znanje in njihova humana, dostopna, odprta in fleksibilna osebnost. Za uresničitev osnovnega cilja – izboljšati pacientovo socialno funkcioniranje – mora socialna delavka uporabiti delovni odnos kot osnovno sredstvo.

Pri načrtovanju rešitev je pomembno, da izhajamo iz potreb in želja pacienta, da upoštevamo njegove zmožnosti in zmožnosti njegovih bližnjih. Ocena problema in načrtovana pomoč se lahko spreminjata v času zdravstvene obravnave glede na spremembe pacientovega zdravstvenega stanja ali glede na druge pomembne okoliščine.

Iz odgovorov izhajajo, da socialne delavke pri svojem delu uporabljajo te metode in tehnike socialnega dela: sodelovanje in povezovanje z zunanjimi institucijami (70), seznanjanje s pravicami (67), svetovanje (66), sodelovanje s svojci (66), prepoznavanje potreb posameznika in analiza tveganja (64), zapisovanje in dokumentiranje (64), individualni pristop in individualno načrtovanje skrbi in podpore (63), zagotavljanje pomoči pri posameznih postopkih uveljavljanja pravic (62), krepitev moči uporabnika (60), svetovalni pogovor s tehnikami usmerjanja (58), podpora in spodbujanje pri ohranjanju ali vzpostavljanju stikov s svojci (56), delo z družino (53), povečevanje spretnosti pogovora in zapisovanja, pisanje priporočil, socialnih poročil (55).

Sodelovanje in koordiniranje dejavnosti med udeleženi

Pri izvajanju storitev se socialne delavke pogosto interdisciplinarno povezujejo in sodelujejo z drugimi udeleženi in različnimi sistemi. Koordinirajo in posredujejo informacije med pacienti, svojci ter izvajalci zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev in pomagajo pri uveljavljanju pravic socialne varnosti.

Glede na pogostost stikov je bilo možno izbirati med »stalno« (vsak dan), »zelo pogosto« (večkrat na mesec), »pogosto« (vsak mesec enkrat), »občasno« (manj kot enkrat na mesec) in »nikoli«.

Odgovori so bili takšni: »stalno« izvaja dejavnosti z zakonci 30 socialnih delavk in delavcev, s sorodniki pacientov 16, s socialnimi zavodi za institucionalno varstvo 21, s centri za socialno delo 15, z zakonitimi zastopniki pacientov 7. »Zelo pogosto« izvaja dejavnosti s centri za socialno delo 39 socialnih delavk in delavec, s sorodniki 23 in zakonci pacientov 22, z zakonitimi zastopniki 16, z nevladnimi organizacijami 15.

Z ZZS izvaja dejavnosti »pogosto« 19 socialnih delavk in delavcev ter »občasno« 41.

Velika razpršenost posameznih odgovorov nam daje misliti, da bi bilo smiselno prej prilagoditi vprašanja za posamezno raven zdravstvene dejavnosti.

Opredelitev delovnih nalog in obveznosti v času enega meseca

Ker ni enotnih navodil za zapisovanje storitev v zavodih, se je pojavilo odprto vprašanje glede opredelitve delovnih nalog in zadolžitev (največ 10 aktivnosti) v času enega meseca z oceno porabe delovnega časa v odstotkih za posamezno aktivnost. Veliko število različnih odgovorov je bilo zaradi prikaza treba najprej kodirati.

Naveden je porabljen delovni čas v odstotkih za posamezno dejavnost. Delu s pacientom je namenjeno 26,7 % delovnega časa, koordinaciji (vodenju koordinacije med posameznimi zavodi in službami) 22 %, timu (sodelovanju v timski obravnavi) 10,2 %, dokumentiranju 8 %, sorodniku (delu s svojci, pomembnimi

drugimi) 6,7 %, skupini (delu s skupino) 6,5 %, izobraževanju 3,3 %, komisijam (delu v komisijah) 2,2 %, mentorstvu 2,2 % in drugemu (nalogam, ki jih ni bilo mogoče umestiti v nobeno izmed predstavljenih skupin) 11,6 % delovnega časa.

Predvidevamo lahko, da je to zaradi odprtega vprašalnika. V primeru preverjanja rezultatov bi bilo smiselno predlagati skupine opravil.

Dokumentiranje

Socialnodelovno obravnavo dokumentirajo vse socialne delavke (100 %). V tretjini primerov (25) je dokumentacija o socialnem delu shranjena v popisu bolezni pacienta, ki je na oddelku ali v ambulanti. Dokumente o socialni obravnavi vodi posebej v spisu 48 respondentov. V priročnih arhivih jih spise hrani 47.

Štirideset socialnih delavk in delavcev je glede dokumentiranja storitev socialnega dela oblikovalo predloge: vodenje lastne dokumentacije z zapisi (18), enoten obrazec (10), vzpostavitev in prilagoditev sodobne tehnologije in dostop do potrebnih podatkov (6). Da naj bo dokumentacija o socialnih storitvah sestavni del pacientove kartoteke, meni 6 socialnih delavk in delavcev.

Izobraževanje

Skoraj vsi respondenti (65) menijo, da socialne delavke v zdravstveni dejavnosti potrebujejo programe izobraževanja in učne delavnice zaradi ohranjanja čustvenega ravnovesja in preprečevanja izgorevanja.

Programe, ki jih navajajo kot ustrezne, lahko v grobem razdelimo na specialistične in splošne. Specialistične potrebujejo za svoje delo na posameznih specifičnih področjih zdravstvenih dejavnosti, splošne pa ne glede na dejavnost (programi za obvladovanje stresa in izgorevanja pri delu, programi za refleksijo o izkušnjah pri delu, supervizija, komunikacija).

Kar 21 odgovorov se nanaša na potrebo po specialnih znanjih na specifičnih področjih zdravstvene dejavnosti, na katerih delajo socialne delavke. Na splošne programe izobraževanja ali učnih delavnic se nanaša 27

odgovorov. Največ respondentov navaja program supervizije (20), in sicer supervizijo kot supervizijo za ozko strokovno področje, intervizijo, možnost refleksije in pogovora o svojih izkušnjah, sproščanje. Trije respondenti od teh se že udeležujejo supervizijske skupine, osem jih navaja potrebo po programu preprečevanja stresa in izgorevanja, trije predlagajo program spretnosti dobrega komuniciranja.

Dva odgovora se nanašata na splošna opažanja o ustreznih programih, in sicer: prvi navaja potrebo po skupnih delavnicah s socialnimi delavkami iz socialnega varstva, drugi pa meni, da bi bilo potrebno karkoli, saj trenutno zdaj ni ničesar na voljo.

Srečanja (izobraževanja, učne delavnice) bi po mnenju skoraj polovice (47 %) respondentov, ki so odgovorili na to vprašanje, morala potekati enkrat na dva meseca. Nekaj več kot tretjina (36 %) jih meni, da bi morala potekati enkrat na mesec. Ena oseba omenja potrebo po intenzivnejših srečanjih. Posamezni respondenti menijo, da je pogostost odvisna od vrste programa (seminarji, supervizije) in da je potrebnih več različnih programov z različno stopnjo intenzivnosti in pogostosti.

Možnosti strokovnega izobraževanja so različne. V preteklem letu (2011) se je izobraževalo 51 respondentov. Enkrat se je izobraževanja udeležilo 14 socialnih delavk in delavcev in enako število dvakrat. Trikrat ali večkrat pa 23 respondentov. Skoraj četrtina (17) se jih v preteklem letu izobraževanja ni udeležila.

Samoevalvacija sodelovanja v timu

Poklic socialnih delavk v zdravstveni dejavnosti je specifičen in opredeljuje delovno mesto, ki zahteva veliko prilagodljivosti in potrpežljivosti, tako s profesionalnega vidika kot tudi z vidika timskega dela. Pomembno je, da se pomoč ne osredotoča samo na posameznikove psihične in somatske vidike, temveč tudi na odnose in okolje, v katerem posameznik funkcionira. Potrebna je usmeritev na čim boljše funkcioniranje pacienta po končani hospitalizaciji oziroma zdravstveni obravnavi in prav tu je vloga socialne službe nepogrešljiva. Pacientke in pacienti se razlikujejo po

izpostavljeni oz. ugotovljeni problematiki, po trenutnih sposobnostih za funkcioniranje, zato je način obravnave različen, zajema individualno, skupinsko in skupnostno socialno delo.

V vprašalniku smo socialne delavke in delavce prosili, naj ocenijo upoštevanje strokovnega mnenja v timu, enakopravnost članov v timu, cenjenost strokovnega dela, avtonomnost uporabe strokovnega jezika. Na voljo so imeli, da lahko odgovorijo tudi, da njihovo delo ni upoštevano glede na vložene napore, da so pričakovanja članov tima nerealna, njihovo strokovno delo pa upoštevano samo v posameznih primerih. Predlog je bilo treba opredeliti s predlagano lestvico, in sicer glede na to, ali trditev velja »popolnoma«, »v veliki meri«, »v srednji meri«, »v manjši meri« oziroma »sploh ne velja«.

Da lahko avtonomno uporabljajo jezik svoje stroke, je navedlo 27 respondentov. Da je njihovo strokovno delo v timu cenjeno »v veliki meri«, ocenjuje 30 socialnih delavk in delavcev, »v srednji meri« pa 26. Skoraj dve petini respondentov (26) je menilo, da vodja tima »v veliki meri« upošteva njihovo mnenje, 24 respondentov pa, da ga upošteva »v srednji meri«. Da so »popolnoma« enakopravni člani tima, odgovarja 20 respondentov.

Pet socialnih delavk ocenjuje, da delo »ni upoštevano« glede na vložene napore, 6 jih meni, da to velja »v veliki meri«. Trije se strinjajo s trditvijo, da so pričakovanja članov tima nerealna, 4 menijo, da to velja »v veliki meri«. Trditev »moje strokovno delo upoštevajo samo v posameznih primerih« velja »popolnoma« za 2 in »v veliki meri« za 8 respondentov.

Iz odgovorov izhaja, da se socialne delavke ne glede na to, da so v nekaterih zavodih edine predstavnice poklicne skupine, uspešno vključujejo v zdravstveni tim in s tem pripomorejo k prepoznavnosti stroke. Iz posameznih odgovorov pa je razvidno, da sodelovanje v posameznih delovnih okoljih ni spodbudno, za vzroke pa bi potrebovali podrobnejšo analizo.

UGOTOVITVE

Socialne delavke v zdravstveni dejavnosti so zaposlene na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti, na primarni, sekundarni in terciarni.

Pri tem pa velja ugotoviti, da umestitev socialne delavke v tim ni sistemsko določena, temveč je sistemizacija prepuščena zdravstvenemu zavodu.

Naloge socialnega dela v zdravstveni dejavnosti niso opredeljene, zato socialne delavke v posameznih zavodih težko določijo okvir svojih dejavnosti. Glede na to pacienti ne morejo uveljavljati pravice do enake obravnave in enake dostopnosti do storitev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti.

Upravičenci storitev socialnega dela so pacienti, ki so vključeni v zdravstveno obravnavo. Za aktivno reševanje socialnih problemov pa je potrebno veliko povezovanja in strokovnega dela z njihovimi bližnjimi in pristojnimi službami.

Vodenje dokumentov o socialnem delu s pacienti je lastno vsakemu zavodu. Storitve socialnega dela se zapisujejo, vendar ni enotnih navodil, zato ni možna primerjava med posameznimi zavodi.

Ker ni dogovorjenih normativov in standardov obravnave, ni možno vodenje enotnih evidenc števila uporabnikov.

Brez dogovorjenih postopkov in sprejetih standardov ni možno spremljati in ocenjevati kakovosti strokovnega dela.

Ugotavljamo veliko željo socialnih delavk po zakonski opredelitvi področja socialnega dela v zdravstveni dejavnosti.

Izražena je velika potreba po vključevanju v programe strokovnega izobraževanja s splošnimi in strokovnimi vsebinami področja dela.

Te ugotovitve lahko primerjamo z ugotovitvami raziskave (Pogačnik 1984: 379), v kateri avtorica navaja probleme socialnih delavk v zdravstvu v ljubljanskih zdravstvenih organizacijah: majhno število socialnih delavk glede na obseg dela in število pacientov, zaradi velikega števila zahtev prihaja do nepoglobljenega in nesistematičnega dela z pacienti, zaradi preobremenjenosti ni dovolj časa za delo s pacienti, posledica neinformiranosti nekaterih zdravnikov o socialnem delu so nepotrebne in neutemeljene zahteve.

SKLEPI IN PREDLOGI

Glede na družbena pričakovanja in ugotovitve raziskave je nujna opredelitev standardov socialnega dela. Vzpostavitev vodenja sistema

kakovosti in varnosti ter aktiven pristop k uvajanju nenehnih izboljšav sta možna le na podlagi dogovorjenih in sprejetih standardov.

Pomembno je, da socialne delavke v zdravstveni dejavnosti pri svojem delu ravnajo etično – v obče dobro. Spoštovati je treba vse z ustavo in zakoni Republike Slovenije zajamčene pravice ter vse mednarodne dokumente s področja človekovih pravic, ki jih je sprejela ali ratificirala Republika Slovenija.

Zato je Komisija v poročilu Opredelitev normativov in standardov na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti (2009) predlagala, da standardi storitev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti temeljijo na *Kodeksu etike socialnih delavk in delavcev Slovenije* (1996), v nadaljevanju Kodeks) ter prevedenih in prirejenih standardih *NASW Standards for Clinical Social Work In Social Work Practice* (2005) Nacionalnega združenja za socialno delo. Kodeks opozarja na minimalna in splošno sprejeta merila, ki jih je treba nujno upoštevati v situacijah, ki zahtevajo etično presojo, in zavezuje vse socialne delavke in delavce, diplomante Fakultete za socialno delo in Visoke šole za socialno delo. Standardi NASW, sprejeti junija 2005, poudarjajo etično odločanje in skrb za varovanje osebne integritete pacienta in svojca, dokumentiranje storitev, opredelijo strokovno usposobljenost in odgovornost za stalni strokovni razvoj izvajalcev ter njihove pogoje za učinkovito strokovno delo.

Komisija je ob končanem mandatu podala strokovno mnenje, da je pred opredelitvijo normativov na državni ravni treba oblikovati enoten nabor storitev ter opredeliti naloge in posamezne skupine pacientov. Socialne delavke in delavci so kot članice in člani multidisciplinarnih timov do zdaj navedeni v Zakonu o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (1977) in Navodilu za izvrševanje zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (1977), v programih (Državni program obvladovanja raka v Sloveniji 2010–2015, Državni program paliativne oskrbe, Program celovite rehabilitacije slepih in slabovidnih), v Predlogu Resolucije o nacionalnem programu

duševnega zdravja 2011–2016 (2011), pri delovanju Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od drog, v smernicah obravnave otrok z Duchennovo mišično distrofijo in v nekaterih kliničnih poteh⁴.

Na podlagi usmerjenega spremljanja in vrednotenja bo treba izdelati sistemizacijo delovnih mest v posameznih zavodih v primarni, sekundarni in terciarni dejavnosti. Na državni ravni sprejete pravne podlage za storitve, ki jih izvajajo socialne delavke v zdravstveni dejavnosti, bodo pacientom omogočile enako multidisciplinarno obravnavo in enako dostopnost do storitev, za kakovostno izvajanje storitev pa je treba vzpostaviti mrežo socialnih delavk, zagotoviti ustrezne delovne razmere, informacijsko podporo in vzpostaviti zbirko podatkov.

Socialno delo v zdravstveni dejavnosti pripomore k celostnemu pristopu zdravstvene obravnave, še posebej ker imajo problemi, značilni za osebe, ki živijo v negotovih razmerah, in za marginalne skupine prebivalstva hude posledice za njihovo zdravje. To postaja vse pomembnejši javnozdravstveni problem, ki je drago breme tako za posameznika in njegovo družino kot tudi za zdravstveno blagajno, skupnost, državo. Upravičeno lahko pričakujemo, da bo Ministrstvo za zdravje podprlo predlagana izhodišča in s podelitvijo mandata kompetentnim strokovnjakinjam in strokovnjakom omogočilo izvedbo predlaganih dejavnosti.

VIRI

- ČAČINOVIČ VOGRINČIČ, G. (2006), *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- FLAKER, V. (2010), *Prostor in socialno delo*. Dostopno na: [http://www.fsd.si/mma_bin.php/\\$fld/2011022412291641/\\$fName/prostor+in+socialno+delo.pdf](http://www.fsd.si/mma_bin.php/$fld/2011022412291641/$fName/prostor+in+socialno+delo.pdf) (20. 2. 2012).
- GÖDECKER-GEENEN, N. (2000), *Krankenhäuser: Sozialarbeit unverzichtbar*. Dostopno na: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=24586> (20. 2. 2012).
- HROVATIČ, D. (2010), Socialni vidik dela s pacientom s kronično boleznijo. V: Štemberger, T., Majcen Dvoršak, S. (ur.), Simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije (24–27).
- JERMAN, T., KOSTNAPFEL, T., LETNAR ŽBOGAR, N., PETERNEL, L., BELOVIČ, B., KRANJIC NIKOLIČ, T., ARTNIK, B., KLANČAR, T., MOŠKON, B., NAHTIGAL, K., TAVČAR, M. (2011), *Strategija zmanjševanja neenakosti v zdravju v ljubljanski zdravstveni regiji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo. Dostopno na: <http://www.zzv-lj.si/gradiva/StrategijaTISKonna.pdf> (5. 3. 2012).
- KAČIČ, M. (2000), Komunikacija, ravnanje in svetovanje v interakciji s slepimi in slabovidnimi. *Socialno delo*, 6: 421–431.
- KERSNIK, J. (2010), Kdo je bolnik s kronično boleznijo – medicinski vidik. V: Štemberger, T., Majcen Dvoršak, S. (ur.), Simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
- Kodeks etike socialnih delavk in delavcev Slovenije* (1996). Dostopno na: <http://www.fsd.uni-lj.si/dsdds/Kodeks%20etike.htm> (6. 7. 2009).
- KVATERNIK, I., GREBENC, V. (2008), Vrzeli med medicino in socialnim delom: Primer »dvojnih diagnoz«. *Teorija in praksa*, 1–2: 129–143.
- MARUŠIČ, D., SIMČIČ, B. (ur.) (2009), *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/Klinicne_poti/prirocnik_OBLIKOVANJE_KP_slo_170310.pdf (2. 3. 2012).
- MILOŠEVIČ, V. (1989), *Socialno delo*. Ljubljana: Samozaložba.
- MILOŠEVIČ ARNOLD, V. (2001), *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- NASW Standards for Clinical Social Work In Social Work Practice (2005). Dostopno na: <http://>

⁴ »Klinična pot je orodje, ki zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanja opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. Pomaga pa tudi pri seznanjanju pacienta s predvidenim potekom njegove zdravstvene obravnave in je dober pripomoček za izračun stroškov obravnave.« (Marušič, Simčič 2009: 6.)

- www.socialworkers.org/practice/standards/NASWClinicalSWStandards.pdf (2. 3. 2012).
- Navodilo za izvrševanje zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (1977). *Ur. l. SRS*, 15/77.
- Neenakosti v zdravju v Sloveniji (2011). Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/posvet_neenakost_v_zdravju_feb_2011/publikacija_neenakost_v_zdravju_v_Sloveniji_feb_2011.pdf (26. 1. 2012).
- Opredelitev normativov in standardov na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti (2009). Ljubljana: Komisija za definiranje normativov in standardov na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti (poročilo).
- POGAČNIK, M. (1984), Socialno delo v zdravstvu. *Zdravstveni obzornik*, 18: 379–409.
- Predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016 (2011). Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf (1. 3. 2012).
- Pravilnik o sestavi in delovanju Razširjenih strokovnih kolegijev (2002). *Ur. l. RS*, 30/02, 34/02, 94/02, 82/04, 38/06, 51/06, 52/11.
- RUSK, H. A. (1971), Principi rešavanja socialnih problema. V: Sabol, R. (ur.), *Rehabilitacija udžbenik fizikalne medicine i rehabilitacije*. Beograd: Savez društava defektologa Jugoslavije (273–281).
- SELIČ, P. (2010), Kronični bolnik – psihološki vidiki. V: Štemberger, T., Majcen Dvoršak, S. (ur.), *Simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije (28–33).
- Svetovna zdravstvena organizacija (2006), *Social determinants of health*. Dostopno na: http://www.who.int/social_determinants/en/ (20. 2. 2012).
- SVETINA, S. (2007), Delo socialnega delavca v zdravstvu. V: Debeljak, B., Urek, M. (ur.), *Socialno delo za enake možnosti za vse: Knjiga povzetkov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (152).
- Zakon o pacientovih pravicah (2008). *Ur. l. RS*, 15/2008.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (1992). *Ur. l. RS*, 9/1992 (26/1992 popr.). Spremembe: *Ur. l. RS*, št. 451/1994 Odl.US: U-I-104/92, 37/1995, 8/1996, 59/1999 Odl.US: U-I-77/98, 31/2000, 45/2001, 131/2003 Odl.US: U-I-60/03-20, 135/2003 Odl.US: U-I-137/01-23, 2/2004, 36/2004-UPB1, 80/2004, 23/2005-UPB2, 23/2008.
- Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (1977). *Ur. l. SRS*, 11/1977.

Mirjana Ule

DRUŽBENI VIDIKI ZDRAVJA IN MEDICINE

Prepričanja o zdravju in bolezni so del širšega razumevanja sveta, v katerem živimo. So del znanja o boleznih, telesnih znakih, socialni vlogi bolnika. Smo ne le zdravi ali bolni, temveč se tudi počutimo zdrave ali bolne. V članku je kot nasprotje prevladujočemu medicinskemu pogledu na zdravje in bolezen predstavljen socialni model zdravja in bolezni, ki ni osrediščen samo na fizične simptome bolezni, ampak na samooceno zdravja in počutja. Predstavljeni so podatki javnega mnenja o samoocenah zdravja in posledice družbenih neenakosti na zdravje in dobro počutje ljudi.

KLJUČNE BESEDE: medicinski pogled, javno zdravje, medikalizacija družbe, oblagovljenje zdravja.

Mirjana Ule je redna profesorica in predstojnica Centra za socialno psihologijo na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani. Kontakt: mirjana.ule@fdv.uni-lj.si.

Irena Eržen

SOCIALNO DELO V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI STANDARDI IN NORMATIVI

Socialne delavke in delavci v zdravstveni dejavnosti zagotavljajo podporo in pomagajo pacientom in njihovim bližnjim pri reševanju različnih socialnih stisk v času zdravstvene obravnave. S svojim specifičnim znanjem in spretnostmi dopolnjujejo zdravstveno obravnavo pacienta. Pri reševanju socialnih težav je treba izhajati iz potreb in želja pacientov, postopke je treba nenehno prilagajati spremembam njihovega zdravstvenega stanja ali drugim okoliščinam. Poklic socialnih delavk v zdravstveni dejavnosti je specifičen, zahteva veliko fleksibilnosti in potrpežljivosti, tako s profesionalnega vidika kot z vidika timskega dela. Področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti nima oblikovanih standardov in normativov. Šele nacionalni pravni okvir socialnega dela v zdravstveni dejavnosti bo pacientom omogočal enako multidisciplinarno obravnavo in enako dostopnost ter največjo možno kakovost storitev, zaposlenim pa ustrezno mero avtonomnosti in varnosti, predvsem ob delovni preobremenjenosti.

KLJUČNE BESEDE: socialne storitve v zdravstvu, multidisciplinarna obravnavo, zakonska ureditev, enaka dostopnost.

Irena Eržen, univ. dipl. soc. del., je zaposlena v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Kontakt: irenaerzen@gmail.com.

Zalka Drglin

IZMERA POKLICA: OD VODNIŠTVA K SOPOTNIŠTVU

**BABICA KOT SKRBBSTVENI POKLIC IN POTREBE
ŽENSKO, KI POSTAJA MATI**

Medikalizacija materinstva na samem začetku – v nosečnosti, pri porodu, hranjenju dojenčka, dojenju, negi dojenčka – je značilna za drugo polovico 20. stoletja. Kako se iz nje izvijamo, kje so pasti in katere so obetavne poti za povečanje moči mater/žensk? Z analizo izbranega pričevanja o doživljanju poroda in porodne pomoči zdravstvenih strokovnjakov je prikazana problematika zapletenih in v nekaterih primerih težavnih razmerij med zdravstvenimi strokovnjaki in porodnicami. Babičevanje je povezano s poglobljenim razumevanjem nosečnosti in porodnega procesa kot prepletov narave in kulture in s prepoznavanjem potreb ženske in otroka. Z izmero poklica, s pregledom profesionalizacije podpore, nege in sočutja in s premislekom o formalizaciji zunanje in »notranje« podobe babice se usmerjamo h ključnima nalogama: koncipirati babištvo kot sodobni skrbstveni poklic in udejanjati ga v praksi skrbi za ženske in dojenčke.

KLJUČNE BESEDE: materinstvo, babištvo, nosečnost, porod, dojenček, paradigme o rojstvu.

Zalka Drglin, doktorica ženskih študij in feministične teorije, raziskovalka na Inštitutu za varovanje zdravja, se posveča kulturi rojevanja, babištvu, različnim vidikom materinstva in starševstva in duševnim stiskam žensk ob porodu. Je aktivna članica Naravnih začetkov, združenja za informiranje, svobodno izbiro in podporo na področju nosečnosti, poroda in starševstva. Kontakt: zalka.drglin@ivz-rs.si.

Mirjana Ule

SOCIAL ASPECTS OF HEALTH AND MEDICINE

Our views on health and illness are an integral part of our worldview. These include our understanding of the bodily signs of illnesses, as well as the social role of a patient. Not only can we be physically healthy or sick, but we can also feel healthy or sick. In the article the established medical view of illness, which is limited to the physical symptoms, is contrasted with the social model, which includes the self-evaluation of health and mood. The research of the public opinion on the self-evaluation of health is presented. In addition, the consequences of social inequalities on the health and *well-being* of individuals are emphasized.

KEY WORDS: medical view, public health, medicalization of society, comodification of health.

Mirjana Ule is a professor and the head of the Centre for Social Psychology at the Faculty of Social Science, University of Ljubljana. Contact: mirjana.ule@fdv.uni-lj.si.

Irena Eržen

SOCIAL WORK IN HEALTH CARE

STANDARDS AND CRITERIA

Medical social workers provide support and help to patients and their relatives or caretakers in dealing with different social distress during medical treatment. With their specific knowledge and skills they complement the medical treatment of the patient. For solving patients' social difficulties it is important to know and respect their needs and wishes. Medical social worker must constantly adapt her activities to changes of patient's health or to other circumstances. The profession of social workers in health care is specific, requiring a lot of flexibility and patience, both from a professional point of view and from the point of view of teamwork. The problem is, that medical social workers in Slovenia still haven't formed and written down standards and criteria. But only the national legal framework of social work in health care could guarantee patients the same multidisciplinary treatment and equal access and maximum quality of service. On the other hand, with precise

standards and criteria, medical social workers could get the appropriate degree of autonomy and security, especially when overburdened with work.

KEY WORDS: social services in health care, multidisciplinary treatment, regulation, equal access.

Irena Eržen, B. S. W., is employed at University Medical Centre Ljubljana, Social Counselling Service. Contact: irenaerzen@gmail.com.

Zalka Drglin

MEASURING THE PROFESSION: FROM LEADERSHIP TO COMPANIONSHIP

MIDWIFERY AS CARING PROFESSION AND THE NEEDS OF MOTHERS-TO-BE

Medicalization of motherhood in the very beginning – in pregnancy, childbirth, postpartum – is typical for the second half of the twentieth century. What are the promising ways to achieve empowerment of mothers/women? An analysis of the selected testimony of the childbirth experience reveals complex issues regarding contemporary relationships among birthing women and health care professionals, midwives especially. Midwifery is tied to deeper understanding of the birthing process as intersection of nature and culture and of the basic needs of women and babies in perinatal period. Midwifery as profession, processes of professionalization of support, care and compassion and problematical images of midwives, are carefully analysed. The focus is on the actual task: it is essential to conceptualise midwifery as contemporary caring profession and to provide circumstances for its realisation in maternity care practices.

KEY WORDS: maternity, midwifery, pregnancy, childbirth, baby, birth paradigms.

Zalka Drglin, PhD in women studies and feminist theory, is a researcher at the Institute for health protection in Ljubljana. She is interested in childbirth culture, midwifery, different aspects of maternity and parenthood, and psychic distresses of women while giving birth. She is an active member of Naravni začetku (Natural beginnings), association for informing, free choice and support in the field of pregnancy, birth and parenthood. Contact: zalka.drglin@ivz-rs.si.