

ZDRAVJE MED NEENAKOSTMI, SOCIALNIM DELOM IN PARTICIPACIJO

Zamisel za tematsko številko o socialnem delu v zdravstveni dejavnosti je nastala v okviru skupine kolegic, dejavnih v republiškem strokovnem kolegiju (RSK) za področje socialnega dela na Ministrstvu za zdravje. Izkušnje, o katerih so pripovedovale na naših srečanjih, so mi dale misliti, da je prispevek socialnih delavk v zdravstvu res neviden in potisnjen na rob. Same so to obrobno še najbolj zaznale kot nizko vrednotenje stroke socialnega dela na različnih področjih zdravstva, na primer v nizkih normativih (majhno število socialnih delavk na veliko število ljudi), v nepravilnem plačnem sistemu in sistemu napredovanj glede na druge profile v zdravstvu, v nepovezanosti strok in v pogosto značilnem hierarhičnem odnosu med njimi. Hkrati pa so opozorile na neprepoznavnost socialnega dela v zdravstvu tudi v sami stroki in znanosti socialnega dela (pomanjkanje specialističnih znanj v izobraževanju, neprepoznavnost posebnosti področja v stanovskih združenjih).

Tematska številka je tako predvsem prispevek k temu, da socialno delo v zdravstvu izstopi iz nevidnosti in postane bolj prepoznavno. Članki naših kolegic z različnih področij zdravstva pričajo o izjemni raznovrstnosti dela in so pravo praznovanje te raznovrstnosti. Prispevki so prepotrebna poročila s terena in opisi specifik dela na posameznih področjih zdravstva, v prihodnosti pa nas gotovo čakata še bolj poglobljen in kritičen razmislek o umeščenosti posebnega znanja in prijemov socialnega dela na teh področjih. Socialno delo v zdravstvu je brez dvoma eno od bolj zanemarjenih in znanstveno nereflimiranih področij socialne-

ga dela, ki je prav zaradi umanjkanja kritične refleksije in dominantnosti močnejših strok v dolgih obdobjih včasih še precej prežeto z besediščem in koncepti drugih strok.

V tematski številki pa nam je uspelo predstaviti tudi dobre prakse upornih in avtonomnih artikulacij socialnega dela na področju zdravja, enakopravnega sodelovanja in prepletenosti s sodelujočimi strokami, ki so se, čeprav redko ubesedene, že marsikje uveljavile, zlasti pri vsakdanjih, konkretnih odgovorih na probleme na terenu. Žal nam je, da nam zaradi prezasedenosti kolegice iz Zdravstvene fakultete ni uspelo pridobiti prispevka o njihovih prizadevanjih za preseganje delitev med strokami, na primer z dodiplomskim predmetom o medpoklicnem sodelovanju v zdravstvenem timu, ki je odprt za študentke različnih strok.

Nevidnost socialnega dela na področju zdravstva ni naključna ali izolirana. Odgovore smo torej iskali širše, v spregledovanju socialnih dimenzij zdravja in zdravljenja, ki se kaže v več problematičnih praksah, na primer v izrinjanju izkustvenega znanja iz korpusa veljavnega znanja (pa naj bo to žensko, babiško znanje v članku Zalke Drglin ali izkustveno znanje ljudi z različnimi kronični boleznimi, ki ga opisujejo francoski kolegi), v odkrivanju nestranskih realnosti (kot so izkušnje staršev in otrok z izkušnjo medicinske reproduktivne medicine, o katerih piše Darja Zaviršek), v številnih nereflimiranih neenakostih v zdravju.

Neenakosti v zdravju postajajo v ekonomski krizi žgoča politična tema, ki – kot piše Mirjana Ule – javnemu zdravju postavlja veliko dilem, predvsem kako javno zdravstvo sploh ohraniti,

da ne bi načeli socialne pravičnosti pri dostopanju do zdravja. Socialne delavke v zdravstvu so prve, ki v neformalnih komunikacijah poročajo o svojih opažanjih povečanja števila somatsko obolelih v ambulantah in bolnišnicah, kjer delajo. Zdi se, kot da bi ljudje obupali, klonili, opisujejo. Število hospitaliziranih zaradi težav z duševnim zdravjem je verjetno še več.

V tej številki smo torej zajeli te in še druge teme, ki so na stičišču med socialnim in zdravstvenim in ki zdravje in z njim povezane teme, ki smo jih vajeni presojati samoumevno, zgolj z vidika bioloških predpostavk, obravnavajo tudi iz socialnega, sociološkega ali antropološkega vidika (medikalizacija menopavze in poroda v člankih Maje Šimaga Saje in Zalke Drglin, spolna zaznamovanost bolezni in zdravstvenih težav v članku Renate Šribar). S tem smo poskušali nekoliko premostiti vrzel med medicino in drugimi disciplinami in strokami, ki delujejo na področju zdravja. Zaradi velikega pomena, ki ga imajo naravoslovni zakoni znanosti v medicini (pa tudi zaradi potrebe po prevladi na tradicionalno njenem terenu), sodobna medicina namreč še zmeraj težko prizna, da obstajajo pri zdravju in bolezni tudi psihosocialne dimenzije, ki z biološkimi medsebojno učinkujejo na načine, ki bi zahtevali nova in integrirana znanja in pristope. Posledice v največji meri na svoji koži občutimo prebivalke in prebivalci Slovenije, ki bi potrebovali celovit in povezan pogled na telo, bolezen, zdravje in zdravljenje ter povezane in sodelujoče stroke z možnostjo znatne participacije pri odločanju o svojem zdravju, okrevanju in storitvah.

Oba prispevka tujih avtoric in avtorjev v tematski številki, ki zaokroža različna področja raziskovanja na področju zdravja, se navezujeta prav na možnosti participacije ljudi v zdravstvu. V svetu je uveljavitev demokratičnih praks v zdravstvu ob koncu 20. stoletja uresničilo dolgoletna prizadevanja ljudi, da bi jih v zdravstvenem sistemu sprejeli kot »misleča bitja« in ne le kot »disfunkcionalna bitja«, pišejo Jouet, Las Vergnas in Flora. Nismo torej več samo trpeča bitja, temveč ljudje, ki se o svoji bolezni ali stiski lahko poučijo in izobrazijo, da bi postali bolj avtonomni in

bi si izboljšali kakovost življenja. Bitka za participacijsko demokracijo v zdravstvu je dobljena, sporočajo francoski kolegi, uveljavlja se v institucijah po evropskih in v drugih razvitih državah. Različne razprave in zakoni so spodbudili uveljavitev novih odnosov na več ravneh, spremenil se je odnos med zdravnikom in bolnikom, na kolektivni ravni se je utrdilo sodelovanje uporabnikov v uporabniških združenjih, izobraževanju, raziskovanju, pri pripravi zakonov.

Na področju duševnega zdravja se je prav v zadnjih petnajstih letih uveljavil socialni koncept okrevanja (*recovery*). Nastal je predvsem kot kritika ljudi, ki so imeli izkušnje s sistemom služb duševnega zdravja, na poprejšnje modele, kot so medicinski model pa tudi tisti socialni modeli, ki se niso osredotočali na to, kar človek zmore, ampak so namesto upanja, ki je ključna beseda pri okrevanju, poudarjali diagnoze, deficite, pomanjkljivosti, nezmožnosti ljudi.

Čeprav gre za stiske, ki izvirajo iz socio-kulturnih, medosebnih, družinskih razlogov in imajo različne pomene v življenju ljudi, ki jih ne gre zreducirati samo na zdravstvene posledice, področje duševnega zdravja nenehno uhaja socialni stroki in se vpisuje v medicinsko, v kateri se je zelo zasedrilo. V njej govori v jeziku in kodah, kot so motnje, primanjkljaji, nefunkcionalnost, kroničnost, obravnava, zdravljenje. Sporočilo nove paradigme pa je, da je okrevanje mogoče in da ima vsak pravico do tega, da strokovnjaki v to verjamejo in ga v tem podpirajo.

Pri tem ne gre več za to, da bi nam bil cilj popolna ali manj popolna odstranitev simptomov za vselej, ampak za to, da lahko kljub njihovi občasni ali stalni pojavnosti človek uresniči svoje potenciale in želje in zastavi načrte, ki so zanj smiselni. Posamezniki se preprosto nočejo več videti kot primeri ali kot moteni ali kot ranljivi posamezniki, ki jih nadzirajo simptomi in diagnoze, ampak kot enakopravni državljani z različnimi vlogami, spretnostmi, pravicami, kvalifikacijami, kot celovite osebe.

Prejšnji koncept rehabilitacije se je nanašal bolj na tehnologije, ki naj bi omogočale oviranim ljudem boljšo adaptacijo, obnovitev

zmožnosti, a brez upoštevanja individualnih perspektiv, pristopi znotraj paradigme okrevanja pa se bolj zanašajo na žive izkušnje in znanje ljudi in na njihovo videnje, kaj je zanje in v njihovem življenju smiselno in zaželeno. Študije med ljudmi, ki so okrevali, so pokazale, da so k okrevanju bolj kot tehnologije pripomogli podporni, enakopravni, osebni odnosi s strokovnjaki, ki so jim bili pripravljene zaupati svoje znanje in upoštevati njihovo, ter vrstniška podpora.

Poleg gibanja za participacijo uporabnikov v zdravstvenem sistemu je našo vlogo uporabnikov v marsikaterem pogledu spremenilo tudi znanje, ki izhaja iz izkušnje. Danes v odnos s strokovnjaki na področju zdravja vstopa vse več uporabnikov in uporabnic, ki menijo, da bi njihovo izkustveno znanje lahko koristilo zdravstvenemu in socialnovarstvenemu sistemu. Počasi se vendarle dogaja tiha revolucija, ki vzpostavlja nov odnos do produkcije znanja in na nov način odgovarja na vprašanje, kdo se je sposoben ukvarjati z znanstvenimi vprašanji. O konceptu uporabniškega raziskovanja v socialnem delu na področju zdravja v konkretnem primeru uporabniške raziskave v članku piše Petra Videmšek.

V Sloveniji je participacija v zdravstvu še v povojih, in to kljub dolgi tradiciji združevanja ljudi, ki so zboleli za določeno boleznijo ali imajo težave z duševnim zdravjem, in njihovih svojcev. Če vtipkamo pojem v *google*, se nam prikažejo samo zadetki, ki se nanašajo na finančno participacijo državljanov v zdravstvenem sistemu.

Rezultati evalvacije uvajanja profila zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja (delujejo na varovanih oddelkih psihiatričnih bolnišnic in posebnih domov), ki smo jo opravili v letu 2011, kaže, da so zunanji akterji v zdravstvu še zmeraj v preveliki meri percipirani kot motnja, kot »nestrokovnjaki« in nekompetentni sogovorniki in ne kot partnerji pri uresničevanju pravic in izboljšanju standardov v zdravstvu. V eni od bolnišnic je vodstvo zdravnikom prepovedalo, da bi se pogovarjali z zastopniki. Njihove izkušnje kažejo tudi, da je pripravljenost zdravnikov, da bi seznanili ljudi (kaj šele, da bi se z njimi

posvetovali) o diagnozi, zdravljenih in načrtu zdravljenja, zelo omejena. Nema lokrat še po nekaj dneh na oddelkih niso vedeli, kdo je njihov lečeči zdravnik, in so prosili zastopnika, da jim pomaga to razjasniti. Pa bi vendarle samo sebi olajšali delo, če nič drugega, če bi prislunhili osrednjemu sporočilu, ki ga prinašajo zastopniki.

Ljudje, ki so z zastopnikovo pomočjo dobili potrebne informacije in so se imeli možnost pogovoriti z zdravnikom o zdravljenih ali o tem, koliko časa naj bi ostali v bolnišnici, in je bilo njihovo mnenje upoštevano, so se največkrat lažje sprijaznili s hospitalizacijo. Izkušnja zaupnega in enakopravnega odnosa krepí samozaupanje, ljudje pa smo tudi manj prestrašeni zaradi postopkov, s katerimi se srečujemo v ustanovah. V državah, v katerih imajo daljšo tradicijo zagovornišva, tako že opažajo učinke, ki se kažejo v kakovosti oskrbe, skrajšanju časa, ki ga ljudje prebijejo v bolnišnicah, njihovi večji samozavesti in dobrem počutju, izboljšanju odnosov z osebjem, pa tudi v izboljšanju področne zakonodaje.

Pisanje uvodnika je sovpadlo z mojim obiskom Bosne in Hercegovine in z udeležbo na mednarodni konferenci duševnega zdravja v maju 2012. Na obisku ene od klinik nam je predstojnik s ponosom pojasnil, kako je uspelo njihovi kliniki zaježiti vdor »socialnih primerov«. Skupnost in država pričakujeta, da se bodo s tem ukvarjali, vendar se ne dajo. Njihova naloga je »samo čista klinična obravnava pacientov«, torej diagnosticiranje in medicinsko zdravljenje, da »pripeljejo človeka do določene stopnje«. S socialo naj se potem ukvarjajo centri za socialno delo zunaj. Sicer je seznanjen s tem, da se v resnici ti ne ukvarjajo s to problematiko. Seznanjen je tudi, da so med uporabniki na njihovi kliniki brezdomci, dolgotrajno brezposelni, ljudje z vojnimi travmami. Ampak kot da bi živeli v nekem drugem vzporednem vesolju kot njihovi uporabniki, vztrajajo, da to ni njihov problem. Na kliniki, kjer imajo približno 1300 sprejemov na leto, je zaposlena ena socialna delavka, ki je na vprašanje radovednih kolegov iz tujine, kaj je vsebina njenega dela, prostodušno povedala, da samo to, kar naroči psihiater. Sama o ničemer ne odloča.

Nekaj kilometrov stran, v mestu, stoji hiša, ki jo je od občine pridobilo društvo za vzajemno pomoč v duševnih stiskah, eno od najuspešnejših in najaktivnejših avtonomnih uporabniških združenj v Evropi, ki je navdihnilo številna sorodna društva v regiji. Ti vedo, za kaj gre, ker ne živijo v vzporednem veselju, ampak so trdno zasidrani v realnosti. Vedo, kako ljudje z duševnimi stiskami živijo in kaj potrebujejo, da bi lahko obstali v skupnosti. Ogromne napore vlagajo v to, da bi z dejavnostmi odgovorili na njihove potrebe po izobraževanju, zaposlitvi, destigmatizaciji in da bi s skupnostno podporo zajezili njihovo vračanje v bolnišnico.

Spodbudili so, da so se strokovnjaki začeli resno ukvarjati s postravmatskim stresnim sindromom, saj je med njimi kar nekaj takih, ki so zaradi vojnih travm skoraj končali v institucijah kot kronični bolniki. Imajo izjemno podporo peščice strokovnjakov v lokalni kliniki ter svoje predstavnike v vseh pomembnih političnih telesih in dejansko resno vplivajo na politiko duševnega zdravja v svoji državi. Na konferenci o reformah na področju duševnega zdravja, ki je bila namenjena obstojnosti uporabniških iniciativ, so nas vprašali, kje vidimo razlike med našo in bosansko realnostjo. Kolegica, ki vleče voz enega redkih uporabniških društev pri nas, je rekla, da pravzaprav nobene, tudi sami se soočajo s podobnimi težavami glede financiranja. Zdi se, da se Bosna in Hercegovina kljub pomanjkanju virov ali pa prav zaradi tega kljub temu bolj kot Slovenija zaveda izjemnega pomena uporabniških društev in vrstniške podpore in razmišlja o tem, kako bi pripomogli k njihovi obstojnosti. Po drugi strani pa se zdi, da se je socialno delo s svojo socialno agendo, koncepti in metodami v Sloveniji gotovo že bolj usidralo na področju zdravja.

Delo na tematski številki se je navsezadnje pokazalo kot pot, ki je vsekakor daljša, kot se je zdela na začetku. Sprožilo je pravzaprav množico vprašanj in, kar je še pomembneje, zbudilo voljo za tem, da se pogovarjamo, iščemo odgovore in področje razvijamo. Kolegice socialne delavke na področju zdravja so to razpravo v svojih združenjih že začele in jo prenesle na naše sestanke na republiškem

strokovnem kolegiju. S to tematsko številko razpravo odpiramo tudi za širšo strokovno javnost. Verjamemo, da se je šele začela.

Mojca Urek, gostujoča urednica