

PODPORA BOLNIKU IN NJEGOVI DRUŽINI Z METODAMI SOCIALNEGA DELA

Leonida Marinko, dipl. soc. del.

Onkološki inštitut Ljubljana

Izvleček

Jezik socialnega dela med bolnikom ali njegovo družino in socialnim delavcem je bistvenega pomena za soustvarjanje rešitev v problemu. Pomoč in načrt skrbi za bolnika po odpustu iz bolnišnice zahtevata aktivno udeležенost bolnika in njegovih svojcev ter socialnega delavca z vsemi njegovimi kompetencami. S pogovorom ustvarimo delovni odnos, ki vsem udeležенim v problemu prinese nove rešitve in nove odločitve, ki so najbolj sprejemljive za bolnika in njegovo družino.

Ključne besede: socialnodelavski odnos, soustvarjanje rešitev, etika udeležенosti, perspektiva moči

Uvod

Naloga socialnega delavca v času bolnišničnega zdravljenja je zagotavljanje strokovne pomoči bolnikom in njihovim svojcem pri reševanju njihovih stisk in težav, pri zagotavljanju pomoči pri prilagajanju na nove razmere in pri njihovi aktivni vključitvi v proces zdravljenja, rehabilitacije ali umiranja. Cilj je, da skupaj z bolniki, z njihovimi svojci in/ali s širšim socialnim okoljem omogoči bolnikom vrnitev v domače okolje ali najde primerno rešitev, ki je sprejemljiva zanje.

Vloga socialnega delavca v zdravstvu je, da zagotoviti dostop do storitev vsem uporabnikom.

Zmotno je namreč prepričanje, da se socialni delavec v zdravstvu srečuje oziroma opravlja svetovalno delo samo z uporabniki iz nižjih socialnih slojev oz. z nizkim socialno-ekonomskim statusom. Socialni delavec dela z vsemi uporabniki ne glede na njihovo stisko in zahtevnost problema ter je v svojih vlogah in nalogah omejen, hkrati pa mora pri svojem delu uporabljati široko paleto ravnanj in imeti veliko mero ustvarjalnosti.

Socialni delavec redno sodeluje z drugimi ustanovami, intenzivneje pa pri zapletenih primerih in ko so potrebne dodatne informacije o dogodku ali okoliščini bolnika in njegove ožje družine. Nujno je potrebno vključiti druge strokovnjake (iz Centra za socialno delo, Zavoda za oskrbo na domu, drugih bolnišnic, zdravstvenih domov,

patronažne službe, ...), če načrt dela vsebuje tudi druge socialnovarstvene in zdravstvene storitve.

Metode in spretnosti socialnega dela

Socialno delo ni stroka, ki bi imela vnaprej določene metode, temveč jih prilagaja konkretnim primerom. Socialno delo deluje v nepredvidljivih okoliščinah, v katerih sta potrebna inovacija in ustvarjalno reševanje razmer.

Metode socialnega dela določajo skupine uporabnikov ali bolje rečeno okoliščine, ki sprožijo stisko, npr.:

- bolniki, ki potrebujejo organizirano in kontinuirano skrb, pomoč, podporo,
- bolniki, ki se znajdejo v kompleksnih problematičnih okoliščinah,
- težave s stanovanjem in z bivanjem,
- odpust iz bolnišnice,
- stiske (finančne, psihične, ...),
- bolniki s pomanjkljivo socialno mrežo.

Bolj kot o metodah lahko govorimo *spretnostih socialnega dela* in le-te so naslednje: spretnosti pogovarjanja, poslušanja, psihoterapevtske spretnosti, spretnosti ocenjevanja, načrtovanja, izvajanja načrtov, upravljanja s tveganjem, odpravljanja in zmanjševanja škode, zagovarjanja, krepitve moči, organiziranja storitev, spretnosti dokumentiranja, pisanja, poročanja, vodenja, pridobivanja sredstev, spretnosti poučevanja in objavljanja ter promocije svojega dela, spretnosti, kako znati ravnati v nepredvidljivih okoliščinah itn.

Ob tako številnih in raznovrstnih spretnostih se nekateri socialni delavci (in socialne delavke) bolj usposobijo v tehnikah svetovanja, drugi bolj v organizacijskih spretnostih, tretji pa v spretnostih zagotavljanja storitev. To je odvisno predvsem od osebnega sloga, politike in vrednostne usmeritve posameznika in njegove organizacije, predvsem pa od potreb posameznika (Flaker, 2003).

Vzpostavlanje delovnega odnosa v socialnem delu

Osrednji prostor, v katerem se dogaja proces pomoči med socialno delavko in bolnikom ali svojci bolnika, je *pogovor*.

Delovni odnos je odnos pomoči v socialnem delu in omogoča, da socialni delavec in uporabnik vzpostavi proces pomoči.

V pogovoru oz. v procesu pomoči sta socialni delavec in uporabnik sogovornika, ki skupaj raziskujeta in soustvarjata spremembe in premike.

Delovni odnos je opora socialni delavki, da vzpostavi pogovor, ki omogoča raziskovanje

in sooblikovanje dobrih rešitev in izidov (Čačinovič Vogrinčič, 2005).

Elementi delovnega odnosa so:

- dogovor o sodelovanju,
- instrumentalna definicija problema in soustvarjanje rešitev,
- osebno vodenje.

Sodobni koncepti v socialnem delu:

- perspektiva moči,
- etika udeleženiosti,
- znanje za ravnanje,
- ravnanje s sedanostjo ali koncept sonavzočnosti (Andersen v Čačinovič Vogrinčič, 2005).

Dogovor o sodelovanju vsebuje pristanek na sodelovanje tu zdaj in dogovor o času, ki ga imamo na voljo, ter dogovor o delovnem odnosu, torej dogovor o tem, kako bomo delali. Socialni delavec pojasni koncept delovnega odnosa in opiše svojo vlogo in vlogo vseh udeleženi v problemu. Potrebno je vzpostaviti varen prostor za delo, v katerem vsakdo pride do besede. Pomembno je delo v sedanosti, oz., kaj je mogoče storiti zdaj (Čačinovič Vogrinčič, 2005).

Instrumentalna definicija problema in soustvarjanje rešitev sta temelja delovnega odnosa. Naloga socialnega delavca je, da soustvari proces pomoči, v katerem uporabniki ali udeleženi v problemu raziskujejo svoj delež v rešitvi. V procesu pogovora vsak pove svojo definicijo problema, socialni delavec doda svoje videnje in tako se začne oblikovati definicija možnega in uresničljivega. V središču sta dialog in sodelovanje, udeleženci v problemu soustvarjajo svojo udeleženiost v oblikovanju rešitve (Lussi v Čačinovič Vogrinčič, 2005).

Naloga socialnega delavca je tudi ***osebno vodenje***, saj socialnodelavsko ravnanje pomeni vodenje, in sicer vodenje k dogovorjenim in uresničljivim rešitvam oziroma k dobrim izidom.

Delovni odnos je praviloma usmerjen k želenim rešitvam, k odprtemu prostoru za pogovor, zbira in prispeva pomembne informacije, tehta preizkušene rešitve in predlaga raziskovanje novih poti (Bouwkamp, Vries v Čačinovič Vogrinčič, 2005).

Etika udeleženiosti je usmerjena v to, da objektivnega opazovalca – socialnega delavca nadomesti sodelovanje, v katerem nihče nima zadnje besede, in da strokovnjak – socialni delavec odstopi od moči, ki mu ne pripada – od moči, da posreduje resnice in rešitve (Hoffman v Čačinovič Vogrinčič, 2005),

Perspektiva moči pomeni, da mobiliziramo moč strank (talente, znanja, sposobnosti,

vire) tako, da podpremo njihova prizadevanja, da dosežejo svoje cilje in da bodo tako imele bolj kakovostno življenje (Saleebey v Čačinovič Vogrinčič, 2005).

V pogovorih moramo zavarovati čas na tak način, da se sam pogovor zgodi, razvije in konča tako, da ga je mogoče nadaljevati. Potrebno je zagotoviti čas, v katerem se razvije razumevanje in sporazumevanje, uporabnik dobi izkušnjo sodelovanja in spoštuje se njegovo kompetentnost (Andersen v Čačinovič Vogrinčič, 2005).

Znanje za ravnanje je koncept, pri katerem se znanje v procesu socialnega dela pretvori ali prevede v akcijo (Rosenfeld v Čačinovič Vogrinčič, 2005).

Delovni odnos z uporabnikom naj bo spoštljiv, empatičen in neformalen. Socialni delavec mora pokazati, da je dostopen, z uporabnikom naj išče skupne točke, človekove vrline, osebne resurse, prednosti in ne pomanjkljivosti, napake, hibe ipd. Hkrati pa mora biti odnos predvsem deloven, usmerjen v nalogo. Socialni delavec naj se vživi v bolnikov položaj, naj ga spoštuje, predvsem pa naj poskuša razumeti, kaj pri tem bolnik doživlja.

Eksploracija življenjskega sveta uporabnika

Pri raziskovanju sveta uporabnikov je potrebno imeti okvir (matriko), ki nam je vodilo po mogočih temah pogovora. Raziskovanje naj poteka v duhu dialoga in refleksije. Kakovost zbranih podatkov je odvisna od pristopa in časa, ki ju ima na voljo socialni delavec. Pomembno ni le to, kakšni problemi in kakšna pomanjkanja se dogajajo uporabnikom, ampak tudi to, kako so jih doslej reševali in kako se je na stiske v družini odzivalo okolje (sorodniki, soseska, delovno okolje) (Flaker, 2003).

Primer matrike pri pogovoru z bolnikom ali s svojcem bolnika (Flaker, 2003):

Življenjski prostor osebe

Kako živi? Kje? Kakšno je njeno okolje? Kako poteka običajen dan, teden, mesec? Kaj ji je v življenju pomembno?

Želje, hotenja, potrebe osebe

Kaj si v življenju želi? Kako si predstavlja življenje v prihodnje? Kaj hoče in kaj potrebuje?

Socialna mreža osebe

Kdo so njeni prijatelji, sorodniki? S kom ima stike? Kdo je pomemben zanj? Kaj ji dajejo ti stiki in kaj sama daje njim?

Moč

Kako lahko vpliva na svoje življenje? Ima sposobnost ali moč izraziti, kaj ji je všeč? Ima prevoz? Denar? Jo drugi vidijo kot spoštovanja vredno? O čem lahko odloča?

Spretnosti

Kakšno izobrazbo ima? Kaj dela? Kakšne hobije ima? Kaj jo zanima?

Na kaj je ponosna?

Osebnostne spretnosti

Samokontrola. Gotovost in zaupanje vase in v druge. Ravnanje s časom. Ravnanje s stresom.

Sposobnost prositi za pomoč.

Socialne spretnosti

Povezovanje z drugimi. Sporazumevanje. Natančno in občutljivo izražanje. Odločnost. Sposobnost zabavati se.

Socialne vloge, statusi

Katere vloge in položaje zaseda? Katere od teh vlog so cenjene in katere razvrednotene?

Predstavitev primerov iz prakse

BOLNICA A – 38 let

Življenjski prostor:

- bolnica živi z družino, v hiši z moževimi starši,
- manjša vas.

Želje in potrebe:

- bolnica si v času hospitalizacije in po njej želi pogostejših stikov z otrokoma, starima 11 in 13 let.

Socialna mreža:

- je zelo šibka.

Moč:

- moža nekajkrat zapusti zaradi nasilja in alkoholizma,
- vedno se vrne k možu zaradi otrok,
- prejema nadomestilo plače,
- mož je brez zaposlitve.

Izobrazba in spretnosti:

- srednja šola.

Osebnostne spretnosti:

- bolnica jasno izraža svoje želje in potrebe,
- zaveda se svojega trenutnega zdravstvenega stanja in odvisnosti od tuje pomoči.

Socialne spretnosti:

- bolnica dobro sodeluje z vsemi strokovnimi delavci, ki so vključeni v iskanje rešitve njenega problema.

Socialne vloge, statusi:

- je skrbna mama in otroka sta nanjo močno navezana.

Potek obravnave bolnice

Socialno delavko Onkološkega inštituta je v obravnavo bolnice vključil kirurg Onkološkega inštituta, ki je bolnico premestil na paliativni oddelek. Socialna delavka je po pogovoru z bolnico in s paliativnim timom vključila v obravnavo bolnice pristojni Center za socialno delo, ki je imel bolničino družino že v obravnavi. Vsakodnevno zelo aktivno poteka sodelovanje s strokovnimi delavkami Centra za socialno delo. Bolnica se strinja z namestitvijo v Dom za starejše občane, saj je blizu njenega stalnega bivališča in jo bosta otroka lahko vsak dan obiskovala.

Strokovni delavki iz Centra za socialno delo sta bolnico obiskali na Onkološkem Inštitutu. Bolnica je bila glede na svoja leta premlada za namestitev v Dom za starejše občane. Premestitve v regionalno bolnišnico pa ni želela, saj jo tako otroka ne bi mogla obiskovati.

V času hospitalizacije se je njen odnos z možem izboljšal in je po odpustu domov želela pomoč na domu ali premestitev v Dom za starejše občane.

Center za socialno delo je glede na vse okoliščine aktiviral vse potrebne socialnovarstvene storitve. S tesnim sodelovanjem pristojnega Centra za socialno delo, in sicer glede na težko zdravstveno stanje bolnice in glede na družinske okoliščine, ozirajoč se na podporo, ki jo je bolnica imela v svojem domačem okolju, smo bolnici uredili namestitev v Domu za starejše občane, predvsem zaradi zahtevne nege, ogroženosti bolnice in zaradi (koristi otrok) rednih stikov z otrokoma.

BOLNIK B – 57 let

Življenjski prostor:

- stanovanje v najemu,
- manjše slovensko mesto.

Želje in potrebe:

- bolnik želi čim dlje živeti v domačem okolju.

Socialna mreža:

- redki stiki z bratom, živečim na Hrvaškem,
- s sosedom ima pogostejše stike.

Moč:

- zaradi specifične onkološke bolezni ima zelo malo vpliva nad svojim življenjem

(gastrostoma, traheostoma, je kahektičen).

Izobrazba in spretnosti:

- poklicna izobrazba,
- rad bere in gleda televizijo.

Osebnosti:

- bolnik se težko spoprijema s svojim zdravstvenim stanjem,
- težko izraža svoje želje in potrebe, saj ne vidi smisla v svojem življenju.

Socialne spretnosti:

- zaradi pogostih hospitalizacij, zaradi oddaljenosti ter šibke socialne mreže ima malo obiskov.

Socialne vloge, statusi:

- samski, brez otrok,
- prejemnik denarne socialne pomoči.

Potek obravnave bolnika

Bolnik je bil v aprilu 2007 premeščen iz regionalne bolnišnice na Onkološki inštitut. Socialna delavka regionalne bolnišnice je podala vlogo za domsko varstvo v njegovem domačem kraju, vendar pa je bolnik želel, da se to uresniči le ob hudem poslabšanju bolezni. Socialno delavko Onkološkega Inštituta je vključila socialna delavka regionalne bolnišnice.

V pogovoru je bolnik izrazil željo, da bi se rad vrnil v domače okolje, in sicer z organizirano pomočjo na domu, s prehrano in z obiski patronažne službe. Bolnikov odpust je bil načrtovan in organiziran.

V maju 2007 je bil bolnik ponovno sprejet na radioterapevtski bolnišnični oddelek Onkološkega inštituta, in sicer zaradi poslabšanja bolezni. Od tam je bil premeščen na paliativni oddelek. Bolnik je tedaj želel sprejem v Dom za starejše občane, v katerem pa takrat ni bilo prostora. Sprejema v druge domove po Sloveniji bolnik ni želel. Zaradi njegove šibke socialne mreže so ga med hospitalizacijo obiskovali prostovoljci Onkološkega inštituta. Ker zdravstveno stanje bolnika ni dopuščalo, da se vrne domov, prostora v Domu za starejše občane pa ni bilo, je bil bolnik premeščen nazaj v regionalno bolnišnico, v kateri ga je še naprej obiskovala prostovoljka.

Zaključek

Nekaterim onkološkim bolnikom organizirana oskrba na domu, ki vključuje *socialno oskrbo* (gospodinjsko pomoč, pomoč pri vzdrževanju osebne higiene, pomoč pri ohranjanju socialnih stikov) in *patronažno varstvo*, ni dovolj, da bi lahko živeli v svojem domačem okolju, in sicer tudi ob pomoči družine, svojcev, prostovoljcev in drugih.

Problem celostne oskrbe se kaže zlasti pri onkoloških bolnikih, ki so samski, imajo šibko

socialno mrežo, nizek socialno-ekonomski status itd. Izkušnje iz prakse so pokazale, da je še posebej kritičen položaj tistih bolnikov, ki so mlajši od 65 let in pri katerih ni možnosti premestitve v negovalno ali regionalno bolnišnico.

Kaže se potreba po ustanovitvi negovalne bolnišnice v Ljubljani, po večjem številu socialnih oskrbovalk na domu preko Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana in po hišah hospicev po celotni državi. Prav tako je potrebno vseskozi ozaveščati laično javnost, bolnike same in njihove svojce o možnih oblikah pomoči, ki obstajajo. V praksi se je tudi izkazalo, da timska obravnava onkološkega bolnika pripomore h kakovostnejšemu življenju bolnika po odpustu.

Literatura in viri

- Čaćinovič Vogrinčič G, Kobal L, Mešl N, Možina M. Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani; 2005.
- Flaker Vito. Oris metod socialnega dela. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani; 2003.