

Vito Flaker

TIMI KOT NAČIN INTERDISCIPLINARNEGA SODELOVANJA

DUŠEVNO ZDRAVJE V SKUPNOSTI JE INTERDISCIPLINARNA ARENA

Duševna stiska kot stanje človekovega bivanja je nedvomno kompleksen pojav. »Duševna bolezen«, »norost«, »odtrganost«, »živčni zlom« ali zgolj občutek »rahle potrnosti«, vse to načenja številna vprašanja o stvarnosti človekovega bivanja, subjektivnosti in zgradbi človekove izkušnje, o delovanju možganov in celega telesa, o vlogi, statusu, stigmi, ki to spremljajo z odzivi družine, okolja, potem so tu vprašanja pravne narave, ki zadevajo odgovornost in prisilo, in končno vprašanja, kako obravnavati te bolezni, kako pomagati, oskrbovati in zdraviti. Kakšno pomoč ponuditi, kako ravnati v takih situacijah, kaj storiti? Gre torej za torej predmet, s katerim se ukvarjajo številne znanosti, stroke in poklici, od medicine in psihiatrije, psihologije in psihoanalize, filozofije in teologije, sociologije in antropologije, zgodovine in politike, socialnega in zdravstvenega dela, delovne terapije in umetnosti in še in še.

Skozi zgodovino in v različnih kulturah najdemo različne pristope k istemu pojavu, ki segajo od tistih odkrito nasilnih, z verigami in palicami, do poskusov tolažbe in prepričevanja. Za našo diskusijo je pomembno, da so bili v obravnavo vedno vpleteni različni družbeni akterji. Ponekod so imeli pojav za družinsko zadevo, ponekod za stvar javnosti ali plemena, pogosto so se z njim ukvarjali zdravitelji ali duhovščina, včasih tudi prijatelji, sorodniki, izkušeni ujci, modri starci. Včasih so blazne pustili pri miru, da so živeli, kot je nanese, ali pa so sami tavalili po nikogaršnji zemlji. Vendar

pa so šele pred kratkim, v začetku XIX. stoletja, začeli norce zapirati v azile. Do tega je prišlo zaradi potrebe po nadzoru in urejanju družbe neposredno po industrijski revoluciji. Medicina je prispevala pojasnilo ali alibi za to družbeno dejanje in je prejela pooblastilo za upravljanje z življenji teh ljudi. Tako sta se za več kakor sto let uveljavila prevlada psihiatrije in norišnice kot simbola za obravnavo ljudi v duševni stiski. Seveda so vseskozi, zlasti pa v XX. stoletju, sodelovale tudi druge vede, vendar pa v glavnem kot pomožne psihiatriji. Šele s spoznanjem, kako boleče in neučinkovito je lahko ujetništvo v duševnih bolnišnicah, in z razvojem duševnega zdravja v skupnosti, ki je sledil temu spoznanju, se je začel pravi razvoj interdisciplinarnosti pri obravnavanju vprašanj, povezanih z duševno stisko.

Res je sicer, da so bili v psihiatričnih ustanovah (zlasti v okviru tako imenovane socialne psihiatrije) že prej aktivni multidisciplinarni timi, vendar so delovali po logiki ustanove in pod nadzorom psihiatrov. Člani tima – psihologi, sestre, socialni delavci, delovni terapevti in drugi – so bili zbrani pod isto streho s pacienti in pod nadzorstvom najvišje avtoritete, predstojnika bolnišnice. V skupinah za duševno zdravje v skupnosti so sicer zbrani ljudje z istimi poklici, le da so tukaj hierarhične vzorce povezovanja zamenjali bolj enakovrni. To spremembo bi lahko primerjali s spremembo iz množične produkcije v tovarni v ustvarjalno obrtniško delavnico. Time v skupnosti vodijo ljudje različnih poklicev: medicinske sestre, socialni delavci, psihologi in tudi drugi. Institucionalno

gledano je potemtakem socialno delo, skupaj z njim pa država blaginje, postalo pomemben dejavnik, ko je v skupnosti duševna stiska nehala veljati za zgolj zdravstveni problem.

Sprememba je tudi v tem, da danes ljudje drugače gledajo na naravo duševne bolezni ali stiske. Nekdaj prevladujoč medicinski model, ki je duševno stisko prikazoval kot bolezen, ki zadeva posameznika in jo je treba diagnosticirati in zdraviti zunaj posameznikovega družbenega konteksta, je zamenjal bolj pluralistični model, ki vključuje sociološke, antropološke, psihološke sisteme in druge perspektive. Prevladujoča tendenca je obravnavati vprašanja duševnega zdravja celovito, začevši iz perspektive in izkušnje samega uporabnika in v povezavi z njegovim kontekstom in okolico. Toda določena razhajanja ostajajo. Še zmerom smo priča nasprotjem, denimo, med psihiatri in socialnimi delavci, ki izhajajo iz različnih modelov (medicinskih in socialnih). Čeprav se zdijo ta nasprotja včasih v načelu in v teoriji nepremagljiva, se zdi, da postavlja praksa imperativ skupne akcije in sodelovanja. Ker je uporabnik ponavadi entiteta, ga ni mogoče razdeliti med različne poklice, in če so poklici resnično zavezani uporabnikom in njihovi blaginji, morajo najti način, kako dati svoja konceptualna razhajanja v oklepaj.

Treba pa je omeniti še dve novejši smeri razvoja. Prva je nadaljnje razprševanje služb in druga gibanje uporabnikov. Prva na neki način pomeni logični razvoj duševnega zdravja v skupnosti. »Vmesne strukture«, kakršne so stanovanjske skupnosti, dnevni centri, zaščitene delavnice, so bili vsekakor premik od »trde tehnologije« azila k »mehekšim« oblikam skrbstva v skupnosti. Vendar pa te prehodne strukture ne odpravljajo vseh represivnih in nehumanih značilnosti azilov. Čeprav so bližje običajnemu življenju skupnosti, so to še zmerom dovolj koncentrirane in od stokovnjakov vodene oblike oskrbe, da prihaja v njih do relativnega onemogočanja uporabnikov, da bi se zares postavili na svoje noge, kajti moč je še vedno v rokah strokovnjakov. Tako je, deloma zaradi take kritike in deloma zaradi nenavadne povezave z neoliberalno ideo-

logijo, ki si je prizadevala v skrbstvene službe vpeljati tržno logiko, nastala cela vrsta najrazličnejših oblik individualiziranega skrbstva. Te službe, ki prihajajo s čudnimi imeni (menedžment primera /*case management*/ ali skrbi /*care management*/, načrtovanje skrbi /*care planning*/, individualni načrti storitev /*individualised service plans*/, posredništvo /*brokerage*/), težijo k bolj individualiziranemu načrtovanju in financiranju storitev, h koordinaciji storitev glede na potrebe posameznega uporabnika in k večji moči posameznika, da nadzira to, kar z njim počnejo.

Druga smer razvoja je pojav novega akterja na prizorišču duševnega zdravja. Medtem ko so bili v šestdesetih in sedemdesetih letih glavni nosilci sprememb kritični strokovnjaki, je v osemdesetih in devetdesetih ta prapor prešel v roke samih uporabnikov. Glas in vpliv uporabnikov, artikuliran bodisi v slogu aktivnega sodelovanja uporabnikov ali gibanja za človekove pravice, samopomoči ali zgolj protesta proti zlorabljanju, je čutiti v kampanjah proti krivicam, v zagovorništvu ali celo v tem, da uporabniki sami vodijo ali organizirajo storitve (Brandon 1991). Sodelovanje uporabnikov pri načrtovanju in realizaciji storitev bi moralo vplivati na samo naravo interdisciplinarnosti in ji, upamo, dodati nekaj, kar bi lahko imenovali transdisciplinarnost.

TIMI KOT KONKRETNA OBLIKA INTERDISCIPLINARNE AKCIJE

DEFINICIJE TIMOV

Interdisciplinarno sodelovanje je mogoče na najrazličnejših ravneh in v različnih oblikah. Dogaja se v izobraževanju (zglede je projekt TEMPUS – »Študij duševnega zdravja v skupnosti«), pri raziskovalnem delu, kjer se združijo znanstveniki iz različnih ved, da izmenjajo različne poglede na isti problem, pri konzultacijah, kjer izvedenci pomagajo posameznemu praktiku, timu ali organizaciji pri reševanju določenega vidika problema, za katerega nimajo posebnega znanja ali pristojnosti.

Vendar pa so timi brez dvoma ena bolj konkretnih in razširjenih oblik interdisciplinarnega sodelovanja. Pri tem gre prav za to, da se ljudje zberejo in poskusijo nekaj početi skupaj, se vprežejo v delo, da bi dosegli skupni cilj. Sicer pa je tudi izvirni pomen besede *team* »dve ali več skupaj vpreženih vlečnih živali«.

Sicer pa tim navadno definiramo kot »manjšo skupino ljudi, ki se povežejo med seboj, da bi prispevali k skupnemu cilju« (Ovretveit 1993). Primere lahko najdemo skoraj na vseh področjih dejavnosti, od športa do dramske produkcije, dela v industriji in v vsakdanjih življenjskih situacijah, v katerih ljudje oblikujejo improvizirane time, da uprizorijo tisto, kar narekuje definicija situacije (Goffman 1956). Zgornja definicija je za naše potrebe zadostna, a si vseeno pogledajmo še definicijo razvitejših timov.

Payne (1982) definira sodelujoči (kollaborativni) tim kot nekaj, kar ima »skupne cilje, člani tima pa obdržijo osebno in individualno odgovornost ter si delijo delo tako, da vsak s svojo aktivnostjo prispeva kar največ in zagotovi, da skupaj dosežejo svoje cilje«.

Multidisciplinarni tim pa lahko definiramo tudi kot »manjšo skupino ljudi, po navadi iz različnih poklicev in dejavnosti, ki se povežejo med seboj, da bi prispevali k skupnemu cilju, ki je zadovoljevanje zdravstvenih in socialnih potreb enega klienta ali populacije klientov v skupnosti« (Ovretveit 1993).

ČEMU TIMI?

ZARADI UPORABNIKOV, ZARADI STROKOVNJAKOV?

V nekaterih primerih je to nadvse očitno – nogometa, na primer, ni mogoče igrati individualno. Pogosto slišimo, da je skupina več kot zgolj skupek posameznikov. Po drugi strani pa iz vsakdanjih izkušenj vemo, da lahko delo v skupinah rodi hude frustracije in včasih celo škoduje ciljem in nalogam, ki smo si jih zadali. Vsekakor si je pametno še enkrat postaviti to vprašanje, še zlasti, ko gre za področje socialnega dela

in duševnega zdravja, kjer je tradicionalna metoda delo posameznika s posameznikom. Zakaj bi torej hoteli svoje delo na področju socialnega dela in drugih človeku namenjenih služb opravljati kolektivno?

Odgovora sta v bistvu dva. Prvi je, da so timi v korist uporabnikom, saj zadovoljujejo zelo kompleksne potrebe. Uporabniki storitev s področja duševnega zdravja, zlasti dolgotrajni, kakor tudi uporabniki drugih zdravstvenih in socialnih storitev pred te službe pogosto razgrnejo kompleksne življenjske situacije, s katerimi se ne more ukvarjati en sam strokovnjak; pri tem moramo upoštevati še naraščajočo specializacijo v socialnih in zdravstvenih službah. Stranka, denimo, ki ima dolgotrajne težave, ne potrebuje le pomoči v obliki zdravljenja, temveč tudi pri nastanitvi, zaposlitvi, potrebuje koga, ki ji bo svetoval in pomagal pri navezovanju odnosov s sorodniki in sosedi itn. Vse to je mogoče le z usklajevanjem med delavci na teh področjih. Tako ima lahko uporabnik »korist od širokega spektra znanja in metod, ki jih ne more prakticirati zgolj en delavec ali predstavniki enega poklica«, četudi sta »določena usposobljenost in znanje skupna poklicem, ki se ukvarjajo s pomočjo človeku« (Falck, cit. v Carlton 1984), kar nazadnje omogoča integracijo timskega dela.

Drugi odgovor bi bil, da so timi v prid strokovnjakom. Time potrebujemo zaradi delitve dela in porazdelitve moči. Uporabnikov čas je omejen, zato se morajo delavci odločiti, kako ga bodo uporabili. Ko tim raznih strokovnjakov multidisciplinarno oceni posameznega uporabnika, se kaj lahko pokaže, da bi čas, potreben za vse oblike zdravljenja in obravnav, mimogrede presegel 24 ur. Uporabnik je čedalje bolj razdeljen med ure, ko je prejemnik različnih storitev. Timsko delo je torej priložnost za strokovnjake, da se soočijo z dejstvom, da je uporabnikov čas omejen, in to ugotovitev koristno uporabijo – določijo prioritete in uskladijo svoje dejavnosti. Še en *raison d'être* timskega dela za strokovnjake so odnosi moči med različnimi poklici. Različni poklici vstopajo v time z različnimi stopnjami moči, tako glede na zakonske kompetence kot tudi glede na status in

usposobljenost. Iz tega zornega kota lahko torej gledamo na timsko delo kot na talilni lonec različnih moči, ali bolje, na prizorišče boja za premoč. Tipičen tim, ki deluje v okviru bolnišnice, na primer, lahko dominantna medicina izrabi kot orodje za kolonizacijo drugih poklicev, po drugi strani pa smo pri timih duševnega zdravja v skupnosti lahko priča temu, da si moč uzurpirajo novi skrbstveni poklici (Hughman 1991).

Vendar pa je v največ primerih stranka tista, ki je obsojena na največjo nemoč.

KAKŠNI TIMI?

FORMALNI TIMI IN NEFORMALNE MREŽE

Strokovnjaki se lahko povezujejo na veliko različnih načinov. Večina jih sodeluje med seboj neformalno, z bolj ali manj rednimi stiki, iskanjem nasvetov, posvetovanjem ali včasih z intervencijo, kadar sami ali njihova organizacija niso zmožni zagotoviti določene storitve. Po drugi strani imamo skupine ljudi, ki se zberejo (v nekaterih primerih pa jih zberejo), da bi dosegli neki skupni cilj ali opravili skupno nalogo. Pri tem moramo razlikovati med navadnimi delovnimi skupinami in razvitimi, sodelovalnimi timi (Payne 1982). V tej domnevi je predpostavljeno, da ljudje, ki se zberejo, ne postanejo avtomatično tim, da mora ta skupina skozi skupinski proces in se priučiti timskega dela. Isti avtor tema stiloma timskega dela doda še dva določnejša, ki se umeščata nekam med prejšnja dva: stil, osredotočen na vodjo, in individualistični stil. Mogočih je več načinov klasifikacije, denimo glede na strukturo moči, mentaliteto skupine itn. Vendar pa se moramo zavedati, da so vsi ti modeli v sociologiji znani kot »idealni tipi«, ki za socialnega ali katerega koli drugega pragmatičnega delavca niso dosti več kot nekaj, po čemer se lahko orientira in s čimer si pomaga razjasniti, kje se nahaja v konkretni situaciji. Večina timov je tako ali tako zgrajena na naključjih vsake posamezne situacije in okoli dejanske naloge. Čeprav torej lahko pokažemo na nekatere prednosti timskega sodelovanja in kolaborativnih timov, »idealnih tipov« ne smemo

jemati kot nekakšnega normativa, temveč moramo time ocenjevati glede na okoliščine. V naslednjem poglavju se bomo seznanili s še eno tipologijo, ki nam bo pomagala nekoliko bolj razumeti zgradbo timov, pozneje pa se bomo vrnili k procesom v timu.

TIMI STRANKE, STALNI TIMI IN MREŽNI TIMI (NETWORK-ASSOCIATION TEAMS)

Najbolj ohlapne formacije so mreže ljudi, ki se med seboj poznajo, ki imajo bolj ali manj skupne ideje in vrednote, ne delajo pa nujno v isti ustanovi ali poklicu.

V Sloveniji, na primer, je v poznih sedemdesetih in zgodnjih osemdesetih letih obstajalo izrazito zanimanje za skupinsko delo in humanistične psihoterapije. Čeprav so v tem prednjačili nekateri psihologi, so se s tem ukvarjali tudi ljudje iz drugih poklicev: socialni delavci, psihiatri, delovni terapevti, medicinske sestre in drugi. Organizirali smo skupne prireditve, kakršna so bila mesečna srečanja in poletne šole, vendar pa je bilo med člani te mreže tudi veliko neformalnih stikov. Glavna dejavnost mreže je bilo podpiranje skupinskega dela s teorijo, praktičnimi spretnostmi in tehnikami skupinskega dela, izgradnja skupnih vrednot, pa praktična medsebojna pomoč članov s konzultacijami, super- in intervizijo in tudi z napotitvami strank h kolegom. Podoben proces opazimo tudi v procesih, ki so spremljali študij duševnega zdravja v skupnosti. Študentje so se sprva odločili, da bodo na mesečnih srečanjih izmenjavali izkušnje, pretresali skupna vprašanja; vendar pa se srečujejo tudi zunaj tega okvira, medsebojno sodelujejo pri projektih, prispevajo svoje poglede na delo drugih in priložnostno tudi pomagajo drug drugemu pri delu.

Na drugi strani kontinuuma imamo formalne time z natančno določenimi vlogami in nalogami in z jasno začrtanimi pravili komuniciranja in delovanja. Včasih delajo v njih ljudje iz iste ustanove, včasih pa so zbrani skupaj iz različnih organizacij.

Za primer lahko vzamemo stanovanjsko skupino, skupno domovanje za štiri moške, ki so prebili v instituciji od 4 do 17 let. To

skupinsko domovanje je bilo v začetkih nekoliko »preobremenjeno« z osebjem – v njem so delali štiri člani osebja –, ker je bil to prvi projekt te vrste. Dva izmed osebja sta bila socialna delavca, eden socialni pedagog in eden splošni zdravnik, ki ga je zanimal razvoj duševnega zdravja v skupnosti. Temeljno organizacijsko načelo je bilo, da je bil vsak član osebja ključni delavec za enega izmed stanovalcev, poleg tega pa je vsakdo imel še individualne dolžnosti. Eden izmed socialnih delavcev je bil vodja projekta, zdravnik je bil zadolžen za zdravstvene zadeve in za zvezo z institucijo, od koder so stanovalci prihajali, drugi socialni delavec je imel za nalogo vzdrževanje, socialni pedagog pa organizacijo dela in prostega časa. Ta notranji tim so dopolnjevali psihiater in nekaj prostovoljcev. Prvi je svetoval pri psihiatričnih zadevah in nadzoroval zdravljenje, prostovoljci pa so bili stanovalcem družabniki, tako zunaj kot tudi doma. Tim je bil spočetka pod supervizijo mednarodne prostovoljke, ki je bila prej vodja stanovanjske skupine v Združenih državah.

To je torej primer organizacije tima, ki sledi dvema usmeritvama. Ena so stanovalci, druga so specifična področja različnih poklicev in njihovih vlog. Prva dimenzija zagotavlja stanovalcem osebo, na katero se lahko obrnejo, ki zastopa njihove interese v bivalni skupnosti in skrbi, da se v procesu timskega dela ne pozabi na individualne potrebe in želje posameznega stanovalca (Brandon 1992). Druga dimenzija omogoča različnim poklicem in posameznikom, da k delu prispevajo svoje specifično znanje ali razvijejo specifične vloge v skladu s potrebami konkretnega tima.

V stanovanjski skupini se je razvil tudi tim, ki bi ga lahko poimenovali tim stranke:

Enemu izmed stanovalcev so se po določenem času, ko si je v skupnem domovanju opomogel od negativnih učinkov življenja v zavodu, začele obnavljati zmožnosti. Žal je to pomenilo tudi večje težave. Življenje v skupini je postalo nevzdržno za druge stanovalce in za nekatere člane osebja. Po nekaj incidentih smo se odločili, da omenjenega stanovalca premestimo na drugo loka-

cijo, kjer bo živel sam. Potrebna je bila nova ureditev. Po finančni plati je to pomenilo poseben proračun za tega stanovalca in za članico osebja, ki je bila njegova ključna delavka in se je »preselila« z njim. Ker sta bila stanovalcu potrebna večja podpora in nadzor, kot mu jo je lahko ponudila, je z njo delal tudi vodja projekta, k sodelovanju pa smo povabili tudi nekaj prostovoljcev. Vsi ti ljudje so oblikovali poseben tim, ki se je ukvarjal samo s tem stanovalcem. Še zmerom je bil zadolžen za nadzorovanje zdravljenja psihiater, v svetovalne namene pa se mu je pridružil še en psihiater, ki je poznal stanovalca že od prej in mu je ta zaupal. Vsi ti ljudje so skupaj s socialnim delavcem s Centra za socialno delo in s predsednikom društva sestavljali širši tim, ki se je dobival (s stranko) v določenih časovnih presledkih na sejah, da so ocenili proces in razpravljali o vprašanih, povezanih z življenjem tega stanovalca.

Medtem ko so timi strank bolj ali manj povezani z razvojem upravljanja skrbi (*care management*), v tem primeru ni bilo tako. Seveda je šlo tudi za poskus individualnega načrtovanja, a bolj ali manj je bila to ad hoc rešitev problemov, ki so spremljali delovanje stanovanjske skupine. Pa vendar lahko pri tem opazimo bistveno značilnost tega tipa tima, ki je po mojem ta, da se zberejo strokovnjaki samo zaradi enega uporabnika in da so vanj vključeni formalni in neformalni oskrbovalci. Tako je nekoč eden izmed navzočih strokovnjakov, obupan zaradi stanovalčevega »slabega vedenja«, vzkliknil: »Vsi ti ugledni ljudje prihajajo sem zaradi tebe, pa poglej, kaj počneš!« In na neki način je imel prav: Uporabnik je kralj!

Ovretveit (1993) povezuje te tri tipe timov s tremi glavnimi načini organizacije, ki so po njegovem Birokracija, Trg in Društva, tem pa naj bi ustrezali formalni timi, timi stranke in povezujoče se mreže. Gre za idejo, da naj bi način organizacije porodil oblike timov, ki bi ustrezali njeni zgradbi. In dovolj logično je, da bi dajanje denarja omogočilo uporabniku bolj pogodbene odnose, povečalo njegovo pogodbeno moč in mu zagotovilo višji status, res pa je tudi, da pa bi bil z zgolj plačanimi prijatelji celo

še bolj osamljen kakor v azilu. Naš primer, v katerem so se srečali z vsemi tremi načini, kaže, da način organizacije ne pogojuje nujno določenega tipa tima.

DINAMIKA TIMSKEGA DELA

Timi, kot vse druge skupine, grejo skozi nekakšen proces, ki ga lahko vidimo kot zaporedje faz. O teh stopnjah je veliko teorij, ki jih za naše potrebe lahko na kratko povzamemo takole (Bion 1963, de Board 1978, Southgate, Randall 1980): V začetku je navadno faza orientiranja, ko hočejo člani skupine vedeti, kaj se dogaja, kaj se od njih pričakuje, skrbi jih, kakšen vtis bodo naredili. V naslednji fazi se vprašanja vrtijo bolj okoli namena, umestitve v tim, to pa je tudi čas za konflikte, čas, ko skupina šele začne zares delati; ko so konflikti kreativno rešeni, lahko skupina kaj doseže – in to lahko imamo za nekakšen vrhunec skupine, ki mu sledi sprostitvev, povzetev aktivnosti, zadnje finese in razpustitev. Tako idealno sosledje stopenj lahko poteka le v ugodnih okoliščinah, če ljudje upoštevajo emocionalne, produktivne in organizacijske vidike skupnega dela. Problem je v tem, da skupine v glavnem le težko sledijo temu vzorcu, da se pogosto zataknejo v eni teh faz in začnejo vso pozornost posvečati enemu samemu vidiku delovanja skupine. Znanje o skupinskih procesih, teoretično in izkustveno, je zato bistvenega pomena za ljudi, ki delajo v timih, da o vodjih timov niti ne govorimo.

Vloge v timu. Pomemben del dinamike timskega dela je povezan z vlogami, ki jih imajo in razvijajo člani tima. Včasih se vloge razvijajo v podobnem stopenjskem zaporedju kot skupinska dinamika. Nekateri avtorji govorijo o *ločevanju vlog* v začetku, ko se strokovnjaki oklepajo svojih tradicionalnih vlog in ohranjajo stroge meje v odnosu do drugih članov tima, temu pogosto sledi *precenjevanje* usposobljenosti in znanja drugih članov, v kombinaciji s podcenjevanjem kompleksnosti dejanske naloge, kar lahko pripelje do *razočaranja* (in morda včasih do izgube zaupanja v idejo sodelovanja v timu, kar pripelje do uporabe

rigidnejših vzorcev). Rešitev je v tem, da drug drugega *ocenimo* bolj *realistično*, kar se ponavadi zgodi, ko začne tim zares delati, in razlike je mogoče *akomodirati*, ko postane komplementarna narava različnih disciplin bolj očitna; takrat se tudi pokaže prostor za *integracijo* tima in vloga lahko postane del interdisciplinarnega tima. Profesionalci iz različnih poklicev se učijo drug od drugega in med nalogami, ki jih opravljajo različni ljudje, pride do določene izmenjave, določenega prekrivanja nalog in do določenega zabrisovanja vlog. Medtem ko lahko *prekrivanje* nalog štejem med bistvene pogoje za timsko delo, ker pač mora obstajati neka skupna osnova, da tim sploh nastane, je *zabrisovanje* vlog nekoliko težavnejši koncept in mnenja o tej zadevi so razdeljena. Nekateri avtorji (Bailey 1984) menijo, da to povzroči »dvoumnost in zmedo pri pacientih in družinah«, ali da postanejo vloge strokovnjakov nejasne, v čemer lahko vidimo izogibanje konfliktom med nekaterimi poklici (Carlton 1984), ali pa celo diskvalifikacijo in nezadovoljstvo z delom. Drugi pa, nasprotno, vidijo v procesu zabrisovanja vlog možnost za kreativno spremembo. S tega vidika je določena mera zabrisovanja vlog potrebna, da se ljudje vživijo v nove vloge, ki so specifične za posamezen tim. Gre za idejo, da v procesu razvoja tima ljudje prevzamejo naloge, ki se postopoma uskladijo v vlogo, ki je v določenem timu nujno in organsko potrebna. Tukaj smo spet priča dvema pojmovanjema tima, izmed katerih eno ustreza ideji »talilnega lonca« in drugo »areni delitve dela med strokovnjaki«. Praktično se zdi, da je zabrisovanje vlog legitimen proces v timih, ki se iz zelo strukturiranih in hierarhičnih organizacijskih temeljev pomikajo v smeri večje fleksibilnosti in enakopravnosti in kjer so potrebni nova znanja in vloge. Primer za to bi lahko bil prehod iz tima, ki deluje v bolnišnici, v tim v skupnosti. Do določene stopnje zabrisovanja vlog mora priti tudi v timih, ki deluje po sistemu ključnih delavcev.

Morda lahko predpostavimo, da proces zabrisovanja vlog ni dobrodošel v bolj strukturiranih, hierarhičnih okoljih, vendar pa je priporočljivo razjasniti vloge tudi v

kaotičnih okoljih, kjer postanejo ljudje nezadovoljni z nekaterimi nalogami, ki jih morajo opravljati, ali pa obstajajo naloge, s katerimi se ne ukvarja nihče.

Dinamika moči. Pravilno lahko sklepamo, da so timi tudi sredstvo, ki ljudi pripravi k delovanju, saj jih prisili, da si prizadevajo za cilje določene organizacije. Pridružiti se skupini ali timu vsekakor pomeni odreči se določenemu deležu individualne suverenosti. Po drugi strani pa je tim tudi nosilec pooblastil. Različni strokovnjaki prihajajo v tim z različnimi formalnimi kompetencami, poklicnim prestižem, organizacijskimi in institucionalnimi privilegiji in osebno močjo. Veliko je odvisno od tega, kako bodo vse to uporabili v timu. Psihiater, denimo, ki ima formalno moč, da odredi prisilno hospitalizacijo, lahko odloča o tem ne glede na to, kaj mislijo drugi člani tima, lahko se posvetuje z njimi in se odloči na podlagi tega posveta, lahko pa prenese svojo moč na tim, da skupaj najdejo rešitev, s katero so zadovoljni vsi. In ne pozabimo, da v slednjem primeru na moči ne pridobi le tim, temveč tudi sam strokovnjak, kajti če mora zunaj tima utemeljevati odločitev, ki je bila sprejeta kolektivno, so njegovi argumenti odmevnejši in tudi močnejši, saj ima za sabo celo skupino.

Postati skupina-subjekt – argument za sodelovanje uporabnikov. Pravi problem (ne)moči je povezan s problemom sodelovanja uporabnikov. Večina delovnih skupin in timov so odvisne skupine, kot jih opredeli Guattari (1972; 1984); odvisne so od hierarhije v organizacijah, ki jim pripadajo po definicijah svojih ciljev, in obsojene na notranje boje zaradi delitve dela in moči, ki imajo porazen učinek na njihovo domišljijo in ustvarjalnost. Na drugi strani so skupine, ki jim Guattari pravi skupine-subjekti, s svojim imaginarijem, ki ni vezan z vezmi odvisnosti, pač pa je izpostavljen surovim eksistencialnim problemom smrti, drugačnosti...

Naša izkušnja je, da je v duševnem zdravju v skupnosti obstoj takih skupin pogosto povezan s sodelovanjem uporabnikov. Logika je precej preprosta. Če je pri zagotavljanju storitev ljudem v duševni stiski glavno merilo to, kaj ti ljudje potrebujejo,

potem gotovo ni bolj zainteresiranih za zadovoljevanje teh potreb kot uporabniki sami. V Ljubljani imamo zaenkrat izkušnje z dvema timoma, ki so ju vodili uporabniki in v katerih so sodelovali razni strokovnjaki. Eden je bil projekt zagovorništva, drugi društvo uživalcev mamil. V obeh primerih je bilo vodenje projekta več kot služba, bilo je vokacija, skrb za dobrobit, ne le lastno, temveč tudi za dobrobit skupine, ki so ji po sili pripadali. Projekta bi bila veliko revnejša, ko bi ne bilo njihovega poznavanja vsakdanjih situacij, v katerih se znajdejo uporabniki bodisi v civilnem življenju ali zaradi neustreznih služb. Še na dve razpoznavni potezi smo naleteli v teh timih. Razlika med »njimi« (uporabniki) in »nami« (strokovnjaki), ki je navzoča v večini storitvenih služb in timov, je nekako izginila. In strokovnjaški žargon se je spremenil v bolj navaden in vsem razumljiv jezik, kar je še toliko bolj pomembno, če uporabniki, ki sodelujejo v timih (denimo timi stranke), niso izobraženi ali izučeni v določeni poklicni tradiciji.

Kaj torej ostane strokovnjakom, če so uporabniki tako dobri in ključnega pomena pri vodenju lastnih storitvenih služb? Čeprav so uporabniško vodene službe trend, sta še vedno dve stvari, ki jih strokovnjaki lahko prispevajo: moč in usposobljenost. Moč je nekaj, kar sodi k strokovnjaku, brez nje ne bi bilo strokovnjaka. Zvijajača je v tem, da lahko strokovnjak moč, ki mu jo podelijo razne instance družbe, podeljuje naprej uporabnikom. Uporabniki lahko uporabijo strokovnjakovo moč, da dosežejo, da se jih upošteva, ta moč jih lahko predstavlja v formalnih strukturah moči, kjer strokovnjaki že imajo svoje mesto, kot tudi pri povezovanju z finančnimi viri itn. Tudi usposobljenost je nekaj, kar je mogoče deliti, podajati itn. In ne smemo pozabiti, da je moč uporabnikov hkrati tudi njihova pomanjkljivost. Vodja projekta uživalcev mamil je, denimo, brez ustrezne pomoči pri upravljanju in pri osebnih zadevah, pregorel, zdrsnil nazaj v svojo zasvojenost, pobegnil in svojim vrstnikom prizadel rano v upanju, da lahko kaj naredijo. Umetnost strokovnjaka naj bi torej bila v tem, da je v zadostno podporo, ne da bi bil preveč

pokroviteljski in kolonizatorski. Kar je, če sklepamo po zgodovini skrbstvenih in zdraviteljskih poklicev, spretnost, ki jo je težko obvladati.

VLOGA SOCIALNEGA DELA PRI INTERDISCIPLINARNEM SODELOVANJU

EPISTEMOLOŠKE PREDNOSTI SOCIALNEGA DELA: INTERDISCIPLINARNOST, KONTEKSTUALNOST, SOCIALNA REFLEKSIVNOST

Socialno delo ima pred drugimi vedami posebno prednost, da je interdisciplinarno že po svoji zgradbi. Socialni delavci se med izobraževanjem naučijo osnov skoraj vsega, kar je povezano s socialno in človeško eksistenco, in po navadi potem v svojem delu tudi uporabljajo heterogene koncepte. Še pomembnejše je, da so socialni delavci med praktičnimi poklici, ki se ukvarjajo s človeško eksistenco, edini, ki nimajo svetišča svoje znanosti (Jordan 1984; 1987). Zdravniki imajo klinike, učitelji šole, pravniki sodišča – vse to so kraji, ki vsakdanje in običajno življenje spremenijo v posebej kodirane nize primerov zdravja in bolezni, znanja in discipline, pravice in krivice, ki se izražajo v posebnem jeziku duhovščine določenega svetišča. To pušča socialnega delavca v območju navadnega človeka, kjer govori njegov jezik in razpravlja o njegovih posvetnih eksistenčnih problemih (denimo, kaj storiti z bolnim sorodnikom, kako dobiti prevoz za obisk na kliniki, kje dobiti denar za plačilo elektrike itn.). Socialno delo se ukvarja s podobnimi problemi kot gospodinja: mozga, kako se prebiti, le da se spoprijema s težjimi primeri (nezaposelnost, dolgotrajna invalidnost itn.). Druga razpoznavna značilnost socialnega dela kot vede je, da je to znanost delovanja in ne pojasnjevanja (v nasprotju, denimo, s psihologijo ali sociologijo). Če se spomnimo, kaj smo povedali malo prej, se socialno delo od drugih praktičnih znanosti (medicine, pedagogike, prava) razlikuje po tem, da ne daje predvidljivih rezultatov (standardiziranega zdravljenja, izobraževanja ali pravice), temveč zgolj možnost večjega blagostanja v posameznih primerih.

Socialno delo v interdisciplinarnem okviru torej lahko:

- deluje kot prevajalec (ker uporablja preprost vsakdanji jezik) med vedami in poklici in med strokovnjaki in uporabniki in njihovimi bližnjimi skrbniki;
- povezuje procese v timu z vsakdanjim socialnim kontekstom uporabnika in z institucionalnimi realitetami v zvezi s sredstvi in situacijami;
- prevaja teorijo v akcijo, pri čemer uporablja priročne potenciale in se izogiba vnaprej predvidenih standardiziranih rezultatov.

PRISPEVEK SOCIALNEGA DELAVCA K TIMU

Tilbury (1993) pravi, da je prispevek socialnega delavca k timu duševnega zdravja ta, da poskrbi za uporabnikov preživetje, s tem da delikatno uporabi svojo moč za minimaliziranje tveganj; da zagotovi nadzor, tudi z vključevanjem mrež, in da obvaruje in izboljša kakovost življenja. K sami postavitvi diagnoze in zdravljenju lahko po Tilburyju socialni delavec prispeva socialno zgodovino in socialno oceno, lahko osvetli ozadje tistega, kar opredeljujemo kot duševno bolezen in kar obsega več kot krizo, s katero imamo opraviti, lahko pomaga razumeti osebni, socialni in materialni kontekst, iz katerega se je porodila stiska: prispeva torej razumevanje problema kot celote. Vse to omogoči timu, da poveže svojo strategijo z obstoječimi potenciali v vsakdanjem okolju. V fazah zdravljenja je prispevek socialnih delavcev koordinacija tima, pri čemer prevzamejo neke vrste tajniško vlogo in poskrbijo za stalen pretok informacij, tako da ljudje vedo, kaj počnejo. To bi tudi pomenilo, da delujejo kot tolmači, kar vključuje tolmačenje sklepov strokovnjakov uporabnikom in svojcem, pa tudi skrb za to, da drugi člani tima slišijo uporabnikov in oskrbovalčev glas. Bistvene pomena je, da uporabniki in svojci niso postavljeni pred izoblikovane odločitve strokovnjakov, temveč da se jim predstavi probleme, ki jih je treba rešiti – tako so vključeni v delo tima in imajo vpliv na svojo usodo (Freire 1972; Rose, Black

1985). To včasih pomeni vključevanje uporabnikov in svetovalcev, povezovanje z viri blaginje, vključno z vključevanje neformalne pomoči, lokalnih sredstev itn. Prispevek socialnega delavca bi moral biti tudi skrb za nemoten pretok storitev v skupnost (v bolnišnicah se zdravljenje pogosto konča na njihovem pragu) in to, da sledi razvoju, poroča o njem in poskrbi, da tim redno pregleduje in ocenjuje svoje delo.

IDEALI IN STVARNOSTI

Zavedati se moramo, da smo se v tem besedilu, kot v številnih drugih tekstih o socialnem delu, ukvarjali z idealizacijo, ki se socialnim delavcem pogosto zdi zelo oddaljena od njihovega vsakdanjega življenja. (Na našo srečo so tudi praktični delavci nagnjeni k idealiziranju.) Pri tem se srečujemo z dvojno težavo. Soočamo se ne le z idealizacijami, temveč s tujo idealizacijo. Včasih je težko presaditi koncepte, ki so se oblikovali v drugačni socialni strukturi in kulturi. Koncepti, kot so strokovnjak, samopomoč, supervizija, uporabnik in torej tudi tim, imajo v kulturi, ki jih sprejema, drug pomen kakor v kulturi, iz katere izvirajo.

Drug problem, s katerim se soočamo, ko se srečujemo z idealnimi oblikami, denimo,

skupnostnih služb, je, da nam, ki sodelujemo pri njihovem postavljanju, zmanjkuje časa. Toliko je treba storiti, toda časa je malo in tako ugotavljamo, da marsikdaj nismo storili vsega. Ostanemo nam razne tolažbe. Ena je, da »tisti, ki dela, dela tudi napake«, druga ta, da bi morda sploh nikoli ne začeli delati, če bi hoteli vse narediti perfektno, tretja, da stvari tudi na Zahodu niso tako idealne, in četrta, da se je marsičesa mogoče naučiti tudi iz napak. Prve tri tolažbe so zgolj racionalizacija, medtem ko je zadnja resnična.

Druga frustracija izhaja iz spoznanja, kako skromne vire imamo na voljo v primerjavi z zahodnimi državami. Toda pomanjkljivosti se lahko spremenijo v prednosti. To, da nimamo vmesnih struktur, ki so v skupnostih še zmerom ločene, se lahko spremeni v prednost, če se domislimo, kako izkoristiti obstajajoče storitve za »normalne« in ustvariti res integrirane storitve. Pomanjkanje profesionalizma je mogoče spremeniti v enakopravne odnose z uporabniki. Čeprav imamo tukaj problem z neravnovesjem med razvitim poklicem psihiatrije (v bolnišnici) in premalo razvitimi poklici socialnega dela in skupnostne skrbi. In na tem mestu se moramo vprašati, kako je mogoče poklicu dvigniti ugled, a še vedno ostati blizu vsakdanjemu življenju naših uporabnikov.

Literatura

- F. BASAGLIA (1981), *Negacija institucije*. Beograd: Vidici br.5.
 — (1987), *Psychiatry Inside Out: Selected Works of Franco Basaglia*. New York: Columbia University Press.
 W. R. BION (1963), *Experiences in Groups*. London: Tavistock.
 D. BRANDON (1991), *Innovation Without Change: Consumer involvement in psychiatric services*. London: Macmillan.
 D. BRANDON, A. BRANDON (1991), *Staff Practice Handbook: A guide to practice in services for people with learning difficulties*. University College Salford.
 — (1992), *Praktični priročnik za delo z ljudmi s posebnimi potrebami*. Ljubljana: VŠSD & PEF.
 C. BAILEY GERMAIN (1984), *Social Work Practice in Health Care*. London: Free Press.
 T. O. CARLTON (1984), *Clinical Social Work in Health Care Settings*. New York: Springer.

- R. CASTEL (1976), *L'ordre psychiatrique*. Paris: Minuit.
- V. COULSHED (1990), *Management in Social Work*. London: Macmillan.
- R. DE BOARD (1978), *Psychoanalysis of Organisation*. London: Tavistock.
- P. FREIRE (1972), *Pedagogy of the Oppressed*. Penguin Books.
- E. GOFFMAN (1956), *Self-presentation in Everyday Life*. Doubleday, Anchor Books.
- (1961), *Asylums*. Doubleday & Co. (Pelican edition 1968).
- (1963), *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Engelwood Cliffs: Prentice-Hall; (1968) Penguin edition.
- F. GUATTARI (1984), *Molecular Revolution*. Penguin Books.
- (1972), *Psychanalyse et transversalité*. Paris: Maspero.
- R. HUGHMAN (1991), *Power in Caring Professions*. London: Macmillan.
- P. HUXLEY (1991), Social Work. V. D. H. Bennet, H. L. Freeman (ur.), *Community Psychiatry*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- B. JORDAN (1984), *Invitation to Social Work*. Oxford, Basil Blackwell.
- (1987), Counselling, Advocacy and Negotiation. *British Journal of Social Work* 17, 2: 135-146.
- J. OEVRETVEIT (1993), *Coordinating Community Care: Multidisciplinary teams and care management*. Buckingham: Open University Press.
- M. PAYNE (1982), *Working in Teams*. London: Macmillan.
- S. RAMON, M. G. GIANNICHELLA (ur.) (1988), *Psychiatry in Transition*. London: Pluto Press.
- S. ROSE, B. BLACK (1985), *Advocacy and Empowerment: Mental health care in community*. London: Routledge & Kegan Paul.
- A. SCULL (ur.) (1981), *Madhouses Mad-Doctors and Madmen: The social history of psychiatry in Victorian era*. London: The Athlone Press.
- J. SOUTHGATE, R. RANDALL (1980), *Cooperative and Community Group Dynamics*. London: Barefoot Books.
- D. TILBURY (1993), *Working with Mental Illness*. London: Macmillan.