

Anže Jurček

## Prispevek socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v Sloveniji

*Članek je nastal na podlagi raziskave in študija izbranega področja socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v Sloveniji, področja dela sekcije socialnih delavk v zdravstvu in njihovega specifičnega prispevka k multidisciplinarni obravnavi pacientov. Rezultati empirične kvalitativne raziskave so pripovedi petih intervjuvank in intervjuvanca, ki prikazuje metode in elemente socialnega dela pri obravnavi pacientov, uporabo strokovnega jezika socialnega dela, prilagajanje stroke zdravstvenemu okolju in s tem povezano integriteto stroke znotraj zdravstvene dejavnosti, sodelovanje s pacienti, svojci in zdravstvenimi delavci v procesih pomoči. Rezultati prikazujejo status Sekcije socialnih delavk v zdravstvu in problematizirajo neurejene standarde in normative socialnega dela v zdravstvu, neopredeljene in neusklajene storitve, neurejeno pripravništvo in opravljanje prakse na tem področju, neopredeljeno vlogo in pomen v zakonih in drugih splošnih aktih, nerazvito izobraževanje in pomanjkanje raziskovalnega dela na tem področju.*

*Ključne besede: zdravstvo, obravnava pacienta, multidisciplinarni tim, metode, zdravstvenovarstvo, socialne delavke.*

Anže Jurček je magister socialnega dela, zaposlen kot asistent na Katedri za raziskovanje in organizacijo Fakultete za socialno delo, Univerza v Ljubljani. Kontakt: anze.jurcek@fsd.uni-lj.si.

### Contribution of social work in health care services in Slovenia

*The article is a result of research and study of the selected field of social work in Slovenian healthcare, the work of Social work section in the healthcare field and the specific contribution to the multidisciplinary treatment of patients. The results of empirical qualitative research show narrations of six interviewees who present the methods and elements of social work profession used in the treatment of patients, use of specialized language and the associated integrity of the profession in the healthcare field, acknowledgment and recognition of social work profession and also the cooperative work with patients, their families and healthcare professionals in the process of treatment. The results address the status of the Social work section in healthcare and challenge the unsettled standards and norms of social work in healthcare, undefined and uncoordinated services, unresolved internships and traineeships in this field, undefined role and importance of the profession in laws and other general acts, undeveloped education and the lack of research work.*

*Keywords: health care, patient treatment, multidisciplinary team, methods, health security, social workers.*

Anže Jurček has a master's degree in social work and works as a teaching assistant at the Faculty of Social Work (Chair for Research and Organization), University of Ljubljana. Contact: anze.jurcek@fsd.uni-lj.si.

## Uvod

O začetkih socialnega dela v Sloveniji govorimo po letu 1957, od prvih diplomantov Višje šole za socialne delavce v Ljubljani (Milošević, 1989, str. 247). Tako tudi o razvoju socialnega dela v slovenskem zdravstvu težko govorimo v času pred petdesetimi leti 20. stoletja<sup>1</sup>. Dziegielewski (2013) navaja, da zametke

<sup>1</sup> Sogovornica iz raziskave poroča, da se je prva socialna delavka na URI Soča zaposlila leta 1964 (Socialna delavka, URI Soča, intervju, 20.01.2016), relativno kmalu po intenzivnem razvoju rehabilitacije v Sloveniji po letu 1952 (Stevanović, 2012). Klinični inštitut za nevrofiziologijo v UKC Ljubljana pa je prvo socialno delavko zaposlil leta 1971 (Ristić Kovačić, 2012).

zdravstvenih socialnih delavk<sup>2</sup>, kot so se v zgodovini večkrat imenovali, zasledimo že v 18. stoletju, ko so se ukvarjale s posamezniki na dnu družbene lestvice (bolnimi, revnimi in z ljudmi s težavami z duševnim zdravjem vseh starosti). Socialno delo v bolnišnici pa se je pojavilo v 19. stoletju. Beder (2006) ter Ruth in Marshall (2017) profesionalizacijo socialnega dela v zdravstvu v ZDA umeščajo na začetek 20. stoletja, ko se začne socialno delo v zdravstvu prvič poimenovati in formalizirati.

V Sloveniji je bil leta 1960 na pobudo Republiškega sekretariata za zdravstvo in socialno varstvo sklicano posvetovanje zdravstvenih in socialnih delavk, poudarjeno pa je bilo, da naj bi socialno delo postalo integralni del zdravstva. Leta 1963 je izšlo Strokovno navodilo za organizacijo in delo socialnih služb v zdravstvenih zavodih, ki je zahtevalo, da se socialna služba uvede v bolnišnicah z več kot 200 posteljami in da takšna dejavnost dopolnjuje zdravnika pri socialnem delu zdravljenja, pri restituciji in readaptaciji ter vpliva na preprečevanje bolezni in socialno povzročenih motenj (Eržen, 2012).

Po osamosvojitvi Republike Slovenije se je leta 1993 Ministrstvo za zdravstvo, družino in socialno varstvo preoblikovalo v dve ministrstvi: Ministrstvo za zdravstvo in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Socialne delavke v zdravstvu so se tako znašle pod novim Ministrstvom za zdravstvo. Njihov položaj se je v primerjavi z zdravstvenimi delavci poslabšal, njihove delovne naloge, normativi in standardi pa niso bili določeni (gl. Eržen, 2008).

Problem socialnega dela v zdravstvu je, da ostaja njegova vloga tako v teoriji kot v praksi nejasna, neraziskana in nima jasne identitete, v nasprotju z drugimi profili v zdravstveni dejavnosti. V prispevku pozornost tako namenjam dvema dimenzijama – dejanski praksi socialnih delavk, tudi konceptom in elementom socialnodelovnega odnosa, jeziku socialnega dela ter metodam dela na eni strani in formalnopравни ureditvi položaja socialnega dela (in s tem delavk) v zdravstvenem sistemu ter s tem povezanim multidisciplinarnim pristopom k obravnavi na drugi strani.

## Socialno delo in prostor zdravstvenega varstva

Glede na mesto socialne delavke v določeni instituciji razlikujemo tri različna področja prakse socialnega dela, in sicer primarno, sekundarno in partnersko. Primarna področja so tista, na katerih je socialno delo najpomembnejša disciplina, na partnerskih področjih pa naj bi bilo socialno delo enakopravni partner drugim disciplinam (Milošević Arnold in Poštrak, 2003). Področje socialnega dela v zdravstvu je značilen primer prakse socialnega dela kot sekundarne discipline. Socialna obravnava uporabnikov se prilagaja medicinski in ne sme motiti njenega poteka. To prikazujejo tudi pripovedi sogovornic v raziskavi, o enakih ugotovitvah pa je že leta 1984 poročal tudi Pogačnik<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Izrazi napisani v ženski spolni slovnični obliki, se uporabljajo kot nevtralni za moške in ženske.

<sup>3</sup> Socialne delavke in delavci so poročali, da je bilo njihovo delo odvisno od presoje zdravnikov, ki so zahtevali hitre intervencije ali pridobivanje informacij iz okolja uporabnikov, npr. delovnih mest, šol (Pogačnik, 1984).

Flaker (2010) socialno delo omenja kot redko strokovno področje, ki nima svojega posvečenega prostora, kot ga imajo npr. zdravniki (bolnišnice), pravniki (sodišča in zapori) in učitelji (šole). Značilnost naštetih ustanov je, da ureditve notranjega prostora izražajo hierarhijo, ideologijo in vednost, hkrati pa vzpostavljajo nadzor nad varovanci. Za področje socialnega dela v zdravstvenih ustanovah pa izhajamo iz predpostavke, »da tudi znotraj katerekoli ustanove – šole, bolnišnice, zapora, prispeva socialno delo natanko tisto, kar ustanova nima, kar je njen primanjkljaj« (Flaker, 2010, str. 56).

Raznovrstnost področja dela (na primarni, sekundarni in terciarni ravni), nalog in pristojnosti ter delitve glede na populacijo uporabnikov (otroci, odrasli, stari ljudje, ljudje z odvisnostjo) Muhič (2012) prikaže kot težavo. Lahko se namreč zgodi, da se ne ve, kaj natanko je strokovno socialno delo na nekaterih področjih – niti kaj o tem menijo socialne delavke niti kaj o tem menijo drugi. Lishman (2009) neopredeljivost tega, kaj je socialno delo, vidi kot slabost, saj nima jasnih meja in jasne disciplinarne baze znanja, pa tudi kot prednost, saj se ukvarja s posameznikom in njegovimi problemi v kontekstu družbe, v kateri živi. Eržen (2012) za socialno delo v zdravstvu ugotavlja, da s svojimi strokovnimi pristopi in stališčem zagovarja enkratnost vsakega uporabnika in vedno znova raziskuje njegovo resničnost. Profesionalnost socialne delavke razume kot sprejemanje pacientk in pacientov, ki jim pri obravnavi zagotavlja enakovredno mesto in moč odločanja, v vsej doživljajski in funkcionalni drugačnosti.

## **Prispevek socialnega dela v procesih zdravstvene obravnave**

Dandanes je kroničnih bolezni vse več, zdravstveni problemi ljudi so večplastni in sestavljeni ter zahtevajo usklajeno delovanje različnih strokovnjakov. Sodelovanje različnih strok izhaja iz potrebe po celostnem pristopu k zdravljenju, pa tudi iz spremenjenih zahtev in potreb pacientov. Tudi zanje je postalo pomembno aktivno sodelovanje pri sprejemanju odločitev, pri obravnavi pa so tudi bolj kritični (Pahor, 2014).

Socialne delavke v zdravstvu so razumljene kot del interdisciplinarnih timov, v katerih tesno sodelujejo s preostalimi zdravstvenimi delavci, njihova vloga pa je pomembna, saj ponujajo perspektivo »človeka v okolju«. Nekateri avtorji prispevek socialnega dela v takšni interdisciplinarni obravnavi vidi-jo predvsem v povezovanju in vzpostavljanju partnerstva med pacientom, družinskimi člani in zdravstvenim osebjem, izdelavi psihosocialne ocene, poznavanjem in aktiviranjem virov v skupnosti (Zimmerman in Dabelko, 2007; Keefe, Geron in Enguidanos, 2009), načrtovanjem odpusta, krajšanjem ležalnih dob ali pa, nasprotno, v zagovorništvu pacienta z namenom odložitve odpusta (Auerbach, Mason in Heft Laporte, 2007). Podobno Ashcroft, McMillan, Ambrose-Miller, McKee in Brown (2018) kot najpogostejše naloge socialnih delavk v zdravstvu navajajo še vodenje dokumentacije, svetovanje in izvajanje terapije, napotitve na druge službe in konzultacije z zdravstvenimi delavci. Zimmerman in Dabelko (2007) poročata, da zdravniki in zdravstveno

osebje pozitivno prepoznava in cenijo vlogo socialnih delavk v interdisciplinarnem timu, večina zdravnikov v raziskavi avtorjev Keefe, Geron in Enguidanos (2009) pa verjame, da socialne delavke lahko izboljšajo zagotavljanje kakovostne celovite oskrbe pacientov.

Redki zapisi in raziskave prakse socialnega dela v slovenskem zdravstvu kažejo podobno sliko kot v tujini. Eržen (2012) poroča o rezultatih kvantitativne raziskave in kot najpogosteje uporabljene metode in delovne naloge socialnih delavk v zdravstvu navaja sodelovanje in povezovanje z zunanjimi institucijami, seznanjanje s pravicami, svetovanje, sodelovanje s svojci, prepoznavanje potreb posameznika in analizo tveganja, zapisovanje in dokumentiranje, individualni pristop in načrtovanje skrbi in podpore, krepitev moči uporabnikov, svetovalni pogovor s tehnikami usmerjanja, delo z družino in druge.

Prispevki avtoric iz prakse poudarjajo primere interdisciplinarnega in multidisciplinarnega delovanja (Stržinar 2012; Stevanović 2012) ter medsektorsko delovanje in koordinacijo storitev s službami v skupnosti (Muhič 2012; Ristić Kovačič 2012; Stržinar 2012). Omenjeni prispevki se nanašajo predvsem na področja rehabilitacije in psihiatrije, izsledki raziskave pa prav tako kažejo, da je socialno delo na teh področjih bolje uveljavljeno in prepoznano. Na drugih področjih pa so večkrat omenjene naloge, kot so urejanje dokumentacije (npr. urejanje zavarovanja), krajšanje dni hospitalizacije oz. organizacija odpusta in koordinacija odpusta z drugimi službami (npr. domovi za stare) in svojci.

## Podatki o raziskavi

Področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v Sloveniji sem raziskal s pomočjo šestih poglobljenih intervjujev. Izvedel sem jih januarja in februarja 2016. Razmeroma majhen vzorec je obsegal ključne sogovornike<sup>4</sup>, nosilce razvoja področja, ki na njem aktivno delujejo, ga raziskujejo in imajo vpogled tako v prakso socialnega dela v zdravstvu kot tudi v urejanje področja na sistemski ravni. Dve sogovornici in en sogovornik so kariero začeli na področju zdravstvene nege in se nato dodatno izobrazili za delo na področju socialnega dela. Druge tri intervjuvanke so celotno kariero zaposlene kot socialne delavke z več kot 10, 15 oziroma 23 let delovnih izkušenj.

Z raziskavo sem pokrila področja dela Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Soča, Psihiatrične klinike Ljubljana, splošne bolnišnice in zdravstvenega doma. Namen analize intervjujev ni bil predstaviti različne prakse socialnega dela na različnih ravneh zdravstvenega varstva in področjih zdravstvene obravnave, temveč zbrati podatke in znanje ključnih sogovornic in sogovornika ter na podlagi njihove pripovedi kritično oceniti prispevek in položaj socialnega dela v zdravstvu.

Kvalitativna raziskava je zato eksplorativna, uporabljena je bila metoda delno standardiziranega intervjuja. Vodilo za intervju je bil vnaprej pripravljen seznam vprašanj o izbrani temi, med intervjuji pa sem po potrebi dodal še

---

<sup>4</sup> Tudi dve ustanoviteljici Sekcije socialnih delavk v zdravstvu in dve vodilni članici sekcije v trenutni sestavi pod okriljem Socialne zbornice Slovenije.

podvprašanja. Kvalitativno analizo sem opravil po korakih, ki jih predlaga Mesec (1998): urejanje gradiva, določitev enot kodiranja, odprto kodiranje, izbor in definiranje relevantnih pojmov in kategorij, odnosno kodiranje in oblikovanje končne teoretske formulacije.

Raziskovalna vprašanja so bila usmerjena v opredelitev tistih metod in elementov socialnega dela v zdravstvu, ki socialne delavke razlikujejo od drugih poklicnih profilov v zdravstvu. Poudarek je bil tudi na položaju socialnih delavk na sistemski ravni ter na izzivih in rešitvah, kot jih prepoznajo poznavalke področja.

## Rezultati in razprava

### *Stroka socialnega dela v zdravstveni dejavnosti*

Sogovornice in sogovornik so v pripovedih poudarjali povezanost zdravstva in socialnega dela kot dveh znanstvenih panog. Poudarjali so povezavo in soodvisnost socialnega in zdravstvenega stanja pri posamezniku. Tri sogovornice in sogovornik so neposredno v celostni obravnavi videli možnost za odpravo kroničnih uporabnikov oziroma, kot so ga nekateri poimenovali, sindroma »krožnih vrat«. Zafošnik (2013) pri svojem delu na urgenci omenja stare, brezdomce, žrtve nasilja v družini, ljudi s težavami z duševnim zdravjem, mlade uživalce drog in alkohola kot kronične povratnike, katerih skupna značilnost je pogosto pomanjkanje bolezenskih, zdravstvenih indikacij, kažejo pa značilna bolezenska znamenja in okoliščine, ki nakazujejo določene ukrepe socialnega dela (socialne indikacije).

Sogovornice poročajo, da področje storitev socialnega varstva dobro poznajo zgolj socialne delavke, izvajanje teh storitev pa vidijo kot prispevek k obravnavi pacientov in hkrati kot način prepričevanja svojih sodelavcev o njihovem prispevku in strokovnosti. To je povezano tudi s pomenom ubesedenja lastnega dela in prispevka:

Ampak, ko potem dejansko vidijo, na samem primeru, da smo strokovni, da imamo veščine, da obvladamo svoje delo, v bistvu s tem jih moraš ti prepričat. (Socialna delavka 1)

S svojim strokovnim delom sami doprinesemo. Z nekim prenosom, ko povemo, kaj delamo, in ko to, kako, na kakšen način, to podamo tudi v timu in ostalim članom, tudi zopet doprinesemo. (Socialna delavka 2)

Kot posebnost socialnega dela v zdravstvu so poudarile pomen poznavanja prognoz in različnih načinov obravnav pacientov ter njihovih posledic za nadaljnje življenje in zdravljenje. Sogovornice menijo, da so v zdravstvu uporabniki socialnim delavkam bolj naklonjeni in jih prepoznajo kot dobrodošlo pomoč pri zdravljenju.

Sogovornik, ki ima opravljen magisterij socialnega dela, a deluje kot zdravstvenik v multidisciplinarnem timu na urgenci, je dejal, da bi morala na takem mestu prevzeti socialna delavka pomembno vlogo. S poznavanjem tima in timske dinamike lahko zagotavlja psihosocialno podporo timu, vodi pogovor in evalvacijo urgentnega tima po končani (neuspešni) intervenciji in

podobnih stresnih situacijah. Sodelovanje s timi je lažje, ko je socialna delavka njihova stalna članica, sogovornica iz Soče pa je povedala, da je potreba po stroki socialnega dela prepoznana in priznana. V timih se socialna delavka po navadi pri delu prilagaja preostalim.

Tri sogovornice in sogovornik so omenili strokovno delo oziroma upoštevanje teoretskih izhodišč socialnega dela kot glavni način ohranjanja integritete strokovnosti socialnega dela v zdravstvenem okolju. Hkrati je ena sogovornica dejala, da socialno delavko lahko zdravniki ignorirajo, če je preveč prizadevna oziroma asertivna pri udejstvovanju in promociji svojega dela.

Dve sogovornici in sogovornik so prepričani, da zdravstveni kadri nimajo socialnodelovnega znanja, ki bi se lahko primerjalo s socialnim delom, in menijo, da zdravstvena obravnava ne ponuja časa in prostora za socialno obravnavo. Poleg tega so pri zdravstvenih delavcih opazili tudi nezaupanje pri povezovanju in sodelovanju z zunanjimi institucijami, to pa lahko ohromi sodelovanje. Temu pritrjuje prispevek avtorice Šimenc (2016), v katerem je raziskala poglede na (ne)sodelovanje strokovnjakov v multidisciplinarnih timih v primerih nasilja v družini. Čeprav se stanje v zadnjih letih izboljšuje (predvsem pri mlajših zdravnicah in zdravnikih), pa so socialne delavke ocenile, da je sodelovanje s predstavniki zdravstva šibko in nezadostno, pogrešale pa so tudi zavedanje o skupni odgovornosti in pomenu medsektorskega dopolnjevanja pri reševanju primerov.

### *Socialnodelovne metode in uporaba jezika socialnega dela*

Socialnodelovna obravnava se največkrat začne na pobudo zdravnika oziroma v času zdravstvene obravnave, ko je prepoznana socialna indikacija, temu pa sledi pogovor s pacientom ali svojci. Pogosto se obravnava začne na neposredno željo svojcev in tudi uporabnikov, pa tudi v sodelovanju z zunanjimi socialnovarstvenimi organizacijami. Sodelovanje v procesu pomoči je zelo raznovrstno, delo na terenu in v skupnosti pa je prepoznano kot specifično znanje, ki ga imajo socialne delavke. Stevanović (2012, str. 165) poimenuje vlogo socialnega dela kot »most med bolnišničnim in domačim okoljem«, v tem kontekstu pa lahko govorimo o dvojni vlogi socialnega dela: spozna posameznika kot bitje v situaciji in njegovem okolju ter mu tam pomaga in spreminja okolje s skupnostnim delom (Flaker, 2010).

Sodelovanja je veliko že znotraj zdravstvenih ustanov, saj so zanje značilni multidisciplinarni timi in sodelovanje strokovnjakov različnih strok. Intervjuvanke in intervjuvanec so poudarili pomen sodelovanja s pacientom in njegovimi svojci ter tudi z zaposlenimi, poleg tega pa tudi širok nabor ustanov, organizacij in služb, s katerimi sodelujejo zunaj zdravstvenih ustanov, kot so: centri za socialno delo, šole, ministrstva, policija in sodstvo, dobrodelne organizacije, veleposlaništva, skupnostne terenske službe, domovi za stare, delovne organizacije in centri za poklicno rehabilitacijo, produkcijske šole ter mladinski centri in društva.

Med procesom pomoči uporabljajo različne metode in elemente socialnega dela. Kot ključnega je vseh pet sogovornic omenilo osebni pogovor s

pacientom in svojci, v katerem z njimi načrtujejo, raziskujejo želje in potrebe posameznikov. Ena intervjuvanka pri svojem delu naredi individualni načrt pomoči za vsakega pacienta v obravnavi, dve socialni delavki pa sta poudarili pomembnost vzpostavitve delovnega odnosa in instrumentalne definicije problema kot temelja procesa pomoči. Tri intervjuvanke so poudarile pomembnost aktivne vloge pacienta v procesu soustvarjanja rešitev ter krepitev moči in dela v sedanjosti skupaj z njim:

[Pacient] je aktiven pri tem in opredelitvi problema in po celem teku rehabilitacije kot aktiven član. Dejansko zelo delamo na tem, da ga poslušamo, da skupaj določimo ta problem, skupaj dejansko se usmerimo v proces reševanja in skupaj soustvarjamo te rešitve. (Socialna delavka 2)

Da znaš skupaj z njim načrtovat, en proces v smeri okrevanja in krepitev tistih močnih področij, ki vplivajo na izboljšanje same samopodobe in tudi funkcioniranja. (Socialna delavka 3)

Štiri sogovornice so predstavile pristopa, s katerima skušajo povečati moč pacientov in svojcev: prevajanje strokovnega jezika in koordinacija storitev. Kritično lahko zapišem, da elementi in koncepti delovnega odnosa, kot so jih zapisali Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina (2005), niso vsesplošno prepoznani in uporabljeni, a v ospredju kljub temu ostaja odnos s pacientom in bližnjimi, posamezne koncepte pa prilagajajo specifičnim situacijam in raznovrstni praksi v zdravstvu.

Pri opisovanju uporabe jezika socialnega dela v zdravstvu so bile osebe, s katerimi sem naredil intervju, precej enotne. Jezik prilagajajo zdravstvenemu okolju in medicinskim izrazom. Kot je dejala ena sogovornica, je prilagajanje uporabe primernih strokovnih medicinskih izrazov povezano tudi z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in zapisovanjem storitev. Dve sogovornici prilagajanja jezika okolju ne problematizirata, preostali pa razloge za prilagajanje vidijo v pomanjkanju časa medicinskega osebja, hitrejši in lažji komunikaciji in tudi pomenu strokovnega medicinskega zapisa diagnoze v pacientovi dokumentaciji. Kljub temu je bil prepoznan napredek, saj se je opis socialne obravnave prebil v dokumentacijo uporabnikov. Hierarhična podrejenost primarni stroki se v praksi tako kaže tudi v jeziku, hkrati pa se uporaba jezika navezuje tudi na predstavljene sistemske probleme področja.

Pri obravnavi pacienta so osebe, s katerimi sem naredil intervju, omenile pomanjkanje časa, predvsem zaradi kratkih hospitalizacij ali pacientove prekinitve zdravljenja, ob tem pa obravnave pogosto ostanejo nedokončane. Zaradi nepredvidljivosti obravnave in samega zdravljenja je treba tudi na novo opredeljevati in usklajevati cilje z uporabniki ob raziskovanju njihovega življenjskega sveta. Sogovornicam in sogovorniku se zdi pomembno, da bi se socialne službe povezale in začele uporabljati socialne mreže pacientov, tudi v skupnosti. Kuzníková (2017) in Ashcroft, McMillan, Ambrose-Miller, McKee in Brown (2018) navajajo podobne probleme, temu pa dodajajo tudi nasprotje interesov med socialnim delom in medicinskim modelom obravnave, prevelik obseg dela in to, da zdravniki in vodstvo ne razumejo vloge socialnega dela. Porajajoči se problemi so tesno povezani s sistemsko (ne)urejenostjo področja v Sloveniji.

### *Sistemska ureditev področja*

Večina oseb, a katerimi sem naredil intervju, je opozorila na izrinjanje oziroma odpuščanje socialnih delavk iz zdravstvenih dejavnosti (te so v zdravstvenih domovih najpogosteje na primarni ravni). Opazile so, da je delovno mesto socialne delavke pogosto odvisno od vodstva zavoda, zato se težava, namreč nepoznavanje stroke socialnega dela, pozna tudi pri pridobivanju novih kadrov, saj se večja število drugih zaposlenih strokovnjakov, socialnih delavk pa ne. Socialna delavka v splošni bolnišnici je svojo izkušnjo opisala takole:

Zelo veliko srečo, ker prejšnji direktor in zdajšnji direktor sta pač stroki socialnega dela bila naklonjena. Zdaj tam pa, kjer pač nimajo takega direktorja, je pa potem problem. (Socialna delavka 1)

Socialno delo ima slabši položaj že zaradi same organizacije dela in ureditve zdravstvenega sistema. Socialno delo je vedno sekundarno in socialne delavke načrtujejo svoje delo na podlagi tega, saj so vsi sodelujoči odvisni od nosilca dejavnosti – zdravnika. Ti rezultati se skladajo z definicijo socialnega dela kot sekundarne discipline, kot sta jo opredelila Milošević Arnold in Poštrak (2003, str. 114), pred tem pa tudi Rapoša Tajnšek (1996), ki v organizacijskih okvirih, v katerih socialno delo gostuje, prepoznava hierarhično podrejenost primarnim strokam, zato je videti, kot da je znanje socialnih delavk manj pomembno.

Neenakopravnost moči izhaja tudi iz močne pozicije zdravstvenih združenj, ki imajo več sredstev in kadra za raziskovanje tujih praks in njihovo implementacijo v Sloveniji, v nasprotju s sekcijo socialnih delavk. Problem izhaja iz tega, da socialne delavke v zdravstvu sodijo pod okrilje ministrstva za zdravje, tam pa njihov položaj ni urejen. Zaradi tripartitnega dogovora med združenjem zdravstvenih zavodov, ministrstvom za zdravje in ZZZS je zadnji prevzel vodenje in spremljanje storitev, a ZZZS socialnodelovnih storitev ne pozna in jih noče finančno podpreti, zato je delo socialnih delavk plačano zgolj v okvirih celotne obravnave. Sogovornice so medtem poročale tudi o zastarelosti storitev socialnega dela v zdravstvu in o neurejenem evidentiranju. To pomembno pripomore k nepoznavanju in zapostavljenosti socialnega dela v zdravstvu.

Ob problematiki financiranja delovnih mest socialnih delavk je ena sogovornica izrazila prepričanje, da zgolj s koordinacijo hitrejših odpustov iz bolnišnic (krajšanje hospitalizacije) socialne delavke svoje plače hitro prislužijo. Dobro načrtovan odpust iz bolnišnice namreč prepreči nadaljnje zaplete in ponovne zdravstvene obravnave in s tem dodatne stroške. Zafošnik (2013) je prvi, ki je v Sloveniji naredil manjšo analizo stroškov obravnave uporabnikov, katerih prevladujoča problematika je socialna in ne zdravstvena, ter s tem tudi stroškovno upravičil širjenje multidisciplinarnе obravnave z vključevanjem socialnih delavk.

Sistematični pregled 16 znanstvenih objav ameriških avtorjev Stekete, Ross in Wachman (2017) je zgolj pri eni prepoznal višje stroške obravnave zaradi vključitve socialnih delavk v obravnavo<sup>5</sup>. Avtorji menijo, da bo za mer-

<sup>5</sup> Šlo je za vzpostavitev intervencije pod vodstvom socialnih delavk pri delu z astmatiki. Raziskava je pokazala občutno izboljšanje z razmeroma majhnim povečanjem stroškov (Stekete, Ross in Wachman, 2017, str. 264).



jenje vpliva vključitve socialnih delavk v obravnavo treba razviti natančnejše metode merjenja njihovih vlog v timih in nalog, ki jih opravljajo. Rezultati kljub temu nakažejo, da intervencije, ki vključujejo socialne delavke kot samostojne izvajalke, redne članice timov ali pa kot vodje teh timov, pozitivno vplivajo na zdravstvene izide.

Najbolj poudarjena problematika ostaja neurejena opredelitev socialnih delavk v zakonodaji, saj stroka in njeno delo v njej nista opredeljena. Neurejeni ostajajo standardi in normativi, se pravi, da socialne delavke nimajo podpornega sistema in formalne podpore<sup>6</sup>. Poleg tega članice sekcije navajajo še veliko drugih neurejenih področij socialnega dela, ki izhajajo iz zapostavljenosti socialnega dela znotraj zdravstva: neurejeno pripravništvo in opravljanje prakse študentov Fakultete za socialno delo, neurejen plačni sistem in sistem napredovanja, strokovni izpiti ostajajo neopredeljeni, formalno izobraževanje na tem področju je pomanjkljivo. Prepoznana neurejena področja in formalno-pravni status socialnih delavk v zdravstvu je v preteklosti opisala Eržen (2008), diskriminacija, kot jo je prepoznala sama na podlagi analize zakonodaje in predpisov, pa ostaja še danes.

#### *Odgovornost za razvoj, prepoznavnost in ohranitev stroke socialnega dela*

Sogovornice in sogovornik menijo, da so sami odgovorni za to, da opredelijo svoje delo in potrebe za kakovostno obravnavo pacientov:

Jaz, sem že rekla. Jaz sem si sama naredila opis del in nalog na dispanzerju. Zato razumeš, da točno vem in lahko v vsakem trenutku povem, kaj delam.  
(Socialna delavka 4)

Poudarjeno je bilo, da je treba čim bolj izkoristiti že dane možnosti in z dobro prakso pridobiti podporo nadrejenih in sodelavcev ter s tem pospešiti razvoj področja in si izbojevati svoj prostor v zdravstvenem okolju. Ena sogovornica je kritično ugotovila, da so socialne delavke pri delu premalo avtonomne in odločne, zato pa je strokovno delo razvrednoteno. Tri sogovornice in sogovornik so rešitev prepoznali v klinični specializaciji v sodelovanju z medicinsko in zdravstveno fakulteto in v aktivnem vključevanju socialnega dela v klinični proces obravnave.

Veliko vlogo in odgovornost so vse osebe, s katerimi sem opravil intervju, pripisale Fakulteti za socialno delo. Dve sogovornici sta med drugim omenili odpor fakultete v primeru predloga za vzpostavitev kliničnega socialnega dela, ena pa je bila kritična, saj meni, da fakulteta strokovno sicer dobro promovira socialno delo, ne pa tudi statusno. Glavno vlogo fakultete sicer vidijo na področju vzpostavitve izobraževanja, razvoja teorij, raziskav o socialnem delu v zdravstvu, tudi s povezovanjem z Zdravstveno fakulteto. Druga sogovornica je pohvalila že dobro sodelovanje in vključevanje fakultete v delo Sekcije socialnih delavk v zdravstvu.

<sup>6</sup> Sekcija socialnih delavk v zdravstvu je (po opravljeni raziskavi, ki je predstavljena v tem članku) leta 2016 uvedla aktivne delovne skupine za urejanje normativov in standardov, z različnimi prispevki sodelovala na 6. kongresu socialnega dela v Moravskih Toplicah, se kot sekcija pridružila Socialni zbornici Slovenije in junija 2017 in junija 2018 izvedla prvi in drugi simpozij sekcije socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti.

V intervjujih sta bila omenjana tudi problem zamrlih socialnodelovnih združenj in zapostavljenost Sekcije socialnih delavk v zdravstvu. Iz tega izhaja tudi potreba po strukturnem in strokovnem povezovanju, da bi članice pridobile več pogajalske moči ter strokovne in formalnopravne podpore. Sekcija je pri pogajanjih razmeroma nemočna, zaradi majhnosti pa ni mogoče ustanoviti lastne zbornice, sindikata ali druge stanovske oblike povezanosti.

## Sklep

Opravljen raziskava na področju socialnega dela v zdravstvu se je sklenila z bogatimi opisi izkušenj, primerov, mnenj in predlogov iz poklicnega dela socialnih delavk na tem področju. Rezultati raziskave prednosti prikazujejo predvsem s širokim naborom delovnih nalog in individualnim pristopom socialnih delavk k obravnavi uporabnikov, slabosti pa so prepoznane v nejasnosti vlog in nejasnosti prispevka znanosti socialnega delu v sodelovanju z zdravstvenimi strokami in s tem povezan neurejen položaj socialnega dela na sistemski ravni.

Tako kot so po področjih dela različne medicinska dejavnost in dejavnosti zdravstvenih ved, se raznovrstnost kaže tudi v praksi socialnih delavk v zdravstvu, zato bo v prihodnje treba posamezna področja podrobneje raziskati na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega sistema. Prepoznal sem tudi potrebo po izdelavi finančnih analiz stroškov in koristi socialnega dela v zdravstvu.

V povezavi s predstavljenimi temo je vredno omeniti predloge Svetovne zdravstvene organizacije in Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki s publikacijami (npr. Svetovna zdravstvena organizacija, 2008, 2011, 2018) redno namenjata pozornost socialnim vidikom zdravja in družbeni neenakosti. Ta se dokazano kaže tudi v ohranjanju razlik na večini izbranih kazalnikov, saj slabše izide praviloma ugotavljajo pri osebah z nižjim socialno-ekonomskim položajem (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018), kot odgovor pa ponujata tudi poglobljeno medsektorsko sodelovanje.

Tudi *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025* (Ministrstvo za zdravje, 2015) si prizadeva za zmanjšanje neenakosti in optimizacijo dostopnosti do enako kakovostne in varne oskrbe, v središče pa umešča uporabnika in izvajalca. Ob navajanju kratkoročnih in srednjeročnih izzivov besedilo resolucije med drugim omenja, da sta socialna in zdravstvena obravnava pri zagotavljanju kakovostne dolgotrajne oskrbe še vedno nepovezani, da ostaja nepovezana, različno dostopna in nedorečena zdravstvena obravnava tistih, ki imajo hkrati več zdravstvenih, socialnih in drugih problemov, potrebujejo geriatrično obravnavo, rehabilitacijo, paliativno oskrbo in oskrbo na domu. Poseben izziv je dostopnost do kakovostnih programov za zdravstveno in socialno oskrbo ljudi s težavami z duševnim zdravjem ter oseb, vključenih v rehabilitacijo. To še zlasti velja za ranljive skupine (otroke, starejše, revne, ljudi z ovirami, Rome) – tudi na tem področju ni ustrezne povezanosti med zdravstvom in socialnim varstvom, šolstvom in nevladnimi organizacijami.

Zapisane smernice resolucije kažejo na nepoznavanje stroke socialnega dela v zdravstvu in prispevka socialnih delavk pri obravnavi pacientov.

Socialne delavke se v praksi uspešno spoprijemajo z omenjenimi izzivi, a ostajajo neprepoznane, statusno nepriviligirane, pogosto izključene iz obravnave in preprosto spregledane.

Prispevek znanosti socialnega dela v zdravstveni dejavnosti zato ni samo-umeven, do rezultatov pa smo lahko tudi kritični, saj doktrine socialnega dela v praksi socialnih delavk pogosto ni prepoznati. Potrebne bi bile raziskave, ki bi podrobneje pojasnile to problematiko in hkrati raziskale spremembe, ki jih doživljajo medicinske in zdravstvene vede v povezavi s celostnim multidisciplinarnim pristopom k obravnavi pacienta. Pahor (2014) to prepozna v razvoju timov, saj prehajajo iz hierarhičnih oblik v time, ki se osredotočajo na pacienta. V zadnjih postajajo vse pomembnejši uporabniki storitev zdravstvenega varstva, njihova moč in prispevek v obravnavi (gl. Domajnko, 2014). Žal pa to še vedno ostaja bolj na ravni teorije, saj intervjuvanke in intervjuvanec jasno prepoznavajo pomanjkljivosti zdravstvenih strok, ki med drugim ne poznajo sistema socialnega varstva, ne delujejo aktivno na terenu in v skupnosti, se premalo povezujejo z zunanjimi institucijami, ne poznajo različnih virov moči zunaj področja zdravstvenega varstva, ne namenjajo pozornosti pacientovi družini in vplivu bolezni nanjo ter premalo upoštevajo prispevek uporabnika.

Stroka socialnega dela ima tako priložnost, da prikaže specifično vrednost in prispevek socialnega dela k obravnavi uporabnikov storitev zdravstvenega varstva, njihovih svojcev in dela ter povezovanja v skupnosti. Socialno delo ima razvite metode dela, s katerimi lahko pripomore k razvijanju koncepta udeležnosti tudi v zdravstvu ter v enakopravnem sodelovanju z zdravstvenimi strokami pospeši uveljavljanje moči uporabnikov zdravstvenega varstva.

## Viri

- Ashcroft, R., McMillan, C., Ambrose-Miller, W., Mckee, R., & Brown, J. B. (2018). The emerging role of social work in primary health care: a survey of social workers in Ontario family health teams. *Health & Social Work*, 43(2), str. 109–117.
- Auerbach, C., Mason, S. E., & Heft Laporte, H. (2007). Evidence that supports the value of social work in hospitals. *Social Work in Health Care*, 44(4), str. 17–32.
- Beder, J. (2006). *Hospital social work*. New York, London: Taylor & Francis Group.
- Čacinovič Vogrinčič, G., Kobač, L., Mešl, N., & Možina, M. (2005). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebne stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Domajnko, B. (2014). Vidik uporabnikov zdravstvenega varstva – sociološki pogled. V M. Pahor (ur.), *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Dziegielewski, S. (2013). *The changing face of health care social work*. New York: Springer Publishing Company.
- Eržen, I. (2008). Diskriminacija socialnih delavcev. *Socialno delo*, 47(3–6), str. 347–355.
- Eržen, I. (2012). Socialno delo v zdravstveni dejavnosti. *Socialno delo*, 51(1–3), str. 15–26.
- Flaker, V. (2010). Prostor in socialno delo. *Teorija in praksa*, 49(1), str. 53–70.
- Keefe, B., Geron, S. M., & Enguidanos, S. (2009). Integrating social workers into primary care: physician and nurse perceptions of roles, benefits and challenges. *Social Work in Health Care*, 48(6), str. 579–596.

- Kuzníková, I. (2017). The practice of social work in health care in the Czech Republic: How to identify understanding the practice of social work in health care through research? *Czech and Slovak Social Work*, 17(1), str. 5–22.
- Lishman, J. (2009). The social worker. V M. Doel, & M. S. Shardlow (ur.), *Educating professionals: practice learning in health and social care* (str. 175–191). Farnham: Ashgate.
- Milošević, V. (1989). *Socialno delo*. Ljubljana: Samozaložba.
- Milošević Arnold, V., & Poštrak, M. (2003). *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Študentska založba.
- Ministrstvo za zdravje (2015). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025: skupaj za družbo zdravja*. Pridobljeno 28. 3. 2019 s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/PPT\\_13.6.\\_Resolucija/ResNPZV.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/PPT_13.6._Resolucija/ResNPZV.pdf).
- Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: VŠSD.
- Muhič, S. (2012). Socialno delo na dispanzerju za pedopsihiatrijo v zdravstvenem domu Maribor. *Socialno delo*, 51(1–3), str. 159–164.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2018). *Neenakost v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize*. Pridobljeno 18. 3. 2019 s [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti\\_v\\_zdravju\\_2018.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti_v_zdravju_2018.pdf).
- Pahor, M. (2014). Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. V M. Pahor (ur.), *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Pogačnik, M. (1984). Socialno delo v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 18(6), str. 379–409.
- Rapoša Tajnšek, P. (1996). Profesionalna identiteta socialnih delavk in delavcev in ugled socialnega dela v javnosti. *Socialno delo*, 35(5), str. 445–457.
- Ristić Kovačič, S. (2012). Bolnišnično socialno delo na Kliničnem inštitutu za klinično nevrofiziologijo. *Socialno delo*, 51(1–3), str. 135–142.
- Ruth B. J., & Marshall J. W. (2017). A history of social work in public health. *American Journal of Public Health*, 107(3), str. 236–242.
- Steketee, G., Ross, A. M., & Wachman, M. K. (2017). Health outcomes and costs of social work services: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 107(S3), str. 256–266.
- Stevanović, J. (2012). Socialno delo v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča. *Socialno delo*, 51(1–3), str. 165–170.
- Stržinar, D. (2012). Socialno delo z mladostniki v psihiatrični obravnavi. *Socialno delo*, 51(1–3), str. 127–134.
- Svetovna zdravstvena organizacija (2008). *Zmanjševanje razlik v času ene generacije*. Pridobljeno 18. 3. 2019 s [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/zmanjsevanje\\_razlik\\_v\\_casu\\_ene\\_generacije.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/zmanjsevanje_razlik_v_casu_ene_generacije.pdf).
- Svetovna zdravstvena organizacija (2011). *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Pridobljeno 18. 3. 2019 s [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/neenakosti\\_v\\_zdravju\\_v\\_sloveniji\\_who.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/neenakosti_v_zdravju_v_sloveniji_who.pdf).
- Svetovna zdravstvena organizacija (2018). *European Health Report*. Pridobljeno 18. 3. 2019 s <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018>.
- Šimenc, J., (2016). »Vsi smo obremenjeni, a zdaj pa še to«. *Socialno delo*, 55(1–2), str. 27–37.
- Zafošnik, U. (2013). *Sodelovanje med poklici v zdravstvu in socialnem delu: razširitev zdravstveno negovalnega tima na urgenci* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Zimmerman, J., & Dabelko, H. I. (2007). Collaborative models of patient care. *Social Work in Health Care*, 44(4), str. 33–47.