

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sanja Kaube

Temelji socialnega dela v primarnem zdravstvenem varstvu

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sanja Kaube

Mentorica: izr. prof. dr. Vesna Leskošek

Temelji socialnega dela v primarnem zdravstvenem varstvu

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

Hvala

*Mojima najdražjima, Petru, Matevžu in prijateljem, predvsem Vesni Mejak,
za podporo pri nalogi in podpori v vsakdanjem življenju, in
mentorici izr. prof. dr. Vesni Leskošek
za spodbudo, svetovanje in hitro pomoč pri pisanju naloge.*

IZJAVA O AVTORSTVU

POVZETEK

Temelji socialnega dela v primarnem zdravstvenem varstvu

V magistrskem delu želimo raziskati možnosti in postaviti temeljna izhodišča, ki bi poklicni skupini, posameznikom in stroki omogočili globlje razumevanje problema in širšega okvirja koncepta socialnega dela v zdravstvu in pomembnosti ohranitve socialnega modela zdravja znotraj sistema zdravstvenega varstva. Pri proučevanju raziskovalnega problema bomo upoštevali samo področja, ki so temeljna in ključnega pomena za socialne delavce v zdravstvu. Osredotočili smo se na stanje v današnji družbi, ki je v sodobnem času deležna velikih sprememb na vseh področjih življenja. Predstavili smo modele zdravja, poglede na zdravje in bolezni.

Predstavimo nove trende in usmeritve v vseh ključnih priporočilih in direktivah – tako SZO kot slovenske pristope k obvladovanju neenakosti v zdravju, ki temelji na družbenih determinantah zdravja. V empiričnem delu smo s triangulacijo, pri kateri smo uporabili pregled uradnih zbirk podatkov, ugotovili stanje na terenu o številu socialnih delavcev in o umeščenosti v zdravstveni sistem. Druga raziskava so poglobljeni strukturirani intervjuji s socialnimi delavkami na vseh ravneh zdravstvenega varstva, primarnem, sekundarnem in terciarnem, s katerimi smo preverili področja dela in prispevek socialnega dela v zdravstvu. In kot tretja raziskava služi avtobiografija, ki zaokroži raziskavo s predstavitvijo akcijskega načrta za ohranitev socialnega dela v primarnem zdravstvenem varstvu.

Ključne besede: socialno delo v zdravstvu, primarno zdravstveno varstvo, družba tveganj, sociologija medicine, družbene determinante zdravja, modeli zdravja, neenakost v zdravju

ABSTRACT

Social work in primary health care

We are exploring the possibilities and setting the basic principles for understanding the problem and the concept of social work in health care and stressing the importance of preserving the social model of health within primary health care. Only areas that are fundamental and have a key meaning for social workers in health services will be taken into account while examining the research problem. These are the condition of our society as a framework for the lives of individuals and groups, the models of health through time and view on health and disease. We argue the fact that health and disease are an issue solely in medical domain but also in other sciences, such as sociology and social work.

We will introduce new trends and directions in all key recommendations and directives of the WHO so as Slovenian approaches to manage health inequalities based on social determinants of health. By reviewing official collections and using triangulation in the research part we gained knowledge about the number and place of social workers employed in the health system. The second research is based on in-depth structured interviews with social workers. Information gained by the interviews revealed the contribution of social work to the health system. The last research part is an autobiographic method that completes the research by introducing a plan of action in order to preserve social work in primary health care.

Key words: social work in health services, primary health care, risk society, sociology of medicine, social determinants of health, models of health, health inequalities

KAZALO

1	UVOD.....	11
2	SOCIOLOŠKO PROUČEVANJE ZDRAVJA IN ZDRAVSTVA.....	18
2.1	DRUŽBA TVEGANJ IN SPREMENJENIH RAZMERIJ.....	18
2.1.1	Postmoderna družba, individualizacija, zmanjšano sodelovanje in solidarnost.....	18
2.1.2	Globalizacija, nove komunikacijske tehnologije (NKT).....	22
2.1.3	Odčaranost od znanosti.....	24
2.2	SOCIOLOŠKI VIDIKI MEDICINE.....	26
2.3	DRUŽBENI VIDIKI ZDRAVJA IN SODOBNE MEDICINE.....	29
2.3.1	Moč zdravnikov.....	30
2.3.2	Vpliv farmacije.....	31
2.3.3	Zdravstvo kot nadzor države.....	33
2.3.4	Telo v kontekstu sodobnih tveganj.....	34
2.3.5	Promocija zdravja.....	36
3	ZDRAVJE.....	38
3.1	MODELI ZDRAVJA.....	38
3.1.1	Modeli zdravja v preteklosti.....	38
3.1.2	Sodobni modeli zdravja.....	39
3.1.3	Pojmovanja o zdravju in boleznih.....	39
3.1.4	Biomedicinski model.....	40
3.1.5	Biopsihosocialni model.....	40
3.1.6	Zdravje.....	41
3.1.7	Bolezen.....	42
3.2	DEJAVNIKI TVEGANJA IN DETERMINANTE ZDRAVJA.....	43
3.2.1	Dejavniki, povezani z zdravjem.....	43
3.2.2	Determinante zdravja.....	43
3.3	DRUŽBENE DETERMINANTE ZDRAVJA.....	45
3.4	NEENAKOSTI V ZDRAVJU.....	52
4	ZDRAVSTVENO VARSTVO V SLOVENIJI.....	55
4.1	JAVNO ZDRAVJE.....	55
4.2	ZDRAVSTVENO VARSTVO.....	55
4.3	IZVAJALCI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI.....	57
4.4	RAVNI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI.....	57
5	SOCIALNO DELO V PRIMARNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI.....	59

5.1	ZGODOVINA SOCIALNEGA DELA V PRIMARNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI	59
5.1.1	Socialno delo v zdravstvu v Sloveniji	59
5.2	VLOGA SOCIALNEGA DELA V ZDRAVSTVU.....	61
5.2.1	Nova vloga bolnika	63
5.2.2	Jezik	63
6	EMPIRIČNI DEL	65
6.1	PREDSTAVITEV PROBLEMA	65
6.1.1	Delovna teza	67
6.1.2	Raziskovalna vprašanja.....	67
6.2	UPORABLJENA METODOLOGIJA.....	68
7	REZULTATI	72
7.1	PREGLED URADNIH ZBIRK PODATKOV O ŠTEVILU IN PODROČJIH ZAPOSLOVANJA SOCIALNIH DELAVK V ZDRAVSTVU.....	72
7.1.1	Položaj socialnih delavk v zdravstvu v Republiki Sloveniji	72
7.1.2	Število socialnih delavk v zdravstveni dejavnosti po Sloveniji	73
7.1.3	Diagnostika po MKB-10.....	75
7.1.4	Standardi in normativi po Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2015, kjer so socialne delavke priznane	76
7.1.5	Storitve socialnih delavk v zdravstvu	77
7.1.6	Razširjeni strokovni kolegij.....	77
7.1.7	Pregled uradnih zbirk podatkov o številu in področjih zaposlovanja socialnih delavk v zdravstvu	78
7.2	RAZISKAVA NALOG, ZA TO POTREBNE VEŠČINE, KI JIH OPRAVLJAJO SOCIALNE DELAVKE V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI, IN KORISTNOST LE-TEGA	79
7.2.1	Povezovanje, sodelovanje, dogovarjanje	79
7.2.2	Metode dela	79
7.2.3	Besede, ki jih za postopke najpogosteje uporabljajo socialne delavke	80
7.2.4	Prispevek oziroma doprinos socialnega dela v zdravstvu	80
7.2.5	Multidisciplinarna, timska obravnava je pravo mesto za socialno delo v zdravstvu in odgovor zdravstvenega sistema na najnovejše usmeritve in spoznanja	81
7.2.6	Področja, ki jih obravnavajo socialne delavke v zdravstvu	84
7.2.7	Zaključek.....	86
7.3	AVTOBIOGRAFSKA METODA RAZISKOVANJA.....	88
7.3.1	Analiza	88
7.3.2	Ugotovitve avtobiografske metode	100
8	SKLEP IN RAZPRAVA	104

9	ZAKLJUČEK – Epilog ali novo dejanje?.....	116
10	LITERATURA.....	119
	PRILOGA: Kodiranje.....	133

KAZALO TABEL

Tabela 6.1: Kodirne enote	68
Tabela 7.1: Število socialnih delavk v primarni zdravstveni dejavnosti v Sloveniji	72
Tabela 7.2: Pregled stanja socialnih delavk po drugih zdravstvenih zavodih	Error! Bookmark not defined. 73
Tabela 7.3: Standardi in normativi	Error! Bookmark not defined. 74
Tabela 7.4: Storitve, ki jih opravlja socialni delavec v okviru zunajbolnišnične zdravstvene obravnave – ambulantnega zdravljenja in jih plača ZZS	Error! Bookmark not defined. 75
Tabela 9.1: Predlog standardov in normativov v primarnem zdravstvenem varstvu za zunajbolnišnično socialno obravnavo v zdravstvu na tim	Error! Bookmark not defined. 114

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

AA skupine	anonimni alkoholiki
EU	Evropska unija
CPZOPD	Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog
IVZ	Inštitut za varovanje zdravja
KZA	klubi zdravljenih alkoholikov
MZ	Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
NIJZ	Nacionalni inštitut za varovanje zdravja
NKT	nove komunikacijske tehnologije
NVO	nevladne organizacije
PB	psihiatrična bolnišnica
RSK	republiški strokovni kolegij
SB	splošna bolnišnica
SES	socialnoekonomski status
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
TINA	tu ni alternative (ang. There Is No Alternative)
UKC	univerzitetni klinični center
VZD	šifrant vrst zdravstvene dejavnosti
ZPacP	Zakon o pacientovih pravicah
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 UVOD

Prvega julija 2012 je nastala sprememba za dejavnost socialnih delavcev v zdravstvu. Z aneksom št. 1 je ZZZS ukinil socialnega delavca kot nosilca dejavnosti v dispanzerjih za mentalno zdravje (ohranili so psihologa, logopeda, defektologa). Kljub arbitražnim postopkom, ki so jih na ZZZS opravili zdravstveni domovi, ni bil sklenjen dogovor o ohranitvi statusa pred 1. 7. 2012 in s tem posledično ni bilo finančnih sredstev. Posledica tega je ukinitvev socialnega dela v zdravstvenih domovih, ki je bilo v preteklih dvainšestdesetih letih sestavni del zdravstvenega varstva prebivalstva na področju duševnega zdravja (kurativa in preventiva). Ukrep je v nasprotju s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju SZO), ki poudarja, da je zdravje družbeni in ne medicinski fenomen, zato morajo države vzpostaviti zdravstvene sisteme, ki so sposobni zajeti vse vidike zdravja:

»Vse države se morajo prilagoditi demografskim spremembam in spremembam v epidemiologiji bolezni, še zlasti pa izzivom na področju duševnega zdravja, kroničnim boleznim in boleznim staranja. Zato je treba preusmeriti sisteme zdravstvenega varstva tako, da bo njihova glavna skrb preprečevanje bolezni, nenehno je treba skrbeti za izboljšanje kakovosti in razvijati integralne storitve, zagotavljati neprekinjenost oskrbe, podpirati samopomoč bolnikov in premestiti oskrbo čim bližje domu, dokler je to še varno in rentabilno. Potrebna je presoja potencialov personalizirane medicine.« (SZO 2014, 8–9).

Podobno meni Ule, ki postavi zdravje in bolezen v družbeni kontekst: »Bolezen je socialno-kulturno uokvirjena ali, kot pravi Marc Augé (1995: 27): Paradoksalno pri bolezni je, da je hkrati najbolj individualna in najbolj socialna izkušnja in dogodek. Prav ta družbeni učinek bolezni je tisti, zaradi katerega se vsi ukvarjamo z njo, skupaj z dejstvom, da to vendarle zadeva vprašanje kakovosti življenja in preživetja. Zato o zdravju in boleznih razpravljajo različne znanosti in različne stroke; poleg medicine predvsem socialne in družbene znanosti. Zato moramo imeti razvite tudi različne pristope pomoči in sodelovanja med njimi.« (Ule 2012, 5).

Razlaga ukinitve delovnega mesta socialnega delavca je, da ga lahko nadomestijo centri za socialno delo. Po mnenju Flaker, Leskošek (1995) je ovira centrov v Sloveniji ne le pisarniško zasnovan način dela, temveč tudi individualno delo. Nimajo organizacijskih možnosti za razvoj vmesnih struktur, ki bi bile med pisarno, bolnišnico ali socialnim zavodom. Prav tako je pomanjkanje doktrine za delo na področju duševnega zdravja. Sicer imajo vsebino del in nalog v marsičem podobno zdravstveni, vendar je tako razmišljanje povsem napačno, saj je za delo v zdravstvu treba imeti specifična znanja.

Socialne delavke in delavci v zdravstvu poznajo pacientove potrebe in jim pomagajo, da kljub težavam enakovredno uveljavljajo svoje pravice in da se jih sliši tako zunaj kot znotraj zdravstvenega sistema.

»Dostopnost zdravstvenih storitev ni omejena zgolj na fizično dostopnost, ampak vključuje tudi socialni vidik, ki se nanaša na načine, na katere so različne skupine ljudi vključene v sistem zdravstvenega varstva; kako so obravnavani, kakšne so njihove možnosti za doseg kakovostne zdravstvene oskrbe in kako se družbena stratifikacija odraža v dostopnosti zdravstvenih storitev.« (Leskošek 2012, 30).

Drugi argument je širjenje nevladnega sektorja, ki že deluje na področju zdravstva in je za javni zdravstveni sistem cenejši, saj deluje neprofitno in s prostovoljstvom, kar je problematično, saj nevladne organizacije ne morejo zagotoviti obsega potrebne pomoči niti strokovnih in prilagojenih storitev, ki bi bile splošno dostopne. Kolarič pravi, da je sicer prispevek NVO pomemben, vendar je treba ohraniti javno odgovornost za socialno plat. To preprosto povedano pomeni, da javno/državno financiranje NVO ne bo predstavljalo nadomestila za tisto, kar mora zagotoviti javni sektor, temveč zgolj dopolnilo za tisto, česar javni sektor ne zagotavlja v zadostnem obsegu ali dovolj kvalitetno (Kolarič 2003, 55).

Primer ZDA pokaže, da je »v NVO, ki delujejo na področju zdravstva, zaposlenih skoraj 50 odstotkov vseh zaposlenih v NVO, nadaljnjih 22 odstotkov jih je zaposlenih v NVO, ki delujejo na področju izobraževanja, medtem ko jih je v NVO, ki delujejo na področju socialnega varstva, zaposlenih le slabih 15 odstotkov. Razlaga za relativno nizko stopnjo profesionaliziranosti NVO, ki delujejo na področju socialnega varstva, je, da socialnovarstvenih storitev ni mogoče tako uspešno tržiti, kot je to primer za izobrazbene in še posebej za zdravstvene storitve, saj tisti, ki socialnovarstvene storitve potrebujejo, praviloma nimajo sredstev, da bi zanje plačali.« (Salamon, Anheier in drugi, 1998 v Kolarič 2003, 52).

Učinkovitost socialnega dela v zdravstvenem sistemu je rezultat učinkovitosti sistema, znotraj katerega deluje. Delo je multidisciplinarno in hkrati timsko. Prednost je delovanje različnih služb z jasnimi strokovnimi domenami pod isto streho. Opravimo vrsto storitev za paciente – ali z njimi, ki jih ne zmorejo sami – ali s pomočjo njihovih svojcev. Socialne delavke so informatorji za CSD in koordinatorji med zdravstvom in socialnim varstvom. Zagotavljajo visoko učinkovitost (število obravnavanih oseb na enega socialnega delavca je nekaj sto), neposredno dostopnost, hitro odzivnost, takojšnjo obravnavo in ukrepanje. Obravnavani poznajo in imajo s socialnimi delavkami delovni odnos, jim verjamejo in zaupajo, da bodo znotraj formalnih postopkov upoštevali in poskrbeli za njihov osebni

blagor in interes. Nadomestiti socialne delavce znotraj tega sistema z zdravstvenimi delavci ali psihologi bi bilo tako, kot bi šel na operacijo srca h kardiologu in ne h kardiokirurgu, saj sta oba specialista za srce, vendar prvi ne more nadomestiti drugega. Po obdobju nerazumevanja in nasprotovanja psihiatrije so dozorele možnosti za ustvarjalno sodelovanje, k čemur je pripomogla politična situacija, ki je demokratično dovolila spremembe in odprte možnosti na področju razvoja skupnostnih služb. Po Flakerju, Leskošek (1995) je zastavljen nekakšen "zgodovinski kompromis" med institucionalno psihiatrijo in porajajočim se družbenim gibanjem na področju duševnega zdravja, k čemur je po Ureku (1991) pripomogel program študija duševnega zdravja v skupnosti – usposabljanja za psihosocialne službe. Ta je v konceptualnem smislu v prvi vrsti nadgrajeval, utrjeval in širil nove koncepte dela in razumevanja področja duševnega zdravja v skupnosti in mu dal novo dimenzijo obravnave.

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 v Flaker 1997, 5). Prednost multidisciplinarnosti je ravno specifičnost posameznih strok, ki lahko zagotovijo celostno skrb. Če je potrebna, zaradi škodljivih posledic hospitalizacije in institucionalizacije ter zaradi popredmetenja varovancev. Usluge temeljijo na teritoriju, so usmerjene v skupnost ter raziskujejo različne možne odgovore na psihološko trpljenje svojih strank (Flaker 1995, 1). Socialno delo v zdravstvu je strokovna praksa, ki se ni razvijala v okviru znanstvenih in teoretičnih okvirjev, ampak iz potreb zdravstva kot sistema, znotraj poklicne prakse socialnega dela in pod okriljem institucij javnega zdravstva. Razvijala se je v dve smeri. Prva se je posvetila duševnemu zdravju in se oblikovala ob psihiatriji. Socialni delavci so v psihiatriji že dvainšestdeset let. Druga je odprla področje preventive in podpore javnemu zdravju. Na MZ opredeljujejo ključne funkcije javnega zdravja kot vsebine javne službe kot socialno-medicinsko, epidemiološko in zdravstveno-ekološko dejavnost. Država mora zagotavljati, da javne službe sledijo funkcijam javnega zdravja, kot jih definira SZO. »Omenjene funkcije so: spremljanje in vrednotenje zdravja ter zdravstvenih kazalnikov, prepoznavanje zdravstvenih problemov in ocenjevanje zdravstvenih tveganj v skupnosti, pripravljenost na grožnje v zdravstvu in načrtovanje njihovega obvladovanja ter krepitev zdravja in preprečevanje bolezni, s poudarkom na kroničnih nalezljivih boleznih.« (MZ 2011, 5).

V Sloveniji se je javno zdravstvo v zadnjih nekaj desetletjih razvilo do zavidljivega nivoja, kot pomemben del je ob bok temu sledila stroka socialnega dela, se razvijala in dobila svoje mesto znotraj sistema. Ta sistem deluje. Socialno delo je "skrito" v nazivu ustanove, dejavnosti "dispanzer, zdravstveni dom, psihiatrična bolnišnica". Ne izstopa kot profil. Vloga je jasna znotraj inštitucije in tima. Do zdaj je bilo vseeno, kdo si lasti zasluge za učinkovitost sistema. Važno je bilo, da so izhajali iz potreb uporabnikov in da so strokovno pomoč dobili tisti, ki so jo potrebovali. Pa naj bodo to pacienti, strokovni delavci ali kdo drug. Pomaga se jim z vsemi strokovnimi znanji, izkušnjami in dodatnim rednim izobraževanjem na zdravstvenem in psihoterapevtskem področju, da smo znali in razumeli več.

In če se je do zdaj zdelo, da se morajo socialni delavci dokazovati znotraj timov, da so pomemben del timov, da se morajo dokazovati drugim strokovnjakom, sodelavcem, se je pokazalo, da je pravi problem priznanja in obstoja socialnega dela kot stroke širše družbene narave.

»Dominantna vloga in moč zdravnikov oz. zdravniških organizacij onemogočata vzpostavitev biopsihosocialnega modela zdravja, v katerem naj bi prešel del odgovornosti in pravic pri postopkih zdravljenja tudi na druge poklicne skupine v zdravstvenem varstvu. Z boljšim izkoriščanjem razpoložljivih človeških potencialov bi se povečala uspešnost in učinkovitost celotnega sistema, pacienti bi bili v večji meri deležni celostne obravnave. V okviru zdravstvene reforme je s predlaganim ustanavljanjem več poklicnih zdravstvenih timov narejen prvi korak k vzpostavitvi biopsihosocialnega modela zdravja. Vendar le na deklarativni ravni in pri sedanjih odnosih, brez možnosti za uspeh.« (Seljak, Kvas 2004, 1)

Ministrstvo za zdravje le včasih in ponekod priznava socialno delo, a mu tudi koristi, ker s hitrim in učinkovitim delom, pravnimi izbirami pomoči in pravnimi odločitvami pomaga krajšati dobo hospitalizacij in prihraniti denar, namenjen za zdravstveno področje:

»Ministrstva za zdravje in inštituti za javno zdravje so vse bolj dejavni pri dajanju pobude za medsektorske pristope za zdravje in na področju zdravja delujejo kot posredniki in zagovorniki. To vključuje tudi poudarjanje gospodarskih, družbenih in političnih koristi dobrega zdravja in škodljivih vplivov slabega zdravja in neenakosti na vsak sektor, na vso vlado in vso družbo [...]. Zdravstveni sektor ima tudi partnersko vlogo do drugih sektorjev, ko krepitev zdravja prispeva k doseganju njihovih ciljev.« (SZO 2014, 4).

Področje socialnega dela v zdravstvu se je s tem dejanjem začelo podirati kot hišica iz kart. Ni bilo mogoče zaustaviti plaz, ki je odnesel področje socialnega dela, delovna mesta, in

kar je najhuje, celo stroko, vedo, ki se umešča prav na področje družbene prakse, ki je definirana kot podpora duševnemu zdravju in socialni varnosti v skupnosti. Ugotavljamo, da socialno delo ni sistemsko umeščeno v zdravstvo, ni organizirano kot stroka. Obstalo je na nivoju izvajalcev nalog in servisnih služb. Ni predstavljalo in zastopalo stroke, se borilo za priznanje, uveljavitev poklica, stroke, oblikovalo kompetenc za delo.

»V prehodu v postmoderno je treba oblikovati zdravstveni tim visoko izobraženih delavcev različnih poklicev ter jih motivirati in spodbujati k ustvarjalnosti. V današnjem času je to tim, sestavljen iz strokovnjakov, z zdravniki primerljivo izobrazbo in znanjem na področju svojega poklica. Za uspešno vodenje tovrstnega tima, ki bi prispevalo k uspešnejšemu zdravljenju, pa je potrebno znanje, ki ga zdravniki danes nimajo.« (Seljak, Kvas 2004, 11).

Pri tem se še do danes ni prilagodilo delo Fakultete za socialno delo, ki bi morale modificirati tudi programe izobraževanja in razvijati socialno delo v zdravstvu. Ni osnov v zakonih, nimamo profesionalnih združenj, ki predstavljajo pomemben temelj stroke.

»Naslednja institucija, ki omogoča ohranjanje nadvlade zdravnikov, so njihova združenja. Zmožni so se bili organizirati, preden je država posegla v zdravstvo in postala glavna delodajalka zaposlenih v zdravstvu. Britansko zdravniško združenje (British Medical Association) je bilo ustanovljeno že leta 1832, zakon, sprejet leta 1858, pa je zdravnikom zagotavljal monopol nad zdravniško prakso in podelil njihovi samoupravi pomembne pristojnosti. Z ustanovitvijo profesionalnega društva je zdravnikom uspelo zagotoviti vpliv na trgu delovne sile in nadzor nad njim, tako da lahko maksimirajo nagrade za svoje delo.« (Haralambos, Holborn, 1995, 68).

Ukrep je bil mogoč tudi zato, ker je bilo delo socialnih delavk in delavcev v zdravstvu "nevidno". Na dnu hierarhične lestvice in tako rekoč brez glasu, kar je imelo za posledico tudi, da ni bilo sistematizirano tako, da bi se pokazala neposredna potrebnost poklica in delovnega mesta. Tudi znotraj zdravstva se predstavnice in predstavniki stroke o tem niso spraševali. Naš namen je zapolniti ravno to praznino in ugotoviti, kaj obsega delo v zdravstvu, ki je zelo široko področje, in kako bi lahko delovno mesto sistematizirali na način, ki bi zagotavljal obstoj profila v zdravstvu.

V uvodu predstavimo, zakaj je pomembna raziskava socialnega dela v zdravstveni dejavnosti na primarnem nivoju, saj je zdravstvena dejavnost, zdravje, bolezen, danes deležna izjemnega zanimanja različnih strok, družbe in posameznika.

Zakon o pacientovih pravicah, Ur. RS, št. 15/2008, kot novost v slovenski zdravstveni pravni terminologiji uporablja termin "pacient", ki je širši od termina "bolnik". Pacient ni

zgolj bolan človek, temveč vsak uporabnik zdravstvenih storitev (nosečnica, dojenček na sistematskem pregledu, delavec na preventivnem pregledu itd.). (Zaletel Kragelj 2009, 129). Zato bomo v magistrski nalogi uporabljali pojem pacient – zaradi razprave o medicini, zdravju, bolezni in odnosih z ostalimi subjekti, o katerih bo tekla razprava. V besedilu magistrske naloge je uporabljen termin socialna delavka in se nanaša na oba spola.

Globoko verjamemo, da je socialno delo eno tistih znanosti in praks, ki (lahko) veliko prispeva tako pri zdravju kot v času bolezni znotraj zdravstvenega varstva. Začetek našega poglobljenega prikaza in raziskovanja socialnega dela v zdravstvu je magistrsko delo Temelji socialnega dela v primarnem zdravstvenem varstvu. Predstavlja temelj za umestitev v družbenem okolju, priročnik za gibanje socialnega dela v zdravstvu po različnih strokovnih kontekstih in spoznanjih ter poznavanje sistema zdravstvenega sistema. Predstavili bomo osnove, na katere se lahko socialno delo v zdravstveni dejavnosti opre, zato je v vseh poglavjih predstavljen le tisti del, ki je relevanten za socialno delo.

V drugem poglavju se lotevamo teme varnosti in blagostanja, h kateremu človek teži in si zanj prizadeva. Ker pa se naš svet spreminja in je potrebno za razvijanje socialnega modela v zdravstvu poznati in definirati družbeni okvir, ki je izjemnega pomena za naš profesionalni pristop, predstavimo dvojnost vsega, kar se človeka v življenju dotakne – kot dvojnost pojmov, s katerimi operira. Na tem mestu predstavimo postmoderno družbo tveganj, individualizacijo in globalizacijo, ko za posameznika vsaka odločitev predstavlja ogrožajočo situacijo in potencialno nevarnost v vsakdanjem življenju. Družben vpliv na mikrosocialno sfero, ki jo Luckmann imenuje "mali življenjski svetovi". Opredelimo, zakaj zdravje ni samo domena medicinske znanosti, temveč tudi sociologije, socialnega dela in družbenega vidika zdravja.

Tretje poglavje je prikaz različnih modelov zdravja skozi čas in skozi to spremembo gledanja in obravnave bolezni in zdravja, ki ju prav tako opredelimo. Čeprav ima v današnji družbi in moderni medicini prednost biomedicinski model, se velikokrat pokaže prostor za biopsihosocialni model kot celovit pristop pri obravnavi bolezni. Zanimajo nas dejavniki tveganja in determinante zdravja ter tudi družbene neenakosti v zdravju. Tu je problematika tako kompleksna, da potrebuje kompleksne pristope in specialistična znanja več strok, da se lahko začne pot sprememb v multidisciplinarni sinergiji sodelovanja. Prav

s temi poudarki in z novimi orientirji se je odprlo področje za umestitev socialnega dela v zdravstvu kot edini stroki, ki lahko na ta način odpira in podpira zdravstveni sistem v vsakodnevni praksi.

V četrtem poglavju predstavimo javno zdravje in zdravstveno varstvo, kamor se umešča socialno delo v zdravstvu. Zanimajo nas glavni akterji v zdravstvenem sistemu, ki imajo odločilno vlogo v organizaciji zdravstvenega varstva in funkcijo sprejemanja in odločanja o socialnem delu v zdravstvu.

V petem poglavju se spoznamo z zgodovino socialnega dela v zdravstvu – tako v svetu kot v Sloveniji, kar nam daje korenine, priznanje in umeščenost skozi čas ter zakonski okvir za umestitev socialnih delavcev v zdravstveni sistem in temeljno socialno teorijo, ki je temelj za razvoj profesionalnega razvoja in kompetenc stroke socialnega dela v zdravstvu.

2 SOCIOLOŠKO PROUČEVANJE ZDRAVJA IN ZDRAVSTVA

2.1 DRUŽBA TVEGANJ IN SPREMENJENIH RAZMERIC

Različni avtorji v zadnjih desetletjih prepoznajo spremenjene razmere družbenosti v "pozni moderni" (Giddens, 1991), "družbi tveganja" (Beck, 1992). Hrženjak (2014, 1305) pravi, da je v refleksiji družbenih procesov, ki se odražajo v globalizaciji, mobilnosti, naraščajoči fleksibilnosti dela, krčenju sistemov blaginje, spremembah v strukturi in dinamiki postmoderne družine ter nepredvidljivosti življenjskih potekov, kjer individualizacija pomeni, da je posameznik vse bolj odvisen od samega sebe, od svoje usode na trgu dela z vsemi tveganji, ki jih to prinaša, prisiljen sam sprejemati odločitve o svojem življenju, ki so zaradi narave današnje družbe vse bolj tvegane. Ima sicer večje možnosti izbire tako o sebi kot o svoji usodi na vseh področjih, vendar hkrati tudi večja tveganja, da bodo te izbire napačne. Posameznik ostaja zmeden in negotov. Novo stanje družbe poimenuje druga moderna ali "refleksivna moderna" ali "doba negotovosti". (Baumann, 2007).

2.1.1 Postmoderna družba, individualizacija, zmanjšano sodelovanje in solidarnost

Stehr (2001, 143) se v knjigi *Krhka družba* ukvarja s konceptualnim razlikovanjem med terminoma "tveganje" in "nevarnost" ter z razlikovanjem v ocenah tveganja različnih akterjev v družbi in oceno posameznika. Luhmann (1997, 22) pravi, da obstaja negotovost v povezavi z bodočo škodo. Imamo samo dve možnosti. Škoda je lahko posledica odločitve in se jo pripiše slednji. V takem primeru govorimo o tveganju odločitve. Drugič lahko morebitno škodo pripišemo okolju, povzročeno s strani zunanjih dejavnikov. V tem primeru govorimo o izpostavljenosti nevarnosti. Vemo samo, da se moramo odločati pod pogoji negotovosti (Radman 2002, 11).

Ljudje so združeni v različne skupine – kot npr. šolar in občan sta družba. Družba in posameznik sta nenehno v dinamičnem in živem odnosu. Oba sta se razvila iz narave. Posameznik mora družbene dejavnosti in odnose z naravo prilagajati novim informacijam in znanju (Beck, 1986; Giddens, 1991; v Nastran Ule, 2000). V epistemološki prevari visoke moderne je problem "nove individualizacije", meni Renner (2007, 46), v kateri

poteka dekonstrukcija mladine v množico individuov, ki se vsak zase poteguje za svoj čim boljši življenjski prostor, teži k individualnemu življenjskemu slogu in se sam odloča o vsem. Pri tem ne vidijo samodiscipliniranega delovanja, gredo mimo kolektivnih in političnih problemov. Posameznik pridobiva vsa potrebna sredstva za svoj individualni in družbeni obstoj iz narave. Obenem ga naravne značilnosti zaznamujejo in družba ga nauči vedenja, s tem postane družbeno bitje. Tu trčimo ob vseskozi prisotno dvojnost. Na eni strani Rener (2007, 45) življenjske možnosti razredno in kolektivno ostajajo določene, posamezniki jih dojemajo individualno in iščejo izolirane in zasebne načine. Tveganja se dojemajo kot posamične krize, a so zunaj osebnih dometov, s poudarkom na individualni odgovornosti, so sredstvo discipliniranja, v kombinaciji z dejansko nemočjo in ranljivostjo. Ta izkušnja daje občutek vseprisotnosti nevarnosti in tveganj. V sodobnih družbah so "svobodne izbire" o vsem lahko le začasne in iluzorne, kajti ljudi usmerjajo v ukvarjanje s samim seboj, zmanjšujejo sodelovanje in solidarnost, zmanjšujejo možnosti prepoznavanja strukturnih prisil (Rener 2007, 46).

Življenje posameznikov je polno tveganj od prehodov iz šolanja v poklic in kariero ter ustvarjanjem družine. Gre le za navidezno svobodo in neodvisnost, resničnost je izpostavljena nasprotjem, družbenim konfliktom, ki povzročajo stres in pritiske. Osnova tveganja in izzivov je v spremembi zahtev po integraciji v družbo, za kar je do zdaj skrbela družina in institucije (Ule in drugi 2002, 29). Rener (2007, 45) predstavi, da tako odklonsko vedenje mladih pomeni napačno družinsko vzgojo, pomanjkanje vrednot, šolski neuspeh pomeni pomanjkanje truda in izguba službe osebno smolo. Tudi to kdaj drži, trdi le, da se polovične zgodbe prodajajo kot celotna zgodba. Individualizacija tveganja pomeni, da se situacije posameznika razlagajo kot nesrečne zgodbe in se jih lahko reši z osebnim delovanjem na individualni ravni, ki bi nekoč klicale po kolektivni in politični akciji (Rener 2007, 45). Individualizacija življenja prinaša množico življenjskih izbir, to ustvarja občutke nekompetentnosti in negotovosti (Ule 1999).

Beck (1992, 35) primerja bogastvo in tveganje, ki se porazdelita po razrednem vzorcu. Kot se bogastvo zgošča na vrhu in priteguje dohodek, moč in izobrazbo, s tem se brani pred tveganji in si zagotavlja varnost, se revščina in tveganje zgoščata na dnu družbene lestvice, s tem so tveganja porazdeljena neenakomerno. V tem smislu nova moderna tveganja krepijo razrednost družbe. Poglavitne spremembe se dogajajo v naslednjih domenah:

1. Spremenjene oblike družin, starševstvo, skrbstvo

V postmoderni je družina postavljena kot družbena oblika skupine modernega nastanka. In se po Becku (1996) prilagaja "družbi tveganj" z raznolikostjo družinske organiziranosti in družinskih načinov življenja Giddens (2000) način vsakodnevnega življenja opredeli v skladu z globalizacijo, negotovostjo, tveganjem in nezaupanjem.

Starejša generacija je pomemben vir različnih oblik podpore mladim družinam. Predstavlja zavetje pred zahtevami okolja in mesto pobegov in ga danes popolnoma sprejemajo v nasprotju z mladino šestdesetih, ki je to zavračala kot mesto nadzora. (Ule 2003, Rener, 2000). Po Ule (2003) in Periću (2010, 19) je družina socialna maternica in imaginarij intimnosti. Pri selekcijah in tekmovalnosti za vstop v šole, službe so družinske socialne mreže in emotivne podpore odločilne. Zaradi spremenjenega odnosa do javnega/zasebnega je skupen kulturološki fenomen mlade generacije.

Poznomoderni družinski trendi se, če smo natančni, ne kažejo toliko v raznolikosti oblik družin kot v spremembi vsebinske strukture (Švab 200, 41–43). Tak primer je nuklearna oblika reorganiziranih družin ali istospolnih družin, čeprav so po "vsebini" spremenile načine družinskega življenja, kot tudi družinske vloge. (Švab, Urek v Rener in drugi 2006, 135). Družinske spremembe lahko razdelimo glede na obliko družine, poročne (maritalne) spremembe in spremembe v rodnosti (Švab 2010, 342–344). Veča se število drugačnih in manjša število klasičnih nuklearnih družin. Razširjene družine so bile v preteklosti predvsem sorodniške. V sodobnem zahodnem svetu so družine, ki bivajo v skupnem gospodinjstvu ali pa tudi ne. Gospodinjstvo predstavljajo ljudje, ki imajo isti kraj bivanja in koristijo iste predmete v hiši (Komotar, Hauptman 2011, 16).

2. Spremenil se je medgeneracijski odnos

Družina spreminja svojo obliko, mladi si želijo samostojnosti, le materialne ne. Starejši potrebujejo skrb in podporo a ostajajo doma osamljeni (Štemberger, Klemenc 2010, 5). Materialno podporo npr. nakupi, prevozi starejšim najpogosteje nudijo sosedje, sodelavci in znanci, prav tako informacijsko in instrumentalno pomoč. (Kogovšek in drugi 2003, 195). Lavrič in drugi (2011, 79) poročajo, da v Sloveniji velika večina mladih vidi resen problem v staranju prebivalstva. »Dobrih 40 odstotkov ljudi meni, da je bolje poskrbljeno za starejše kot za mlade in da bi se morali starejši odreči delu svoje blaginje v korist

mladih. Odnose med mladimi in starejšimi ocenjuje kot napete in sprememb na bolje se v tej zvezi ne pričakuje.«

3. Odnosi med spoloma

Posledica ekonomskih sprememb in rastoča gospodarska vloga žensk, pravi Ule (2003), sta prinesli nove izmenjave spolnih sporazumov. Pogajanja o odnosih so prinesla odločitev za premaknitev starševstva v prihodnost in "novo očetovstvo".

4. Spremenil se je tudi odnos ljudi do dela

V svetu je v zadnjih desetletjih zaposlitev negotova, najtežja oblika le te je nezaposlenost. Razvoj trga dela, gre v smeri individualizacije in izgubi trajnega delovnega mesta. Delavci nimajo zaupanja v sindikate in organizacije, da bi jih lahko zaščitili. S tem se soočajo predvsem mladi, ki vstopajo na trg dela. Prav oni so po ugotovitvah raziskav nosilci sprememb, ki se kažejo v spremenjenih vrednotah, delovni morali in oblikah zaposlitve. Delajo, kot samozaposleni, v polformalnih mrežah in pridobivajo dohodek izven stalne zaposlitve in socialne podpore države (Ule 2003).

Posameznik je odvisen od stanja na trgu dela, izobraževalnega, socialnega in zdravstvenega sistema. Večje izbire in tveganje mu prinaša sprememba razmerij do dela, osebnih vlog, družine, dela, družbenega razreda.

5. Spreminjajo se vrednote

Zdravje je danes predmet politike in ekonomije, za posameznika pa primarna vrednota. Kot pravi Kamin (2004, 10), »zdravje ni le stanje, zdravje postaja način življenja, je vrednota in je norma. Zdravje je simulaker in je ideologija«. Posamezniku so namenjeni vsakodnevni številni nasveti, priporočila, namigi o skrbi za zdravje in zdravem načinu življenja.

Raziskave po letu 1993 ugotovijo, da sta na vrhu vrednot partnersko in družinsko življenje. Mladina 2000 pokaže »Zdravje je najpomembnejša vrednota med slovenskimi mladostniki, saj se je kar 86,3 odstotka mladih opredelilo, da je zdravje zanje zelo pomembno.« (Ule in Kuhar v Mihelj 2000, 54). Pri slovenski mladini narašča pomen prijateljstva, družinskega življenja, reda in stabilnosti, torej družbeno korektnih vrednot. »Krepi se spolna

dihotomija na bolj moške vrednote (moč, oblast) in bolj ekspresivne, ženske vrednote (svoboda, resnično prijateljstvo).« (Ule in Kuhar v Mihelj 2002, 71).

Razvijajo se nove prioritete, ki na novo razdelijo odgovornost in moč in odgovarjajo drugi moderni: samoorganizacija, samoodgovornost, individualna politika. Zaključek je, kot pravi Beck (1997, 12), da »trpimo od novih oblik svobode in ne od krize vrednot«.

2.1.2 Globalizacija, nove komunikacijske tehnologije (NKT)

Rener (2007, 1) opisuje dobo visoke moderne, ki deluje na pomembna načina na vsakdanje življenje. Ena od glavnih značilnosti sodobne postmoderne družbe je individualizacija življenjskih potekov in poteka na osebni ravni. Druga je na splošni in svetovni ravni – kot globalizacija.

Rus (2003) meni, da je povezovanje nujno, tako zaradi ekonomske kakor socialne negotovosti. Država, kljub fizični in finančni moči, izgublja vpliv nad družbenim dogajanjem. Zato lahko moderna država preživi le s povezovanjem s civilnim sektorjem.

»Za Renerja globalizacija predstavlja raztegovanje liberalnega kapitalizma po vsem svetu. Temeljni globalizacijski procesi so se začeli odvijati v ekonomskem in političnem smislu od sedemdesetih let 20. stoletja. Svet se spreminja v "globalno vas". V zadnjih desetletjih globalizacijo pospešuje razvoj transportnih in komunikacijskih tehnologij ("mcdonaldizacija sveta"). Doživljanje tveganj podobno kot doživljanje globalizacije – obvladuje sindrom TINA (There Is No Alternative). Oboje se skuša prikazovati kot vremenski pojav zunaj dosega človeške dejavnosti« (Rener 2007, 41).

Transportne in komunikacijske tehnologije zadnjih desetletij pospešujejo globalizacijo. Ta napredek prinaša individualizacijo in fragmentacijo družbe ter rahlja skupnostno pripadnost. Ob podpori sodobnih komunikacijskih tehnologij, se pluralnost družbenih skupin transformira v mrežno družbo (Castells, 1996; v Hrženjak 2014, 1305). »Nove komunikacijske tehnologije (NKT) so vitalnega pomena za nove subjektivitete mladih v globalni fragmentirani družbi, saj jim omogočajo pomemben vir družbene in osebne identitete ter oblikovanje spletnih in drugih socializacijskih okolij. Hkrati pa NKT predstavljajo nove oblike dostopa do javne sfere, nove oblike reprezentacij in kolektivnega organiziranja.« (Hrženjak 2014, 1305).

Pojem digitalne neenakosti v 90. letih predstavlja neenakost v dostopu do NKT in interneta. Sodobno tržišče se je z intenzivnim razvojem, dostopnostjo in razširjenostjo NKT premaknilo na raziskovanje neenakosti v znanju, spretnostih pri tem, raznolikosti in pogostosti uporabe. DiMaggio (v Mossberger in drugi, 2008) definira digitalno neenakost kot "neenakost v dostopu do interneta, obsegu uporabe, poznavanju brskalnih strategij, kvaliteti tehnoloških povezav in podpor, sposobnosti ovrednotiti informacije ter v raznolikosti uporab". Definicija postavlja vprašanje kulturnega kapitala, torej zmožnosti interpretiranja in razumevanja informacij, ki so dostopne na spletu, saj je internet bralno intenziven medij in terja visoko stopnjo bralne pismenosti (Mossberger in drugi, 2008). Koncept digitalne neenakosti artikulira tezo, da lahko NKT z vidika družbene mobilnosti omogočajo posameznikom, organizacijam in družbam izboljšanje lastnega položaja ne glede na obstoječe strukturne omejitve. Hkrati pa izpostavlja, da NKT z vidika družbene reprodukcije zaostrejuje obstoječe neenakosti, s tem ko povečujejo možnosti tistih, ki so že privilegirani, in še bolj marginalizirajo tiste, ki so izključeni (Hargittai 2013; v Hrženjak 2014, 1307).

»Raziskave kažejo, da digitalna neenakost odraža obstoječe družbene neenakosti, pri čemer ima stopnja dosežene izobrazbe večji vpliv kot na primer spol, etničnost in dohodek.« (Mossberger in drugi, 2008). Pri starejših se povečuje spretnost uporabe in digitalna opremljenost. Hkrati pa se neenakost pogloblja med tistimi z nizko izobrazbo in vsaj srednješolsko izobrazbo. Nizka stopnja izobrazbe zaradi strukturnih neenakosti pogosto sovпада z nizkim družbenoekonomskim razredom, imigrantskim statusom in manjšinsko raso, kar pomeni, da digitalna neenakost še dodatno pogloblja obstoječe družbene neenakosti. Razširjenost uporabe NKT med mladimi, ne bo vplivala na digitalno neenakost, ki ne bo izginila, kljub menjavi generacij. V Sloveniji so po najnovejših raziskavah "digitalno revne" predvsem starejše ženske iz nižjega družbenoekonomskega razreda. Digitalna elita so visoko izobraženi mladi srednjega razreda, na splet dostopajo neomejeno, ga redno dnevno uporabljajo NKT in so visoko digitalno in bralno pismeni (Oblak Črnič, 2012, 46–56; v Hrženjak 2014, 1307).

»Neenakosti v dostopu do sodobnih tehnologij in sposobnostih za njihovo rabo, ki so se v mnogih razpravah poenotila pod terminom digitalni razkorak (Gunkel 2003; Chandler 1994; Wilson, Walin in Reiser 2003; van Dijk 2005), odražajo širše procese stratifikacije, ki so obenem ključni tudi za vzpostavljanje "novih" razredov digitalnih poražencev in

zmagovalcev v sodobni družbi« (Oblak Črnič 2012, 40). Koncept digitalne neenakosti razkriva makro neenakosti v dostopu do NKT, poznavanja uporabe ter posledično vključenost ali izključenost v družbo (Hrženjak 2014, 1311). Mogoče so tudi virtualne rešitve. Pri tem je potrebno opozoriti na dvoje. Da veliko število uporabnikov storitev dolgotrajne oskrbe nima spretnosti uporabe računalnika in da če virtualnih stikov ne spremljajo dejanska srečanja, ima lahko povezovanje po internetu učinek bumeranga in posameznika dodatno osami (Flaker 2012, 67–68).

Predstavitev NKT je pomembna, saj se je v zdravstvu uvedla storitev e-zdravje. Uporaba digitalnih tehnologij je čedalje pomembnejši element zdravstvene politike EU. Storitve e-zdravja so kompleksne. Sem sodi komunikacija bolnikov z zdravstvenimi ustanovami in izvajalci storitev, e-recepti, naročanje zdravstvenih izkaznic, naročanje na preglede, pregled nad čakalnimi dobami. Posamezniki so vedno bolj osveščeni in iščejo informacije o boleznih, pravicah, kvaliteti zdravstvenih storitev, iskanje informacij o postopkih zdravljenja, o boleznih, o uspešnosti zdravljenja in o storitvah pri posameznih izvajalcih zdravstvene dejavnosti, vpogled v podatke zdravstvenega zavarovanja ter mnogo drugega (Štokelj 2008, 7).

Ta uvaja nove načine komunikacij in izmenjav podatkov, ki naj bi izboljšali obveščenost prebivalcev o zdravstvenih storitvah in zdravju, zmanjšali možnost zdravniških napak ter zmanjšali stroške storitev. Štokelj (2008, 3) izpostavi, »da posebej velik izziv predstavljajo tudi starostniki in manj izobraženi, saj je to populacija, ki najtežje sledi inovacijam, zato je starajoča in manj izobražena populacija tisti segment družbe, ki bi mu bilo treba omogočiti nekatere prilagoditve, da bi lažje in bolj učinkovito uporabljali nove storitve e-zdravja«.

2.1.3 Odčaranost od znanosti

V 19. stoletju se uveljavi ideja napredka, ko se oblikuje klasična sociologija. Prevladovalo je prepričanje, da z znanostjo kreiramo varen in boljši svet, osvobojen od naravne prisile. V sodobni družbi koncept napredka nadomesti koncept tveganja. Nekoč simbola gotovosti, postaneta tehnologija in znanost izvor tveganja (Radman 2002, 3).

"Ekspertna znanja o tveganjih imajo prav tako svoje pomanjkljivosti in omejitve. Običajno so specialistično fragmentarna in ne računajo s kompleksno mrežo in sinergistično naravo tveganj" (Kirn 1995, 215). Analize družbe ugotavljajo, da je praviloma treba na tveganje gledati kot na družben, ne pa kot na individualni pojav. Strokovnjaki imajo neustrezna pričakovanja, da več obveščenosti in poučenosti ljudi odpravili razlike med ocenami laika in strokovnimi ocenami tveganja. »Obveščенost je sicer pomembna in nujna, ni pa še zadostna za odpravljanje razlik.« (Kirn 1995, 215–216). »Laični javnosti primanjkujejo določene informacije. Vendar je njihova konceptualizacija tveganja bolj bogata od ekspertne in odraža legitimno zaskrbljenost, ki je prezrta s strani ekspertne ocene tveganja.« (Kemp, 1993, 108; v Radman 2002, 8–9). Ulrich Beck (2001, 35) pravi, da se v »definicijah tveganj zlomi racionalnostni monopol znanosti«.

»Ugotovitve ekspertov bolj kot kdaj koli prej izgubljajo zaupanje v javnosti.« (Radman 2002, 18). »Ko je neko znanstveno spoznanje aplicirano, je hkrati tudi vpeto v družbeni kontekst, ki je znanosti zunanji. In kot del takšne vpetosti je znanje podvrženo vrsti kontrolnih mehanizmov in družbenih prisil, ki jih lahko najdemo v teh kontekstih.« (Radman 2002, 27). Po Becku (2009, 35) gredo mnogi znanstveniki na delo z vsem zanosom in patosom svoje stvarne racionalnosti in njihovo stvarno prizadevanje, da stvarnost narašča sorazmerno s politično vsebino njihovih definicij. V jedru svojega dela ostajajo odvisni od družbenih in s tem vnaprej danih pričakovanj in ocen: Kje in kako bi potegnili meje med še in ne več sprejemljivimi obremenitvami? Koliko primerna za kompromise so pri tem predpostavljena merila? Kje so nujnosti, kaj so domnevne nujnosti, kaj so nujnosti, ki jih je treba spremeniti? Znanost je pred tem, da ji bodo drugi določali, kaj naj bi bila resnica. (Beck 2001, 254). Danes smo priča, da tveganja spremenijo znanost, ki izgubi avtonomijo v definiranju resnice za družbeno zavezujočo definicijo resnice je sklicevanje na znanstvene rezultate vse nujnejše in vse manj zadostno. Narava tveganj se kaže kot arbiter, ki v okviru svoje ozaveščene javnosti določa parametre resničnosti (Mulej 2005, 462).

Socialni delavci, pravi Flaker (1997, 10), pri delu uporabljajo heterogene koncepte, vse povezane s socialno in človeško eksistenco. Od drugih se razlikujejo po tem, da pristopi ne dajejo predvidljivih rezultatov, to jim daje okretnost, spreminjanje tekom procesov, včasih je zgolj možnost večjega blagostanja v posameznih primerih. Drugače rečeno, pravi Rener

(2007,41), temeljna globalna tveganja niso več stvar "sveta tam daleč", niso več abstraktna, premaknila so se v vsakdan.

2.2 SOCIOLOŠKI VIDIKI MEDICINE

Izhodišče za sociologijo in medicino je 19. stoletje v preučevanju mestnega prebivalstva v zahodni Evropi in vplivov industrializacije na zdravje. Z razvojem, se vedi ločita. Ukvarjanje z zdravjem se ukvarja zdravstvo. Zdravje in zdravstvo sta stvar sociologije, kot družbena pojava. Pahor (1999) primerja medicino in sociologijo, ki se razlikujeta v izhodiščni točki pogleda. Sociologija vidi bolezen kot družbeno dejstvo, medicina kot izoliran individualni pojav. Zdravstvena sociologija omogoča odgovore na vprašanja o razmerjih moči na različnih ravneh vzpostavljanja zdravja.

V smislu ozadja razvoja in značilnosti ali znanstvene panoge ali kot izsek iz družbene stvarnosti zanimajo družbeni pojavi tudi medicino: najprej kot zveza med družbenimi odnosi, zdravjem in boleznijo, pa tudi kot okolje, v katerem se medicina razvija kot posebna dejavnost (Pahor 1989, 828).

O zdravju moramo razmišljati kot o konstrukt, ki ga nenehno oblikujejo nova znanstvena dognanja in družbenoekonomske in kulturne okoliščine. Sociologija medicine tako poudarja (Bezenšek, Barle 2007, 5), da bolezen in zdravje nista povezana s fizičnim okoljem in da je za pravilno razumevanje in doživljanje potrebno razumevanje vse kompleksnosti vseh družbenih in kulturnih dejavnikov družbe, v kateri posamezniki živijo in ustvarjajo. Koncept zdravja je večdimenzionalen, je proces in ne stanje (Letica 1989; v Kvas 2004, 15). V prvem smislu pomeni sredstvo za funkcioniranje posameznikov v okviru družbenih struktur, v drugem pa je element kakovostnega življenja ljudi in zatorej cilj sam po sebi. (Pahor 1999, 1014). Pahor (1999, 1024) meni, da je prispevek sociologije medicini v prepoznavanju vzrokov bolezni v družbenih dogajanjih in vlogo institucionalnega zdravstvenega varstva. Odstira vpogled v bolnikovo doživljanje bolezni in izboljša sposobnost sodelovanja zdravstvenih delavcev z bolniki.

Če opazujemo razvoj (Šošič in drugi 1981) zdravstvenega varstva skozi procese osamosvajanja in povezovanja, lahko govorimo o treh obdobjih:

- V Evropi v 19. stoletju prevladujejo predvsem nalezljive bolezni, kot zdravstveni problem. Zdravstvenega zavarovanja ni, zato je zaščita na širšem področju prebivalstvu bila nudena v času epidemij, drugače si pomagajo z laično medicino. V takih razmerah zdravstvena služba deluje po načelih t. i. "aristokratske medicine" (A. Štampar, v Šošič in drugi 1981) in se ukvarja samo z ljudmi privilegiranega družbenega sloja (Pahor 1989, 832).
- Z razvojem kapitalizma delavec želi biti zdrav, kapital stremi k realizaciji proizvodnje in ustvarjanju profita. Tako se poenotijo interesi obeh strani. V ta namen urejajo bivalno okolje in uvedejo zdravstveno zavarovanje. Populacija postane skrb zdravstvenega varstva. Ali, kot pravi Gorz (1982) »delavec je prepustil kontrolo nad svojim delom inženirjem in kontrolo nad svojim telesom zdravniku.« Tako medicina ni več predvsem veščina, postaja "objektivna znanost".
- Drugo polovico 20. stoletja zaznamujejo obvladane nalezljive in akutne bolezni. S staranjem prebivalstva začnejo prevladovati kronične bolezni, kar loči interese delavcev in kapitalistov. Delavci zahtevajo zdravstveno varstvo na podlagi zahtev po dvigu kakovosti življenja in ideje o zdravju, kot osnovni človekovi pravici. Kapital ponuja tržni model zdravstvenega varstva. S tem želi prenesti odgovornost za zdravstveno varstvo z družbe na posameznika in ukiniti solidarnost (Dean 1986; v Pahor 1989).

Poglejmo pomembnejše perspektive o vlogi medicine v družbi. Začetek dvajsetega stoletja so se v sodobni družbi "pojavaljale teorije, ki so večjo pozornost posvečale posamezniku, odnosom med posamezniki, družbeni interakciji" (Bezenšek, Barle 2007,10–16). Oblikovanje družbenih vlog je raziskoval Parsons. Meni, da je zdravje pomembna družbena dobrina, ki je bistvena za posameznikove dosežke in delovanje družbe in da je bolezen družbeni pojav. Goffman je raziskoval bolnišnice kot družbene organizacije in njihov učinek kot totalnih organizacij. Prispevek Sontaga so teze o stigmatizaciji na primeru raka in aidsa. Posebej znamenit avtor Foucault je namenjal vprašanju odklonskosti v okviru sociologije, kaj je normalno, kdaj govorimo o zdravju in kdaj o bolezni. Prav tako je eden najvidnejših raziskovalcev na področju antipsihiatrije, ki je opozarjal, da je "norost" družbeno konstruirana.

Pahor (1999) predstavi, da marksizem meni, da na pojavnost bolezni ob bioloških procesih vplivajo tudi načini produkcije in ekonomski odnosi. Kapitalistična medicina vzgaja posameznika v "zdravstvenega potrošnika". Feminizem je teoretična pogled, ki temelji na kritiki podrejenosti žensk. Feminizem meni, da spol vpliva na opredelitev bolezni in zdravljenja. Le to je moška kontrola nad identiteto ženske in njihovimi telesi v vseh življenjskih obdobjih od menstruacije, nosečnosti, rojevanja, do menopavze. Medicinsko izobraževanje privzgaja patriarhalna stališča do žensk. Zaradi socializacije v tradicionalnem patriarhalnem izobraževanju, povečanje števila žensk zdravnic ne spremeni razmer. Največ žensk dela v zdravstveni negi, kjer je njihov ugled nizek in so slabše plačane. Weber je v racionalnosti, učinkovitosti, nepristranskosti videl pozitivne strani birokracije in negativne v zatiranju človeške ustvarjalnosti in individualnosti. Ljudje se ne le obnašajo, ampak delujejo z določenim ciljem. Pomembna je njegova analiza avtoritete. Osnovna enota Giddensove (1991) analize je posameznik. Ljudje s prepoznavanjem posledic lastnih dejanj vplivajo na spremembe struktur družbe, kar Giddens opiše s strukturacija. Za Giddensa družba poznega 20. stoletja zajame celotno človeštvo in postane enotno. Zaradi tega pride do globalizacije.

Bezenšek in Barle (2007, 5) poudarita, da se je danes odnos do medicine opazno spremenil in dominira medicinski govor, tako v zasebnosti kot javnosti. Sociologija poudarja, da zdravje in bolezen nista povezana samo s fiziološkimi dejavniki, temveč da je za njuno razumevanje potrebno razumevanje družbenih in kulturnih dejavnikov. Sociologija preučujejo zdravje in zdravstvo skozi različne sociološke pristope. Izhodiščna točka preučevanja za ene je aktiven posameznik, za druge družbene strukture, kot sistemi odnosov, pravil in vrednot. Tako so za nekatere družbeni pojavi objektivna dejstva, za druge rezultat individualnega delovanja in socialni konstrukti (Pahor 1999, 1015).

Tako je danes del zanimanja sociologije medicine namenjen odnosu med zdravniki in pacienti, analizi organiziranega zdravljenja, analizi različnih poklicev v medicini in med njimi vzpostavljenimi odnosi, analizi odnosov med medicinskimi disciplinami. Del zanimanja je namenjen medikalizaciji družbe, ki se kaže kot intenzivna želja, obsesija po mladosti, vitkem in gibkem telesu v skladu s "predpisanimi" normami. Kaže se kot stigmatizacija in družbena izključitev bolnih, ostarelih, socialno odvisnih. Opozarja na pomembnost preventivnih vidikov skrbi za zdravje in sociološke vidike vpliva farmacevtske industrije na razumevanje bolezni in zdravja. Preučuje tiste dejavnike, ki

oblikujejo stališča, prepričanja, vrednote in norme posameznika in so v povezavi z boleznimi, zdravjem, umiranjem in smrtjo. Preučuje organizacijo zdravstvenega varstva, pravic bolnikov in zdravnikov, družbenega nadzora. Po Kaminu (2004, 14–15) je zahodna medicina usmerjena v znanstvene pristope in se posveča natančnim preiskavam človeškega telesa z merskimi instrumenti.

Ule (2009, 252) piše, da prispevek sociologije medicinske etike ni kritika institucionalizacije, temveč je največji prispevek k razvoju specifično sociološkega razumevanja medicinske etike in prakse. Sicer je sodelovanje šibko. Medicina se bolj opira na pravo. Sociologija govori o tipičnem primeru (empirična raziskava), za medicinske etike je posamezen primer (normativna raziskava) zaključen primer in posamezen obravnavan primer je konec zgodbe in zdravniška odločitev.

2.3 DRUŽBENI VIDIKI ZDRAVJA IN SODOBNE MEDICINE

Zdravstvena sociologija raziskuje postmoderna vprašanja, »kot so socialna konstrukcija zdravstvenih tveganj in potreb, "medicina nadzorovanja", vprašanja telesa, njegove abnormalnosti in invalidnosti, pa tudi mikroanalize srečanj med zdravilcem in klientom« (Scambler in Higgs 1998; v Pahor 1999, 1025). Kress (2006) poudarja, da ne gre samo za reorganizacijo konceptov temeljnih kategorij bivanja. Barle (2007, 56) ugotavlja, da »med te zagotovo sodi tudi razmerje med dušo in telesom, med intimo in družbenostjo, med zdravjem posameznika in zdravjem kot področjem družbenega delovanja.«

Kamin (2006, 32, 38) govori o »trendu, v katerem se vse večji del razlag in izkušenj individualnega življenja ali družbenega vedenja naslanja na medicinske razlage in medicinsko terminologijo« (White 2002; v Kamin 2006, 38). Z nasveti in priporočili medicina interpretira in daje zdravstvene razlage za vse več področij posameznikovega življenja. Odloča o družbeno sprejemljivih vedenjih in tako prevzema vlogo institucije družbene moči. Neupoštevanje in odklanjanje tega lahko posameznika naredi bolnika, saj medicina odloča, o definiciji bolezenskega stanja in bolezni (White 2002, 40–43, 49–51). Foucault (v Kamin 2006, 32) »vpelje koncept biooblasti, kjer gre za mehanizme upravljanja populacije in discipliniranje posameznikov«, to je prikrit del vsakdanjega življenja, ki navidezno ne deluje kot prisila.

2.3.1 Moč zdravnikov

Foucault trdi, da iz določanja resnice izvira socialna moč zdravnikov. »Bolnišnice so eden izmed elementov nadzornega aparata, ki zagotavlja red s politiko discipline. Medicina je v tem kontekstu del obsežnega sistema moralne regulacije ljudi in eden izmed vidikov splošnega "nadzora teles"« (Turner, 1995, 10–13; v Seljak, Kvas 2004, 114).

Rezultat uspele profesionalizacije je moč zdravnikov in lahko služi kot primer za pogoje oblikovanja moči profesij (Beck 2001, 311). Prednost uspešnih poklicnih skupin je uspešna praktična aplikacija spoznanj na osnovi raziskav in izoblikovane kompetence v nadzornih organih profesije. Klinika je "profesionalni krog moči", ki združuje raziskovanje, izobraževanje in prakso. Samo medicina ima tovrstno ureditev, v kateri je moč direktno izvajati in izpopolnjevati razvoj in aplikacijo raziskovalnih rezultatov na pacientu v profesionalni režiji, po lastnih merilih in zaščiteno pred nadzori in zunanjimi vprašanji (Seljak, Kvas 2004, 115).

Med medicinsko prakso in kontrolami je ustvarjeno neravnotežje. Javnost in politika sta vedno nujno neinformirana in brezupno sledita razvoju medicine, vedno govorita o nepredvidljivem in irealnem. Neposredni aplikaciji medicinske prakse na živem subjektu stojita nasproti bojazen in ugibanje o pravnih in družbenih posledicah. Obravnava zakonov sledi po njihovi uveljavitvi šele takrat, ko se vidijo posledice. Celo sodstvo pri odločanju o "zdravniških napakah" lahko odločajo samo zdravniki na osnovi medicinsko določenih in kontroliranih normah (Beck 2001, 309–312). Giddens (1997, 123) je moč zdravnikov opredelil v kontekstu modernih zdravstvenih sistemov s sledečimi značilnostmi:

- Znanost v medicini je povzročila, da je izobraževanje zdravnikov dolgotrajno in sistematično, kar izključuje samoizobraževanje.
- V bolnišnicah so zdravniki proučevali in zdravili bolnike v razmerah, ki ponujajo medicinsko tehnologijo. Zato je bolnišnica prostor, kjer se zdravijo težje bolezni.
- Zdravniška profesija ima jasno prepoznavna etična pravila in veliko družbeno moč. To družbeno moč lahko uporabijo za uveljavljanje moči nad drugimi ljudmi, ki jih omejijo in zmanjšujejo njihovo svobodo (Haralambos, Holborn 1995, 913).

Svobodo lahko omejujejo tudi drugim poklicem v zdravstvu (Seljak, Kvas 2004, 115).

Dvajseto stoletje je prineslo spremenjena pojmovanja o bolezni in zdravju (Ule 2009). Za medicinsko mnenje je vedno manjšega pomena to, kaj pove bolnik zdravniku o počutju, o čustvih, veljavo dobivajo ugotovitve, pridobljene s pomočjo medicinskih preiskav in naprav (Ule 2012). Hkrati se distancira od pacientov in dialoga z njimi (Armstrong 2000). »S svojo znanstveno analizo in strokovnim znanjem je medicina postala v očeh javnosti kredibilna in pooblaščen za dajanje nasvetov o zdravem življenju« (Carotta, Kurež 2007).

2.3.2 Vpliv farmacije

Povečevala se je izguba stika z družbenimi znanostmi, kar je vplivalo na vse večjo tehnološko opremljenost moderne medicine in opiranje na farmakološko industrijo, ki vpliva na razumevanje bolezni in zdravja. Te ponujajo orodja, zdravila, krepčila, hormonske dodatke, sredstva za hitro gensko analizo. S tem je medicina blago, ki prinaša profit, zlasti zavarovalništvu, farmacevtski in medicinsko-tehnični industriji. Medicinsko prakso, raziskovanje in proučevanje tako nadzorujejo korporacije s kapitalom, ki poteka neposredno z njenim financiranjem (Pahor 1999, 1017). Tako zdravnik ni več strokovnjak, ki ve, ampak soodloča pri diagnosticiranju. Privilegirana moč je prenesena v ekonomsko sfero. Natančneje, na trg dela. To je medikaliziran pogled, čigar tehnika je medikamentalizacija (Slatnar 2012, 44).

Zdravstvene pa vse do kozmetičnih industrij posameznika usmerjajo v zdravo in kakovostno življenje s pravili o vedenju in discipliniranju telesa. Tako so zdrava prehrana, skrb za telo enačita s skrbjo za zdravje (Kamin, Tivadar 2003, 892). Zdravje predstavlja predmet dobička in je potrošniška dobrina (Ule 2003, 49). Vitkost se v potrošniški družbi povezuje z zdravjem. Medtem, da je debelost tveganje za zdravje, pa je postalo zdravorazumska modrost (Featherstone 1991, 185). V dožemanju zdravja in kakšen naj bi bil zdrav človek, izpostavljajo predvsem tri vidike: gibanje, prehrano in odsotnost bolezni.

Napredek v nevrofarmakologiji, ki se bo odvil v prihodnosti, bo farmacevtskim podjetjem dopuščal namensko kreiranje zdravil, glede na genetski profil posameznega pacienta, kar bo omogočilo minimalizirati stranske učinke. Tako ne bo več opravičljivo za nikogar, da je

nesrečen. Celo srečni ljudje, se bodo lahko naredili bolj srečne, brez skrbi za možganske posledice ali zasvojenost (Fukuyama 2002, 8; v Radman 2002, 35–36).

2.3.3 Zdravstvo kot nadzor države

Pri skrbi za zdravje ljudi je družba potrebovala medicino, kateri je prepustila skrb za higieno in bolezni. Medicinska praksa 18. stoletja je bolj upoštevala življenjski slog bolnika, ne pa toliko, k upoštevanju in neupoštevanju norm (Foucault, 1975). Glasser (2003, 235) meni, da za težave v duševnem zdravju niso vzrok kemične spremembe v organizmu, temveč so posledica načina življenja (Kvaternik, Grebenc 2008, 133).

Prevladujoč pomen zdravja v družbi, je rezultat tekmovanja med specifičnimi interesi. »Ker ideologija naredi določene družbene prakse za univerzalne, samoumevne, ima neprecenljiv pomen za ekonomsko in politično oblast.« (Fairclough, 1992; 1995). Takrat, ko ljudje prevzamemo ideologijo ima ta največjo moč. S ponotranjanjem in prevzemom vloge na primer potrošnika zdravja, ki jo posamezniku dodeljuje ideologija in jo dojema kot naravno svoje, se s tem integrira v sisteme nadzora. Tovrstna privolitev je temelj nadzora v sodobnih družbah.

»Država se čedalje bolj vpleta v področja, ki so bila v preteklosti stvar intimnosti. Postala je pomemben dejavnik pri predpisovanju življenjskega sloga.« (Barle 2007, 1). »Meja med realnim in hiperrealnim, med družbenim in intimnim je vse bolj zabrisana. Zdi se, da je eno takih področij prav področje zdravja oziroma bolezni.« (Barle 2007, 56).

Mnoge medicinske panoge vedno bolj postavljajo pod drobnogled posameznikove socialne odnose. Zasebno sfero posameznika mnogokrat opredeljujejo kot problematično (White 2002, 47). Iz tega nato izhaja potreba po medicinskem nadzoru oziroma posameznikovem samonadzoru (Malnar 2002, 13). V perspektivi Foucaulta ne gre za avtoritarne mehanizme, temveč za ponotranjeni nadzor, ki ga posameznik izvaja nad seboj (Malnar 2002). Ekspertne skupine in zdravstvena politika so sicer tiste, ki promovirajo "zdrav življenjski slog", prakticira pa ga posameznik brez zunanje prisile (White 2002, 6; Crawford v Ule 2003, 43). Posameznik z vedenjem, ki ga ima pod kontrolo, kot so na primer izboljšanje telesne pripravljenosti, poskuša nadzorovati samega sebe, če že nima pod nadzorom širših razmer in družbenega dogajanja (Ule 2003, 47).

Normalno pomeni tisto, kar je družbena norma in ni več povprečje. Za odstopanja, so na razpolago načini za izboljšanje in odstranitev motnje (Ule 2012). Koncept normalnosti, ne pove kakšno je telo, temveč ali je v skladu z normo. Ta vključuje še tretjo dimenzijo –

intervencijo po popravljanju (Canguilhem 1989, 239). »Prav faza sodbe, presoje je v konceptu normalnosti skrita.« (Barle 2007, 60).

Zdravje in bolezen sta stvar posameznikovih dejanj in volje, s tem se izgublja družbena skrb za zdravje. Po drugi strani postajajo najbolj intimne dimenzije telesa, zdravja in bolezni izpostavljene in včasih celo javno sankcionirane (Barle 2007, 70).

2.3.4 Telo v kontekstu sodobnih tveganj

Ljudje so izgubili zaupanje v tradicionalne vire, da lahko institucije, gospodarstvo, pravo in politika nadzirajo ogrožajoče posledice, ki so jih izzvale same (Ule 2003, 21). Telo postaja "otok sigurnosti v globalnem sistemu mnogovrstnih tveganj" (Beck 1992). Posameznik je odvisen od argumentov, ki mu jih posredujejo eksperti. Ne more se zanesti niti na svoja čutila (Beck 1986, 2001, 32). Vsa naša kultura je prežeta z informacijami in razpravami o nezdravem načinu življenja in nezdravih navadah ljudi. Vedno več je možnosti, da vse počnemo preveč ali premalo, neustrezno, v nepravi kombinaciji (Ule 2003, 242).

»Debelost se je konstituirala kot problem epidemioloških razsežnosti šele v času družbe tveganj. V tem kontekstu debelo telo deluje kot antipod samodiscipliniranemu vitkemu telesu, ki se izogiba tveganjem nezdrave prehrane in sedečega načina življenja« (Stefanova 2008, 28–32). In še primer anoreksije in bulimije. Navedeni bolezni sta izraz trikotnika, dojemanje sebe, svojega položaja – izguba nadzora nad duševnim in navidezno nadzorovanje fizičnega telesa. Anoreksija, ki je v bistvu izraz želje po moči nad telesom, nadzorom nad življenjem ter podrejanje družbenim normam, privede do popolne izgube nadzora nad telesom in do pojavnih oblik telesa, ki ne ustreza normam (Pivec 2014).

Giddensa (1991) poudarja, da v moderni družbi telo vzpostavlja odraz čustvenih odzivov in medčloveških odnosov ali "transformacijo intimnosti". V primeru, da ima medicina učinke urejanja in discipliniranja, je predmet urejanja telo in discipliniranja populacija (Foucault 2003, 252–253). V potrošniški kulturi je telo postavljeno v funkcijo "reklamnega panoja" (Barle 2007, 60). Južnič telo imenuje družbeni konstrukt (1998, 318–355).

Oblikovanje prostega časa in potrošništva, ki legitimirata užitek in želje, povezane s telesnim hedonizmom, aktualizirata odnos med družbo in telesom (Barle 2007, 59).

1. Medikalizacija

»Nemezis (kar je posledica), medikalizacija in trgovanje z boleznimi oziroma zdravjem so izrazi, s katerimi številni kritiki sodobne medicine poskušajo opozarjati na vzporedne učinke hitrega razvoja znanosti na področju medicine, ki odpira vedno nove dileme in vzporedno škodo« (Zelko, Kocjančič 2009, 7).

Običajnim življenjskim problemom, tako telesnim kot psihičnim, se določajo diagnoze in medicinske obravnave (Conrad 2007, 3–5). Koncept medikalizacije predvideva, da življenjski problem ni že sam po sebi medicinski, to postane šele z definicijo (Slatnar 2012, 36).

Težnjo, da bi z medicinskimi izrazi opisali vsa normalna telesna in razpoloženska stanja, imenujemo medikalizacija. Medtem, ko za uporabo zdravil, z namenom premagovanja težav povezanih z medikalizacijo, uporabljamo poimenovanje medikamentalizacija (Slatnar 2012,31). Medikalizacija se pojavlja v šestdesetih letih, ko se vse več človekovega bivanja izpostavlja medicinskemu posredovanju. K temu pripomore farmacevtska industrija, saj ogromno vlaga v oglaševanje in iskanje novih bolezni in novih indikacij za zdravila. Podjetja razvijajo zdravila za stanja, ki so mejna bolezni, ukvarjajo se s prepričevanjem prebivalstva, da ima neko bolezen (Klemenc-Ketiš 2009, 26). Tako postajajo normalna stanja bolezenska (plešavost), banalna stanja kot resne bolezni (sindrom razdraženega črevesa), osebne in socialne težave kot bolezni.

K pretirani usmeritvi k vsemu "zdravemu" ter obsedenosti z zdravjem ali zdravizmom so naklonjeni tudi svetovni splet, skupine za samopomoč, spletne terapevtske skupnosti, mediji ter predvsem komplementarne, tradicionalne in alternativne medicinske tehnike. Ustvarja se "medicinskega potrošnika" (Slatnar 2012, 39).

Medikalizacija je ustvarila milijone novih bolnikov in zmanjšala število zdravih oseb, kar vpliva na sposobnost financiranja zdravstvenega sistema in s tem znižala univerzalnost dostopa do zdravstvenih storitev (Petek-Šter 2009, 7).

»Medikalizacijo življenja zdravniki vsak dan srečujemo pri svojem delu, ko ugotavljamo, da so običajni življenjski dogodki vzrok obiska naših ambulant. Nekoč dogodek, ki je del

življenjske poti, je zdaj težava ali simptom grozeče bolezni, ki zahteva zdravniško obravnavo.« (Zelko, Kocjančič 2009, 9).

2. Zdravizem

Razprava o zdravizmu je lahko na ravni posameznika (Kamin in Tivadar 2003, 893). Ta naj bi se s svojim načinom življenja trudil skrbeti za svoje zdravje. Ideja o zdravju ljudem nalaga nove naloge, ki jih ne more izpolniti, na primer skrb za lep izgled, kljub stiski zaradi socialnih okoliščin (Ule 2003, 49). Ljudje se čutijo krive za svoje težave, ali pa se delajo bolj zdrave, kot so. Doseganje norm zdravja ni odvisno samo od posameznika, vendar odmik od prevladujočih norm vodi v moraliziranje, stigmatiziranje (Metcalf, 1993; v Kamin, Tivadar 2003, 894).

V različnih skupinah za zdravstveno samopomoč se odraža ideja zdravizma, katerega namen je neodvisen od profesionalne medicinske pomoči informiran posameznik, usposobljen za odločanje o svojem zdravju, procesih zdravljenja. Moraliziranje temelji na predpostavki o racionalnem posamezniku, ki na osnovi informacij ve, da se z neupoštevanjem zdravega načina življenja zavestno odloči, da bo ogrozil svoje zdravje (Kamin 2006, 44–46). Mediji svetujejo, opozarjajo na različna društva in forume, ki pomagajo ljudem s problemi z duševnim zdravjem. V porastu so tudi priročniki in leksikoni, s katerimi se samostojno postavi diagnoza, in se odloča o nakupu medicinskih izdelkov (Kamin 2006, 45).

2.3.5 Promocija zdravja

Za prelomnico razvoja "novega" javnega zdravstva, se šteje leto 1986 oziroma prva mednarodna konferenca o promociji zdravja v Ottawi v Kanadi. Takrat so bili zastavljeni temeljni cilji javnega zdravstva, v katerih podstat je bil vgrajen koncept promocije zdravja in opolnomočenega državljana (angl. *empowerment*), potreba po usklajenem multisektorskem in medresornem delovanju (Kamin 2011,1). »Promocija zdravja ali krepitev zdravja je proces, ki omogoča posameznikom in skupnosti, da povečajo nadzor nad determinantami zdravja in s tem izboljšajo svoje zdravje« (SZO – Ottawska listina, 1986). Na konferenci je bilo izpostavljenih osem ključnih socialnih determinant zdravja – mir, zavetje, izobrazba, hrana, dohodki, stabilni ekosistem, stalni viri, socialna pravica in

enakost. V skrbi zanje bi sodelovali zdravstveni sektor, različni vladni oddelki, nevladne organizacije, zasebni sektor in mediji (Arenšek 2011, 8).

Individualna skrb za zdravje je posameznikova naložba. Sociološko, pa je tudi naložba za individualno uravnavanje socialno-ekonomskih negotovosti v družbi. Podatki kažejo na dokaj vase zaverovan pogled zdravstvenih avtoritet, ki mislijo, da z ozaveščanjem posameznika o številnih nevarnostih, krepijo njegovo moč, da se odloča o vedenju, ki vpliva na zdravje (Kamin in drugi, 2003). Promotorji zdravja verjamejo v magično moč formul in receptov (Kamin 2011, 3). Nekoč je promocija zdravja potekala preko zloženek in plakatov. Danes informacije posredujejo različni mediji istočasno (Kamin 2011, 9). Ne gre le za komunikacijo zdravstva, ampak je promocijo zdravja prevzela tudi industrija, z nenehnim opozarjanjem o zdravem življenju, ki obenem ponuja rešitev s različnimi pripomočki in storitvami (Kamin 2011,10).

Področje zdravja se dobesedno kolonizira. Različni akterji se borijo za uveljavitev prevladujoče opredelitve zdravja in določajo standarde in normative dobrega zdravja, ki jih nenehno zvišujejo. S to dejavnostjo se zvišuje storilnost družbe kot celote. Zavljo takšnega dojemanja je zdravje ogroženo. Dejavnost promocije zdravja se ne loteva pravih vzrokov za zdravstvene težave, ampak njihove najvidnejše simptomatike (Kamin 2006, 8–9).

3 ZDRAVJE

3.1 MODELI ZDRAVJA

O zdravju ne bomo našli enotnega odgovora. Pogled se je skozi čas spreminjal glede na stroko, posameznika, glede na stopnjo razvoja medicinske znanosti, v odvisnosti od družbenih razmer, okoliščin in naravnih danosti. Bolezen ima psihološke in socialne posledice (Ule 2012, 59). Zdravje in bolezen sta kulturna konstrukta, njuni manifestaciji sta del kulturnih vzorcev neke določene družbe, je temeljna predpostavka antropologije zdravja (Zaviršek 1994, 39). Verovanja določene kulture in dominantne ideologije so temelji za teorije zdravja in bolezni. Zato nimamo nevtralnih medicinskih kategorij (Ule 2009).

3.1.1 Modeli zdravja v preteklosti

- Zgodnji okoljski (ekološki) model je pristopal k zdravju filozofsko. Hipokrat v razpravi O zraku, vodi in zemlji govori, da okolje in vedenjske navade gostitelja vplivajo na pojav bolezni. Narava teži k stanju stabilnosti, zato prilagaja svoje elemente, in človek je zdrav v ravnotežju. S porušenim ravnotežjem se pojavi bolezen. Z Galenom v 2. stoletju se dojema zdravje in bolezen s preučevanjem in spoznavanjem zgradbe človeškega telesa.
- Biomedicinski model sega v začetke 2. stoletja, nagel razvoj se začne v 16. stol. Descartes-kartezijanska medicina z mehanistično filozofijo je ustvarila temelje mehanične biologije in iatrofizične šole. K zdravju pristopa kot funkciji človeškega telesa. V 20. stoletju sledi razvoj eksperimentalne medicine, anatomije, patologije in mikrobiologije, ki je v medicini je še danes dominanten.
- Zgodnji sociomedicinski model se je pojavil v 17. in 18. stoletju. Zagovorniki so trdili, da je bolezen povezana s socio-ekonomskimi in kulturnimi razmerami. Poskusili so vpeljati "zunanje dejavnike tveganja" za zdravje. Ne dejavnike naravnega, temveč družbenega okolja. Zgledovali so se po antični medicini.

- *Epidemiološki model* se začne razvijati v začetku 20. stoletju. In govori o odnosu med dejavnikom nastanka bolezni (agensom), okoljem in gostiteljem (človekom). Usmerjen je v izogibanje nastanka bolezni, vključuje že okoljska tveganja. Zasluge ima za razvoj ukrepov specifične in nespecifične zaščite zdravja ter razvoj programov preprečevanja nalezljivih bolezni, razširil se je na skupino nenalezljivih bolezni, ni pa se ga dalo razširiti na vse bolezni (na primer na duševne motnje in bolezni) (Kragelj 2007, 42–47).

3.1.2 Sodobni modeli zdravja

- *Biomedicinski model* opredeljuje zdravje kot odsotnost bolezni in invalidnosti. Pojasnjuje se s patološkimi procesi in fiziološkimi dejavniki tveganja in se osredotoča na posege znotraj telesa.
- *Adaptacijski model* govori, da je bolezen nezmožnost prilagajanja izzivom notranjega in zunanjega okolja.
- *Vedenjski model* nadgrajuje biomedicinski model ob upoštevanju adaptacijskega. Patološkim procesom in fiziološkim dejavnikom tveganja doda vedenjske dejavnike tveganja.
- *Biopsihosocialni (bioekopsihosocialni) model* nadgrajuje vedenjski model. Zdravje pojasnjuje s patološkimi procesi, fiziološkimi in vedenjskimi dejavniki tveganja, s psihosocialnimi dejavniki tveganja in socio-okoljskimi tveganimi okoliščinami, kvaliteto življenja posameznika in socialnimi odnosi.
- *Sistemski model* zdravje dojema kot zmožnost sistema, da na različnih nivojih svoje organiziranosti ohranja ravnotežje in z mehanizmi prilagajanja odgovarja na različne zahteve iz naravnega in družbenega okolja (Kragelj 2007, 42–47).

3.1.3 Pojmovanja o zdravju in bolezni

Pojmovanje zdravja in bolezni se spreminja z vrednostnim sistemom, tradicijo in vodilnimi ideologijami. Skozi zgodovino sta se uveljavila dva temeljna modela pojmovanja zdravja. To sta biopsihosocialni in biomedicinski.

3.1.4 Biomedicinski model

Medicinski model in način razmišljanja ljudi v zahodnih družbah je najpomembnejši. Dojemanje telesa, zdravja in bolezni je odvisno od diskurzov znanstvene medicine in praks, ki zdravje pojmuje kot odsotnost obolenja, obolenje pa je organska patologija (Payne, Walker 2002, 22; Ule 2003, 40). Ugotovitve znanosti in medicinske tehnologije in pripomočki so opora moderne medicine. V medicini imajo velik pomen naravoslovni zakoni in znanstvena objektivnost, zato težko prizna, da obstajajo psihosocialne razsežnosti, ki se odtegujejo medicinsko tehnični diagnostiki. Medicina je sama odkrila socialne vzroke bolezni. Vendar so zanjo sekundarnega pomena. Odločilen je učinek bolezenske klice na telo in predstavo, da lahko ločimo duševno od telesnega. Bolnik je objekt, na katerem se prakticirajo določeni pristopi, je vse bolj "skupek celic in organov" in je prevzel pasivno vlogo (Radman 2002, 27; Bambič 2008, 75). Ta model namerno opušča in spregleda psihološke, socialne vplive na človeka (Seljak, Kvas 2004, 116–117).

Neverjeten je razcvet medicine na nekaterih somatskih področjih, medtem pa zapostavlja druga, bolj kompleksna področja. Psihopatologija je gotovo med slednjimi, ki jo je težko razložiti kot posledico biokemičnega neravnotežja ali nevrofiziološke abnormnosti (Praper 1996, 101–102). Biomedicinski model je usmerjen zgolj v bolezen in razlago njenega nastanka, ostalo ni predmet zanimanja. Je zastarel, ne upošteva preventive in je pretirano specializiran (Seljak, Kvas 2004, 116–117).

3.1.5 Biopsihosocialni model

Model poudarja skupen pomen bioloških, psiholoških, kulturoloških in socialnih dejavnikov. Pri nastanku bolezni in ohranjanju zdravja priznava pomen osebnosti in vlogo vedenja (Selič 2010, 29). Po mnenju Rakovec Felser (2002, 20) je zdravstveno stanje rezultat interakcij. Telesni in psihični pojavi vplivajo na posameznikovo zdravje in jih ni mogoče gledati ločeno. Bolezni ne moremo razumeti izven kulturnega, zgodovinskega ter socialnega konteksta bolnega človeka. Praper (1996,102–103) meni, da so si medicinci, trenirani za diagnosticiranje obolenj, zastavili vprašanje, kako definirati zdravje. Za

opredelitev zdravja se je uveljavil kontinuum med boleznijo in zdravjem (Letica,1989; po Kvas 2004, 15; Selič, 2007).

V tem modelu je možnost za delovanje drugih strok. Pri obravnavi pacientovih težav je potrebno sodelovanje različnih strokovnjakov, tako so dognanja ustrežnejša. Biomedicinski model razumevanja prepušča prostor biopsihosocialnemu modelu, pri čemer je psihosocialni del raziskovanja in razumevanja dobil pomembno mesto. Biopsihosocialni model izpostavlja odnose med zdravstvenimi delavci, kot tudi odnose med zdravstvenimi delavci in pacientom. Človeka vidijo kot aktivno biopsihosocialno celoto, pri čemer so njeni deli v stalni vzajemni in povratni zvezi. Poudarjajo pomen komunikacijskega odnosa ter interdisciplinarnega timskega dela (Seljak, Kvas 2004, 116–117; Bambič 2008, 75).

3.1.6 Zdravje

Opredelitev zdravja po SZO leta 1948 je naslednja: Zdravje je stanje popolnega telesnega (fizičnega), duševnega (mentalnega) in socialnega blagostanja/ugodja in ne zgolj stanje odsotnosti bolezni ali betežnosti/nemoči. "Dandanes zapletena paleta globalnih in regionalnih silnic vpliva na zdravje ljudi in na dejavnike zdravja" (Svetovna zdravstvena organizacija 2014,12). Po Živiču (2001, 85) SZO ne opredeljuje več zdravja kot "stanja popolne fizične, fizične in socialne blaginje", pač pa predvsem kot "moč živeti z realnostjo". To razume kot kompleksno reševanje problemov, s katerimi se srečujejo posameznik in njegova okolica, ne pa le kot poskus eliminacije posameznih bolezenskih znakov ali bolezni.

V EU je zdravje prepoznano kot vrednota, pravica do socialne varnosti in varovanja zdravja pa sodita med temeljne pravice posameznika (Listina Evropske unije o temeljnih pravicah (2010/C 83/02), Uradni list Evropske unije, C 83/389 in Evropska socialna listina, Ur.l. RS, št. 24/1999). Univerzalnost, dostop do kakovostnega zdravstvenega varstva, enakost in solidarnost ostajajo pglavitne vrednote zdravstvenih sistemov (sporočilo Komisij o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih). Biti zdrav in skrbeti za svoje zdravje je v današnji družbi vrednota (Petek-Šter 2007, 7). Prav tako človek svoje zdravje postavlja med najvišje vrednote.

Z zdravjem povezana kakovost življenja opisuje, kako zdravje vpliva na posameznikovo vsakodnevno delovanje in njegovo doživetje fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja (Masaaki 2008; Coons in drugi, 2008). Serber in Rochelle (2010) menita, da gre pri konceptu z zdravjem povezane kakovosti življenja za pacientovo doživetje vpliva bolezni na njegovo življenje. Bentsen in drugi (2012) navajajo, da je kakovost življenja v povezavi z zdravjem multidimenzionalni konstrukt, ki vpliva na fizično, psihično in socialno delovanje in počutje posameznika (Filej 2015, 6). Interes družbe je učinkovito zdravljenje, da se lahko posamezniki čim prej zavzamejo v normalne vloge (Pahor 1999, 1015).

3.1.7 Bolezen

Zdravstveno osebje najprej pri bolniku zazna potrebo po zdravju, saj pacient zna to dimenzijo tudi najbolj izpostaviti, pomembno je, da ne zapostavimo in preslišimo ostalih potreb po spoštovanju, potrjevanju, lastni vrednosti, ljubezni, dosežkih (Hrovatič 2010, 25). Pomembnejše od bolnikov so postale bolezni (Ule 2009, 237). Bolezen nastaja v določenem socialnem kontekstu, ki ga moramo upoštevati pri analizi posledic in vzrokov za bolezni. Bolezen ima psihološke in socialne posledice in je socialno-kulturno uokvirjena. Pomembno ni le mnenje o zdravju in bolezni, pomembne so tudi predstave o odnosih in razmišljanja o kulturi in dejavnostih, v katerih živimo (Ule 2012, 5). Naravni potek bolezni je zdravje, bolezen, okrevanje ali trajna okvara ali smrt (Zaletel-Kragelj 2007, 53).

Bolezen prinaša spremembe in posameznika obremeni na poseben način. Bolezen zmanjšuje kakovost življenja in prinese izgubo varnosti. Bolnišnična zdravljenja iztrgajo bolnika iz domačega okolja, pomeni ločitev od svojcev, obenem mu onemogočijo opravljanje različnih nalog, kar postavlja pod vprašaj samostojnost in lastno vrednost. Pacientovo doživljanje je odvisno od izkušenj in osebnih značilnosti (Rakovec Felser, 2002). Bolezen spremeni družinsko in zakonsko življenje. Za uspešno zdravljenje in soočenje z novo situacijo pacient potrebuje zdravstveno osebje in podporo bližnjih (Enova 2011, 23; v Bendelja 2010, 72).

3.2 DEJAVNIKI TVEGANJA IN DETERMINANTE ZDRAVJA

Determinante zdravja vključujejo dejavnike, ki imajo tako pozitiven kot negativen vpliv na zdravje. Zajemajo fizično, ekonomsko in socialno okolje, posameznikov vedenjski slog in osebne lastnosti (Hočevar Grom in drugi 2010).

3.2.1 Dejavniki, povezani z zdravjem

- Dejavniki posameznikovega notranjega okolja:
 - *dedna zasnova:* na primer genetske predispozicije za dojemljivost;
 - *spol in starost:* na primer spol kot biološki dejavnik (rak prostate, maternice);
 - *telesne značilnosti:* pogojene, pridobljene in fiziološki dejavniki;
 - *osebne značilnosti:* na primer samospoštovanje.
- Dejavniki naravnega okolja:
 - *biološki dejavniki:* živi organizmi ali njihovi deli z negativnim vplivom na zdravje;
 - *fizikalni dejavniki:* pri preveliki izpostavljenosti in zdravstvene posledice (hrup);
 - *kemični dejavniki:* zdravila, konzervansi, pesticidi (toksičnost);
 - *biomehantični dejavniki:* na primer prenos mehanične energije povzroči poškodbe.
- Dejavniki družbenega okolja (obravnavana v samostojnem poglavju):
 - *socio-ekonomski dejavniki;*
 - *družbene vrednote in prepričanja.*

3.2.2 Determinante zdravja

- Determinante notranjega okolja posameznika:
 - spol in genetika, kombinacije spola, starosti in fizioloških dejavnikov.
- Determinante naravnega okolja:
 - *zrak:* na primer plini, prašni delci, segrevanje ozračja, pljučne bolezni;

- *voda*: na primer slabša kvaliteta pitne vode zaradi onesnaženja in posegov;
 - *tla in zemljine*: na primer onesnaženje zaradi poselitve, prometa, industrializacije;
 - *ožji bivalni pogoji človeka*: na primer sevanje, ilegalna naselja;
 - *živila*: npr. obolenja zaradi zastrupitev, pomanjkanje hranjenja.
- *Determinante družbenega okolja* (obravnavane so v samostojnem poglavju).

3.3 DRUŽBENE DETERMINANTE ZDRAVJA

Številne vlade in organizacije priznavajo vpliv družbenih determinant na zdravje posameznika. Ne obstaja enotna opredelitev determinant zdravja, obstajajo skupne točke. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je leta 2005 ustanovila Komisijo za socialne determinante zdravja (CSDH), da bi spodbudila uveljavljanje načel socialne pravičnosti.

Zdravje 2020: temeljna evropska izhodišča: »Posveča se družbenogospodarskim razlogom za izboljšanje zdravja in navaja prepričljive, na dokazih temelječe argumente za vlaganje v krepitev zdravja in blagostanja ter preprečevanje bolezni ter za delovanje v tej smeri s celostnim pristopom. Cilj je izboljšanje zdravja vsakogar in zato zmanjšanje absolutnega učinka socialnih determinant na vse ljudi. Ukrepi opredeljujejo tudi razvoj ciljno usmerjenih posegov, ki se osredinjajo na najbolj prizadete. Zdravje 2020 opredeljuje nove sisteme sodelovalnega vodenja z namenom spodbujanja inovativnih pristopov družbene mobilizacije za pravičen, trajnosten in odgovoren zdravstveni razvoj.« (Zsuzsanna Jakab, regionalna direktorica SZO za Evropo).

Socialne determinante zdravja predstavljajo socialne in ekonomske razmere, v katerih ljudje živijo in delajo. Vplivajo na populacijo in na procese odločanja in so v tesni povezavi z enakostjo v zdravju. Posamezne determinante različno pripomorejo k socialni stratifikaciji. Tako odločilno kot zdravstvena oskrba ali posameznikovo vedenje, vplivajo na zdravstvene izide tudi socialno-ekonomski dejavniki (Buzeti in drugi 2011, 4).

Politični, družbeni in gospodarski dejavniki določajo razmere, v katerih ljudje živijo in umrejo. Razvitost družbe, bogate ali revne, je mogoče oceniti na podlagi kakovosti zdravja prebivalstva, pravične distribucije zdravja v družbi ter stopnje zagotovljene zaščite pred prikrajšanostjo, ki je posledica slabega zdravja.

SZO opredeljuje naslednje skupine socialnih determinant zdravja:

1. Socialna raven

Socialnoekonomski status ali družbena lestvica opisuje dostopnost do različnih življenjskih dobrin posamezniku ali skupini. Manjši ko je dostop dobrin, manjši je nadzor nad življenjem in udejstvovanjem v družbi, nižje se nahaja posameznik na lestvici (Artnik 2011, 6). Zaradi akumulacije in oplajanja neenakomerno porazdeljenega kapitala v družbi se neenakosti v družbi reproducirajo, vzdržujejo, lahko tudi poglobljajo (Kamin 2011, 1006).

2. Stres

Dolgotrajni stres je ena izmed tistih socialnih determinant, ki lahko vodi v prezgodnjo smrt. Današnja družba je vedno bolj izpostavljena stresnim situacijam. Po rezultatih 5. evropske raziskave kar 40 odstotkov slovenskih delavcev poroča o kronični utrujenosti in 79 odstotkov slovenskih delavcev poroča o doživetjih stresa. Doživetje stresa pa je nedvomno pokazatelj slabih psihosocialnih razmer (Molan 2012, 4). Slovenija z visokimi odstotki bistveno odstopa od povprečja na lestvici varnosti in vplivov na zdravje; 62 odstotkov vprašanih je prepričanih, da delo ogroža njihovo zdravje, 47 odstotkov jih je navajalo bolečine v hrbtenici kot posledico dela, 41 odstotkov jih je navajalo splošno utrujenost in 28 odstotkov doživljanje stresa na delovnem mestu. Pokazala se je tudi 9-odstotna letna povprečna odsotnost z dela zaradi zdravstvenih težav. Skupni rezultat kaže na visok stres na delovnem mestu (Arnšek 2009). Nesporno je socialna podpora tisti dejavnik, ki stopa v povezave z vsemi elementi interakcijskega modela stresa (Selič 2006, 152). Prednosti socialističnih držav v zdravju so se izgubile. To je povezano z višjo stopnjo tekmovalnosti, upadanjem skupnostnega življenja in življenja v javni sferi, ki zaradi tranzicijskih procesov postaja vir stresov in potencialnih konfliktov. V ospredje prihajajo psihosocialni dejavniki tveganja na zdravje. Evidenca vpliva kroničnega stresa na imunski in endokrini sistem je v porastu (Ule, Kamin 2012, 1).

3. Zgodnje življenje

Človek je za različna tveganja najbolj dovzeten v svojem zgodnjem otroštvu. Otrokovo življenjsko okolje ima odločilen vpliv na razvoj njegovih fizičnih, psihičnih, čustvenih, kognitivnih in lingvističnih veščin, glede na razpoložljivost možnosti, zdravstvenega varstva in možnosti za pridobitev izobrazbe, veščin in službe (Leskošek 2012, 29).

Otroci so velikokrat prisotni pri nasilju. Vsaj vsaka druga žrtev partnerskega nasilja poroča, da so otroci vajeni grdega ravnanja. Ugotovili so, da imajo otroci očetov, ki so zlorabljali matere, več čustvenih in vedenjskih težav. Otroci trpinčenih žensk in zlorabljeni otroci imajo, enake čustvene težave. Otroci zlorabljenih žensk so šestkrat bolj verjetno umrli pred dopolnjenim petim letom v primerjavi z otroki žensk, ki niso bile zlorabljene. Prav tako sta posledica partnerjevega nasilja spontani splav ali mrtvorojeni otrok (Selič 2010, 7–8). Ocenjujejo, da zaradi nasilja v družini samo v ZDA vsako leto umre 1500 otrok (Selič 2010, 4). Povzročitelji kaznivih dejanj so v 88 odstotkih primerov moški, v 12 odstotkih ženske. Večina teh je povzročiteljic nasilja nad otroki (Selič 2010, 10).

4. *Socialna izključenost*

Socialna deprivacija/prikrajšanost vključuje medosebne odnose znotraj družine, na delovnem mestu ali znotraj skupnosti. To je tesno povezano s konceptom socialnega kapitala, ki označuje določene karakteristike socialne organiziranosti/organizacije, na primer izolacijo ali povezanost, individualizem ali sodelovanje, medosebno pomoč in zaupanje (Leskošek 2012, 23). Artnik (2011, 8) določi štiri elemente socialne izključenosti: potrošnja (nezmožnost nakupa osnovnih dobrin), produkcija (nesodelovanje v pomembnih ekonomskih ali socialnih aktivnostih), nesodelovanje v političnem udejstvovanju, socialna interakcija (nepovezanost z družino, prijatelji, skupnostjo). V vseh elementih socialne izključenosti lahko najdemo ljudi, ki so tarča rasizma, diskriminacije, stigmatizacije, sovražnosti in nezaposlenosti. Socialni kapital ima pomemben vpliv na zdravje, saj je vir/izvor socialne podpore, poveča zaupanje in preprečuje izoliranost in na ta način bistveno prispeva predvsem k mentalnemu zdravju. Socialne mreže so vir pomoči, informacij in dostopnosti. Revni ljudje imajo slabše socialne mreže, saj se skozi čas njihovi kontakti z okoljem zmanjšujejo in njihove povezave slabijo, kar lahko vodi v izoliranost in slabše življenjske okoliščine. Poleg tega se revščina ne konča, ko najdejo službo, saj morajo pogosto odplačevati dolgove in nimajo lastnine. Naši moderni časi so karakterizirani s pojavom revnih ljudi z zaposlitvijo, s čimer so mišljeni tisti, katerih dohodek je pod pragom revščine. Še eno pomembno dejstvo je, da se ljudje z najnižjim nivojem izobrazbe soočajo z najtežjimi delavnimi okoliščinami (Leskošek 2012, 29).

Kot socialno ranljivi so s strani britanskega raziskovalca Colesa označeni tisti, ki so v prehodu v odraslost posebej težavni. Določi naslednje skupine: mladi ljudje s posebnimi

potrebami, mladi ljudje, ki živijo v skrbništvu in/ali v javnih institucijah, ter mladi ljudje, ki živijo "alternativne" kariere in so vpleteni v razna prestopništva in tudi že resnejše kriminalne dejavnosti (Coles, 1997, 69). Zanimiva je tudi opredelitev (Schuyt 1995, 8), da so bolj ranljivi mladi, ki so v odvisnosti od socialnih institucij deležni več sankcij in nadzora kot podpore in koristi (Rener 2007, 44). Rener (2007, 47) govori o realnejši predstavi dvotretjinske delitve družbenega bogastva, po kateri je tretjina vsake generacije prisiljena živeti na družbenem obrobju oziroma je socialno izključena (Chisholm 1997, 106; v Rener 2007, 48).

Zaradi revščine ljudi, ki so veliko revnejši od večine populacije in živijo z manj kot 60 odstotki povprečnega prihodka, so ogroženi starostniki, dojenčki, otroci in nosečnice. Obravnavani so kot manjvredni in njihov dostop do številnih dobrin je omejen, postajajo vse bolj socialno izključeni, kar je povezano s slabšim zdravjem in prezgodnjo smrtjo. Slabo materialno stanje in socialna izključenost posameznika sta povezana tudi z večjim tveganjem za ločitev, invalidnost, zasvojenost, bolezen in družbeno izolacijo (Artnik 2011, 10). Stanje v EU (2009, 7) je 114 milijonov ljudi, izpostavljenih tveganju revščine ali izključenosti.

5. Delo

Narava dela se danes spreminja. Delovna mesta so fleksibilna, povečuje se delo za določen čas. Spreminjajo se urniki, delavci se morajo priučiti vse več veščin, več je skupinskega dela, najema se začasne delavce, ki so še posebej ogroženi. Fleksibilnost torej ni vedno najboljša rešitev. Po drugi strani prevladuje ponavljajoče se delo. Na splošno pa lahko ugotovimo, da je vsako delo boljše od nezaposlenosti – determinante zdravja (Artnik 2011, 10).

Stres in psihične obremenitve na delovnem mestu so pomemben javnozdravstveni problem, je evropska raziskava pokazala že leta 2000, kar se je v naslednjih letih le še potrdilo. Slovenci se bolj, kot to kaže evropsko povprečje, bojimo izgube službe, ta negotovost pa ima vse prej kot pozitivne posledice na zdravje zaposlenih (Zupančič 2013). Psihosocialna tveganja, ki izhajajo iz neurejenih odnosov na delu, so zamenjala druga tveganja, ki se kažejo v nestalnosti zaposlitve in reorganizaciji (Molan 2012, 4). Podatki iz leta 2009 kažejo, da tisti, ki imajo psihične težave, zlasti depresivne motnje zaradi stresa,

pritisikov, šikaniranja, so manj pogosto zdravstveno odsotni. Težave se nadaljujejo v smeri psihosomatike, na primer težave s ščitnico (Zupančič 2013). Tveganje za koronarno srčno bolezen je v soodvisnosti od samoocenjene stopnje samostojnosti pri delu (Wilkinson, Marmot 2003).

6. *Nezaposlenost*

Kratkotrajna nezaposlenost postaja v industrializiranih državah neizbežna. Povzroči lahko psihološke motnje in finančne probleme, dolgove, poveča verjetnost za nastanek bolezni in vodi v prezgodnjo smrt. Učinki na zdravje se začnejo pojavljati takrat, ko ljudje začutijo, da bodo službo izgubili, torej še preden sploh postanejo brezposelni. Skrb, da bodo tako postali finančno nezmožni, poveča tveganje za nastanek bolezni (Artnik 2011, 11). Rener (2007, 44) ugotavlja, da se na zaposlitev in delovno mesto predvsem veže strah pred brezposelnostjo.

Služba ostaja najboljša zaščita pred revščino in izključenostjo. Tveganje revščine, s katerim se soočajo nezaposleni, delovno sposobni odrasli, je več kot petkrat višje od tistega, s katerim se soočajo zaposleni (44 odstotkov proti 8 odstotkom), medtem ko je tveganje za nedejavne (vključno z upokojenci) trikrat višje od tveganja zaposlenih (27 odstotkov proti 8 odstotkom) (EU 2011).

Otroci, starejši, samske ženske, samohranilci, nizko kvalificirani delavci, nezaposleni, nedejavni, delovno sposobni ljudje, vključno z invalidi, podeželski ljudje in migranti se soočajo z najvišjim tveganjem revščine in izključenosti. Za etnične manjšine, vključno z Romi, v okviru uradne statistike EU ni mogoče reči, vendar nekateri nacionalni viri navajajo, da se soočajo z visokim tveganjem izključenosti (Marmont 2010). Brezposelni ljudje so podvrženi največjemu tveganju revščine – stopnja tveganja te skupine je večja kot 43,6 odstotka (Leskošek 2012, 22).

7. *Socialna podpora*

Socialna podpora in dobri socialni odnosi pomembno prispevajo k zdravju. Ima močan varovalni učinek na zdravje in spodbuja zdrave vzorce vedenja. Zlasti socialna opora, ki jo omrežja nudijo, spada po opredelitvi SZO med "trdna dejstva" o družbenih opredelitvah zdravja. Pripadnost socialnim omrežjem, v katerih potekata komunikacija in medsebojna opora, omogoča ljudem občutek, da so sprejeti in cenjeni. Raziskave kažejo ogromne

razlike v soodvisnosti med življenjskimi dogodki in boleznijo med skupinami z različno socialno podporo. Posebej opazne razlike so v povezavi s stopnjo zadovoljstva z razpoložljivo podporo. Soodvisnost med neugodnimi življenjskimi dogodki in boleznijo je pri osebah z visoko socialno podporo 0,21; pri tistih, ki te podpore nimajo ali je nimajo v želenem obsegu, pa 0,50. Navedena razlika se ujema s predpostavko o zaščitni vlogi drugih, ki nudijo podporo, in s tezo, da je središčnega pomena kognitivna ocena o razpoložljivi socialni podpori (Selič 2006, 145). Socialna podpora je eden najpomembnejših virov odpornosti na stres, ki ga oblikujejo in zagotavljajo medosebne povezave (Selič 2006, 144).

8. Zasvojenost

Ljudje kadijo, uživajo alkohol in droge, da bi ublažili skrb zaradi težkih ekonomskih in socialnih pogojev. Uporaba drog je odgovor na slab socialni položaj in pomemben dejavnik, ki poslabša neenakosti v zdravju. Uporabnikom omogoča navidezen pobeg iz težav, v resnici pa stanje le še poslabša. Škodljivi učinki uživanja alkohola so povezani s prezgodnjo smrtjo, tveganjem za nevropsihiatrične bolezni, srčno-žilne bolezni, cirozo jeter in pojav raka. Prekomerno pitje alkohola v nosečnosti lahko vodi do hude mentalne zaostalosti otroka. V nekaterih državah srednje in vzhodne Evrope, kjer je prišlo v zadnjih desetletjih do velikih socialnih prevratov, se je močno povečal delež smrti, povezanih z uporabo alkohola (nesreče, nasilje, zastrupitve, poškodbe in samomori) (Artnik 2011, 11). Znanstvene analize nasilja v slovenskem miljeju so v povezavi z odvisnostjo (Ziherl in drugi 2007).

9. Prehrana

Vpliv na zdravje ima prehrana. Pomanjkanje hrane in njene raznolikosti povzroča bolezni pomanjkanja, prekomerno in nepravilno hranjenje pa povzročata diabetes, srčno-žilne bolezni, rak, debelost, karies. Pomemben problem javnega zdravja sta ekonomska dostopnost in cena zdravih, hranljivih živil. Na izbiro prehrane posameznika ima večji vpliv dostopnost hrane, kot pa vzgoja za zdravje (Artnik 2011, 11).

10. Transport

Zdrav transport (kolesarjenje, hoja) in dober javni transport predstavlja telesno aktivnost, ki zmanjšuje verjetnost za nastop srčno-žilnih bolezni in diabetesa, slednjega posredno,

preko zmanjševanja prekomerne telesne teže. Znižuje tudi število usodnih nesreč, omogoča več socialnih kontaktov in ne onesnažuje zraka. Politika transporta lahko igra ključno vlogo v boju proti sedečemu načinu življenja (Artnik 2011, 11). Uporaba vozil se povečuje, medtem ko se v velikem delu sveta zmanjšuje javni prevoz. Splošni trend v mestih je izguba deleža javnega prevoza (z 0,2 do 1,4 odstotka upada deleža letno) (Wright in Fulton 2005). Otroci so še posebej prizadeti v državah z nizkimi dohodki. Poškodovane ceste so drugi najpogostejši vzrok umrljivosti v zgodnji starosti (SZO, 2009).

11. Revščina

Beseda revščina se nanaša na neko nezaželeno stanje. Nakazuje, da je treba posameznikom ali skupinam, ki živijo v revščini, pomagati, da bi spremenili njihov položaj. Z drugimi besedami: revščina je družbeni problem, za katerega bi bilo treba najti rešitev (Haralambos in Holborn, 2005, 132). V sodobni družbi so tveganja neenakomerno porazdeljena – "revščina priteguje nesrečno obilje tveganj, nasprotno pa bogastvo v dohodku, moči in izobrazbi, ki se vselej zgošča na vrhu, zagotavlja varnost in brani pred tveganji" (Beck, 1992, 35). Revščina poslabša položaj, ker povzdigne dejavnike do ekstrema. Življenje v revščini je specifično, zato so načini boja proti revščini specifični, odvisni od socialne moči, dostopnosti do virov, možnosti ubežati revščini. Pri tem je zdravje ključni dejavnik, ki je odvisen od sposobnosti in pripravljenosti države za zagotovitev zdravja vsem, ne glede na socialni status osebe, materialno stanje in druge okoliščine. Dostopnost do zdravstvenega varstva je odvisna od pripravljenosti države, da ga omogoči, kot od zdravstvenega sistema samega (Leskošek 2012, 30). Vsi slovenski nacionalni programi so v zadnjih letih vključili področje zdravstvenega varstva, vendar to ni igralo prominentne vloge, zato so cilji in plani zelo omejeni. Poleg tega vpliv revščine na zdravje ni bil nikoli upoštevan, kar nakazuje na pomanjkanje zavesti o povezavi med življenjskimi okoliščinami in zdravjem (Leskošek 2012, 29).

Slovenija ima precej nizko stopnjo relativne revščine. V obdobju 2005–2009 se je gibala od 11,3 do 12,3 odstotka. Vendar pa zadnji podatki kažejo, da se je relativna revščina znatno povečala in dosegla 12,7 odstotka v letu 2010. V tem obdobju je bilo tveganje revščine višje pri ženskah. V letu 2009 je bilo tveganje za moške 9,8 odstotka v primerjavi z 12,8 odstotka za ženske, v skupini upokojencev pa je tveganje za moške 12,2 odstotka v primerjavi z 20,7 odstotka za ženske (UMAR). V prihodnosti se napoveduje, da bo 20

odstotkov mladih živelo v blaginji, drugih 80 odstotkov pa se bo gibalo v bližini mejne revščine (Rener 2007, 9).

12. Duševne motnje

Duševne motnje najbolj bremenijo bolezni (merjeno z DALY) v evropski regiji (19 odstotkov) in najpogostejši vzrok invalidnosti. Prevalenca demence se s staranjem prebivalstva veča. Pogoste duševne motnje prizadenejo približno enega človeka od štirih na leto. Duševne motnje so med najbolj razširjenimi skupinami bolezni v EU, so glavni vzrok za odsotnost z dela, invalidnost in predčasno upokožitev ter so pogosto povezane s socialno izključenostjo in stigmatizacijo, ki sta obenem glavna razloga, da si ljudje ne poiščejo pomoči (EU 2013, 13).

3.4 NEENAKOSTI V ZDRAVJU

V zadnjih dveh desetletjih so prišli v ospredje javnih politik in akademskih razprav družbeni dejavniki neenakosti v zdravju. Študije ugotavljajo velike razlike v zdravju glede na razlike v socialnoekonomskem statusu v državah, kakor tudi med državami in demografskimi dejavniki (Kamin 2006, 150).

1. Socialnoekonomski položaj (SES)

Poročilo Neenakosti v zdravju v Sloveniji (2011, 10) socialnoekonomske neenakosti v zdravju opredeli kot razlike v zdravju oziroma zdravstvenih izidih med družbenimi skupinami z različnim SES, ki so neupravičene in jih zato lahko preprečimo. Za razumevanje socialnoekonomskih neenakosti v zdravju je pomembna porazdelitev moči, dostopnost do različnih virov, izpostavljenost dejavnikom tveganja, vpliv socialnoekonomskih determinant zdravja skozi celo življenje, različne posledice bolezni (Buzeti in drugi 2011, 4).

Ljudje, ki imajo višji SES, imajo boljše pogoje za delo, boljšo in dostopnejšo zdravstveno oskrbo ter kakovostna socialna omrežja. Soseske, kjer bivajo ljudje z nižjega SES, so bolj

izpostavljene nasilju, ljudje imajo manj medosebne podpore. Soočajo se z različnimi stresi in velikokrat nimajo socialnih in materialnih virov, ki bi jih lahko obvarovali. V vsakdanjem življenju se spopadajo z večnim strahom ob finančnih težavah. Zato trpijo za dvakrat večjimi osebnimi in psihičnimi težavami. Svet doživljajo kot nepredvidljiv, poln tveganj, s katerimi se je treba spopasti kot posameznik, kot bi se drugi, ne srečevali s podobnimi okoliščinami in se ne srečevali z enakimi tveganji (Renner 2007, 43).

2. Življenjski slog

Je način življenja, ki temelji na prepoznavnih vzorcih vedenja, ki so določeni s prepletanjem posameznikovih osebnih značilnosti, socialnih interakcij, socialnoekonomskih in okolijskih življenjskih pogojev (SZO 1998). Življenjski slog je vezan na socialnoekonomski položaj, kar moramo upoštevati pri razlagi neenakosti v zdravju. Najpogosteje uporabljeni kazalniki socialnoekonomskega položaja so izobrazba, dohodek, zaposlenost in družbeni položaj, ki dokazano vplivajo na posameznikovo zdravje. Neenakosti v socialnoekonomskih dejavnikih vodijo do neenakosti v zdravju in do slabega duševnega zdravja (Kuhar 2013, 14).

3. Izobrazba

Pri nižji izobrazbi anketirancev je ocena zdravstvenega stanja praviloma nižja (Uhan 2004, 203). Izobraževanje je pomembno za razvoj in pridobivanje znanja, na osnovi katerih človek razvije spretnosti in vrednote (Treven 1998, 197). Zdravje je odvisno od izobrazbe, dohodka in zaposlitve. Večja izobrazba omogoča boljšo zaposlitev z višjim družbenim ugledom in več avtonomije pri delu. Posameznik lahko razvija kreativnost, širi pogled na svet in ima občutek nadzora nad življenjem (Tivadar 2008, 3). Izobrazba vpliva tudi na prisotnost in oblikovanje profesionalnih ambicij. Po Svetliku (1987) so sistemi zaposlitve povezani z izobraževalnimi sistemi. Ivančič (1999) pojasnjuje, da izobraževanje določa opravljanje dela, saj zagotavlja kvalifikacije, nujne za delo, ki so osnova za poklicno uspešnost. Po Jerovšku (1980, 203) ima izobrazba tudi neekonomsko funkcijo, ki omogoča družbene aktivnosti, kulturno in duhovno udejstvovanje in še kaj. Delo in dohodek zagotavljata dostop do storitev, informacij in zdravljenja (Tivadar 2008). »Zasledimo, da so imeli posamezniki, ki niso zaključili srednje šole, dvakrat več duševnih težav kot tisti, ki so dokončali fakulteto.« (LeLaina 2008, 2).

4. Poklic

Poleg izobrazbe na zdravstveno stanje vplivata zaposlitveni status in dohodek (Uhan 2004, 204). Poklic zagotavlja določen status in je v sorazmerni povezavi z materialnimi dobrinami ter možnostjo za pridobitev kapitala. Današnja družbena delitev se opira na kategorije poklicev (Kurdija 2000, 25). Potrebno je upoštevati še druge socialno-kulturne komponente, da presežemo poklicno ekonomske predpostavke. V neposredni odvisnosti od poklica in izobrazbe so prostočasne aktivnosti, nakupovalni vzorci, izbor izdelkov in medijev, pri čemer dohodek predstavlja sredstvo, ki to omogoča (Kurdija 2000, 25).

5. Dohodek

Dohodek predstavlja mero za kupno moč in status ter je pomemben za ohranjanje določenega življenjskega sloga (Kurdija 2000, 25). Kvaliteta življenja je povezana z finančnimi in materialnimi viri. Nižja dohodkovna moč pomeni nekvalitetne, neustrezne in nezdrave pogoje bivanja. Vpliva na dosegljivost počitnic, rekreacije in prostočasnih dejavnosti, ki so ključni dejavniki za zmanjšanje stresa, ki vodijo v bolezen. Omejen je dostop do informacij o zdravju in kvalitetnih storitev. Poleg tega ljudje z nizkimi dohodki težje upoštevajo zdravstvene nasvete pri nastali bolezni, ker je predrago (Tivadar 2008).

4 ZDRAVSTVENO VARSTVO V SLOVENIJI

4.1 JAVNO ZDRAVJE

Zdravje je pomemben dejavnik in najvišja vrednota v strategiji Svetovne zdravstvene organizacije Zdravje za vse za 21. stoletje (SZO, 1999). Javno zdravje pomeni družbeno skrb za zdravje, ki je spretnost in znanost preprečevanja bolezni, krepitev zdravja in podaljševanje življenja. Sem sodi priprava strokovnih podlag pri pripravi predpisov, informacijska podpora za zbiranje podatkov o zdravstvenem stanju prebivalstva in dejavnikih, ki vplivajo na zdravje. Sem sodijo programi za krepitev zdravja, različna izobraževanja in ozaveščanje prebivalstva ter medresorski ukrepi. Dejavnost je v najširšem javnem interesu. Država jo financira, določa in usmerja z namenom družbene zaščite, krepitev in zagotavljanja zdravja prebivalstva (Zaletel-Kragelj in drugi 2007, 3).

Pomemben del zdravstvenega varstva prebivalstva je javno zdravje postalo v zadnjem desetletju z vključitvijo Republike Slovenije v Evropsko unijo, ker Amsterdamska pogodba zavezuje države članice EU k zagotavljanju visoke ravni varovanja zdravja pri oblikovanju vseh politik in ukrepov na ravni EU. Vlaganje v zdravje družbe pomeni ekonomsko uspešnejšo družbo, večjo kvaliteto življenja posameznikov in lokalnih skupnosti in ne pomeni le finančnega vložka. Družba s konceptom zdravja v vseh politikah dokaže zavedanje, da odgovornost za zdravje ni le odgovornost vsakega posameznika, temveč pretežno odgovornost celotne družbe (IVZ 2012, 8). »Namen javne politike zdravja je ustvarjati podpora okolja, ki omogočajo ljudem odločitev za zdrav življenjski slog, poenostavi in približa zdrave izbire v fizičnem in socialnem okolju. Politika zdravja, v nasprotju s tradicionalnim konceptom bolezni, sloni na konceptu zdravja, je medsektorska in je odgovornost celotne vlade« (Premik, 2005).

4.2 ZDRAVSTVENO VARSTVO

Osnovna predpostavka socialnega modela zdravstvenega varstva, ki ga ima Slovenija, je, da zdravje ni tržno blago, temveč je javna dobrina. Dostop do ustreznega zdravstvenega varstva je zato ena izmed državljanjskih pravic vseh, ki so vključeni v javni sistem, ne

glede na zdravstveno, socialno in ekonomsko stanje ali sposobnost posameznika. Ta pravica je zapisana v Ustavi Republike Slovenije. »Zdravstveno varstvo je ena najpomembnejših determinant zdravja prebivalstva posamezne države« (Zaletel-Kragelj in drugi 2007, 168). V primeru tržne logike, bi nastale velike težave v smislu socialne pravičnosti ali v smislu obvladovanja problemov zdravstvenega stanja prebivalstva. Država zato na področje zdravstvenega varstva posega z jasno regulativo za preprečevanje tovrstnih motenj. Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je objavljen v Uradnem listu RS, št. 92 z dne 21. 2. 1992.

Sistem zdravstvenega varstva obsega celotno dejavnost človeštva in vse dejavnike okolja, ki vplivajo na zdravje (Toth 2003, 95–97). Javne storitve sodijo med temeljne dobrine socialne države in za to praviloma uporablja javna sredstva po načelu vzajemnosti in solidarnosti (Kotnik 2010, 44). Zadovoljivo zdravje ljudi je za državo tako pomembna vrednota, da organizira zdravstveno varstvo kot javno službo. Z zakoni ureja obseg in kakovost pravic iz javnega zdravstvenega zavarovanja na ravni, ki ustreza uravnoteženemu ekonomskemu in socialnemu razvoju vse družbe ter kulturni tradiciji na področju zdravstvenega varstva (Česen 2003, 23).

Zdravstveno varstvo obsega družbene, skupinske in individualne aktivnosti, ukrepe in storitve za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni in njihovo zgodnje odkrivanje ter zdravljenje, nego in rehabilitacijo obolelih in poškodovanih. Del zdravstvenega varstva so pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki zagotavljajo socialno varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

»Organiziranost zdravstvenega varstva v naši državi temelji na načelih solidarnosti, pravičnosti in univerzalne dostopnosti do zdravstvenega varstva za vse prebivalce. Načelo solidarnosti pomeni, da vsakdo v skladu s svojimi zmožnostmi prispeva za uresničevanje pravic iz zdravstvenega varstva. Po načelu pravičnosti imajo vsi z enakimi zdravstvenimi problemi pravico do enako kakovostne zdravstvene oskrbe. Načelo univerzalne dostopnosti zagotavlja dostopnost do zdravstvenega varstva vsem, ne glede na njihov gmotni položaj.« (MZ 2009, 42).

Stanovnik (1998, 153) opredeljuje zdravstveno oskrbo kot meritorno dobrino in ne v celoti kot javno dobrino. Kranjec (2003, 86) opredeljuje javne dobrine kot tiste, ki jih ne moremo izključiti iz porabe, in poraba enega potrošnika ne zmanjšuje porabe drugih potrošnikov. Pravni dokumenti EU opredeljujejo dostop do zdravstvenega varstva kot univerzalno

pravico. Tako na primer temeljni akti o pravicah državljanov EU razglašajo »vsakdo pravico dostopa do preventivnega zdravstvenega varstva in pravico do medicinskega zdravljenja«. Prepoznava »upravičenost državljanov do pravic in storitev širšega področja socialnega varstva, ko gre za zagotavljanje socialne varnosti v primerih materinstva, bolezni, industrijskih nesreč, odvisnosti in starostnega obdobja« (Štruc 2006, 14–15).

4.3 IZVAJALCI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Izvajalci zdravstvenih storitev so vsi tisti delavci, ki nimajo izobrazbe zdravstvenega področja oziroma študijskega področja, v zdravstvu pa zasedajo delovna mesta zdravstvenih sodelavcev. Zdravstvene storitve so opravila ali posegi v okviru zdravstvene oskrbe pacienta, ki jo v okviru zdravstvene dejavnosti opravi zdravstveni delavec in se izvaja v okviru stika pri obravnavi pacienta.

4.4 RAVNI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Primarna raven zdravstvene dejavnosti obsega vse tiste dejavnosti, ki omogočajo hiter in neposreden stik z zdravstveno službo. Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci. Za svoje varovance jo lahko organizirajo tudi socialnovarstveni zavodi, zavodi za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter kazenski in vzgojni zavodi.

»Vloga primarnega zdravstvenega varstva izhaja iz deklaracije SZO, sprejete na njeni skupščini v Alma Ati leta 1978, kjer so bila med drugimi sprejeta tudi naslednja temeljna načela primarnega zdravstvenega varstva:

- primarno zdravstveno varstvo rešuje zdravstvene probleme posameznikov, družin in skupnosti,
- primarno zdravstveno varstvo se izvaja v lokalni skupnosti, kjer ljudje živijo in delajo, ter mora biti za vse ljudi enako,
- pri načrtovanju in odločanju o vsebini, obsegu, delu in razvoju primarnega zdravstvenega varstva ter tudi pri odločanju o zanj potrebnih sredstvih je udeležba javnosti nujni in obvezni pogoj,
- načelo enotnosti zdravstvenega varstva (integrirano reševanje zdravstvenih problemov s preventivnega, kurativnega in socialnega vidika) je mogoče le s pomočjo primarnega zdravstvenega varstva« (Premik, 1995, 14–15).

Sekundarna raven zdravstvene dejavnosti zajema specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost in obsega poglobljeno diagnostiko bolezni ali drugih zdravstvenih stanj ter izvajanje ambulantne rehabilitacije, kot nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti. Specialistično dejavnost opravljajo bolnišnice (splošne in specialne), zdravilišča, transfuzijske enote ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok, ki delujejo v javni mreži – ali pa ne.

Terciarna raven zdravstvene oskrbe zajema specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost klinik in inštitutov in obsega opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni mogoče niti ni smotno opravljati na nižjih ravneh, ter znanstvenoraziskovalno in vzgojno-izobraževalno delo skupaj z ustreznimi enotami obeh medicinskih fakultet ter visokih zdravstvenih šol.

5 SOCIALNO DELO V PRIMARNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

5.1 ZGODOVINA SOCIALNEGA DELA V PRIMARNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

Na prehodu iz 19. v 20. stoletje je bolnišnična oskrba vse bolj začela nadomeščati dotedanjo oskrbo bolnika na domu. S to lokacijsko spremembo pa so zdravniki sčasoma začeli ugotavljati, da so človekovi življenjski pogoji in osebni problemi pomemben dejavnik, ki vpliva na njegovo bolezen in okrevanje. Bolnišnica John Hopkins (1889) je na primer pričela posebni program za študente medicine, ki je določal obiskovanje pacientov na domu, da bi tako študenti spoznali njihov način življenja v naravnem okolju. Delna motivacija za vpeljavo socialnega dela v zdravstvo na prehodu v novo stoletje pa so bile tudi posebne zdravstvene razmere v ZDA, na primer razširjenost tuberkuloze in sifilisa. Oba primera bolezni sta zahtevala dolgo hospitalizacijo in podaljšano nego, ločeno od svojcev. Prav tako je nosečnost neporočenih žensk vplivala na potrebo po socialnem delu v zdravstvu (Beder 2006).

5.1.1 Socialno delo v zdravstvu v Sloveniji

Zapis XX. redne seje okrajnega izvršilnega ljudskega odbora, ki je zasedal 5. septembra 1946: »Tekom zdravstvenega tedna se bo izvršil natančen pregled otrok v okraju in sumljivi slučajji se bodo pregledali še posebej z žarki. Ustanovile se bodo tudi šolske kuhinje za deco, kjer bodo brezplačno prejemale po en obrok tople hrane. Za izvedbo tega načrta pa moramo gledati, da se ne obremenimo preveč odsek za socialno skrbstvo in finance, ampak moramo k takemu delu pritegniti tudi našo zadrugo Prerad.« (Perković 2002, 1).

V Sloveniji se je socialno delo v zdravstvu uveljavilo v začetku 20. stoletja na osnovi ugotovitev, da dejavniki človekovega okolja pospešujejo pojav bolezni ali ovirajo zdravljenje. Leta 1963 je izšlo "Strokovno navodilo za organizacijo in delo socialnih služb v zdravstvenih zavodih". Predpisalo je ustanovitev socialne službe v bolnišnicah z več kot 200 posteljami, ker dejavnost dopolnjuje zdravnika pri socialnem delu zdravljenja.

Januarja 1954 je psihiater prof. dr. Lev Miličinski (1916–2001) ustanovil psihiatrično ambulanto v okviru psihiatrične bolnice v Polju, ki je kasneje pod njegovim vodstvom

prerasla v prvi psihiatrični dispanzer v okviru ljubljanske Poliklinike. Brez poznavanja psihoanalitskega nauka v širokem pomenu besede si ni mogel »predstavljati strokovnega delovanja sodobne psihiatrične ustanove, psihohigienske ali vzgojne posvetovalnice, niti ne drugačnih institucij, kjerkoli je treba poznati mehanizme doživljanja in vedenja človeka v družbenem okolju« (Milčinski 1975, 6). Takoj je zaposlil Miro Virant Jaklič, psihiatrično socialno delavko, in kliničnega psihologa Leopolda Breganta (intervju s K. Dougan). Vsako leto je s pomočjo svoje zveste sodelavke Mire Virant Jaklič izdal brošuro z osnovnimi podatki o samomoru in samomorilnem poskusu v preteklem letu, ki ji je vsakič dodal aktualno strokovno razmišljanje. Opravil je raziskave s področja psihološke avtopsijske samomorilnih oseb, objavil mnogo publikacij s tega področja, med katerimi je prav gotovo najpomembnejša "Samomor in Slovenci" (1985), v kateri so zbrana vsa do tedaj znana stališča in znanja o samomoru nasploh, s poudarkom na posebnostih slovenskega samomora (ZV 1997). Leopold Bregant se je kot prvi psiholog v slovenski psihiatriji zaposlil leta 1954 v Psihiatričnem dispanzerju v okviru ljubljanske Poliklinike in zaoral ledino klinične psihologije. Velja za začetnika psihoanalize (neoanalitski pristop Schulz-Henckeja) (Možina 2011, 5–6).

Konec šestdesetih in v sedemdesetih letih so nastajale tudi psihohigienske službe v zdravstvenih domovih (Maribor in Kranj). Klinični psihologi, Peter Skuber, Peter Praper in Katja Dougan, prej zaposleni znotraj Centra za korekcijo sluha in govora Zdravstvenega doma Maribor, so že leta 1969 ustanovili znotraj pediatrične službe samostojni Center za psihohigieno, v sestavi katerega je delala socialna delavka Vladimira Cvetko, ki je pokrivala otroško in mladostniško področje. Z leti je center prerasel v dispanzer in nato v Psihohigiensko psihiatrično službo za vso populacijo s tremi dispanzerji (pedopsihiatrični dispanzer, dispanzer za bolezni odvisnosti in dispanzer za odrasle). Z rastjo službe in novih področij dela se je večalo število socialnih delavcev. Področje otrok in mladostnikov je prevzela Marijana Holcman, na odrasle je prešla Vladimira Cvetko. Po vzorcu mariborskega Centra za psihohigieno so leta 1972 na nivoju republike izdali priporočilo, naj vsak zdravstveni dom oblikuje mentalno-higiensko ustanovo, oddelek ali center. Ta premik zunaj takratnih psihiatričnih bolnic, s poudarkom na varstvu otrok, je na široko odprl vrata zunaj bolnišnični psihiatrični obravnavi na slovenskem. Prof. Lev Milčinski in Miloš Kobal sta oblikovala koncept psihiatričnega dispanzerja za vso Slovenijo, ki temelji na holističnem principu.

Koncept zmerne uporabe zdravil ob vedno sočasnih psihoterapevtskih in socioterapevtskih ukrepih in timskem delu (Možina 2011, 6–7).

Prof. dr. Kobal je skupaj s prof. Milčinskim ustanovil prvi klub za zdravljenje odvisnih od drog (1974/75). Imenoval se je Vsemirje. Lev Milčinski je bil eden od pobudnikov in mentorjev za ustanovitev prve slovenske telefonske krizne linije imenovane Klic v duševni stiski, ki je začela delovati leta 1980. Iz nje pa se je razvilo mnogo podobnih služb. Opis primera je podala ga. Mira Virant – Jaklič, socialna delavka, v reviji Socialno delo leta 1985.

5.2 VLOGA SOCIALNEGA DELA V ZDRAVSTVU

Zdravje nenehno oblikujejo nova znanstvena dognanja in družbenoekonomske in kulturne okoliščine (Pahor 1999, 1014). Moč poklica je večja, če je za izvajanje poklica potrebna presoja. S tem je ta poklic manj kontroliran od zunaj in rutiniran. Pri socialnem delu je veliko presoje, vendar temelji na znanju, ki ni dovolj ezoterično in je prej vsakdanje kot profesionalno. Abbott (1988) imenuje ta pojav "proletarizacija" (Kolenc 2010, 22). Tako Foucault, White (2002), Flaker (1999) govorijo o medicinskem nadzoru, kjer se poleg biološkega telesa nadzoruje in ocenjuje posameznikovo socialno vedenje kot problematično. V središče se postavlja zasebnost in socialni odnosi. Tu pridemo do potrebe po nadzoru medicine in samonadzora posameznika. Za Parsonsa je medicina institucija nadzora deviantnosti v sodobni družbi. Zdravnik pa družbena instanca, ki dopušča vstop in izstop iz bolniške vloge (Kvas, Seljak, 2004, 21).

Delovanje zdravstvenega sistema je v krizi, zaradi pomanjkanja finančnih virov, da bi lahko bile zadovoljene vse potrebe zavarovancev, zaposlenih in družbe. Sredstva so nižja zaradi upada družbene produktivnosti in povečane potrebe ljudi po zdravstvenih storitvah, ki je posledica staranja prebivalstva in porast kroničnih bolnikov in razvoja znanosti, ki z razvojem prinaša nove storitve in zdravila (Zupanič 2003). Kriza v zdravstvu spodbuja nastajanje različnih strategij in scenarijev za prihodnost. Za najbolj znano strategijo v Alma Ati je značilen obrat od biomedicinskega k bolj biosocialnemu pristopu. Kljub določenim pomanjkljivostim (Strong 1986) so ti dokumenti napredek, saj vsebujejo poziv k interdisciplinarnem, intersektorskem in interprofesionalnem sodelovanju (Pahor 1984).

Ena od najpomembnejših razlik med socialnim delom in medicino je, da mora biti v socialnem delu intervencija "odprta" za pogajanja z uporabniki – socialno delo išče poti iz nastale situacije. Avtorici Kvaternik in Grebenc (2008, 137) se osredotočata na vlogo socialnega dela, ki definicije dela uporablja pri konkretnem delu z ljudmi.

V socialnem delu je rezultat dela odvisen od uspeha pri "pogajanjih" z vsemi akterji. V socialnem delu je nujno, ustvarjalno uporabljanje nekih metod, ki jih je pa treba dobro obvladati, ne jim slepo slediti. Potrebno je znati le-te ustvarjalno uporabljati, za doseg cilja oblikovanega skupaj s pacientom. Če na primer pogledamo vlogo socialnega dela prav v instituciji, čigar negacija naj bi bila, vidimo, da tudi znotraj katerekoli ustanove – šole, bolnišnice, zapora – prispeva socialno delo natanko tisto, kar ustanova nima, kar je njen primanjkljaj. (Flaker 2012, 56).

»Socialni vidik pa je bolj razpršena dimenzija, ki vključuje širok krog udeležencev: družino, socialno mrežo, poklicne dajalce socialne oskrbe, varnosti in opor. Posameznik v bolezni tako ne deli svojih potreb le na zdravstveno in socialno dimenzijo, ampak se sooča tudi s težavami razpršenosti socialnih opor in s pojemanjem bližine pomembnih drugih. Bolni osebi občutke varnosti dajejo zanj pomembne osebe, ki lahko pripadajo širšim virom, vendar zanj predstavljajo lasten sistem socialnih opor, v katerem najde potrebno bližino in varnost.«(Hrovatič 2010, 25).

Po (Zaviršek 1994, 1) posamezniki iščejo v določenih obdobjih profesionalno pomoč, ko se zdi, da njihovi notranji in zunanji mehanizmi za premagovanje vsakdanjih problemov, stresov in izgub ne zadostujejo. Zaviršek nagovarja posameznike k iskanju strokovnjakov ali strokovnjakinj, zagovornic ali zagovornikov, dobrih prijateljev ali prijateljic, ki jim bodo v pomoč pri razreševanju različnih življenjskih situacij. Vse več socialnih delavk je pripravljenih prevzeti zagovorniško vlogo za ljudi, ki imajo probleme z duševnim zdravjem in vse več je sodelujočih psihiatrov v tovrstni praksi (Flaker, Leskošek 1995, 399).

Skupnostna usmeritev v socialnem delu lahko prispeva k reševanju kompleksnih težav posameznikov, skupin in skupnosti. Ta usmeritev socialnega dela je pomembno izhodišče za današnji čas (Medvešek 2006, 3–5).

5.2.1 Nova vloga bolnika

Po Pearsons (1951) in Flakerju (2002) vloga pacienta pomaga nevtralizirati deviantnost oziroma slabe navade ali razvade. Hkrati ga osvobodi nekaterih obveznosti in dolžnosti, saj potrebuje pomoč zaradi bolezni in hkrati obstaja možnost izboljšanja ali ozdravitve.

Poudarjanje individualne odgovornosti za zdravje se sklada in dopolnjuje s sodobno usmeritvijo medicine v preventivo, ki prenese skrb za zdravje pretežno na posameznika, ki zato za medicinske in oblastne strukture postane vselej potencialno bolan (Kamin 2006, 45). Sprememba navad je zelo težavna, zato je treba krepiti zaželeno zdrave načine ter omejevati nezdrave oblike vedenja (Selič 2010, 30).

Harris in Gutenova (1979; po Sarafino, 1990) sta preučevala vedenje, ki varuje zdravje. Navadno opisujemo tri tipe vedenja (obnašanje, povezano z zdravjem – prepričanega v resničnost svoje bolezni, obnašanje, povezano z boleznijo – očitno pride do regresa na simbiotsko stopnjo objektivnih odnosov, vloga (kroničnega) bolnika – zanemarjanje vseh običajnih dolžnosti), značilne za določene stopnje razvoja bolezni.

»Nekateri bolniki bodo pogosti obiskovalci ambulant, umikajo se na bolniški dopust, pričakujejo invalidsko upokožitev. Pričakujejo, da se jim bo družba oddolžila skozi socialne transferje. Pri zdravljenju niso pretirano vneti, saj bi jim to odvzelo zunanje priznanje. Nagnjeni so k pritoževanju in tožbam. Druga težavna skupina so kronični bolniki, ki ne priznajo svoje bolezni, jo zanikajo ter se izmikajo diagnostiki in zdravljenju. V tretji problematični skupini so tisti, ki ob nedolžni bolezni obupajo. Za njih se pojavijo motnje čustvovanja in sprejemanja sebe« (Kersnik 2010, 12–13).

5.2.2 Jezik

Socialna delavka je strokovnjakinja za stike s svojci, bližnjimi. Je tudi prevajalka med jezikom ustanove in vsakdanjim jezikom ljudi. Je tista, ki prevaja diagnoze, mnenja in postopke v razumljiv jezik, in tudi obratno – je tista, ki posreduje kontekst ter prevaja svojim kolegom v timu, kaj človek zares misli, čuti in jim sporoča (Tilbury, 1993; v Flaker 2012, 56). Po Flakerju (2012) je socialno delo kot interdisciplinarno zasnovana stroka in ima znanje različnih strokovnih jezikov (prava, medicine, psihologije, pedagogike) in se lahko izogne etiketiranju. Prevajanje moralnih vprašanj v medicinske, na primer pri "dvojnih diagnozah", ko so deležni moraliziranja, poleg duševne bolezni je prisotno še

uživanje prepovedanih drog in nezdrav življenjski slog. »Socialno delo kot družboslovna veda lahko prepreči ali vsaj ublaži posledice "uničujoče" osebne zgodovine ljudi, kot jim jo napoveduje diagnoza« (Kvaternik, Grebenc 2008, 131–141). Bolezni ne moremo pojmovati kot naravni pojav, ki se dogaja zunaj opisa jezika, ki neko področje teoretično opredeli, ga oblikuje in pridobi moč nad njim (Seljak, Kvas 2004, 114). »Ugotavljamo, da medicinski pojem postane problematičen takrat, ko se ga uporablja na drugih poljih: na pravosodnem, šolskem, socialnem. Tako zdravje, bolezen, duševno zdravje in "dvojne diagnoze" postanejo predmet političnega diskurza.« (Zaviršek 1995).

Strokovni žargon je "branik" statusa stroke, dokazuje pripadnost in onemogoča drugim strokovnjakom, da bi vstopili v to polje in z namenom ščitenja stroke se ne dovoljuje rabe svoje terminologije v drugih okoljih (Kvaternik, Grebenc 2008, 138). Socialno delo mora razmisliti o intervencijah, ki ne bodo še dodatno oškodovale ljudi, poglobljale stiske in jo postavile v ospredje kot edino točko, kjer je možen sporazum med strokovnjakom in uporabnikom (Kvaternik, Grebenc 2008, 139).

6 EMPIRIČNI DEL

6.1 PREDSTAVITEV PROBLEMA

Tema magistrskega dela in raziskava predstavljata osnovo za postavitev temeljev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti. "Širitev interdisciplinarnega in medsektorskega sodelovanja pri vprašanih zdravja ljudi, okolja in živali izboljša učinkovitost javnega zdravja." (SZO 2014, 10). Sedaj ga državne institucije ukinjajo brez strokovnega konsenza in kljub novim pristopom in potrebam. Na zasedanju SZO za Evropo leta 2012 je 53 držav evropske regije sprejelo izhodišča, ki temeljijo na vrednotah in dokazih za zdravstveno strategijo Zdravje 2020. V ospredje postavlja celostne ukrepe in strategije za izboljšanje zdravja za vse in zmanjševanje neenakosti v zdravju. Za to so potrebni ukrepi javnega zdravja in zdravstvenega varstva. »Učinkovitost teh temelji na ukrepih, ki se lotevajo enakosti, socialnih determinant zdravja, opolnomočenja in podpornih okolij.« (SZO 2014, 7).

Ogrožena je ne samo dejavnost socialnega dela, ogrožena je veda, ki daje ključno dimenzijo in vednost tako o zdravju kot bolezni. Saj skozi raziskave in trditve vrste avtorjev vemo, da ne govorimo zgolj o bioloških znakih, ki vplivajo na telo. Socialne manifestacije bolezni in zdravja se odražajo v socialnih odnosih, socialnih vlogah, socialnih dejavnostih posameznika ali skupine. Zdravje in bolezen sta socialno-kulturno uokvirjena (Ule 2012, 5).

Vsled strokovnim odzivom in podporam ključnih akterjev znotraj zdravstva s strani najpomembnejših poklicnih skupin se nam ponuja priložnost in obveza, da tudi sami predstavimo svoje delo, svoj doprinos – in izstopimo iz širšega konteksta strukturnega zatiranja in političnoekonomskih procesov.

SZO je izdelala nekaj poročil in študij o povezanosti zdravja in družbenega položaja, v katerih ugotavlja, da je revščina najpomembnejši dejavnik tveganja slabega zdravja in zgodnje umrljivosti, slabo zdravje pa lahko vodi v revščino, če ni podprto z ustreznimi ukrepi na ravni države. V Marmotovem poročilu (v Leskošek, 2012) beremo, da je reduciranje neenakosti v zdravju stvar pravičnosti. Pomembno je, da zmanjšujemo razlike

po celotnem družbenem gradientu, vendar je zdravje ljudi na dnu družbene lestvice najbolj pereče. Po Leskošek (2012) se ti ljudje pogosteje soočajo s slabimi stanovanjskimi pogoji, neustrezno zdravstveno oskrbo in slabšimi možnostmi za izobraževanje in vseživljenjsko učenje, kar lahko vodi v brezposelnost in še nižji dohodek in posledično v socialno izključenost. Pogosteje se soočajo z ovirami pri dostopu do uresničevanja svojih temeljnih pravic.

Družbena nepravičnost ima velik vpliv na zdravje ljudi. Skrb za zdravje ljudi in skupin iz nižjega socioekonomskega statusa ni samo etično nujna, potrebno bo v okviru sekundarne in terciarne preventive pravočasno predvideti in preprečiti poslabšanje in doseči izboljšanje zdravja zavoljo večjih prihrankov. Zato je naša naloga v tej nedorečenosti in večplastnosti družbene odgovornosti postaviti trdne temelje in izoblikovati lastno identiteto za socialno delo v zdravstveni dejavnosti. S tem opredeljujemo socialno delo kot prizadevanje za strukturne spremembe tako v zdravstveni dejavnosti kot na političnem področju. Saj, če ne bomo mi opozorili na družbene determinante zdravja in poskrbeli za vse dimenzije pacientovega okrevanja in obenem za ohranitev svoje stroke, se bo porušil pomemben del zdravstva in napredka.

Problem, ki se ga lotevamo, je stvaren in izvira tako iz resnične praktične kot teoretične zagate, ki je ni moč rešiti drugače kot z raziskavo, ki bo prinesla nova znanja in vedenje za praktično ravnanje. Zaposlena sem v primarnem zdravstvenem varstvu kot socialna delavka – delo z osebami s psihično motnjo. V zdravstvu delam že 29 let in nikoli ni bilo potrebno posebej izpostavljati pomembnosti socialnega dela znotraj tima službe, kamor sem umeščena. Nismo potrebovali posamičnega priznanja, naša nevidnost navzven nas ni ovirala. Bili smo umeščeni v jasno strukturiran, hierarhično definiran sistem. Zgodilo se je leto 2012, ko so ukinili delovno mesto socialnega delavca v Dispanzerju za mentalno zdravje – in s tem ukinili financiranje socialnega dela. Trenutna situacija nam nalaga, da moramo poiskati argumente za ohranitev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti, opredeliti strokovne naloge, metode in kompetence socialnega dela v zdravstvu. V prizadevanjih in utemeljitvah, zakaj je naše delo potrebno in pomembno, smo ugotovili, da za predstavitve in prikaz dela ni bilo jasno opredeljeno področje dela na način, da bi bil definiran obseg nalog. Da je bilo delo večinoma "nevidno" v sistemu, ki visoko vrednoti zdravstveni del sistema. Iz tega okvirja postavljamo naslednjo tezo.

6.1.1 Delovna teza

DELOVNA TEZA: *Socialno delo v zdravstvu ni bilo opredeljeno na način, ki bi kazal na avtonomnost in nepogrešljivost delovnega mesta, zato se je zdel lahko pogrešljiv.*

6.1.2 Raziskovalna vprašanja

1. V katerih zdravstvenih ustanovah in na katerih delovnih področjih v zdravstvu so v sedanjosti zaposlene socialne delavke?
2. V katerih dejavnostih zdravstvenega sistema je socialno delo vrednoteno in kje je "nevidno"?
3. Kakšna je vloga socialnih delavcev v posamezni zdravstveni ustanovi in kakšne so naloge, ki jih opravljajo znotraj timov?
4. S katerimi kompetencami in metodami lahko oblikujemo temelje za identiteto socialnega dela v zdravstvu – kot samostojne, suverene in nenadomestljive stroke?
5. Kaj nam daje oporo in prepoznavnost za umestitev v zdravstveni sistem?

Cilji raziskave:

- ugotoviti natančno število socialnih delavcev v zdravstveni dejavnosti;
- dobiti vpogled v delovna področja socialnih delavcev v zdravstvu in kam so organizacijsko umeščeni;
- predstaviti spoznanja o trenutnem stanju socialnega dela v zdravstvu skozi akcijo ohranitve socialnega dela v primarnem zdravstvenem varstvu;
- ugotoviti pokritost po Sloveniji v smislu dostopnosti in pravice pacientov do enake obravnave;
- oblikovati kompetence in metode dela socialnih delavcev v zdravstvu, ki bi bile temelj za ohranitev in priznanje socialnega dela v zdravstvu;
- poiskati ogrodje in vire za krepitev moči posameznika znotraj delovnega okolja in vire moči v zdravstvenem sistemu.

6.2 UPORABLJENA METODOLOGIJA

Za boljše razumevanje in preučevanje problema bomo kombinirali različne raziskovalne pristope. Triangulacija po definiciji pomeni »uporabo različnih metod pri proučevanju določenega raziskovalnega problema« (Denzin 1978; Bryman 2004; Richardson 2003; v Vogrinec 2008, 114). Proučevani pojav spoznamo celostno in globlje zaradi kombinacije različnih raziskovalnih pristopov, metod, tehnik in virov podatkov znotraj iste raziskave. Zaradi kompleksnosti predvidene raziskave in družbenega pojava smo potrebovali večdimenzionalni pogled na raziskovano problematiko, ki jo želimo opisati in pojasniti. Izbrali bomo kvalitativne metode preučevanja in integrirali različne podatke. Uporabljen je značilen fleksibilen raziskovalni načrt. Raziskavo smo začeli z le okvirno opredeljenimi raziskovalnimi problemi, saj nimamo predhodno opredeljenih modelov, hipoteze in teorije. Ugotovitve se izkristalizirajo in bolj natančno opredelijo šele med raziskavo.

K proučitvi problema bomo pristopili večdimenzionalno z naslednjimi raziskovalnimi metodami:

1. Pregled uradnih zbirk podatkov o številu in področjih zaposlovanja socialnih delavcev v zdravstvu

V prvi raziskavi se opiramo na podatkovne baze in telefonske pogovore. Analizirali in predstavili bomo obstoječe podatke o položaju in vključenosti socialnega dela v zdravstvu v primarnem zdravstvenem varstvu v Sloveniji.

2. Strukturiran intervju s socialnimi delavci v zdravstvu

V okviru kvalitativne raziskave bomo kot metodo zbiranja empiričnega gradiva uporabili strukturiran intervjujem s spraševanjem. Osnovne enote analize so pojmi. Gradivo bomo obdelali in analizirali na besedni način. Obdelava podatkov bo s kategoriziranjem, kodiranjem in interpretacijo.

Vzorec bodo socialne delavke, predstavniki vseh nivojev zdravstvenega varstva.

Analizirali bomo delovne procese in delovno okolje socialnih delavcev po različnih službah v zdravstvenih ustanovah in umeščenost v ustanovi, v kateri delajo. Zanimale nas

bodo delovne naloge, za to potrebne veščine, metode dela in doprinos zdravstveni dejavnosti:

- 1) Naloge socialnega dela, ki jih opravlja v določenem zavodu socialna delavka.
- 2) Prispevek, ekonomska utemeljitev nalog socialnega dela v zdravstveni dejavnosti.
- 3) Veščine, ki so pomembne za opravljanje naloge socialnega dela.

V okviru kvalitativne raziskave smo kot metodo zbiranja empiričnega gradiva uporabili metodo spraševanja kot strukturiran intervju. Zaposili smo socialne delavce na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju za odgovore na zastavljena vprašanja, poslana po elektronski pošti. Na primarnem nivoju so se odzvale vse, na vseh področjih socialne obravnave, iz dveh psihiatričnih bolnišnic, dvanajst iz UKC in bolnišnic ter iz terciarnega nivoja. Gradivo smo obdelali in analizirali na besedni način. Obdelava podatkov je s kategoriziranjem, kodiranjem in interpretacijo. Zanimale so nas delovne naloge, za to potrebne veščine, metode dela in doprinos zdravstveni dejavnosti. Pomen določenega družbenega dogajanja, dejavnosti socialnega dela, je namreč odvisen od konteksta, v katerem se je pojavil. Predmet raziskovanja se obravnava kot celoto, v širšem kulturnem in časovnem kontekstu in ni reducirana na nekaj spremenljivk.

Strukturiran intervju s socialnimi delavci v zdravstvu je bil sestavljen iz naslednjih vprašanj:

1. Naloge socialnega dela, ki jih opravlja v vašem zavodu socialna delavka.
2. Doprinos, prispevek, ekonomska utemeljitev nalog socialnega dela v zdravstveni dejavnosti.
3. Veščine, ki so pomembne za opravljanje naloge socialnega dela.

Obdelava in analiza podatkov

Opravljen je bila kvalitativna analiza empiričnega gradiva.

1. korak – ureditev gradiva

Zapisane strukturirane intervjuje smo razbili na komponente ali vsebinsko zaokrožene enote.

2. korak – določitev enot kodiranja

Določili smo enote kodiranja. Prve kodirne enote so primarni, sekundarni in terciarni nivo. Z njimi smo zajelo strukturo zdravstvenega sistema v Sloveniji, v katerem so socialne delavke. Druge kodirne enote so vsebinske naloge/vsebina dela, za to potrebne veščine/strokovni pristopi in doprinos/ovrednotenje prispevka socialnega dela v procesu zdravljenja ali ohranjanja zdravja v okviru poslanstva posamezne institucije, v kateri je socialna delavka zaposlena.

Iz zapisanega intervjuja smo naprej izločili pomembne dele pogovora in jih izpisali. Najprej smo za vsako kodirno enoto oblikovali kolone, kamor smo vnesli izbrane dele besedila oz. izjave. Zaradi podvajanja povedanega smo združili vse nivoje zdravstvenega varstva in jih poenotili z združevanjem vsebine.

Tabela 6.1: Kodirne enote

Zdravstveni sistem	KODIRNA ENOTA - 1	KODIRNA ENOTA - 2	KODIRNA ENOTA - 3
Terciarno zdravstveno varstvo	naloge / vsebine dela	doprinos socialnega dela	veščine socialnih delavk
Sekundarno zdravstveno varstvo	naloge / vsebine dela	doprinos socialnega dela	veščine socialnih delavk
Primarno zdravstveno varstvo	naloge / vsebine dela	doprinos socialnega dela	veščine socialnih delavk

3. korak – kodiranje izjav

V procesu kodiranja smo uporabili deduktivni pristop na podlagi poznavanja obravnavane problematike. Iz izpisanega s podčrtavanjem smo še enkrat izločili izjave, ki so kode. Kode smo izbrali na osnovi strokovnega znanja in izkustev raziskovalca. Kode so gradnik opazovanja v raziskavi.

4. korak – izbor pojmov

Kodam smo pozneje pripisali vsebinsko ustrezne pojme, ki so osnovni indikatorji, s katerimi opišemo pojave, organizacije in podobno. V našem primeru je to socialno delo v zdravstvu v zdravstvenem varstvu v Sloveniji.

3. Za poglobljeno razumevanje situacije bomo uporabili avtobiografsko metodo

Poudarili bomo pomen osebnih izkušenj skozi akcijo ohranjanja in priznanja socialnega delavca v primarnem zdravstvu. Poudarek bo na pomembnih dogodkih, značilnostih

posameznih dejanj, identifikaciji širšega družbenega konteksta in akterjev, ki so bili pomembni za nastalo situacijo. Vrednost prikaza je v razumevanju procesov in poudarek na vpliv lastnega ravnanja na priznanje stroke.

Zapisali bomo natančno poročilo, kaj smo delali, raziskovali in se pri tem naučili in kaj novega spoznali. Rezultat bo diagram poteka akcije za priznanje in ohranitev socialnega dela v primarnem zdravstvenem varstvu, ki sem jo peljala v letih 2013–2015. Na osnovi prikaza postopkov in ključnih akterjev na področju zdravstva in ohranitve socialnega delavca v posamezni zdravstveni dejavnosti lahko postavimo temelj za nadaljnje aktivnosti na tem področju, ki nas bo usmerjal pri praktičnem delu nadaljnjega akcijskega načrta.

Koraki analize

- a) *Ključna dejstva:* Napisala sem svojo biografijo, kar je bilo težko, saj je bilo to obdobje prepleteno z intenzivnimi čustvi in zelo naporno.
- b) *Občutja introspekcije in doživljanja:* Izjemen občutek ogroženosti in nemoči na drugi strani jeza. Kljub temu je avtobiografija napisana natančno in jasno, predvsem pa kritično in iskreno. Gre za prelomne trenutke v moji karieri in osebnem življenju, na katerega je imelo službeno dogajanje velik vpliv.
- c) *Sociološka refleksija:* Z ugotovitvami iz analize sem identificirala ključne točke in dogajanja v času akcije za ohranitev socialnega dela v primarnem zdravstvenem varstvu in jih povezala s sociološkimi citati, vezanimi na družbeno dogajanje.

Z uporabo avtobiografske metode, ki je edinstvena, se raziskovanja lotevamo na drugačen način. Poudarjena je individualizacija, pomen izkušenj, pomembnih dogodkov, značilnosti posameznikov ter širšega družbenega delovanja. V sklepu smo zapisali svoja dognanja ter ključne točke refleksije. Družbena konstrukcija pripovedovanja in branja zgodb pomeni tudi, da občinstvo z različnimi interpretativnimi okviri na različne načine razume in daje pomen zgodbam (Plummer, Urek 2001; v Mohorič 2012).

7 REZULTATI

7.1 PREGLED URADNIH ZBIRK PODATKOV O ŠTEVILU IN PODROČJIH ZAPOSLOVANJA SOCIALNIH DELAVK V ZDRAVSTVU

Pregledali smo uradne listine, dogovore in zakone, ki so pomembni za našo raziskavo. Zanimalo nas je, koliko in na katerih področjih so zaposlene socialne delavke v zdravstvu. Kako je položaj urejen z zakonom, kje je socialno delo sistemizirano in priznано v Republiki Sloveniji in v zdravstvenem sistemu.

7.1.1 Položaj socialnih delavk v zdravstvu v Republiki Sloveniji

Položaj socialnih delavcev v zdravstveni dejavnosti *ni celovito* opredeljen v slovenski zakonodaji. Tudi storitve, ki jih opravljajo socialne delavke v zdravstveni dejavnosti, niso celovito zakonsko določene. Urejajo pa se ločeno po posamičnih pravnih aktih.

Vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti določa **Zakon o zdravstveni dejavnosti** (Uradni list RS, št. 9/92, 1995, 1996, 1999, 2000, 2001, 2004 in 2005). Obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov tako na primarni kot na sekundarni in terciarni ravni.

Socialnovarstvene storitve, ki se opravljajo v zdravstvu (tudi v šolstvu in pravosodju), opredeljuje **Zakon o socialnem varstvu** (Uradni list RS, št. 54/1992). V **Seznamu poklicev zdravstvene dejavnosti** (Uradni list št. 82/2004) je naveden tudi socialni delavec v zdravstveni dejavnosti (seznam določi minister za zdravje). Delovna področja in poklicne kompetence so opredeljene za zdravstvene delavce, za zdravstvene sodelavce (torej tudi socialne delavke) pa sta poklicna dejavnost in delokrog prepuščena odločitvi delodajalca, ki to uredi z internim aktom ustanove.

Sicer pa mora delodajalec pri zaposlitvi socialnega delavca upoštevati delovnopravno zakonodajo:

- zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 42/02 in 103/07),
- zakon o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 95/07, 17/08),

- zakon o uravnoteženju javnih financ (Uradni list št. 40/12),
- kolektivno pogodbo za javni sektor (Uradni list št. 57/08, 23/09, 92/08),
- kolektivno pogodbo za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije (Uradni list št. 15/94).

Leta 1995 je bil sprejet **Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev za socialno varnost** (Uradni list RS, št. 95/1995), ki pa ne opredeljuje storitev socialnih delavcev v zdravstveni dejavnosti. Tudi pri sprejemanju **Nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005** je zapisano, da si bo država prizadevala, da bi storitve in programe socialnih služb na področju zdravstva (tudi vzgoje, izobraževanja, zaposlovanja in pravosodja) povezali v enovit sistem, vendar pa se to do danes še ni uredilo.

Tako bo potrebno v bodoče položaj socialnega delavca v zdravstveni dejavnosti z ustrežno zakonodajo celovito urediti in s tem doseči ter izboljšati cilje, ki bodo dejavnost socialnega dela normirali na način, ki bo nudil najvišjo stopnjo socialne varnosti ter ustrežno mero avtonomnosti zaposlenim socialnim delavcem, pacientom pa največjo možno varnost in kakovost. Tako bodo lahko socialne delavke transparentno prispevale k celostni zdravstveni obravnavi pacienta. Sicer maloštevilna skupina socialnih delavk v zdravstvu je za mnoge posamezne paciente in tudi skupine pacientov nujna in nepogrešljiva, vsekakor pa nenadomestljiva.

7.1.2 Število socialnih delavk v zdravstveni dejavnosti po Sloveniji

Prvi podatki, ki so bili pomembni za akcijsko dogovarjanje, je bilo število socialnih delavcev v zdravstvu. Poklicala sem zdravstvene domove po Sloveniji, ki jih je 65. V večjih zavodih so se v kadrovskih službah spomnili, ali pa tudi ne, da so nekoč imeli zaposlenega socialnega delavca, ki pa ga zdaj več nimajo, in da je bil potreben, ampak ni bil priznan – in po njegovi upokojitvi niso sprejemali novih. Dejavnost je sledila povpraševanju, naklonjenosti in posluhu vodstva za socialno delo v zdravstvu.

Poklicala sem na vse centre za sluh in govor, kjer so bile včasih socialne delavke pomemben del timov. Le v enem je še socialna delavka, ki pa se je ob klicu zelo vznemirila in me prosila, naj je ne omenjam, ker so jo obdržali v okviru drugih služb, opravlja pa dela, ki jih je opravljala prej na delovnem mestu socialne delavke.

Prav tako je v ljubljanskem zdravstvenem domu po upokojitvi socialnih delavcev in odpovedi delavnih razmerij ostala socialna delavka, ki ima naziv svetovalka direktorja in opravlja socialno delo še naprej. Le da je v druge službe prestavljena zaradi starosti in je tako zakonsko zaščiten.

Za pridobivanje informacij sem potrebovala veliko časa. Najprej sem morala v zdravstvenih domovih poiskati ustrezno informiranega sogovornika. Največ težav je povzročalo, da kolegi niso preverjali pri sodelavcih, ali so zapisani podatki pravilni. Po zavrneni elektronski pošti sem ugotovila, da naslovnik ni pravi. Poklicala sem sodelavca v ustanovi in prosila, naj mi povedo prave podatke. Napisala sem tabelo s poimenskim seznamom, ustanovo, telefonsko številko, elektronskim naslovom. Ta seznam sem razposlala vsem socialnim delavcem. Pri preverjanju socialnih delavcev ali socialne službe v posameznem zavodu ni podatkov na spletnih straneh posameznih zavodov – ali pa so ti zelo težko dostopni.

Tabela 7.1: Število socialnih delavk v primarni zdravstveni dejavnosti v Sloveniji

1,5 socialne delavke v Murski Soboti na delovnem mestu socialnega delavca II. v okviru Dispanzerja za mentalno zdravje, ena pokriva delo v skupinah alkoholikov.
1 socialna delavka na Ptujju na delovnem mestu socialnega delavca II. v okviru Dispanzerja za mentalno zdravje in pokriva delo v skupinah alkoholikov.
3 socialne delavke v Mariboru, ena v okviru Dispanzerja za mentalno zdravje; druga pokriva delo v skupinah alkoholikov; ena je v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog (CPZOPD); kot socialni delavec – delo z osebami s psihično motnjo, ker so razporejene v Službo psihohigiensko psihiatrične dejavnosti in v Službi za otroško in mladostniško psihiatrijo, ki sta specialistični psihiatrični dejavnosti.
1 socialna delavka je v ljubljanskem zdravstvenem domu ostala in ima naziv svetovalka direktorja in opravlja socialno delo še naprej (po upokojitvi socialnih delavcev in odpovedi delavnih razmerij). V druge službe je prestavljena zaradi starosti in je zakonsko zaščiten.
SKUPNO ŠTEVILO SOCIALNIH DELAVK V Sloveniji je v primarni zdravstveni dejavnosti v štirih zdravstvenih domovih zaposlenih 6,5 socialne delavke . Vse vodijo zdravstveno dokumentacijo, vpisujejo storitev in obravnavo v zdravstveno kartoteko pacientov.

Tabela 7.2: Pregled stanja socialnih delavk po drugih zdravstvenih zavodih

Število socialnih delavk	LOKACIJA oziroma USTANOVA
3	Psihiatrična klinika Begunje
8	Psihiatrična klinika Idrija – socialna delavka prisotna od 1. 10. 1963
19	Psihiatrična klinika Ljubljana, od tega: <ul style="list-style-type: none"> - 4 socialne delavke Center za mentalno zdravje - 3 socialne delavke Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog - 1 socialna delavka Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola, UPK Ljubljana - 11 socialnih delavk UPK Polje
5	Psihiatrična klinika Maribor
3	Psihiatrična klinika Ormož – SD prisoten od začetka
4	Psihiatrična klinika Vojnik – SD prisoten od začetka
16	UKC Ljubljana
2	UKC Maribor
2	Klinika Golnik
2	Splošna bolnišnica Celje
1	Splošna bolnišnica Jesenice
1	Splošna bolnišnica Murska Sobota
1	Splošna bolnišnica Novo mesto
1	Splošna bolnišnica Ptuj
1	Splošna bolnišnica Šempeter in OIM Stara Gora
1	Bolnišnica Topolšica
7	URI - SOČA
Skupno 77	

7.1.3 Diagnostika po MKB-10

Je mednarodna klasifikacija bolezni. Pod črko "Z" so diagnoze, ki jih postavljamo pri vsakokratni obravnavi pacienta. Po mednarodni klasifikaciji je mogoče socialno delo uvrstiti v skupino »Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo« z mednarodno oznako XXI (Z00-Z99). Socialne delavke uporabljajo pri delu diagnoze iz te skupine.

7.1.4 Standardi in normativi po Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2015, kjer so socialne delavke priznane

Tabela 7.3: Standardi in normativi

Standardi in normativi	Število socialnih delavk
Forenzična psihiatrija	2
Zdravstvena nega in paliativna oskrba	0,85
Podaljšano bolnišnično zdravljenje	0,83
Rehabilitacija, univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča	0,31
Medikamentozni splav	0,39
Invalidna mladina SB Nova Gorica	1*
Psihiatrija, psihiatrična klinika Ljubljana	0,21**
Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog	0,30***

*lahko tudi psiholog, logoped, defektolog

** lahko tudi specialni pedagog

*** lahko tudi psiholog

Šifrant vrst zdravstvene dejavnosti (v nadaljevanju VZD) je temeljni šifrant, ki ga uporabljamo za razvrščanje poslovnih subjektov v zdravstveni dejavnosti. Šifrant je oblikovan z namenom zagotoviti primerljivost podatkov o zdravstveni dejavnosti (epidemiologija, storitve, kadri, tehnologija, kapacitete). Podatki nastajajo pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, različni uporabniki pa jih uporabljajo za namene upravljanja sistema, obračuna in financiranja, za statistične namene itd. Šifrant je izdelan in usklajen na nacionalni ravni med Ministrstvom za zdravje (MZ), Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in Nacionalnim inštitutom za javno zdravje (NIJZ).

7.1.5 Storitve socialnih delavk v zdravstvu

Tabela 7.4: Storitve, ki jih opravlja socialni delavec v okviru zunajbolnišnične zdravstvene obravnave – ambulantnega zdravljenja in jih plača ZZS

<ul style="list-style-type: none">• <i>Socialna obravnava psihiatričnega bolnika (97101)</i>; trajanje do 120 minut<ul style="list-style-type: none">○ Obsega pogovor z namenom soustvarjanja pomoči z bolnikom in svojci ali z bolnikom, svojci in zunanjimi službami; posvet z zdravstvenimi sodelavci, dokumentiranje, ukrepanje na podlagi dobljenih podatkov pri zunanjih službah. Vključuje tudi socialni posvet.
<ul style="list-style-type: none">• <i>Krajša socialna obravnava ali intervencija (97102)</i>; trajanje do 20 minut<ul style="list-style-type: none">○ Obsega svetovanje in informiranje bolnika ali svojcev o različnih resursih moči in storitvah, ki jih lahko uveljavljajo.
<ul style="list-style-type: none">• <i>Krajša socialna obravnava ali intervencija na terenu (97103)</i>; trajanje do 60 minut<ul style="list-style-type: none">○ Obsega krajše telefonske pogovore in e-poštne kontakte z zunanjimi službami, svojci, z namenom urejanja bolnikove problemske situacije.
<ul style="list-style-type: none">• <i>Terenska socialna obravnava psihiatričnega bolnika (97105)</i>; trajanje do 240 minut<ul style="list-style-type: none">○ Obsega poleg socialne obravnave psihiatričnega bolnika (97101) tudi pot na teren in pogovor z namenom soustvarjanja pomoči z bolnikovim ožjim in širšim okoljem.
<ul style="list-style-type: none">• <i>Skupinska psihoterapija s koterapevtom (96401)</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Skupinska socioterapija z bolniki ali svojci na področju odvisnosti (96402)</i>

Socialna delavka v zdravstveni dejavnosti mora opraviti pripravništvo v zdravstveni ustanovi in strokovni izpit na MZ in ima za svoje strokovno področje izpraševalko, socialno delavko, zaposleno v zdravstvenem sistemu.

7.1.6 Razširjeni strokovni kolegij

Velik napredek za stroko socialnega dela v zdravstvu je bila ustanovitev RSK za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v skladu s Pravilnikom o sestavi in delovanju Razširjenih strokovnih kolegijev (2002). RSK za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti ima šest članov. Člane RSK za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti predlagajo: Društvo socialnih delavk in delavcev Slovenije, Sekcija socialnih delavk in delavcev v zdravstvu in Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, vsak

tretjino članov. RSK omogoča preučevanje in refleksijo temeljev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti ter razmišljanja, povezana s spremembami in procesi, ki se napovedujejo v zdravstvu. Je najvišje strokovno avtonomno telo za posamezno strokovno področje in pomaga MZ pri odločanju (Svetina 2007, 152).

7.1.7 Pregled uradnih zbirk podatkov o številu in področjih zaposlovanja socialnih delavk v zdravstvu

Pri pregledu uradnih podatkov o številu socialnih delavk v zdravstvu smo torej ugotovili, da je 83,5 socialne delavke v Sloveniji, od tega 6,5 v primarnem zdravstvenem varstvu. Prav tako smo ugotovili, da imamo veliko sistemsko priznanih in formalno urejenih področij v javnem zdravstvenem varstvu. V tem imamo osnovo za uveljavljanje stroke. Ugotovitve tega dela raziskave lahko strnemo v naslednje točke:

- Strokovni izpit na MZ "socialni delavec v zdravstveni dejavnosti".
- Po Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS) smo na štirih mestih uvrščeni v plačno skupino "E" – Delovna mesta na področju zdravstva.
- Profesionalna kartica izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki nam omogoča vstop in delo v zdravstvenem sistemu in povezavo z ZZZS.
- Sedem storitev za beleženje zunajbolnišnične zdravstvene obravnave, ambulantna dejavnost, ki jih vsako leto potrdijo ZZZS, MZ in izvajalec dejavnosti.
- Delovišče dejavnosti, kamor se vpisuje storitve, ki se evidentirajo in fakturirajo in jih plača plačnik, ZZZS.
- Priznane storitve vrednotijo naše delo in so podlaga za plačilo dela izvajalcem s strani ZZZS.
- Diagnostika po MKB-10 mednarodni klasifikaciji v skupini "Z".
- Priznan standard in normativ na osmih področjih (glej tabelo št. 1).
- Osnove za ohranitev najdemo v mednarodnih deklaracijah in zakonih.

7.2 RAZISKAVA NALOG, ZA TO POTREBNE VEŠČINE, KI JIH OPRAVLJAJO SOCIALNE DELAVKE V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI, IN KORISTNOST LE-TEGA

Socialno delo v zdravstvu je po Milošević Arnold (2000) "sekundarni model" prakse, ker gostuje v zdravstvu, kjer je temeljna zdravstvena stroka. Velika vloga socialnega dela v zdravstvu je vpliv na mikrosistem posameznika in svojcev, družbenih skupin, npr. narkomanov, in tudi vplivanje na družbene spremembe in spremembe v sistemih, v katerih je potrebno kaj spremeniti, pojasniti. Ne morejo se držati omejitev, ki jih imajo drugi strokovnjaki, in pravil, ki jih omejujejo, ker je socialno delo prav po Flakerju (2012) "antiteza homogenizacije prostora" in njegova naloga je svet pacienta, ki se razteza v vse segmente družbenega življenja.

7.2.1 Povezovanje, sodelovanje, dogovarjanje

Moč pristopov socialnega dela je preučiti, oceniti, poslušati in raziskati pacientov svet (zemljevid), vključiti vse pomembne druge ljudi, koordinirati in organizirati najrazličnejše akterje z različnih področij, da pride do pozitivnih sprememb v bolezni, zdravju, kvaliteti življenja ali življenjskem stilu. Posamezniki ostanejo člani – socialna podpora, omrežja – skupnosti, ojačani, opolnomočeni ob zagovorniku in vključeni v pravice, iz katerih bi bili sicer izključeni – socialna izključenost. Neenakosti v družbenih determinantah zdravja zapolnijo s svojimi znanji za ravnanje tukaj in zdaj, da se odpravijo. Naloga socialnih delavk je zagotavljanje pomoči tako pacientom kot njihovim svojcem, saj je zdravljenje močno odvisno tudi od socialnoekonomskih razmer pacienta in njegovih svojcev (Valjavec, 2011).

7.2.2 Metode dela

Izobrazba, pridobljena na Fakulteti za socialno delo, je tako široka in bogata, da imajo socialne delavke zgoraj navedene veščine, že v osnovni izobrazbi. Za kar potrebujejo drugi profili dodatne specializacije in opuščanje svojih primarnih delovnih nalog, za katere so

zaposleni. To dopolnjujejo z vedoželjnostjo in rednim dodatnim izobraževanjem, ki ima nalogo vseživljenjskega učenja in nadgrajevanja strokovnega znanja.

»V tem smislu ima socialno delo epistemološke in prakseološke možnosti, ki so onstran proizvodnje znanja večine modernih strok, in lahko zato veliko ponudi postmodernim epistemologijam, saj je samo v svoji zasnovi njihov predhodnik – proto-postmoderna disciplina. Veliko metodologij in metod, ki jih je socialno delo uporabljalo že dolgo časa, na primer akcijsko raziskovanje, kvalitativne metode, skupnostne akcije, mediacija, so bolj uveljavljene discipline, npr. medicina in pravo, v zadnjem desetletju dejansko vzele za svoje, da bi lahko razrešile tako metodična kot konceptualna vprašanja, ki jih ne morejo razrešiti s svojim klasičnim repertoarjem (npr. epidemija HIV, uživanje drog, slaba prehrana, socialna in družinska varnost). Ne glede na to, kako zamerljivo lahko gledamo na zdravnike, medicinske sestre in pravnike, ki ponosno predstavljajo svoje "nove izume", moramo biti zadovoljni. Ne samo zato, ker se te metode uveljavljajo širše, temveč tudi zato, ker smo dejansko minorna znanost in stroka in je to prednost v smislu epistemologije in prakseologije.« (Flaker 1993, 329).

Pahor (1999, 1024) pravi, da so v zdravstvu potrebne različne ravni obravnave, individualna, skupinska in skupnostna s teoretično kontinuiteto razlagalnih paradigem.

7.2.3 Besede, ki jih za postopke najpogosteje uporabljajo socialne delavke

Najpogosteje uporabljene besede govorijo o pozitivni orientaciji in pristopih, ki odpirajo in krepijo vse udeležene. Socialno delo govori jezik prihodnosti in sedanosti, moči za okrevanje in krepitev posameznika. Odpira prostore in možnosti v iskanju rešitev, ki jih je lahko več ali sama – in ni nujno, da je dokončna, ker lahko spremenimo skupaj poti in najdemo nove. Mi govorimo jezik, ki je upanje in krepi. Obenem blažimo moč drugih strokovnih jezikov, ki so nerazumljivi, jih prevajamo ali jim jemljemo moč, ker postane to samo ena človekova dimenzija in ne življenje, socialno delo poudari še druge aspekte življenja in možnosti za razvoj – po Ule (2013) "pozitivne identitete v odnosu do hendikepa". Socialno delo se ne fokusira samo na rehabilitacijo ovire, temveč na perspektivo moči in verjeti in "pozitivno svobodo".

7.2.4 Prispevek oziroma doprinos socialnega dela v zdravstvu

Vsem strokam je bolj ali manj jasna (in skupna) potreba po interdisciplinarni – medinstitucionalni povezavi, ki naj ne bi temeljila na osebnih stikih profesionalcev, ampak bi relativno gladko tekla (da bi bil znan algoritem pomoči) (Selič 2010, 13–14). Socialno delo ima pred drugimi vedami posebno prednost, da je interdisciplinarno že po svoji zgradbi. Socialne delavke se naučijo med izobraževanjem osnov skoraj vsega, kar je povezano s socialno in človeško eksistenco. Pri delu uporabljajo heterogene koncepte. Od drugih se razlikujejo po tem, da ne dajejo predvidljivih rezultatov, temveč zgolj možnost večjega blagostanja v posameznih primerih. Flaker (1997, 10) pravi, da je socialni delavec prevajalec med vedami, povezuje procese v timu z uporabnikovim vsakdanjim kontekstom in z realitetami institucij v povezavi s sredstvi in situacijami. Prevaja teorijo v akcijo, pri čemer uporablja potencialne in se izogiba vnaprej predvidenih standardnih rezultatov.

Po Trilburyju je prispevek socialnega delavca v timu duševnega zdravja, da poskrbi za preživetje uporabnika z direktno uporabo moči za minimaliziranje tveganja, da zagotovi nadzor, da vzpostavi mreže, da obvaruje in izboljša kakovost življenja. Prispeva socialno oceno in zgodovino, če ne gre zgolj za krizo. S tem pomaga razumeti osebni, socialni, materialni kontekst za razumevanje problema kot celote. Prispevek socialnega delavca bi moral biti v skrbi za nemoten pretok informacij in storitev v skupnosti (Flaker 1997, 11).

Socialne delavke so vključene v individualne, družinske, partnerske, skupinske, skupnostne obravnave. Pri delu so prisotne v zdravstveni dejavnosti, na pomembnih področjih za paciente vplivajo nanje in na njihove pomembne druge, na zdravstvene sodelavce v obravnavi in pristopih. Dejavnost so v skupnosti in doprinesejo koristi zdravstvenemu sistemu in družbi s prihranki in celostnimi pristopi pri reševanju zdravja in bolezni.

7.2.5 Multidisciplinarna, timska obravnava je pravo mesto za socialno delo v zdravstvu in odgovor zdravstvenega sistema na najnovejše usmeritve in spoznanja

V začetku 80. let se je pričel poudarjati pomen socialnega dela in ostalih psihosocialnih obravnav kot pomemben element skrbi za pacienta. Med letoma 1980 in 1990 je bilo izvedenih veliko raziskav, ki so predstavile psihosocialni položaj pacientov v zdravstvenem varstvu. V raziskavi, v katero je bilo leta 1980 vključenih 20.291

Američanov iz petih različnih geografskih regij, so ugotovili, da ima 28 odstotkov populacije duševne motnje. Na področju socialnih problemov v primarnem zdravstvenem varstvu so študije pokazale, da imajo pacienti težave predvsem z nezaposlenostjo, stresom na delovnem mestu in v osebnem življenju, ekonomskimi pritiski, varstvom za otroke, gospodinjenjem, osamljenostjo in socialno izolacijo. Glede na velike potrebe na področju socialnega varstva, ki se kažejo pri pacientih, bo treba zagotoviti boljšo socialno oskrbo v zdravstvenem sistemu, še posebej če upoštevamo model pacientovih potreb (McGuire in drugi, 2005). Raziskave, ki so jih izvajali v Avstraliji, so pokazale prednosti zdravstvenih sistemov, ki vključujejo multidisciplinarno obravnavo pacientov, saj ta prinaša boljše rezultate in večje zadovoljstvo pacientov. Cioffi in drugi (2010) poudarjajo predvsem edukacijo pacientov in usmeritev na pacienta, ne na bolezen. Thomas, Hargett (1999) opozarjata, da je glavni cilj multidisciplinarne obravnave skrb za pacienta. Sodelovanje različnih strok omogoča fleksibilnost in celostno obravnavo in cenovno učinkovitost.

Glede na vsa nova spoznanja in dokaze je to postala naloga vseh največjih svetovnih in državnih institucij: »Revitalizacija javnega zdravja in preobrazba opravljanja storitev zahteva reformo izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih delavcev. Delovna sila, ki je bolj fleksibilna, izurjena za opravljanje različnih nalog in usmerjena k timskeemu delu, je v osrčju zdravstvenega sistema 21. stoletja. To vključuje: timsko izvajanje oskrbe; nove oblike izvajanja storitev (vključno z oskrbo na domu in dolgotrajno oskrbo); veščine, ki podpirajo opolnomočenje bolnikov in samopomoč; in izboljšano strateško načrtovanje, upravljanje, medsektorsko delovanje ter vodstveno usposobljenost. To prinaša novo delovno kulturo, ki goji nove oblike sodelovanja med zdravstvenimi delavci in tudi med delavci zdravstvenih in socialnih služb ter med zdravstvenim sektorjem in drugimi sektorji.« (SZO 2014, 9).

Multidisciplinarni tim je definiran kot skupina posameznikov iz različnih strok, ki so vključeni v projekt in pri tem delujejo neodvisno vsak na svojem področju (Cioffi, Wilkes, Cummings, Warne, & Harrison, 2010). Takšna obravnava pacienta je ključnega pomena še posebej pri kroničnih boleznih. Seveda pa morajo imeti člani tima točno definirane naloge in ustrezno strokovno znanje. V raziskavi, ki so jo med člani multidisciplinarnih timov izvedli Cioffietal, so člani definirali tim kot skupino posameznikov z različnimi profesijami, ki delajo skupaj, skrbijo za paciente in preprečujejo, da bi pacienti zaradi poslabšanja kronične bolezni morali v bolnišnico. Takšen tim ima nalogo, da skrbi za različne težavne paciente in jim zagotovi vse storitve, ki jih ti potrebujejo. Glavni smoter tovrstnih timov je primarno zdravstveno varstvo, ki kroničnim pacientom zagotavlja

podporo, jih poučuje, skrbi za zdravje in jim omogoča, da ostanejo v domačem okolju tako dolgo, kot je to mogoče. V raziskavi so izpostavili, da sta bila psihološka obravnava pacienta in socialno delo dolga leta v domeni medicinskih sester, zato so medicinske sestre to področje vzele za svoje. V multidisciplinarnem timu se je večkrat pojavil problem, da so se področja prekrivala in je medicinska sestra pacientom podala informacije, ki naj bi jih pacient dobil od psihologa ali socialnega delavca. Ugotovili so, da ima medicinska sestra velik vpliv na pacienta, pozitiven odnos do psihološke in socialne obravnave, spodbuja pacienta, da sodeluje v obravnavi. V primerih, ko se medicinske sestre niso strinjale s psihološko in socialno obravnavo v timu, so onemogočale psihologom in socialnim delavcem, da bi lahko kakovostno opravili svoje delo (Cioffi, Wilkes, Cummings, Warne, & Harrison, 2010).

Upoštevati je potrebno kompleksnost zdravja in bolezni v sodobnih družbah, zato so potrebne različne teorije in metodologije, ki pomagajo razviti ustrezne poglede na medicinske pojave. Bolezni ni mogoče proučevati na ozek, enodimenzionalen način. Glede na družbeni značaj prevladujočih kroničnih bolezni je nujen multidisciplinaren pristop (Pahor 1999, 1025). Zdravstveni sistem je izrazito hierarhičen, vendar je danes pozornost usmerjena v »redefinicijo poslanstva in zdrobitev stare hierarhije ter izgradnjo nove fleksibilne menedžmentske strukture in sistema, ki sprošča energijo sodelavcev« (Ovsenik, Ambrož, 2000). V zdravstvenih sistemih gre za premik v smeri decentralizacije storitev; prenos pooblastil med poklicnimi skupinami v zdravstvu in med poklicnimi zdravstvenimi skupinami in družbo ter vzpostavljanje omrežij za nudenje kompleksnih storitev, ki jih urejajo zdravstveni delavci (Kuhlmann, Allsop in Saks 2009).

Novo stališče in pristop k oskrbi varovancev z demenco terja kompleksnost in skupno delo različnih strokovnjakov. Multidisciplinarni tim je priznan kot najbolj učinkovit način prepoznavanja potreb varovancev z demenco. Multidisciplinarni pristop pa ne koristi le obolelim, pač pa omogoči višjo raven delovanja članov tima (Živič 2000, 84).

Vse intervjuvanke povedo, da velik del dela poteka skozi delitev dela in združevanje strokovnega dela za pacienta v multidisciplinarni timski obravnavi ali v ustanovi, v kateri delajo, ali v zunanjih postopkih. Pacienti se morajo hkrati soočati z boleznijo in zdravstvenim sistemom. V sistemu zdravstva je pomembno usklajeno delovanje posameznih delov tega sistema. Zlasti pomemben je človeški dejavnik, kajti tu ljudje

delamo za ljudi, ki so bolj kot drugi uporabniki, stranke, klienti, naročniki v drugih odnosih v življenju občutljivi, ranljivi, tudi kritični ali nemočni. Da multidisciplinarni pristop izboljša obravnavo in omogoča individualen in dinamičen pristop, je enotno mnenje vseh vprašanih, ki so avtonomne in suverene članice timov.

7.2.6 Področja, ki jih obravnavajo socialne delavke v zdravstvu

Biopsihosocialni model zdravja, ki je temelj javnega zdravja kot stroke, namreč pravi, da je zdravje posameznika odvisno tudi od njegove zmožnosti (sposobnosti) prilagajanja zunanjemu okolju. Dokler uspešno kljubuje dejavnikom tveganja zunanjega okolja, lahko govorimo o relativnem zdravju. Ko ta sposobnost prilagajanja pade (pojenja), pa nastopi bolezen (bolezni) ali kak drugi negativni zdravstveni pojav (Kuhar 2003, 12). Socialna podpora pri kroničnem bolniku je pomemben dejavnik, ki vpliva na zdravje oziroma zmanjšuje verjetnost slabšanja bolezni (Selič 2010, 33).

Kersnik (2010, 11) opredeli kronično bolezen kot oviro v življenju, "ki človeka prizadene telesno, psihološko in socialno". Kronična bolezen trajno spremeni življenjski položaj posameznika. Včasih so njegovi občutki, doživljanja, čustva in odnosi s svetom bolj prizadeti, kot je prizadet telesno. V svetu zdravih, v katerem je zdravje moralna vrednota in družbena norma, morajo kronični bolniki najti smisel kljub oviranosti, izdelati prilagoditve v vsakdanjem življenju in na novo oblikovati samopodobo (Eržen 2012, 16).

Na področju obravnave kronično bolnih oseb, starostnikov, mladih, duševno zdravih oseb, ki imajo težave s stresnimi situacijami (nasilje, deložacije, izguba službe, izguba najbližjih, smrt najbližjih, droge, odvisnost od alkohola, motnje hranjenja, neuspehi v šoli, spori in izkoriščanja na delovnih mestih, mobing, brezposelnost, izjemna revščina, nesoglasja z drugimi institucijami – svetovalci, invalidnost, kronične telesne in duševne bolezni, pomanjkanje materialnih resursov, izguba socialnih transferjev, zavarovanj idr), srečujejo vse več kompleksnih problemov. Zato je v reševanje problema usmerjenega veliko znanja in aktivnosti, za kar je potreben multidisciplinarni pristop obravnave na več nivojih, ki temelji na različnih modelih pomoči. Socialno delo odpira nove poglede, nove perspektive ljudem, hkrati pa odpira novo strokovno področje, drugačne prispevke in interdisciplinaren pristop pri reševanju problema.

Prav tako je potrebno na obravnavo pogledati v kontekstu skupnostne skrbi, ki je postala strokovna usmeritev na področju psihiatrične obravnave pacientov.

Pacient se obravnava individualno in v kontekstu širše socialne mreže (družina, partner, otroci, delovno mesto itd.). V času obravnave se zanj naredi individualni delovni načrt, obravnavanega po potrebi usmerijo v zanj najprimernejši program zdravljenja. Uporabljajo se veščine, ki so predmet strokovnega dela socialnega delavca (pomoč pri vzdrževanju zdravja, skupinske terapije, individualne in družinske socialne obravnave, terenske socialne obravnave, mobilizacija naravne socialne mreže, prva socialna pomoč, učenje socialnih veščin, svetovanje po telefonu, skupnostno socialno delo, priprava na reševanje težav, zapletov v resničnem življenju, kjer so nastali zapleti (opolnomočenje, zagovorništvo ...), pedagoško-vzgojna dejavnost, skrb za ohranjanje zdravja, urejanje zdravstvenega zavarovanja itd.).

Program je tako namenjen posameznikom, njihovim staršem, partnerjem in vsem zainteresiranim za problematiko. Vzporedna terapija svojcev je namenjena svojcem bolnih oseb, da spoznajo in sprejmejo težave v družini, razrešijo svoje čustvene stiske, spore in težave, ustvarijo ustrezno družinsko vzdušje, se naučijo ustreznega komuniciranja in ravnanja v odnosu do bolne osebe v družini in so si v medsebojno pomoč.

So učna baza za strokovnjake različnih strok, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Izvajajo predavanja in strokovno vodenje okroglih miz, naravoslovnih dni, izbirnih vsebin na osnovnih in srednjih šolah, v dijaških domovih, strokovnim delavcem (CSD, ZRSZZ, pedagoškim delavcem ...), skrbijo za raziskovalno dejavnost in aktivno udeležbo na mednarodnih konferencah.

Cilj tovrstnega mreženja institucionalne skrbi in storitev je preprečevanje socialne izključenosti, preprečevanje stigmatizacije in ozaveščanje širše javnosti in ciljnih skupin.

Preventivna dejavnost poteka na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju v najširši skupnosti. V lokalni in širši skupnosti predavajo po šolah, domovih, so aktivni udeleženci na okroglih mizah, svetovanjih staršem mladostnikov, pedagogom, so aktivni člani republiške koordinacije centrov in mestne koordinacije, ki je tvorec preventivne dejavnosti v mestu, in posvetovalno telo županu za področje odvisnosti. S prisotnostjo v medijih pripomorejo k destigmatizaciji duševnih stisk in bolezni. S tem te izgubljajo svojo

dramatičnost in vzpostavlja se možnost za prepoznavanje in spoprijemanje s stisko, ki se skriva za vsakim posameznim življenjem.

Socialne delavke suvereno delajo znotraj zdravstvenih timov na vseh subspecialnih področjih medicine, ki obravnavajo posamezne skupine bolezni od obdobja otroštva do smrti; npr. motnje v razvoju, kronične bolezni, duševno zdravje, odvisnosti, funkcionalno oviranost, področje dela – zaposlitve, brezposelnosti, šikaniranja, so predavateljice na vseh nivojih preventive, so članice delovnih skupin za različne odvisnosti in duševno zdravje in še veliko drugega.

7.2.7 Zaključek

Socialne delavce v zdravstvu se vključuje v obravnavo pacientov v posebnih primerih po dogovoru z zdravstvenim timom ali po odločitvi zdravnika. Pacienti socialno delavko poiščejo, ko niso več imeli rešitve zase in nikogar, ki bi mu pomagal. Takrat je potrebno poslušati, videti človeka in ukrepe za hitrejšo in učinkovitejšo oskrbo, ki zagotavlja odmik od bolezni in ne potrebuje zdravstva za rešitev ali urejanje najrazličnejših težav, zapletov ali kar je bil razlog za njihovo vključitev. Takrat se lahko začne proces spreminjanja, ker se soustvari dogovorjeno izhodišče in dober načrt. Naša ponudba je, da ljudje najdejo nekaj zase, svojo alternativo. Pri tem uporabljamo njihovo perspektivno moči (kaj znajo, zmorejo, želijo). Ocenijo položaj in obseg problemov ter se dogovorijo, kako delovati usmerjeno k rešitvam. Za socialno delo sta pomembna le tukaj in zdaj – v sedanosti zagotavljajo možnost za delo, to je edini mogoč čas za spremembe. Socialne delavke kažejo pot naprej odnosom v socialnem delu, projektom, svetovanjem, urejanjem, vodenjem. Človek okrepi svojo moč, dobi izkušnjo o spoštovanju, lastni kompetentnosti, je sodelavec v projektu. Čas, preživet brez pomoči, bi se moral podaljševati – in tako vsem potrebnim pomoči omogočiti izoblikovanje vzorcev kontrole lastnega življenja in oblikovanje koncepta in stila življenja, ki je zanj možen.

Socialno delo se umešča na področje družbene prakse, ki ga definiramo kot podporo duševnemu zdravju in socialni varnosti v skupnosti (Stefanoski 1996, 290). Stritih (1993) trdi, da strokovni diskurzi psihiatrije (v okviru medicinskega modela), prava, politike in teologije obravnavajo iste pojavne oblike družbenega življenja kot socialno delo. Od tu se

kaže, koliko življenjskih področij strokovno in ustrezno hitro z jasnimi cilji v eni sami osebi pokrivajo in obvladujejo. Gre za izjemno težko, široko in zahtevno prakso, ki je zastavljena na negotovosti, strahovih, izgubljenosti, žalosti, izgubah, jezi na veliko slabega, prvinskega, ogrožajočega, intimnega, telesnega. S strokovnim, profesionalnim znanjem, ki ima izjemno zgodovinsko utemeljeno tradicijo, vstopamo v odnos, vstopajo v življenja, do kod pač ljudje dovoljujejo, počasi ali hitro. Tu se začne naša pot dialoga, soustvarjanja, sodelovanja, ob vključevanju velikega obsega znanja, drugih strokovnjakov in institucij.

Pomoč poteka s podporo medsebojne povezanosti članov odnosnega sistema. Z dosledno uporabo pristopa socialnega dela je mogoče pomagati mnogim posameznikom in družinam, da začnejo proces strukturiranja in dinamike skupnega življenja. Družino nagovarjamo na dveh ravneh. Prva je mobilizacija, na drugi pa nagovarjamo družinsko dinamiko, kako ravnajo drug z drugim. Socialni delavec mobilizira naravno mrežo in pri tem upošteva načelo vsestranske koristnosti. Socialni delavec vstopa osebno in neposredno v stik z vsemi udeleženi v problemu (tudi strokovnimi delavci), neposredno vstopa v okolje, uporablja načelo pogajanja in tako uporabniki postanejo sooblikovalci rešitev in tako tudi soodgovorni zanje.

Pri tem govorimo pozitivni jezik. Če samo pogledamo nabor besed, s katerimi socialne delavke opisujejo svoje delo in dejanja za iskanje rešitev in možnosti aktivacije vseh, je to podpora človeku v stiski, da ni sam na neznanem področju za vse. Bolezen je namreč nenadna izguba, pretres. Tu se najdemo mi, ki nimamo svojega prostora, svojih ustanov, ki smo v manjšini, angažirani v akciji. Sprehajajo se, iščejo in raziskujejo po zemljevidu pacientovega sveta. Veliko svetov, najrazličnejših, kar dokazuje nabor prostorov, veliko ljudi, ki jih pri posameznem pacientu potrebujejo. Z enim samim ciljem, da ljudje živijo bolje, zadovoljno, vključeni v dobre odnose z najbližjimi.

Doprinos k sistemu zdravstvenega varstva je velik – in to prav na področjih, ki se kažejo kot velik problem za obravnavo in še posebej v okviru najširše sprejetih socialnih determinant zdravja. V biopsihosocialnem modelu zdravstva, ki stopa v ospredje prav na omenjenih področjih, je strokovno profesionalno avtonomno socialno delo v zdravstveni dejavnosti del multidisciplinarnе timske obravnave.

7.3 AVTOBIOGRAFSKA METODA RAZISKOVANJA

Individualno obnašanje zavzema mesto v družbenem kontekstu, okolju, ljudje ga reproducirajo in proizvajajo, hkrati so pogojeni z njim. Gre torej za procese obojestranskega vplivanja (Giddens 1984 v Kebede 2009, 354). Pripoved je sprejeta kot predstavitev serije dogodkov, ki so vzročno povezani, s poudarkom na sekvenčnih lastnostih. Pri tem imamo dva obsežna termina, "narativni" in "avtobiografski spomin", tako da je narativna kvaliteta avtobiografskega spomina terminološko in konceptualno zapletena (Abbott 2008; Bal 1997 v Harbus 2010, 207). Avtor sociološke avtobiografije mora biti "ghost writer" lastne življenjske zgodbe, opremljen z vrsto socioloških predpostavk (Kebede 2009, 355). Biografsko raziskovanje želi razumeti posameznikove izkušnje in poglede, ki jih obogatijo interpretacije iz preteklosti in sedanjosti, dodajo "notranji, participativni pogled" in prihodnost (Roberts 2008, 1). Biografska oziroma avtobiografska metoda po mnenju Szczepanska (1962 v Bertaux 1981, 62–63) poudarjanja pomen subjektivitete v družbenih procesih in njegovo osebno konceptualizacijo situacije, daje odgovor na sociokulturne in ekonomske spremembe (Roberts 2008, 21–22). Avtobiografsko pisanje je intenzivno dejanje samorefleksije, v kateri so avtobiografski podatki posameznika raziskovani na osnovi predpostavke. Mills (1959; 2000 v Kebede 2009, 354) s tem presečiščem biografije in družbene zgodovine avtobiografa konkretizira znano in samoumevno in je vanj vpleten. Kebede (2009, 354) predstavi, da avtobiograf hkrati analizira vlogo družbenih sil s poglobljenim razumevanjem intrapersonalne dinamike. Z igranjem ločenega opazovalca in nekoga, ki je izpostavljen z lastno življenjsko zgodbo, je sposoben demistificirati "povečan občutek premaknjenosti s strani nejasnih sil" (Mohorič 2012, 51–55).

7.3.1 Analiza

V zdravstvu delam od svojega prvega dneva službe in letos teče trideseto leto delovne dobe. Pred osemnajstimi leti, ko sem prišla iz bolnišnične socialne službe v zdravstveni dom, je bilo zaposlenih sedem socialnih delavk. V kadrovski službi dve, po ena v patronažnem varstvu, na področju otrok z motnjami v razvoju, v pedopsihiatriji in psihiatriji za odrasle, mene so zaposlili na področju nedovoljenih drog s polovičnim delovnim časom in s polovičnim na psihiatriji za odrasle. To naklonjenost vodstva zavoda

socialnemu delu, posluhu za našo stroko gre pripisati izjemnim naporom in dobremu delu kolegic, ki so imele pomembno mesto znotraj timov in so bile z delom in učinkovitostjo prepoznavne na širšem področju delovanja – tako znotraj timov kot v zunanjem okolju v sodelovanju z različnimi institucijami.

»Psihološko-psihohigienska dejavnost v ZD je pričela nastajati pravzaprav že 1964. leta [...]. Na seji komisije za varstvo žena, otrok in šolske mladine dne 9. 10. 1964 so bila obravnavana tudi vprašanja duševnega zdravja. Neposredni rezultat te seje je bilo oblikovanje podkomisije za mentalno zdravje otrok. Otroški dispanzer v ZD Maribor je leta 1964 kot prvi v državi pričel opravljati sistemske preglede tri- in petletnih otrok [...]. Z razvojem zunajbolnišnične skrbi za predšolske in šolske otroke v Mariboru so strokovnjaki otroške medicine in psihologije ugotovili, da so za otrokovo celovito zdravje bistvenega pomena tudi njegovo čustveno, osebno in duševno zdravje [...]. Začetek delovanja Centra za psihohigieno so določili za 1. 7. 1969 in svojo dejavnost predstavili v medijih. Na ponovnem sestanku pri dr. A. Drolcu je bila predvidena naslednja sistematizacija Centra: pet psihologov, pediater, nevropsihiater, ortopedagog, socialni delavec in dve administratoriki ... Program Centra je obširen, saj je želel zadostiti psihohigienskim potrebam prebivalcev od zgodnjega otroštva do starosti [...]. Pozneje se je iz nje razvila še pedopsihiatrična in psihiatrična dejavnost za odrasle ter Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog, kmalu je bilo 29 sodelavcev, od tega tri socialne delavke.« (Smole in drugi 2004, 5–6).

Prve socialne delavke so opravljale pionirsko delo in postavljale temelje socialnega dela v zdravstvu. Delale so s posamezniki, z družinami, s partnerji, veliko z delodajalci, v skupinah in v okolju. Bile so prepoznavne in dejavne z veliko uspeha, saj je bila odzivnost okolja velika in sodelujoča. Takrat so bile tudi na drugih področjih zaposlene socialne delavke.

Verjeli smo in se učili, da je socialno delo potrebno na vseh področjih dela in življenja, bolj in širše kot vsi drugi poklici – in zato smo se odločile biti socialne delavke v zdravstvu. Bile smo sprejete in priznane skozi delo tako v multidisciplinarni obravnavi kot v skupnosti. »Multidisciplinarni tim je definiran kot skupina posameznikov iz različnih strok, ki so vključeni v projekt in pri tem delujejo neodvisno vsak na svojem področju.« (Cioffi, Wilkes, Cummings, Warne, & Harrison 2010, v Gosak 2012, 16).

Poklic socialnega dela je izrinjen, kar smo opažali že ves čas od osamosvojitve Slovenije. Vsako podjetje je imelo socialnega delavca. Postopoma so jih nadomeščali drugi poklicni profili, najprej v industriji, ali pa so opravljali druge delovne naloge.

»Ni natančnih podatkov, za koliko se je zmanjšalo število socialnih delavk v delovnih organizacijah. Same socialne delavke pravijo, da jih je brez zaposlitve ostalo razmeroma malo, veliko pa jih je bilo prerazporejenih na druge naloge v kadrovski službi.« (Rape, Rapoša - Tajnšek 2006, 253).

Izrinjanje socialnega dela se je nadaljevalo v šolah. Na delovnem mestu svetovalni delavec imajo prednost pri zaposlovanju psihologi in pedagogi. Na CSD so npr. vedno zaposlovali tudi psihologe, pravnike, pedagoge in sociologe. Za strokovno delo socialne delavke velja prepričanje, da ga znajo in lahko opravljajo najrazličnejše poklicne skupine. To se ne konča znotraj strokovnih krogov. Nadaljuje se v karitativnih dejavnostih, Rdeči križ, Karitas, najrazličnejših zasebnih zavodih, ki naj bi zapolnili dela socialnih delavcev v zdravstvu, ki so potrebna, vendar na svojem omejenem področju.

Enaki trendi so se pokazali tudi v socialnem delu v zdravstvu. Sčasoma, ko so se kolegice upokojevale, so njihova delovna mesta ugasnila in ni bilo novih zaposlitev, saj je nastopila doba, ko se je v zdravstvu začelo ekonomsko gledati na zdravstveno dejavnost, ko se je jasno opredelila vloga plačnika in kontrolorja dejavnosti. Pomembno je postalo ekonomsko poslovanje zavoda s pozitivnim poslovnim rezultatom. Nastopilo je obdobje, ko smo se začeli prešteti, ko smo postali storitev – ali je program prodan in priznan, ali imamo pozitivno poslovanje.

»ZZZS sprti spremlja rezultate storitev, vključenih v košarico. V skladu s Splošnim dogovorom mora po vrstah oskrbe in zdravstvenih storitev skleniti pogodbe z izvajalci. Pri tem se z njimi pogaja in sklepa pogodbe z najboljšimi ponudniki. Izvajanje storitev nadzoruje preko kazalnikov kakovosti, torej: nadzoruje izdane fakture in izvaja usmerjene redne nadzore pri vsakršnih odstopanjih od predvidene količine, vrednosti ter kakovosti. V primeru, da ZZZS ugotovi neracionalno, neučinkovito ali nenamensko porabo sredstev pri izvajalcu, ustrezno ukrepa.« (MZ 2011, 11)

S 1. 7. 2012 je nastala sprememba za dejavnost socialnih delavcev v zdravstvu. Z Aneksom št. 1 je ZZZS ukinil delovno mesto socialnega delavca kot nosilca dejavnosti. S tem se je v letu 2012 zgodil velik preobrat v primarni zdravstveni dejavnosti. V standardu za Dispanzerje za mentalno zdravje, ki so bili podlaga za zaposlitev in ohranitev socialnega dela v zunajbolnišnični dejavnosti, so izbrisali socialnega delavca in pustili psihologa ali logopeda ali defektologa in zdravstvenega tehnika in administratorja.

Kljub arbitražnim postopkom, ki so bili opravljeni na ZZZS s strani zdravstvenih domov, ni prišlo do dogovora glede ohranitve statusa pred 1. 7. 2012 in s tem posledično finančnih sredstev. Istočasno so bila ukinjena finančna sredstva za delo pogodbenih terapevtov v klubih zdravljenih alkoholikov. Posledica je bila ukinitve socialnega dela v zdravstvenih domovih, ki je bilo v preteklih desetletjih sestavni del zdravstvenega varstva prebivalstva na področju duševnega zdravja (kurativa in preventiva).

Takrat je bilo zaposlenih devet univerzitetnih diplomiranih socialnih delavk v dispanzerjih za mentalno zdravje, ambulantni pedopsihiatrični službi, ambulantni psihiatriji za odrasle. Pacienti, sodelavci in najširša strokovna javnost so bili zaskrbljeni, izražena je bila podpora in potreba po socialnem delu kot absolutno nepogrešljivem delu zdravstvenega varstva prebivalstva.

S tem dejanjem se je začela izjemno težka pot za socialne delavce na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Poklicala me je socialna delavka, vodja dispanzerja za mentalno zdravje iz drugega mesta, in me prosila za pomoč pri urejanju statusa. Povedala mi je, da se ji obeta izguba službe. Ne samo njej, temveč socialnim delavcem po vsej Sloveniji. Bila sem zgrožena in sem poklicala kolegice socialne delavke v drugih zdravstvenih domovih in jih obvestila o dogajanju. Dogovorile smo se za sestanek. Odločena in prepričana sem bila, da je z borbo mogoče povrniti izgubljeno in ustaviti izgubo služb kolegic. Nismo razumele ukrepa ukinitve delovnih mest socialnih delavcev v zdravstvu.

Na sestanku sem ugotovila, da ne gre za novo nastali problem, temveč za nekajmesečno dogajanje. Posamezne kolegice so se borile malo skupaj, malo vsaka zase – in prepričevale delodajalce, uradnike, da je socialno delo potreben in pomemben del zdravstva. Ob grožnji z izgubo službe in ob prvih odpovedih pa niso obvestile ne ostalih socialnih delavk v zdravstvu ne stanovskih združenj. Celotni sodelavki v istem zavodu se ni zdelo, da je treba kolegici obvestiti o dogajanju. Kljub konfrontaciji je dejala, da se naju to ne tiče, saj ne gre za najino delovno področje. Vse so pisale naokrog, vsaka v svojem imenu in v bran svoji službi. Na začetku so imele podporo delodajalcev in vodij služb. Vendar je ves čas šlo za razpršene, sporadične akcije, ki niso obrodile sadov.

V tem času je bil sklican sestanek socialnih delavcev v psihiatriji, ki sem se ga udeležila. Na dnevnem redu je bila organizacija specializacije na medicinski fakulteti za socialne delavce in različne ideje, kako bomo nadgrajevale strokovno izobraževanje. Takrat sem

vedela, da nadgrajujejo neobstoječ sistem oziroma sistem, ki se podira. Predstavila sem jim problem, nastal na primarnem nivoju zdravstvenega socialnega dela, ki ima v Sloveniji šestdesetletno tradicijo.

Na sekciji socialnih delavk sem 13. 12. 2012 predstavila problem socialnega dela v zdravstvenih domovih.

Kratek povzetek dogajanja:

- V dispanzerjih za mentalno zdravje se je z Aneksom št. 1 k splošnemu dogovoru izpustil socialni delavec.
- Na vseh področjih, kjer so bile socialne delavke, se opaža, da z upokojitvijo ni novih zaposlitev, tako da se izgublajo delavna področja oz. delovna mesta.

Večina prisotnih kolegic ni verjela in so mislile, da pretiravam. Druge kolegice pa so verjele, da se to njim ne more zgoditi, ker je njihovo delo prepotrebno in so nepogrešljive za zdravstvo. Takrat je ena od kolegic vstala in zapustila srečanje. Kmalu se je vrnila in povedala, da je njen sošolec zaposlen na ministrstvu in da ga je poklicala in vprašala, ali so informacije prave in ali je zadeva resna in zaskrbljujoča. Potrdil ji je, da je vse res in da gre za resen trend izbrisa socialnega dela iz zdravstva. Nadaljnja srečanja sekcije socialnih delavcev v psihiatriji so bila zelo okrnjena. Vse manj ljudi je prihajalo na sestanke, ker so verjeli, da nimajo težav. Javno so nekateri izražali dvom v resnost in resničnost problema in pripisovali problem samim socialnim delavcem, da ne znajo predstaviti in zaščititi svojega dela in da direktorji ne izkažejo potrebe po socialnem delu. V tem obdobju sem tudi sama mislila, da nisem ogrožena, vendar se mi je zdelo nedopustno, da bi socialno delo v zdravstvu doletelo to, kar smo videli v podjetjih, šolstvu, CSD in drugje, da so socialne delavce nadomeščali drugi profili ali pa enostavno ni bilo več nikogar. Zato sem prosila predsednico sekcije socialnih delavcev v psihiatriji, da podpre napore in aktivnosti za ohranitev socialnih delavcev na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

Glede na dogajanje smo se dogovorili, da je nujno aktivneje pristopiti k ohranitvi naše stroke v zdravstveni dejavnosti. Na sestanku sekcije je bilo dogovorjeno:

- Da formiramo delovno skupino (koordinacija socialnih delavk v zdravstvu).
- Vsi se včlanimo v sindikat ZSSS in povabimo sekretarko na srečanje sekcije. Ta se je odzvala in udeležila naslednjega srečanja ter nas podprla. Prav tako so v sindikalni reviji objavili članek o nastali problematiki.

- Nastopamo kot celota, da poenotimo vsa delovna področja socialnih delavcev v zdravstvu.

Formirali smo delovno skupino s predstavniki. Na prvem sestanku delovne skupine 9. 1. 2013 je bilo prisotnih osem socialnih delavcev. Dogovor je bil:

- Naredimo nabor vseh aktualno zaposlenih v zdravstvu (prevzela sem to nalogo).
- Po delovnih področjih napišemo vsebino/veščine/doprinos socialnega dela.
- Navezale bomo stike s FSD, RSK in Ministrstvom za zdravje Republike Slovenije.

Drugi sestanek je bil 24. 1. 2013. Opravičili sta se dve kolegici, dve sta poslali namestnike, ostale smo bile prisotne. Nič od dogovorjenega še nismo izpeljali, ker so podatki od kolegov s terena prihajali počasi. Predstavili smo dosedanje aktivnosti in novosti. Pregledala sem zakonske podlage (angažirala pravnico) in doprinos socialnega dela v zdravstvenem sistemu, ekonomsko koristnost socialnega dela in predstavila revijo NOVIS, ki jo izdaja Skupnost zdravstvenih zavodov, kjer je bilo objavljeno, da nas podpirajo. Tako smo na svoji strani imeli enega od treh podpisnikov Splošnega dogovora, in to Skupnost zdravstvenih zavodov.

Prvi del akcije je po sestanku na MZ prinesel dobre rezultate glede socialnih delavcev v dispanzerjih za mentalno zdravje, ki jih bodo vključili z novim aneksom. Do širšega dogovora ni prišlo, saj sta se kolegici žal dogovarjali le za eno področje dela in ne za rešitev problema v celotnem prostoru. Dogovor je bil naslednji:

- Da se predsednica sekcije socialnih delavcev v psihiatriji dogovori za sestanek s FSD, RSK za socialno delo v zdravstveni dejavnosti in z Društvom socialnih delavcev, kjer jih bomo zaprosili za pisma podpore socialnim delavcem v primarni zdravstveni dejavnosti.
- Predsednica dobi datum 28. 1. 2013 za sestanek na FSD.

Sestanka na FSD se je 28. 1. 2013 udeležilo sedem članov. FSD in RSK socialnih delavcev smo zaprosili za pisne podpore, ki jih bom zbrala in poslala ključnim akterjem v politiki. Razdelili smo si naloge za naprej:

- RSK za socialno delo v zdravstveni dejavnosti – predsednica bo še naprej poskušala pridobiti termin za sestanek na Ministrstvu za zdravje, ki bi se ga udeležila razširjena skupina.
- FSD nam bo napisala pismo podpore. Na sestanku mi izročijo revijo Socialno delo, namenjeno socialnemu delu v zdravstvu, ki jo bom priložila zbranim pisnim podporam.
- DSDDS (Društvo socialnih delavk in delavcev Slovenije) – predsednica bo napisala pismo podpore.

Tretji sestanek je bil 14. 2. 2013. Opravičile so se štiri kolegice, ostale smo bile prisotne. Pregledale smo narejeno:

- Naredila sem zbir vseh zaposlenih v zdravstveni dejavnosti in ga preoblikovala v preglednico ter jo 4. 1. 2013 poslala vsem socialnim delavcem, zaposlenim v zdravstvu. Naredila sem zgodovinski pregled socialnega dela; zbrala modele dobre prakse socialnih delavcev. Posredovala informacije o nastalem problemu psihiatru, ki je izdal kolumno na aktualno temo v časniku Večer. Pismo podpore Združenja psihiatrov Slovenije je bilo pridobljeno. V pridobivanju je bilo mnenje RSK za pediatrijo.

Dogovor:

- Pridobivanje termina na MZ pri skupini za javno zdravje. V pridobivanju podpora RSK za psihiatrijo.
- Pregled poročila RSK za socialno delo v zdravstveni dejavnosti iz leta 2009.

Sestanka 21. 2. 2013 na Ministrstvu za zdravje skupine strokovnjakov na direktoratu za javno zdravje sva se udeležili dve socialni delavki, predstojnik moje službe in odgovorna sestra. Predstavili smo aktualno problematiko in člane skupine zaprosili za neformalno in formalno podporo socialnim delavcem v zdravstvu. Dali nam bodo zapisnik z ustrezno vsebino podpore in opozorili na problem pomembne druge na neformalni ravni. Zapisnika kljub večkratnim zaprosilom nismo dobili, kar se je pokazalo kot redna praksa uradov.

Vsa pomembna strokovna združenja, njihove predsednike sem osebno nagovorila in predstavila zaplet. Želela sem pridobiti podporo vseh RSK, delodajalcev, da bi zbrano gradivo posla vsem akterjem, ki bi nas morali priznati, do konca meseca. Presenetil me je

konstruktiven in angažiran odziv drugih strok, kjer so takoj razumeli problem in niso verjeli v možnost ukinitve socialnih delavcev. Na začetku je bilo težko vzpostaviti kontakt z nekaterimi predsedniki, po različnih poteh in vztrajanju pa je le uspelo. Ko so slišali, da gre za socialno stroko v zdravstvu, so bili njihovi komentarji o delu socialnih delavcev tako pozitivni, da se mi je zdelo, da še nikoli o našem delu nisem slišala toliko lepih pohval. Pisne podpore so poslali:

- RSK za psihiatrijo
- RSK za pedopsihiatrijo
- RSK za socialno delo v zdravstveni dejavnosti
- Združenje psihiatrov pri slovenskem zdravniškem društvu
- Zbornica kliničnih psihologov Slovenije
- Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo
- Fakulteta za socialno delo
- Socialna zbornica Slovenije
- Strokovni svet za duševno zdravje in osebe s posebnimi potrebami
- Komisija za otroke z motnjami v razvoju
- Zapisnik Direktorata za zdravstveno varstvo
- MOL – oddelek za zdravje in socialno varnost
- Služba psihohigiensko psihiatrične dejavnosti
- Sindikat zdravstva in socialnega skrbstva Slovenije

Dopis s priloženimi pisnimi podporami in revijo Socialno delo, tematsko številko, namenjeno socialnemu delu v zdravstvu, sem poslala na različne naslove, ključnim predstavnikom Ministrstva za zdravje, ZZZS idr. Odziva ni bilo. Ves čas se je dogajalo več vzporednih dogodkov, ki so bili zelo turbulentni in zelo ogrožajoči za zaposlene socialne delavke v primarni zdravstveni dejavnosti.

- Prve kolegice iz Dispanzerjev za mentalno zdravje so izgubile službo (med njimi dve dolgoletni vodji služb) kljub odmevnim in angažiranim akcijam tako s strani strokovnjakov, uporabnikov njihovih storitev kot medijev (poldnevna oddaja Vala 202, osrednji dnevnik RTV Slovenija, članki).

- V službi smo 2. 1. 2013 ugotovile, da se naše storitve evidentirajo in ne več fakturirajo. To je pomenilo, da smo izgubile priznane storitve in s tem plačilo za svoje delo.
 - Takrat sem ugotovila, da sem tudi sama ogrožena in da nisem več varna v svoji službi.
 - Takrat sem ugotovila, da pravzaprav ne poznam zdravstvenega sistema, kaj ga poganja in kaj ureja.
 - Takrat sem ugotovila, da ima socialno delo status servisnih služb, nimamo zakonov, ki bi urejali našo dejavnost in nas opredelili.
 - Da nimamo svojih stanovskih institucij s formalno močjo.
 - Da smo odvisni od volje delodajalca – ali nas bo zaposlil, koliko nas bo zaposlil in na katerih področjih.
- Več mesecev sem na strani plačnika in pri vходу v zavod poskušala ugotoviti, ali denar prihaja v zavod. Na osnovi osebnih poznanstev sem ugotovila, da denar prihaja, kar pa se ni uradno priznalo.
- Novi dokaz za to, da naše delo obstaja in se ga plačuje, je bil nadzor našega dela, kartotek in evidentiranja storitev s strani plačnika, ZZZS, ki je k sreči odkril nekaj manjših neujemanj in zavrnil izplačilo za dve storitvi. To je bil dokaz, da denar za naše delo prihaja v zavod. Takrat se mi je zdelo, da sem dobila novo moč za borbo v letu 2013.

Najprej sem preučila sistem. Pomembno je, da je naš pogajalec Skupnost zdravstvenih zavodov, ki ima svoje stališče do problematike in obenem zastopa stališče zdravstvenih ustanov. Torej mora biti v interesu službe in delodajalca, da ima določen strokovni profil in dejavnost v zavodu. Direktorji in strokovne službe so po svoji strani izkazovali potrebo in upravičenost do priznanja socialnega dela v zdravstvu. Vodje služb in strokovni sodelavci so utemeljevali nujnost timske multidisciplinarne obravnave pacientov. Vendar ZZZS ni odstopal od izbrisa socialnih delavcev. Tako smo vedno znova dobile sporočilo vodstva, da bomo izgubile službo, če se status naše stroke ne prizna na državnem nivoju. Ob podpori naših sodelavcev, predvsem psihiatrov, smo končne termine za odpovedi delavnega razmerja podaljševali.

Vzporedno sem iskala novo službo, kar me je vedno znova soočilo z dejstvom, da je vse manj področij in delovnih mest, kjer bi bile možnosti za zaposlitev socialnega delavca. Ni bilo možnosti za zaposlitev – kljub dolgoletnim izkušnjam in referencam ter priznanjem za kvalitetno strokovno delo.

Nekaj časa se je zdela dobra rešitev in pravi odgovor, da je problem interne narave, ker nas direktor lahko obdrži v službi, če se tako odloči. Ampak to se mi zdi grozljivo za stroko socialnega dela v zdravstvu oziroma socialnega dela nasploh. Imamo vlogo servisa, ki je odvisen od dobre volje vodstva katerega koli zavoda, ki pa ima tudi svoj omejen čas, saj so vezani na reelekcijo in omejen čas imenovanja. Torej smo del skupnih služb, ki se jih presoja subjektivno, kot se komu zdi uporabna vrednost storitve, ki jo bo koristil – ali pa je ne bo koristil, če je ne pozna. Tako kot ima zavod vodovodarja, električarja ali mizarja in lahko, če teh storitev ne prepoznava kot potrebnih, preda to delo v upravljanje in vodenje servisa, s katerimi sklene pogodbo. Torej gre za servisno službo, ki te lahko naslednji trenutek odpusti ali zamenja, nalaga in naroča ti delo, ki si ga sam zamisli in prepoznava. S tem izgubljam avtonomnost in strokovnost, socialni delavec ni enakovreden član tima v socialno-medicinski obravnavi pacienta. To pomeni, da je socialno delo v zdravstvu brez standardov in normativov, brez strokovno utemeljenega in priznanega dela. O tem priča tako raznolika kadrovska pokritost znotraj primerljivih služb po Sloveniji – npr. UKC Ljubljana, ki ima devetnajst socialnih delavcev, in UKC Maribor, ki ima dva socialna delavca. Psihiatrična bolnišnica Idrija ima osem socialnih delavcev, Ormož tri, Begunje tri in tako naprej. Da ne govorimo o drugih poklicih, ki zasedajo naša delavna mesta, kot so npr. pedagogi in teologi.

Tako sem ugotovila, da imamo samo en organ, ki nas predstavlja, in to je RSK za socialno delo v zdravstveni dejavnosti, ki je posvetovalni organ Ministrstva za zdravje. Nenehno sem oblegala in nagovarjala ne samo takratno predsednico, tudi druge članice, naj ukrepajo v zvezi z nastalimi problemi. Ves čas so razlagale, koliko je bilo narejenega, vendar to so bili le odgovori na uradne pozive, naj podajo mnenja in stališča na razne pobude. Avtonomne aktivnosti in angažiranosti, strategije afirmacije in uveljavitve stroke nisem zasledila. Najhuje se mi je zdelo, da jih je leta 2008 ministrica pozvala, naj pripravijo standarde in normative, ki so jih izdelale na svoj način, mimo obstoječih in uveljavljenih struktur. Pisale so v omejenem krogu, brez posvetovanja in konsenza s socialnimi delavci v zdravstvu. V času, ko se je pokazalo, da imamo eksistenčni problem, pa so vedno znova

govorile, da so žal pripravljene dokumenti obtičali v predalu ministrstva in da ne dobijo terminov za dogovarjanje. Dejstvo je, da naše kolegice, ki so bile naše predstavnice, niso niti zaznale, kaj šele razumele razsežnosti problema za socialno delo znotraj zdravstva kot stroke.

Z večanjem pritiska, da je edina možnost za ohranitev službe urejen status na nivoju države in finančna kazen ustanovi, ki me je zaposlila kot nepriznan profil, sem vedela, da je konec zelo blizu. Ob izjemni podpori najbližjih sodelavcev in predsednice sekcije socialnih delavcev v psihiatriji, ki je z mano ves čas tarča ostrih kritik s strani stanovskih kolegic, sva se uspeli dogovoriti za kar nekaj odmevnih sestankov z najvišjimi predstavniki na Ministrstvu za zdravje (MZ), na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije (ZZZS) 19. 5. 2014 in na Skupnosti zdravstvenih zavodov Slovenije s predstavniki najvišjih stanovskih združenj psihiatrije 3. 6. 2014. Odziv na obsežno akcijo in predstavitev stroke in pomena je bil nepričakovan. Pozvali so me, naj predstavim problem, vendar moj. Po prvotni neodzivnosti je prišlo na dopise in prošnje za sprejem na razgovor veliko odgovorov, v katerih so želeli ljudje konkretne številke, kaj delam, koliko delam. Narava dela jih ni zanimala. Zahvalili so se za pobudo, saj problematike niso poznali na tak način, in spoznala sem, da je danes treba pobude pošiljati od spodaj, iz baze, navzgor – nenehno, aktivno in udarno, da se kaj sliši.

Na njihovo pobudo in zaprosilo sem pojasnila možnosti in potrebe, kje se lahko strokovno utemeljeno pogovarjamo o formalni kadrovske ureditvi in vključitvi socialnih delavcev v zdravstvu. Sledil je poziv s strani MZ, naj prinesemo standarde in normative, ker do takrat pripravljene materiali niso bili ustrezni.

V zavodu, kjer sem zaposlena in kjer je bila podpora izjemna, ves čas trajanja akcije, tako s strani celega vodstva kot celotne službe, je prišlo do preloma, ko je ZZZS denarno kaznoval zavod, ker ni bilo zaposlenega ustreznega kadra. To je v primeru socialnega delavca psiholog.

Kljub vsem uradnim predlogom, utemeljitvam in zaprosilom ZZZS ni popuščal. Tako je direktor 21. 4. 2015 sklical svet zavoda, kjer so bili vsi direktorji in vodje služb. Na drugi strani pa naša služba. Predstavil je vsa dejstva, absolutno potrebo po našem socialnem delu, vendar je sodelovanje zaključeno. Obljubil je prerazporeditev na nižja delovna mesta. Vsem prisotnim sem se zahvalila za vso podporo in narejeno in prosila, ali lahko še nekaj

časa počaka z ukrepi. Rekel je, da odlaša že zadnja leta in da lahko preloži ukrep za en mesec. Vse ključne akterje sem v dveh dneh poklicala in povedala, da bo primarno zdravstvo ostalo brez socialnih služb, in priložila standard in normativ s strokovno utemeljitvijo. Prav tako sem se obrnila na ministrico za zdravje. Vsi so se odzvali in stekla je ponovna akcija.

Obenem je direktor pristal na arbitražo, za katero sva s psihiatrinjo morali v dveh dneh pripraviti strokovno podlago. Takrat sem ugotovila, da se naša stroka znotraj medicine lahko sklicuje na le malo napisanega. Tako zdravniki kot medicinske sestre so izjemno aktivni v pisanju strokovnih člankov (akademski članki za evidence based medicine, nursing) in nastopanj v okviru najrazličnejših konferenc, posvetov. Mi nimamo člankov, ki bi prispevali k prepoznavnosti in strokovnemu razvoju socialnega dela v zdravstvu.

Moja predstavitev je temeljila na naslednjih argumentih. V letih, ko se je začelo izvajati substitucijsko zdravljenje po Sloveniji, se je ta vrsta zdravljenja začela izvajati po vsej državi. Od začetkov pred dvajsetimi leti so bile v več Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog (CZOPD) zaposlene socialne delavke, ki pa se niso ohranile zaradi neurejenega statusa na državnem nivoju. V zdravstveni dom me je sprejel direktor, ki je želel na področju nedovoljenih drog socialno delavko, da se ne bi metadon samo delil, ampak bi dobil program nove vsebine in dejavnosti. V dispanzerju, kamor sem prišla delat, je bil odpor medicinskega kadra velik. Vztrajali so pri zaposlitvi medicinske sestre, potrebe po drugih profilih niso imeli.

Edini Center s socialno delavko v Sloveniji je ta, kjer delam. Zaradi pristopov socialnega dela in timskega dela pri obravnavi pacientov ter vztrajnosti vodje centra, ki je psihiater in je vezal svoje delo na moje, pri tem pa ne popušča pod pritiski, ki so bili včasih bolj in včasih nekoliko manj intenzivni, sem ostala ves čas zaposlena.

Takšen pristop pri obravnavi na področju odvisnosti se je pokazal kot primer dobre prakse in kot izjemno kakovosten in učinkovit način dela tako za vse udeležene pri problemu (odvisneže, svojce, otroke, delodajalce, partnerje ...), za zaposlene v centru in za druge institucije, s katerimi imajo vsi prej navedeni opravka (nevladne organizacije in drugi).

Utemeljitev socialnega delavca v CZOPD:

- Vsi pogovori so potekali konkretno o številkah, o dejavnostih, ki se izvajajo, cilj in namenu opravljenega.
- Poseben poudarek je na prispevku k zdravju; na socialnoekonomskih determinantah zdravja, na neenakosti v zdravju in modelu zdravja.
- Ni šlo za širitev dejavnosti.
- V CPOZPD lahko izberejo oz. obdržijo ustrežnejši strokovni profil.
- Je model dobre prakse, ki ga v praksi CPOZPD poznamo že leta in je v mednarodnih smernicah za delo, kot tudi potrditev socialnega dela s strani nepristranskega raziskovalnega inštituta iz tujine in Slovenije, ki jih je angažiralo naše ministrstvo.
- Direktive in najnovejše resolucije podpirajo multidisciplinarno obravnavo, celovit pristop, ki vključuje socialno delo kot pomemben profil znotraj zdravstvenega sistema. Sicer na deklarativni ravni, pa vendar napisano in sprejeto v nacionalnih programih.

7.3.2 Ugotovitve avtobiografske metode

Ugotovitev 1: Zaznali smo ukinitve socialnih delavcev na različnih področjih, kar je vplivalo na sisteme in spremenilo različna delovna področja (podjetja, šole, CSD). Spoznali smo, da je naslednje področje, kjer ne bo več socialnega dela, primarno zdravstveno varstvo, kar zahteva akcijski načrt za urejanje statusa socialnega dela v zdravstvu. »Drugače rečeno, temeljna globalna tveganja niso več stvar "sveta tam daleč", niso več abstraktna, premaknila so se v vsakdan« (Rener 2007,41).

Ugotovitev 2: Čez noč ukinitve socialnih delavcev v dispanzerjih za mentalno zdravje, brez posveta ali vedenja stanovskega RSK in druge stroke, ki pa tudi po nastalem izbrisu ni dojel resnosti dogodkov za vso stroko.

Kirn (1995, 215) pravi, da so družbene analize tveganj opozorile, da je na tveganje praviloma treba gledati kot na družben, na pa kot na osamljen individualni pojav. »Danes smo priča, da tveganja spremenijo znanost, ki izgubi avtonomijo v definiranju resnice, za družbeno zavezujočo definicijo resnice je sklicevanje na znanstvene rezultate vse nujnejše in vse manj zadostno. Narava tveganj se

kaže kot arbiter, ki v okviru svoje ozaveščene javnosti določa parametre resničnosti« (Mulej 2005, 462).

Ugotovitev 3: Strah pred izgubo službe, iskanje službe in spoznanje, da je le še malo področij, kjer lahko socialni delavec najde delo.

»V individualiziranih življenjskih potekih so ljudje prisiljeni postavljati sebe v središče lastnih življenjskih načrtov in reflektivno konstruirati svojo biografijo. Zaposlitev in delovno mesto že dolgo nista več arena močnih družbenih konfliktov, nanju se veže predvsem strah pred nezaposlenostjo, ki ponika po starostni lestvici navzdol, tako rekoč v obdobje otroštva, kar kažejo tudi naši podatki iz raziskave o osnovnošolski mladini« (Rener 2007, 44). »Negotovost, nestabilnost in ranljivost so najbolj razširjene in boleče lastnosti sodobnega sveta, ugotavlja Bauman (2002, 202). »Fenomen, ki ga vsi ti koncepti poskušajo zaobjeti in artikulirati, je sestavljena izkušnja nesigurnosti (položaja, pravic in preživetja), negotovosti (glede njihovega trajanja in prihodnje stabilnosti) in nevarnosti (človekovega telesa, jaza in njunih izrastkov: lastnine, sošeske, skupnosti)« (Bauman 2002, 203). Prehod v družbo pozne moderne po Giddensu pomeni izločitev človeka iz tradicionalnih zvez, verskih sistemov in socialnih odnosov, pluralizacija življenjskih stilov in konkurenca vrednot pa sta pripomogli k razpadu odnosov, ki so osmišljali življenje posameznika (Beck, Beck – Gernsheim, 2006). Tveganje, o katerem govori Beck, se pojavi predvsem na ravni posameznika in prinaša tveganje tudi v osebne, intimne odnose, ki so se do tega trenutka zdeli samoumevni in nedotakljivi« (Podgornik 2011, 156).

Ugotovitev 4: Stopim v akcijo, ki traja intenzivno od novembra 2012 do junija 2015 in še danes.

»Ljudje, ki so posebej ranljivi in se gibljejo v "conah nevarnosti", so le vrh ledene gore (Jones v Chisholm, 1997, 109; v Rener 2007, 9). Družbene spremembe, družbeni procesi in okoliščine, ki neprestano razdirajo in dezorganizirajo krhki red družbenih odnosov in družbene menjave ter temeljijo na družbeni neenakosti oz. neenaki porazdelitvi moči, ki je razlog za destabilizacijo družbenih odnosov in sistemov skozi organizirane spopade in individualni odpor« (Turner 1995; v Pahor 1999, 1023).

Ugotovitev 5: Kolegice iz bolnišnic se ne počutijo ogrožene. Verjamejo, da brez njih ne zmorejo, da veliko delajo in da so nepogrešljive. Zares se ne vznemirijo. Ne zavedajo se, da so na nivoju servisnih služb, dokler nimamo urejenega statusa na nivoju države. V Sloveniji so na delovnih mestih socialnih delavk že zaposleni dva teologa in pedagoginja, v eni ustanovi pa delovno mesto sploh ni zasedeno.

»Individualizacija tveganja pomeni, da se situacije, ki bi nekoč klicale po kolektivni in politični akciji, zdaj razlagajo kot nesrečne zgodbe tega ali onega, ki jih lahko reši le ta ali oni na individualni

ravni z osebnim delovanjem.« (Renner 2007, 45). Ključni problem "nove individualizacije" vidi Renner (2007, 46) v »epistemološki prevari visoke moderne, v kateri poteka dekonstrukcija mladine v množico individuov, ki se vsak zase potegujejo za svoj čim boljši življenjski prostor, težijo k individualnemu življenjskemu slogu, ki sam odloča o vsem (izobrazbi, delu, kraju in načinu življenja ...), in ne vidijo samodiscipliniranega delovanja, mimo kolektivnih in političnih problemov.«

Ugotovitev 6: V času vseh dogajanj ugotovim, da kljub poznavanju sistema ne poznam veliko stvari. Enako ugotavljam pri kolegicah, da ne poznajo in ne razumejo, kar pa je potrebno, da lahko kaj spremenimo, čeprav večina misli, da ni tako. Dela in obremenitev je veliko, razpršenost socialnih delavcev je velika tako po različnih institucijah kot po področjih dela, pokazala se je šibka solidarnost in individualizacija ter slaba stanovska pripadnost.

»V sodobnih družbah so "svobodne izbire" (o čemerkoli, sploh pa o življenjsko pomembnih rečeh) lahko le začasne in zato prej ko ne iluzorne, kajti ljudi usmerjajo v ukvarjanje s samim seboj, zmanjšujejo možnosti prepoznavanja strukturnih prisil, zmanjšujejo sodelovanje in solidarnost (Renner 2007, 46). »Razlike v zaznavi in oceni tveganja ni mogoče pripisati zgolj razlikam v poznavanju tveganja. Zgrešena so pričakovanja strokovnjakov, da bi zgolj večja obveščenost in poučenost ljudi samodejno odpravili prepad med strokovnimi in laičnimi ocenami tveganja. Obveščenost je sicer pomembna in nujna, ni pa še zadostna za odpravljanje razlik« (Kirn 1995, 215–216).

Ugotovitev 7: Izjemen odziv vodstva zavoda, službe sodelavcev in drugih zdravstvenih strokovnih združenj, podpora in pomoč pri akciji za ohranitev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti.

»Upoštevati je potrebno kompleksnost zdravja in bolezni v sodobnih družbah, zato so potrebne različne teorije in metodologije, ki pomagajo razviti ustrezne poglede na medicinske pojave. Bolezni ni mogoče proučevati na ozek, enodimenzionalen način. Glede na družbeni značaj prevladujočih kroničnih bolezni je nujen multidisciplinarni pristop« (Pahor 1999, 1025). »Kljub nepridobitnosti javne zdravstvene službe pa želijo tudi managerji v javnih zdravstvenih zavodih maksimirati prihodke, saj prizadevanja za zniževanje stroškov niso ravno priljubljena. Dober manager bo imel med cilji tudi iskanje novih poslov. Namesto da bi krčil prevelike zmogljivosti, bo iskal in ponujal nove zdravstvene programe. Sicer pa velja, da dajejo javni zdravstveni zavodi prednost drugim, bolj plemenitim ciljem, šele nato pozitivnim finančnim rezultatom poslovanja« (Česen 2003, 24–27).

8 SKLEP IN RAZPRAVA

V empiričnem delu magistrske naloge smo s pomočjo opravljenih raziskav predstavili položaj socialnega dela v zdravstvu v Sloveniji. Poskušali smo opozoriti na težave in probleme, s katerimi so se socialne delavke v zdravstvu soočile. Problem je pomemben, na temo omenjenega problema ni raziskav in kljub pomembnosti je videti, da problem ostaja manj reflektiran na ravni konkretnih (osebnih) življenjskih potekov v sedanjem obdobju. Da bi pridobljene podatke vseh treh raziskav čim natančneje analizirali, identificirali in prišli do ugotovitev, smo za uspešno raziskavo potrebovali podatke o formalnem položaju socialnega dela in stanju v zdravstvenem sistemu skozi prikaz dela in vloge socialnih delavk v praksi, opredeliti smo morali mesto socialnega dela in prispevek zdravju. Z avtobiografijo lastne akcije za urejanje statusa in priznanje v timu pa podrobno predstavili in reflektirali aktualne dogodke in identificirali, zakaj je socialno delo spregledano.

Raziskava tako širokega vprašanja, kot je socialno delo v primarni zdravstveni dejavnosti, v tako zapletenem okolju, kot je zdravstveni sistem, je bila zahtevna naloga. Zato je bila naša raziskava zastavljena na osnovi treh raziskav. Triangulacija ponazarja slojevitost, večplastnost problema. Rezultati posamezne raziskave se zato medsebojno dopolnjujejo, skladajo in nadgrajujejo.

V pregledu listin ugotovimo, da je v primarnem zdravstvenem varstvu zaposlenih še šest in pol socialne delavke, v drugih službah še sedeminsedemdeset, od tega je sistematiziranih osem področij (glej tabelo 3). Priznanih imajo šest storitev, ki pa so visoko ovrednotene, saj je bilo to zastavljeno in urejeno pred desetletji, ko so delale prve socialne delavke. Pri delu uporabljajo diagnoze "Z" iz MKB-10. Za področje zdravstva morajo imeti opravljen strokovni izpit na MZ, izpraševalka strokovnih vsebin je socialna delavka. Plače so jasno in primerljivo z drugimi poklicnimi skupinami umeščene v sistem plač za javni sektor, uvrščene so v plačno skupino "E" – Delovna mesta na področju zdravstva. Področja, kjer so socialne delavke, so nastajala v skladu s posluhom in naravnimi potrebami okolja in ne v skladu z razvojem služb in sistemske opredelitve področja. Pokritost po Sloveniji je odvisna od afinitete vodstev ustanov do socialnega dela. Tako se vidi, da gre za centralizacijo socialnih delavk v Ljubljani in Mariboru ter v psihiatričnih bolnišnicah. Po ostalih mestih so posamične ali jih sploh ni. V enem zdravstvenem domu je zaposlena pedagoginja in v dveh teolog.

S strukturiranimi intervjuji ugotovimo, da so socialne delavke s svojo izobrazbo in znanji/veščinami že v osnovi interdisciplinarna stroka, ki pri tem uporablja vse metode dela s posameznikom, pari, družino, skupino, v skupnosti, z vplivanjem na zakonodajo in drugo, kar je osnovno orodje za delo. Pri delu so vse vključene v interdisciplinarne ali multidisciplinarne time na specifičnih področjih, ki so vezana na naravo bolezni z različnimi nalogami in različnimi obravnavami. Obravnave potekajo nenehno v vse smeri in v vseh segmentih posameznikovega življenja/družbenega življenja. Doprinos socialnega dela je neposredno na ravni pacientov in svojcev, skupin – pri strokovnem delu v timu in instituciji, kjer so zaposlene. Velik doprinos je zdravstvenemu sistemu in državi/družbi. Tako finančno, kar je žal nemogoče ovrednotiti, kakor pri izpolnjenju obvez socialne državne blaginje. Ugotavljamo, da je poudarek prav na skupinah, ki so izpostavljene v nacionalnih programih in v družbenih determinantah. Srečujejo se z večjimi kompleksnimi problemi: kronične bolezni, duševno zdravje, starostniki, otroci, odvisnosti, nasilje, delavno področje, družine, hospitalizacije, socialne podpore in izključenosti, preventiva, duševno zdravje idr. Za več in natančno opredeljeno – glej drugo raziskavo. Dela in obremenitev je veliko, razpršenost socialnih delavcev tako po različnih institucijah kot po področjih dela, znotraj timov, kjer uporabijo storitve preskrbe, urejanja, je velika. Drugim poklicnim skupinam se je prepustil teritorij in pristopi dela. Socialne delavke izvajajo servisne storitve in ne prezentirajo in zastopajo svoje profesije in znanj. Kar je velika škoda, ki se težko popravi.

V avtobiografski predstavitvi se pokaže, da je problematika urejanja statusa in ohranitve socialnega dela v primarni ravni osvetlila nekaj značilnosti poklicne skupine. Udeležba na sestankih je maloštevilna. Ugotovili smo nizko informiranost o sistemu, v katerega smo umeščeni, ki pa je odločilna za uveljavljanje in priznanje stroke. RSK in strokovna združenja ter socialne delavke niso zaznali resnosti položaja in statusa in niso opozarjali in uveljavljali svojih pristojnosti, kompetenc in zaščitili profesije. Izrazito se je pokazala šibka solidarnost in individualizacija ter tudi slaba stanovska pripadnost. Nepričakovan odziv drugih strokovnih združenj, ki pa so ostala na nivoju pisnih podpor in v posamičnih primerih kot intervencija navzven.

Ugotovili smo, da je problem na petih nivojih:

1. Na ravni države in politike

Dostopnost do zdravstvenega varstva je odvisna v večji meri od pripravljenosti države, da ga omogoči, kot od zdravstvenega sistema samega (Leskošek 2012, 30). Izboljševanje programov s strani vseh sodelujočih izvajalcev in hkratno povečevanje vloge pacientov bosta vplivala na dvig kakovosti, kar je pomemben cilj v sistemu kakovosti v zdravstvu (MZ, 2005).

»V duhu deklaracije iz Alma Ate (SZO 1978), ki je uvedla paradigmo novega javnega zdravja, Ottawske deklaracije o promociji zdravja (WHO 1986), skladno s priporočili iz Adelaide (WHO, 1988) ter Rimsko deklaracijo o zdravju v vseh politikah (EU 2007) je za politiko zdravja značilna jasno izražena skrb za zdravje in enakost v vseh sektorskih politikah ter skupna odgovornost za vplive na zdravje. Glavni namen javne politike zdravja je ustvarjati podporna okolja, ki omogočajo ljudem, da se odločajo za zdrav življenjski slog. Taka politika ljudem približa in poenostavi ter bolje omogoča zdrave izbire v socialnem in fizičnem okolju. Politika zdravja, v nasprotju s tradicionalnim konceptom bolezni, na katerem sloni klasična zdravstvena politika, sloni na konceptu zdravja, je medsektorska in je odgovornost celotne vlade. Politika zdravja se v praksi udejanja v zdravstvenem sektorju kot zdravstvena politika, ki je danes v največji meri namenjena delovanju zdravstvene dejavnosti, medsektorsko pa kot koncept zdravja v vseh politikah in v različnih vladnih sektorjih« (Premik, 2005).

Država kljub priporočilom in usmeritvam SZO in EU o družbenih determinantah zdravja in zmanjševanju neenakosti v zdravju ostaja na deklarativni ravni. Vse opredelitve v duhu novih usmeritev in priporočil so na nivoju nacionalnih programov in ne v dejanjih in pristopih, ki bi zares vključili odpravo neenakosti in se resno lotili družbenih determinant zdravja. Še zmeraj je v nastajanju zdravstvena reforma in zakon o zdravstveni dejavnosti.

V dogovorih se MZ običajno opredeljuje in odloča v korist ekonomije in podpre predloge strokovnjakov, predstavnikov ZZZS – in ne stroke socialnega dela v pogajanjih za pogodbo in ohranitev socialnega dela. Vseskozi matični resor, to je MZ, kaže mačehovski odnos do socialnega dela v zdravstveni dejavnosti, ki ga ne zaščiti v pogajanjih z plačnikom. Domnevamo, da zaradi majhnosti stroke in razpršenosti socialnih delavcev tako po različnih institucijah kot po področjih dela ni kazalo, da bi se kdo posebej vznemiril zaradi izbrisa socialnih delavk, ki pa dokazano v drugi raziskavi predstavljajo veliko oporo zdravstvenemu varstvu v multidisciplinarni timski obravnavi na vseh

najtežjih in najdražjih zdravstvenih področjih, ki predstavljajo izziv in prednostno nalogo javnemu zdravju. Socialne delavke medsektorsko in skupnostno, z zadovoljnim in sodelujočim pacientom, ustvarjajo pogoje za samostojnega in urejenega posameznika, s tem prispevajo v državni in zdravstveni sistem, prav tako v isti raziskavi, veliko prihrankov in predstavljajo prednosti tovrstne obravnave.

Druga stvar, ki se pokaže v raziskavi, je, da je največja koncentracija socialnih delavk v dveh centrih, Mariboru in Ljubljani, in PB – ni enakomerne razporeditvi po vsej državi. Kar kaže ugotovljeno različno število socialnih delavk na enakem strokovnem področju po državi – ali pa jih sploh ni. Tako so na državnem nivoju kršena temeljna načela MZ in pravica pacienta do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino po ZPacP:

»Ogrožene skupine so tiste družbene skupine, ki jim je pri zdravstveni oskrbi zaradi zdravstvenih ali socialnih razlogov namenjena dodatna pozornost in skrb. Pacientove pravice, ki jih ureja ta zakon, so: pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev, pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi, pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev, pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, pravica do spoštovanja pacientovega časa, pravica do obveščenosti in sodelovanja [...].«

Ministrstvo za zdravje je v dokumentu z naslovom Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020 zapisalo naslednja temeljna načela, ki so kršena z izrivanjem socialnega dela iz zdravstvene dejavnosti:

- a) Zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev preko decentralizacije in krepitve regionalizacije ob istočasnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prenašanju in povezovanju znanja med ravnmi.
- b) Zagotavljanje kakovostne dostopnosti preko zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev.
- c) Zagotavljanje finančne dostopnosti s strateškim zagotavljanjem storitev posameznim kategorijam prebivalstva preko definiranja košarice zdravstvenih storitev v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti ter sprememb sistema zdravstvenega zavarovanja.

2. Zdravstvenega sistema

»Revitalizacija javnega zdravja in preobrazba opravljanja storitev zahteva reformo. Delovna sila, ki je bolj fleksibilna, izurjena za opravljanje različnih nalog in usmerjena k timskeemu delu, je v osrčju zdravstvenega sistema 21. stoletja. To vključuje: timsko izvajanje oskrbe, nove oblike izvajanja storitev, veščine, ki podpirajo opolnomočenje bolnikov, in samopomoč. To prinaša tudi novo delovno kulturo, ki goji nove oblike sodelovanja med zdravstvenimi delavci in tudi med delavci zdravstvenih in socialnih služb.« (SZO 2014, 9).

Zdravstveni sistem gre v smeri decentralizacije storitev in prenosa pooblastil med poklicnimi skupinami v zdravstvu ter vzpostavljanje omrežij za nudenje kompleksnih storitev (Kolenc 2010, 31).

Kljub navedenemu je zdravstveni sistem vse bolj usmerjen v zdravstveno ekonomiko in še zmeraj prevladuje biomedicinski diskurz znotraj zdravstvenih ustanov. Ugotovitve pregleda listin v prvi raziskavi nam pokažejo veliko priznanih sistemsko urejenih pravic umeščenosti socialnega dela v zdravstveni sistem, vendar prav toliko, da je omogočeno nemoteno delo na področjih, kjer so zaposleni. V resnici pa ne gre za priznanje avtonomne stroke in enakovredne vključenosti v zdravstveni tim. Gre za minimalne pogoje možnosti ohranitve socialnega dela v podpornem servisnem smislu, predvsem v centrih moči in PB, ki najboljše finančno stojijo, ker imajo najmanjše stroške, ni dragih medicinskih posegov, aparaturo, financirani so po bolnišničnih dneh in posteljah. Kader tako ne predstavlja posamičnega stroška in je v skupni kvoti prihodka.

»Celovita oz. integrirana zdravstvena oskrba je ena od šestih temeljnih znanj in veščin dela, ki zagotavlja, da pri bolniku obravnavamo vse njegove zdravstvene težave na preventivnem, kurativnem, rehabilitacijskem in paliativnem področju, ne glede na problem, zaradi katerega je poiskal pomoč. Ta pojem je bil v preteklosti zlorabljen v cehovske namene in odstopa od osnovnega koncepta. Z njim so dolga leta zagovarjali fragmentacijo osnovnega zdravstva na številne specialnosti.« (Kersnik 2010, 14–15).

»Čeprav je do nedavnega vladalo splošno prepričanje, da zdravstveni sistemi predstavljajo predvsem strošek, ki izčrpava potenciale za blagostanje določene družbe, je danes opazen premik v razmišljanje, da tako zdravstveni sistemi kot vložki v zdravje v vseh politikah lahko vzajemno prispevajo k izboljšanju zdravja in k večji kvaliteti življenja, blagostanju in zmanjšanju neenakosti v zdravju v populaciji.« (Gabrijelčič Blenkuš 2012, 9–10).

Potrebno je uveljavljati svoj profil znotraj zdravstvenega sistema. Profesijo postaviti na temelje zakonodaje in merjenje kazalnikov uspešnosti, svoje delo predstavljati kot socialno

delo v zdravstvu. Tako tudi Flaker (2011, 64) meni, da dinamičen sistem potrebuje dva osnovna regulatorja: kakovosti in razvoja. Če naj bo resnični izraz potreb in hotenj uporabnikov, morata regulatorja temeljiti na sodelovanju uporabnikov in znanstvenoraziskovalnem razvoju stroke. Naloga je zaščitita in prepoznavnost strokovne identitete. Po drugi strani nam je veliko ostalo, pokaže prva raziskava, potrebna bi bila nadgradnja obstoječega in resna pogajanja za naprej z vsemi deležniki, ki sprejemajo odločitve v javnem zdravstvu. Potrebna je iniciativa in akcijski načrt od spodaj navzgor, da se nas prepozna in sliši, na osnovah, ki jih imamo.

3. Na ravni delodajalca – zdravstvenih ustanov

Mesto in vloga primarnega zdravstvenega varstva izhaja iz deklaracije SZO, sprejete na njeni skupščini v Alma Ati leta 1978. Zelo pomembno področje, glede na smernice in programe države, je primarno zdravstveno varstvo, to je zunaj bolnišnična obravnava, ambulantna, ne glede na nivo obravnave. Kljub vsem formalnim možnostim, ki jih ponuja zakonodajalec (arbitraža, prikaz storitev), sta se dva zavoda odločila za pogajanja, sicer neuspešno, pa vendar. Smiselno bi bilo povezati zdravstvene zavode, direktorje, ki bi s skupnim nastopom uveljavili pravico ohraniti nivo, dosežen v preteklosti, in nastopiti združeno na arbitraži ali že v pogajanjih Skupnosti zdravstvenih zavodov. Na zaplet se ne bi smeli odzvati z molkom, zatajevanjem in ukrepanjem s kadrovsko politiko s posledicami na zaposlitve socialnih delavk (upokojevanjem in odpuščanjem), ampak s pogumnim iskanjem rešitev, ki bi bile ugodne za vse prizadete udeležence. Vodstva zdravstvenih domov in drugih institucij, kjer so zaposlene socialne delavke in strokovna stanovska združenja, bi v svojih aktivnostih lahko, glede na to, da so bila opozorjena na dogajanja in so podprla ohranitev socialnega dela v primarni zdravstveni dejavnosti, sprožila odpor do izbrisa socialnega dela iz dispanzerjev za mentalno zdravje, saj imajo še zmeraj največji formalni vpliv. Vendar bi morali biti pozvani s strani strokovnih združenj socialnih delavk, ki se niso zavedale resnosti položaja. Prav tako vloženi dokumenti za pogajanja niso vsebovali kazalnikov, kriterijev in strokovnih utemeljitev iz strokovne baze. Nastala situacija ima daljnosežne učinke za vse akterje. Vendar vidimo, da socialno delo ni opredeljeno na način, ki bi kazal na avtonomnost in nepogrešljivost delovnega mesta. Naloge lahko prevzemajo druge stroke ali pa ne bodo opravljene in bodo pacienti ostali prepuščeni lastnim zmožnostim in resursom.

4. Na ravni poklicne skupine

»Stroka je določena kot organizirana skupina ekspertov, ki uporabljajo pri obravnavi posameznih primerov neko posebno obliko ezoteričnega znanja. Profesionalno delo se spreminja na treh pomembnih ravneh. Gre za: (1) večje socialne in kulturne sile, ki včasih preoblikujejo celotna področja profesionalnega dela in pravila igre, po katerih so profesije organizirane in strukturirane; (2) vpliv drugih profesij in medsebojno tekmovanje; (3) druge načine zagotavljanja strokovnega znanja. Medsebojni vplivi in tekmovanje med profesijami so bili ves čas močno prisotni. Ko so zapustili bolnišnice, so se v prvih dvajsetih letih prejšnjega stoletja pririnjili v kazenski pravosodni sistem in se začeli bojevati s pravniki, socialnimi delavci in pripadniki nove profesije, psihologi. Sistem profesij je svet potiskanja in prerivanja, dobljenih in izgubljenih bitk. Gre preprosto za ekspertne poklice, ki iščejo delo, ki bi ga opravljali, in ga opravljajo, ko ga lahko« (Kolenc 2010, 34–35).

Za zagotavljanje boljšega položaja socialnega dela je treba zagotoviti pogoje, ki jih predlagamo v zaključku, da bo v prihodnosti nadaljnje sodelovanje jasno opredeljeno in vzpostavljena sistemska rešitev za formalno priznanje in vključitev v time zdravstvene obravnave socialnega dela v primarni zdravstveni dejavnosti. Pripadniki posameznih poklicev ne držijo križem rok in si prizadevajo izboljšati svoj družbeni položaj. Zato po zgledu že uveljavljenih profesij dokazujejo pomen svojih storitev za druge in za javno korist. Ta prizadevanja slej ko prej zadenejo tudi državo, na katero se poklici obračajo z zahtevo po javnem oziroma zakonskem priznavanju njihovega posebnega položaja. To vodi k tako imenovanim reguliranim poklicem (Svetlik 1999, 11).

Socialne delavke bodo namreč lažje sodelovale in opravljala svoje naloge avtonomno in samostojno, če bo njihova zaposlitev varna, zaščitena in opredeljena na način, da bodo urejeni normativi, storitve in sistemizirana mesta v zdravstvene time, kot so ostali strokovni kadri v zdravstvu. Ohranitev obstoječega nabora storitev nam omogoča bolj fleksibilno pojmovanje storitev. Predvsem uvede načrtovanje in organiziranje storitev kot novo storitev. Opredeljevanje intervencij, novih storitev, prostorov nam dovoljuje socialno delavske pristope. Definiranje vedno novih, jasno in strogo določenih nam omejuje prav naše delo. Sami sebi bi omejili možnosti delovanja, izhajanja iz uporabnika, potreb posameznika. Širina našega delovanja nam onemogoča, da bi postavili poenoten sistem. Prav s tem bi naredili, kar je naredila medicina z medikalizacijo (pisanje receptov,

obrazcev, navodil) – ves čas bi morali kontekste, ukrepe postavljati v kalupe, številke. Razširi nabor in storitev ter omogoči bolj fleksibilno pojmovanje storitev. Predvsem uvede načrtovanje in organiziranje storitev kot novo storitev. Krepi moč uporabnikov na ravni odločanja z vzpostavljanjem uporabniškega sveta na državni ravni in z možnostjo uporabniških svetov na nižjih ravneh (Flaker 2011, 65).« Zavedati se moramo svojih pristojnosti in poznati svoje naloge in pooblastila, saj se nam le tako ne bo treba več "podrežati" ciljem in nalogam drugih strok in bomo lahko sledili ciljem socialnega dela (izboljšanje kakovosti življenja uporabnikov, krepitev moči, participacija uporabnikov pri odločanju)« (Kvaternik, Grebenc 2008, 140).

Pri tem se borba za pravice ne bi smela končati na tej stopnji, saj se nakazuje, da je cela poklicna skupina ogrožena in odvisna od vodstev posamezne ustanove. Predstavitve in urejanje statusa bi morali segati visoko navzgor in ne v dokazovanje skozi delo in uveljavljanje znotraj timov. Zlasti socialni delavci, še zlasti predstavnice sekcij in RSK, bi se morali zavedati pomembnosti kompleksnosti problema in kompetentno nastopiti v kontinuirani in vztrajni pobudi od spodaj navzgor. Saj je to politična odločitev in ne vrednotenje pomembnosti in priznanja dela posameznika znotraj ustanove. Ugotovitve tretje raziskave avtobiografije pokažejo, da bo prav to velik izziv za socialne delavke.

Socialne delavke bodo morale pristopiti k notranjim spremembam in taktikam tako v boju za ohranitev kot v boju za pridobitev novega, drugačnega in spremenjenega profesionalnega dela v današnjem družbenem okvirju. Socialne delavke se bodo morale tudi v prihodnosti boriti za svoje mesto v tehnološki in družbeni delitvi dela, saj je sistem profesij (Abbott 1988) svet potiskanja in prerivanja dobljenih in izgubljenih bitk (Kolenc 2010, 250).

5. V prihodnjem razvoju zdravstvenega sistema

Naloga moderne države je, da organizira takšen sistem zdravstvenega varstva, ki bo omogočil uresničevanje pravice njenih državljanov do ustrezne ravni zdravja. Spremenjen odnos do zdravja v moderni družbi bi zahteval tudi razmeroma hitro spreminjanje tovrstnih sistemov. Vendar se je tudi na tem področju izkazalo, da smo posamezniki boljše pripravljeni na prihodnost kot pa družbene institucije in njihovi predstavniki (Beck, 1999). Sistemi zdravstvenega varstva so povsod po svetu pokazali razmeroma visoko stopnjo neprilagodljivosti izzivom globalizacije (Kvas, Seljak 2004, 174).

V prihodnje lahko pričakujemo vedno nove izzive, ki bodo vplivali na položaj in priznanje socialnega dela, saj je vse bolj v ospredju razvoj medicine, tehnoloških inovacij, vpliv farmacije in velikih odkritij, od genskega inženiringa do transplantacij in podobnega, kar zahteva velika finančna sredstva in razvoj sub specializacij, ki pa so zelo fokusirane na majhen del človekovega telesa. Razvijajoča se narava zdravstvenega varstva bo še naprej odpirala nove dileme in nove poglede na bolezni in zdravljenje. Ne bo se mudila s celostno obravnavo človeka, to je postranske narave. Dejstvo je, da razvoj tega področja narekuje spremembe, in na pomanjkljivosti sistema nenehno in skoraj vsakodnevno opozarjajo različni deležniki in akterji s tega področja.

V okviru biomedicinskega modela, kjer se preučevanje bolezni omeji na kemijsko dogajanje v telesu, ima absolutno oblast samo tisti, ki ta dogajanja pozna (zdravnik), in pri tem modelu enakopravni odnosi med poklici v zdravstvu niso mogoči (Seljak, Kvas 2004, 121). Zdravstveni delavci, vzgojeni v prepričanju o primarnem pomenu naravoslovnih znanosti pri obravnavi človeka in o učinkovitosti specializacije, ne razvijajo potrebe po družboslovnem znanju. Tako nastaja paradoks, da se zdravstveni delavci pripravljajo za delo z ljudmi, da pa se za to zelo malo usposabljaajo (Pahor 1989, 829). Tu nastopi socialno delo, saj smo ugotovili, da vključitev socialnega dela v zdravstvenem varstvu vpliva na kakovost in uspešnost obravnave, saj zajema vse aspekte bivanja in človekove dimenzije. Prav tako vemo, in številni avtorji in raziskave kažejo, da ima socialna nepravilnost velik vpliv na zdravje ljudi. Zato je skrb za zdravje nekaterih skupin nižjega socioekonomskega statusa ne samo etični imperativ, ampak je z avoljo večjih prihrankov potrebno znotraj sekundarne in terciarne preventive pravočasno predvideti in preprečiti poslabšanje in doseči izboljšanje zdravja. Ker se medicina ukvarja s telesom, boleznijo in kako čim prej povrniti pacientu zdravje ali odkriti vzroke bolezni ali vzpostaviti stabilno stanje pacienta, je pomembno, da socialne delavke v zdravstvu poznamo dimenzije problemov v družbenih danostih postmoderne in v tem tveganju negotovega sveta individualizma. Prav naše delo in pristopi so odgovor na današnji čas, ker znamo povezati in videti zunaj okvirjev, v katerih so se znašli ljudje, ko so nas poiskali. Socialno delo je nepogrešljiv člen v kakovostni obravnavi pacientov.

Zato je absolutno naša naloga, da poiščemo rešitve v času, ko se sistemsko obetajo spremembe in reforma zdravstva, da se poskuša poudariti in opozoriti na druge aspekte zdravja in bolezni, ki so naša domena. Ob omejenih finančnih virih, ko je vse zastavljeno v

iskanju cenejših oblik zdravstvene dejavnosti, se nam lahko kmalu zgodi, da bomo stvar preteklosti, če ne bomo postavili temeljev dela na strokovnih utemeljitvah, znanstveno podprtih kazalnikih vpliva socialnega dela na zdravljenje oziroma sistem. Nujno je zasnovati profesijo na zakonskih temeljih s spremembo zakonodaje, ki bi se nanašala na socialna dela v primarni zdravstveni dejavnosti in zdravstvu nasploh. Potrebno je uveljavljati svoj profil znotraj zdravstvenega sistema. Profesijo postaviti na temelje zakonodaje in merjenje kazalnikov uspešnosti, svoje delo predstavljati kot socialno delo v zdravstvu. Naloga je zaščitita in prepoznavnost strokovne identitete. Potrebno bo dokazati, da bi v veliki meri vključenost socialnega dela v primarni zdravstveni dejavnosti razbremenila finančno in časovno različne nivoje obravnave v zdravstvu. To pa pomeni za socialne delavke več osebne odgovornosti, vezane na strokovne in poslovne cilje ustanove in dela.

Z raziskavami smo odgovorili na vsa raziskovalna vprašanja – in še več. Zastavljena vprašanja in ugotovitve so postavljeno ogrodje za krepitev moči tako posamezne socialne delavke znotraj delovnega okolja kot za vire moči v zdravstvenem sistemu. Še več – samo tako bomo lahko postale avtonomne in nepogrešljiva profesija v sistemu zdravstvenega varstva. Potrebno je uveljavljati svoj profil znotraj sistema, v katerem delamo, in ga obogatiti z jasnimi povratnimi sporočili. Kariero in profesionalizem moramo postavljati na temelje vsaj osnovne raziskovalne dejavnosti, prispevkov, in svoje delo predstavljati kot socialno delo v zdravstvu. Tako bomo najlažje zaščitili prepoznavnost strokovne identitete.

Tezo, da socialno delo v zdravstvu ni bilo opredeljeno na način, ki bi kazal na avtonomnost in nepogrešljivost delovnega mesta, zato se je zdel lahko pogrešljiv, lahko potrdimo.

Zdi se sicer, da je zastavljena problematika težko rešljiva, vendar smo obravnavali področje, ki je trenutno zelo aktualno tako za socialno delo kot zdravstvo in družbo nasploh, tudi za sociologijo. Tako je prispevek magistrske naloge izviren in predstavlja temeljno orodje za uveljavljanje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti kot avtonomni suvereni profesiji. Delo je sinteza priznanih pravic s strani države, pravic socialnih delavk v primarni zdravstveni dejavnosti in ostalih, zbir nalog, vsebin dela in veččin socialnega dela v primarni zdravstveni dejavnosti, prispevek v procesu zdravljenja tako za paciente kot tudi za strokovne sodelavce in zdravstveni sistem. Omogoča pa tudi vpogled, kaj je problem s strani stroke, da se ne uveljavi, skozi avtobiografsko raziskavo. Je integracija

vseh raziskav, v teoriji zbranih pogledov, ki dajejo širši kontekst tako obravnavanemu problemu kot socialnim delavkam znanje za uveljavljanje sistematičnega znanstvenega pristopa k problemom pri uveljavljanju stroke socialnega dela. Obenem je skupek in analiza sodobnih raziskav in teorij na področju zdravstva.

Zavedamo se, da so prispevek in izbrana poglavja tega magistrskega dela, izbrani poudarki zožen pogled skozi oči avtorja in bi bilo za optimalno obravnavo zadanega problema treba osvetliti še strani drugih strok, s katerimi smo v interakciji. Želeli smo dati prispevek v zavedanju, da se lotevamo pomembnega problema, ker gre za tako kompleksno in dinamično področje – tako za medicinsko kot področje socialnega dela. Magistrsko delo bo pomagalo razumeti in reflektirati položaj socialnega dela predvsem v primarni zdravstveni dejavnosti in njihove probleme. Želim si, da bi moje ugotovitve prispevale tudi k praktičnemu reševanju problemov. Vsekakor pa menimo, da je nastalo delo majhen, a pomemben korak v urejanju statusa socialnega dela v zdravstvu in da bo prispevalo k prepoznavnosti, utrjevanju socialnega dela v zdravstvu in njegovega sožitja z medicinskimi disciplinami v preseganju nasprotovanj, neznanja, nerazumevanja, nesporazumov v času tveganj, ranljivosti, neenakosti, saj lahko le vsi skupaj vplivamo na kvaliteto za paciente, naše sodelovanje in za vse kvalitetno profesionalno in posameznikovo življenje. Dodana vrednost je zagotovo predstavljena, znanstveno podprta teorija, ki je temelj socialnega dela v zdravstvu in je najmodernejši model socialnega dela v zdravstvu. Nadaljnje proučevanje bi kazalo usmeriti k preučevanju videnja drugih zdravstvenih profilov v timih o pomenu socialnega dela za obravnavo pacientov.

9 ZAKLJUČEK – Epilog ali novo dejanje?

Za razvoj in uveljavitev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti je potrebno poznavanje aktualnih družbenih kontekstov, dejavnikov v notranjem in zunanjem okolju v preteklosti in v sedanjosti, ki terjajo drugačno vizijo, poslanstvo, cilje in delo socialnih delavcev v zdravstveni dejavnosti. Danes ni več dovolj pridno delati in misliti, da nas drugi potrebujejo in ne morejo brez našega dela. Saj to pomeni, da pristajamo na vlogo podporno servisnih služb in izvajamo dela, ki jih nekdo naroči. V teoretskem okvirju vidimo, da je hierarhija v medicini še zmeraj osnova odnosov, model dela medicine ne glede na vse predstavljene vidike človeškega bivanja in družbene realnosti pa biomedicinski. Njihova primarna orientacija in pristopi so usmerjeni na telo in diagnostiko s tehničnimi pripomočki in edina znanstvena razlaga je merjenje.

Na podlagi akcijskega načrta je mogoče identificirati in izpostaviti konkretne naloge, cilje in strategije delovanja za prihodnost. Na podlagi konkretno izpostavljenih nalog, ciljev in strategij je mogoče razviti nove kontekste delovanja socialnega dela v zdravstvu kot avtonomne znanstvenoraziskovalne profesije in na teh temeljih dobre prakse.

»Profesija predstavlja tisti poklic, ki je dosegel svoje mesto in status v družbeni delitvi dela. Ima visoko avtonomijo. Strokovnjaki soglašajo, da so temeljni kriteriji za status profesije teoretsko znanje, predpisano izobraževanje, preverjanje in potrjevanje usposobljenosti s strani države, nadzor nad profesijo s pooblastili za ukrepanje.

Pripadniki neke profesije obvladujejo visoko zahtevna znanja in izkušnje, se redno in dolgo usposabljujejo. Naročniki sprejemajo njihovo ekspertizo in storitve kot ne vprašljive. Oblikujejo profesionalno organizacijo, ki izvaja profesionalni nadzor nad stroko in nadzoruje vstop v poklic. Delovanje pripadnikov profesije zaznamujejo profesionalna kultura, strokovni jezik in profesionalna etika. Položaj profesije uravnava država« (Svetlik 1999, 10–11).

»Profesionalizacija se ne zgodi sama od sebe. Za to sta potrebna tudi samozavedanje in samoorganizacija poklica, česar se morajo posluževati zlasti poklici, ki ne zasedajo najbolj osrednjih mest v družbeni delitvi dela. Za to je potreben profesionalni projekt« (Macdonald, 1995; v Svetlik 1999, 11).

Vizijo za prihodnost predstavljamo v akcijskem načrtu in predlogu normativov za socialne delavce v zdravstvu na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

AKCIJSKI NAČRT ZA PRIHODNOST:

- razvoj socialnega dela v zdravstveni dejavnosti,
- razvoj socialnega marketinga,
- razvoj socialnega modela zdravja,
- povezati socialne delavce v zdravstveni dejavnosti,
- zakonsko urediti dejavnosti socialnega dela v zdravstveni dejavnosti,
- oblikovati strokovni profil /licenco,
- dati veljavo stroki za profesionalno moč in nuditi oporo stroki,
- ustanovitev poklicnih združenj, ki razvija stroko, vključuje strokovnjake in deluje z konsenzom vseh socialnih delavcev v zdravstvu,
- delo na identiteti in prepoznavnosti stroke,
- zaščititi jezik in prostor s kompetencami in jasno kratko definicijo socialnega dela v zdravstveni dejavnosti,
- vključitev v standard zdravstvenih timov, multidisciplinarno obravnavo s standardizacijo profila socialnega delavca v zdravstveni dejavnosti,
- interdisciplinarnost in uveljavljanje mesta med drugimi profili,
- vključitev socialnega dela v zdravstvu v klinične poti ustanov,
- izdelati ocenjevalne lestvice dela,
- izdelati smernice za delo znotraj zdravstvenega sistema, v katerem delamo (vizija ustanove, vrednote in poslanstvo),
- promocija stroke in uveljavljanje kompetenc profesije socialnega delavca v zdravstvu,
- nudenja medsebojne strokovne podpore,
- izobraževanje, usposabljanja in informiranja,
- skrbno evalvirati in zapisovati, raziskovati svoje delo za bazo razvoja strokovnih pristopov in dobrih praks,
- vseživljenjsko učenje,
- na področju zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji nimamo strokovnih kriterijev, s katerimi bi lahko določili potrebni zdravstveni tim za posamezno storitev oz. za vsako delovišče ali dejavnost posebej. Zato smo na področju socialnega dela v zdravstvu izdelali predlog kadrovskih normativov, ki je izdelan

kot posnetek stanja na terenu. Pri oblikovanju kadrovskih normativov je potrebno izhajati iz dejanskega stanja, ki je bil pred letom 2012.

Tabela 9.1: Predlog standardov in normativov v primarnem zdravstvenem varstvu za zunajbolnišnično socialno obravnavo v zdravstvu na tim

ŠIFRA	ZDRAVSTVENA DEJAVNOST	NORMATIV na tim
302 003	Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog	1 socialni delavec
230 241	Psihiatrija	0,50 socialnega delavca
327 014	Razvojna ambulanta	0,50 socialnega delavca
224 242	Pedopsihiatrija	0,50 socialnega delavca
230 269	Skupnostna psihiatrična obravnava na domu	1 socialni delavec
512 032	Dispanzer za mentalno zdravje	1 socialni delavec

In tako je tudi v tej današnji dvojnosti socialno delo pred nalogo akcijskega načrta, za ohranitev obstoječega in pred profesionalnim projektom za profesionalizacijo socialnega dela v zdravstveni dejavnosti. Socialni model zdravja je preveč pomemben in uporaben, da bi ga izključili za dalj časa.

10 LITERATURA

1. Abbott, Andrew. 1988. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
2. Arnšek, Tatjana. 2009. *Obremenjenost strokovnih delavcev in strokovnih sodelavcev ob izvajanju storitev institucionalno varstvo starejših* VII. konferenca Inšpektorata RS za delo: Standard kakovosti socialno varstvenih storitev. Dostopno prek: www.id.gov.si/si/o_inspektoratu/javne_objave/konference_irsd/ (14. april 2016).
3. Artnik, Barbara. 2011. Socio-ekonomske determinante. *Zdravje in okolje*: 5–13. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
4. Annandale E. 1998. *The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
5. Bambič, Metoda. 2008. *Biopsihosocialni model zdravja*. Diplomaska naloga. Ljubljana: FSD.
6. Barle, Andreja. 2007. *Družbeni vidiki obravnave in razumevanja zdravja in telesa – nacionalizacija (podržavljanje) intimnosti?* Ministrstvo za šolstvo, 55–72. Dostopno prek: <http://www.zrss.si/bzid/geni/pdf/barle-clanek-1.pdf> (31. marec 2016).
7. Barle-Lakota, Andreja, Mirjam Počkar, Bojana Novak Fajfar, Tanja Popit in Alojz Pluško. 2005. *Uvod v sociologijo: učbenik za sociologijo v gimnazijskem izobraževanju*. Ljubljana: DZS.
8. Bauman, Zygmunt. 2001. *Community: Seeking Safety in an Insecure world*. Oxford: Polity Press.
9. Beck, Ulrich. 1997. *Kinder der Freiheit*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
10. --- 2001. *Družba tveganja. Na poti v neko drugo moderno*. Knjižna zbirka Temeljna dela. Ljubljana: Krtina.
11. Beder, Joan. 2005. *Hospital Social Work: the interface of medicine and caring*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
12. Bennett, Lance W. 2008. Changing Citizenship in the Digital Age. V *Civic Life Online, Learning How Digital Media Can Engage Youth*, Lance, ur. W. Bennett , 1–24. Cambridge: The MIT Press.
13. Bezenšek, Jana in Andreja Barle. 2007. *Poglavja iz socialne medicine*. Maribor: Medicinska fakulteta.
14. Buckingham, David. 2008. Introducing Identity. V *Youth, Identity, and Digital Media*, ur. David Buckingham, 1–22. Cambridge: The MIT Press.

15. Bury, Michael in Jonathan Gabe. 2004. *The Sociology of Health and Illness*. London: Taylor and Francis Group.
16. Buzeti, Tatjana, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Mojca Gruntar Činč, Marijan Ivanuša, Janja Pečar, Sonja Tomšič, Polonca Truden Dobrin, Brigita Vrabič Krek, ur. 2011. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
17. Canguilhem, Georges. 1989. *The Normal and the Pathological*. New York: Zone.
18. Cannon Richard. 2008. *The social determinants of health*. South Australian Council of Social Services. SACOSS Information Paper .
19. Center za zdravje in razvoj. *Socialne determinante zdravja*. Center za zdravje in razvoj. Murska Sobota. Dostopno prek: <http://czr.si/socialne-determinante-zdravja.aspx> (03. julij 2012).
20. Cioffi, Jane Marie, Lesley Wilkes, Joanne Cummings, Bronwyn Warne in Kathleen Harrison. 2010. Multidisciplinary teams caring for clients with chronic conditions: Experiences of community nurses and allied health professionals. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 36 (1/2): 61–70. Dostopno prek: Google Books.
21. Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimor: The John Hopkins University Press.
22. Cvetko, Aleksej. 2005. *Ali mobing kot posebna oblika šikane že posega v socialno varnost*. Dostopno prek: <http://www.delavciindelodajalci.com> (30. september 2007).
23. Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.
24. Čobal, Nadja, Mojca Zvezdana Dernovšek in Agata Zupančič. 2010. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja. *Bilten: ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu* 26 (3): 69–72.
25. Dajčman, Davorin. 2006. Dejavnost sodobnega javnega zdravstva temelji na družbeno odgovorni medicini! *ISIS* 15 (10): 74–77.
26. Detels, Roger in Lester Breslow. 2004. Current scope and concerns in public health. V *Oxford: Textbook of Public Health*, ur. Detels, Roger, McEwen, J., Beaglehole, R. in Tanaka, H., 3–21. Oxford: Oxford University Press.
27. Dougan, Katarina. 2013. *Intervju z avtorico*. Maribor, 3. september
28. Doyal, Leslie. 1995. *What makes women sick. Gender and the political economy of health*. New Brunswick. New Jersey: Rutgers University Press.

29. Evropska unija. 2011. Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije. Dostopno prek: <http://europa.eu> (3. marec 2016).
30. Eržen, Irena. 2008. Diskriminacija socialnih delavcev. *Socialno delo* 47 (3/6): 347–355.
31. --- 2012. Socialno delo v zdravstveni dejavnosti. *Socialno delo* 51 (1-3): 15–26.
32. Evropska unija. 2011. Predlog Uredbe evropskega parlamenta in sveta o vzpostavitvi programa *Zdravje za rast, tretjega večletnega programa ukrepov EU na področju zdravja za obdobje 2014–2020*. Bruselj: Svet evropske unije.
33. --- 2014. *Javno zdravje. Boljše zdravje za vse državljane EU*. Bruselj: Evropska komisija. Generalni direktorat za komuniciranje:16. Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije. Dostopno prek: http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/sl/public_health_sl.pdf (3. april 2016).
34. Filej, Bojana, Jasmina Kröpfl in Boris Miha Kaučič. 2015. Kakovost življenja starih ljudi s kroničnimi obolenji. Kakovostna starost. *Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje* 18 (4): 3–13 .
35. Featherstone, Mike. 1982. The Body in Consumer Culture. *Theory, Culture and Society*, 1: 18–33.
36. --- 1991. *Consumer Culture and Postmodernism*. London: Sage.
37. Flaker, Vito. 1993. Duševno zdravje in socialno delo. *Socialno delo* 32 (5/6): 29–39.
38. --- 1995. Študij duševnega zdravja v skupnosti-usposabljanje za psihosocialno delo (poročilo o projektu). *Socialno delo* 34 (6): 437–444.
39. --- 1997. Timi kot način interdisciplinarnega sodelovanja. *Socialno delo* 36 (1): 197–216.
40. --- 2001. Intervju kot umetnost spoznavanja : etnometodološke beležke o tem, kako strokovnjaki spoznavajo uporabnike. *Socialno delo* 40 (2/4): 77– 103.
41. --- 2002. *Živeti s heroinom, I. Družbena konstitucija uživalca v Sloveniji*. Ljubljana: Založba *cf.
42. --- 2003. Temeljne in nujne spretnosti socialnega dela. *Socialno delo* 42 (4/5): 259–270.
43. --- 2011. Teze za diskusijo. *Socialno delo* 50 (1): 63–65.
44. --- 2012. Prostor in socialno delo. *Teorija in praksa* 49 (1): 53–70, 230.
45. Flere, Sergej. 2000. *Sociologija*. Maribor: Pravna fakulteta.

46. Foucault, Michael. 1975. *The Birth of Clinic: an Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books.
47. --- 2003. *Society Must be Defended. Lectures at the College de France 1975–1976*. New York: Picador.
48. Frank, Arthur W. 1990. "Bringing Bodies back in A Decade Review". *Theory, Culture and Society* 7: 131–162.
49. Freund, Peter. 1988. "Bringing Society into the Body: understanding socialized human nature". *Theory, Culture and Society* 17(6): 839–864.
50. Friedson, Eliot. 1994. *Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy*. Cambridge: Polity Press.
51. Gabijelčič Blenkuš, Mojca, Helena Koprivnikar, Andreja Drev, Pia Vračko, Tadeja Hočevar in Mitja Vrdelja, ur. 2012. *Vsevladni pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju*. Ljubljana: IVZ RS.
52. Giddens, Anthony. 1991. *Modernity nad Self-Identity: Self and Society in the Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
53. --- 1997. *Sociology* (third edition). London: Polity Press.
54. Gosak, Milena. 2012. *Celostna obravnava pacienta v preddializnem obdobju*. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
55. Glasser, William. 2003. *Opozorilo: psihiatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje*. Radovljica: Mca.
56. Grebenc, Vera in Ines Kvaternik. 2008. Vrzeli med medicino in socialnim delom. *Teorija in praksa* 45 (1/2): 129–143.
57. Haralambos, Michael in Martin Holborn. 1995. *Sociologija: teme in pogled*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
58. --- 2005. *Sociologija: teme in pogledi*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
59. Herrman, Helen in Eva Jane-Llopis. 2005. Mental health promotion in public health. V *The evidence of mental health promotion effectiveness: strategies for action*, ur. Eva Jane-Llopis, Margaret Barry, Clemens Hosman in Vikram Patel, 42–47. International Union for Health Promotion and Education.
60. Heller, Robert in Tim Hindle. 2001. *Essential Manager`s Manual*. London: Dorling Kindersley Ltd.
61. Hocevar Grom, Ada, Jana Trdič, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Tatjana Kofol Bric, Polonca Truden-Dobrin in Tit Albreht, ur. 2010. *Zdravje v Sloveniji*. Inštitut za

varovanje zdravja RS. *Letni program nalog na področju javnega zdravja v letu 2011*, IVZ.

62. Horvat, Martina. 2010. Zdravstvena obravnava pacienta s kronično boleznijo – obravnava na primarnem nivoju v patronažni dejavnosti. 12. Simpozij zdravstvene in babiške nege. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji*, ur. Štemberger, T. in Majcen Dvoršak, S., 45–53. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
63. Hrovatič, Danica. 2010. Socialni vidik dela s pacientom s kronično boleznijo. V 12. Simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji*, ur. Štemberger, T. in Majcen Dvoršak, S., 24–27. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
64. Hrženjak, Majda. 2014. Državlanske prakse mladih z vidika digitalne neenakosti in interseksionalnosti. *Teorija in praksa* 51 (6): 1304–1320.
65. Ilich, Ivan. 1976. *Limits to medicine*. London: Marion Boyars.
66. Jeleč Kaker, Diana. 2009. Izvor profesionalnog stresa i sindrom sagorjevanja socialnih radnika u zdravstvu u republici Sloveniji. *Ljetopis socijalnog rada* 16 (1): 133–151.
67. Jerovšek, Janez. 1980. *Izobrazba in ekonomska uspešnost*. Ljubljana: Center za samoupravno normativno dejavnost pri DDU Univerzum.
68. Jones, Linda. J. 1994. *Social context of health and health work*. London: Macmillan Press.
69. Johansson, Eva. 1998. *Beyond frustration. Understanding women with undefined musculoskeletal pain who consult primary care*. Doktorska disertacija. Medical faculty, Umea University.
70. Kamin, Tanja in Blanka Tivadar. 2003. Laično upravljanje s telesom v imenu zdravja: iskanje ravnotežja s prehranjevanjem. *Teorija in praksa* 40 (5): 889–906.
71. Kamin, Tanja. 2004. *Promocija zdravja in mit opolnomočenega državljana*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
72. --- 2006. *Psihologija vsakdanjega življenja: Zdravje na barikadah. Dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
73. Kamin, Tanja in Blanka Tivadar. 2011. Kapital(i) in zdravje. *Teorija in praksa* 48 (4): 1004–1023.
74. Kapš, Peter. 2001. *Zgodovina zdravstva: oris svetovnega zdravstva, zdravstva na Slovenskem in zgodovina Zdravstvenega doma Novo mesto do leta 2000*. Novo mesto: Erro

75. Kaplan, H. Berton. 2004. Mental Illness as a Social Problem. V *Handbook of Social Problems – A Comparative International Perspective*, ur. Krohn, Marvin D., 561–586. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications
76. Klemenc-Ketiš, Zalika. 2009. Etični vidiki medikalizacije. *Družinska medicina* 7 (4): 23–29.
77. Kolarič, Zinka, Andreja Črnak-Meglič in Maja Vojnovič. 2002. *Slovenske neprofitno-volonterske organizacije v mednarodni perspektivi*. Ljubljana: Založba FDV.
78. Kolarič, Zinka. 2003. Neprofitno – volonterske organizacije in njihov razvoj – od volontarizma k profesionalizmu. *Teorija in praksa* 40 (1): 37–56.
79. *Katalog informacij javnega značaja*. Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2009. Dostopno prek: <http://www.pb-idrija.si/katalog.htm> (10. april 2010). Poslovno poročilo za leto 2009. Javni zavod Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2010: 61, 63–4.
80. Kolenc, Ljudmila. 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre*. Doktorska disertacija. Ljubljana: FDV.
81. Kornai, Janos in Karen Eggleston. 2001. *Welfare, Choice, and Solidarity in Transition: Reforming the Health Sector in Eastern Europe*, 365. Cambridge. New York : Cambridge University Press.
82. Kogoj, Aleš. 2000. Drugo psihogeriatrsko srečanje – *Celostna obravnava bolnika z demenco*. Ljubljana: Spominčica – združenje za pomoč pri demenci in Psihiatrična klinika: 84–93.
83. Kuhar, Doroteja. 2013. *Duševno zdravje v zdravstveni regiji novo Mesto. Duševno zdravje in izgube*. V *Zbornik prispevkov sodelujočih na strokovnem posvetu ob svetovnem dnevu duševnega zdravja*. Novo mesto: Zavod za zdravstveno varstvo Novo mesto.
84. Kurdija, Slavko. 2000. *Družbene identitete in pomen potrošnje: Potrošnja kot produkcija*. Znanstvena knjižnica. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
85. Kvas, Andreja in Janko Seljak. 2004. Vpliv postmoderne družbe na odnos medicinske sestre do komplementarnih metod zdravljenja. *Obzornik Zdravstvene Nege* 38: 173–9.
86. Lahelma, Eero. 2007. "Health and Social Class". Dostopno prek: http://www.sociologyencyclopedia.com/subscriber/tocnode?id=g9781405124331_chun_k_g97814051243114_ss1-18. (24. marec 2016).
87. Lamovec, Tanja. 1998. *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

88. LeLania, Romeo. 2008. "Socioeconomic Status". Dostopno prek: http://www.sageereference.com/conseling/Article_n445.html. (6. julij 2009).
89. Leskošek, Vesna in Vito Flaker. 1995. Vpliv študija duševnega zdravja v skupnosti na socialno delo na področju duševnega zdravja. *Socialno delo* 34 (6): 395–400.
90. Leskošek, Vesna. 2012. Družbene determinante zdravja - Nabor kazalnikov za merjenje vpliv revščine na zdravje. *Zdravstveno varstvo* 51 (1): 21–32.
91. --- 2013. The health condition of female victims of violence. *Zdravstveno varstvo* 52 (2): 148–156.
92. Macionis, John J. in Ken Plummer. 1988. *Sociology: a global introduction*. New Jersey: Prentice Hall Europe.
93. Mackay, Leslie. 1989. *Nursing a problem*. Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press.
94. Malnar, Brina. 1996. *Zaznava družbene neenakosti*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
95. Marmot, Michael. 2005. *Social determinants of health inequalities*. *Lancet* 365: 1099–104.
96. Medvešek, Tanja. 2006. Skupinsko delo z mladostniki novi koncepti ali le nov besednjak? Poročilo o projektu. *Socialno delo* 45 (3–5): 263–266.
97. Mihalič, Renata. 2006. *Management človeškega kapitala*. Škofja Loka: Mihalič in Partner.
98. Mihelj, Vlado, ur. 2000. *Mladina 2000*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport, urad Republike Slovenije za mladino. Maribor: Aristej.
99. Mohorič, Špela. 2012. *Vstop mladih na trg dela v Sloveniji*. Magistrsko delo. Ljubljana: FDV.
100. Maučec Zakotnik, Jožica, Cirila Hlastan-Ribič in Agata Zupančič. 2004. Promocija krepitve zdravja z gibanjem in zdravo prehrano na nacionalni ravni. V 5. redno letno plenarnem srečanje *Slovenskega foruma o preventivi bolezni srca in žilja*, 29–32. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije.
101. McCrae, Robert R., Antonio Terracciano, Veljko S. Rus, Agata Zupančič in Nuška Podobnik. 2005. Universal features of personality traits from the observer's perspective: data from 50 cultures. *Journal of personality and social psychology* 88 (3): 547–561.
102. --- 2005. Personality profiles of cultures : aggregate personality traits. *Journal of personality and social psychology* 89 (3): 407–425.

103. Molan, Marija. 2012. Vpliv psihosocialnih dejavnikov na počutje zaposlenih v javnem sektorju. Dostopno prek: <https://www.google.si/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=VPLIV+PSIHOSOCIALNIH+DEJAVNIKOV+NA+PO%2C%28CUTJE+ZAPOSLENIH+V+JAVNEM+SEKTORJU+doc.+dr.+Marija+Molan%2C> (31. marec 2016).
104. Milčinski, Lev. 1975. Freud je spregovoril po slovensko. V *K psihopatologiji vsakdanjega življenja*, Freud, S., 5–10. Ljubljana: DZS.
105. Milošević-Arnold, Vida. 2000. Profesionalne vloge socialnih delavcev pri delu s starimi ljudmi. *Socialno delo* 39 (4/5): 253–262.
106. --- 2001. *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
107. Milošević-Arnold, Vida in Milko Poštrak. 2003. *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Študentska založba.
108. Možina, Miran. 2011. Kratka zgodovina psihoterapije na Slovenskem. V *Psihoterapija*, ur. Žvelc, M., M. Možina in J. Bohak, 11–55. Ljubljana: Založba IPSA.
109. Ministrstvo za zdravje RS. 2005. *Osnutek sistema kakovosti v zdravstvu v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: MZ. Dostopno prek: <http://www.mz.gov.si> (13. marec 2016).
110. --- 2006. *Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti*. 7-12. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Dostopno prek: <http://www.mz.gov.si> (18. marec 2016).
111. --- Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva. 2009. Koordinator naloge: Damijan Jagodic. *Zmanjševanje razlik v času ene generacije*. Dostopno prek: <http://www.mz.gov.si> (13. marec 2016).
112. --- Direktorat za javno zdravje. 2015. *Smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu*. Dostopno prek: <http://www.mz.gov.si> (13. marec 2016).
113. --- 2013. *Strategija razvoja dejavnosti javnega zdravja/osnutek 2013 – 2023*. Ljubljana: MZ. Dostopno prek: <http://www.mz.gov.si> (13. marec 2016).
114. --- 2013. *Strategija javnega zdravja 2013-2020*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2013/javna_obravnava.pdf (3. februar 2016).
115. --- 2015. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015 – 2025. Skupaj za družbo zdravja (ResNPZV 2015 - 2025). Dostopno prek: <http://www.mz.gov.si> (23. marec 2016).
116. Oblak Črnič, Tanja. 2012. Digitalne razslojenosti: Slovenska spletna kultura skozi razredno in kulturno diferenciacijo. *Družboslovne razprave* 28 (71): 39–62.

117. Ovsenik, Mara in Milan Ambrož. 2000. *Ustvarjalno vodenje poslovnih procesov*. Portorož: Turistica, Visoka šola za turizem.
118. Pahor, Majda. 1989. Družba in medicina. Sociološki vidiki razvoja zdravstva. *Teorija in praksa* 26 (6-7): 828–837.
119. --- 1997. *Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
120. --- 1998. Univerzitetni študij za medicinske sestre: primer prve generacije študentk zdravstvene vzgoje. *Obzornik zdravstvene nege* 32: 185–197.
121. --- 1999. *Sociologija za zdravstvene delavce*. Univerza v Ljubljani: Visoka šola za zdravstvo.
122. --- 1999. Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa* 36 (6): 1014–1026.
123. Pahor, Majda in Valentina Hlebec. 2006. Socialna omrežja in zdravje: Spremembe v Sloveniji. *Zdravstveno Varstvo* 45: 175–185.
124. Petek-Šter, Marija in Tatjana Cvetko. 2009. Medikalizacija zdravega. V Medikalizacija: učno gradivo za 26. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, ur. Zalika Klemenc-Ketiš. *Družinska medicina* 7 (4): 125–127. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
125. Parsons, Talcott. 1951. Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* 11: 452–460.
126. Petitrideset. 2004. *35 let psihiatrične in pedopsihiatrične dejavnosti ZD Maribor*, ur. Smole, Franci. Zbornik predavanj. Maribor.
127. Pivec, Nataša. 2014. *Družbena konstitucija slabe ženske*. Doktorska disertacija. Ljubljana: FDV.
128. Premik, Marjan. 1995. *Zdravstveni dom: Javni in zasebni sektor*, 14–22. Ljubljana: Medicinska fakulteta inštitut za socialno medicino.
129. --- 2005. Od zdravstvene politike do politike zdravja. V *5. kongres zdravstvene nege "Skrb za zdravje"*, ur. Filej, Bojana, 25–39. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
130. --- 2005. Vpogled v razvoj, funkcije in strukture javnega zdravja. V *Cvahtetovi dnevi, zbornik srečanja*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

131. Premik Marjan, Marjan Bilban, Lijana Zaletel Kragelj, Barbara Artnik. 2004. *Slovenska šola za javno zdravje. Strokovne podlage za ustanovitev*. Univerza v Ljubljani: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
132. Radman, Helga. 2002. *Problem tveganja v sodobni družbi*. Diplomsko delo. Ljubljana: FDV.
133. Rakovec Felser, Zlatka. 2002. *Zdravstvena psihologija*, 19–22. Univerza v Mariboru: Visoka zdravstvena šola.
134. Rape, Tamara in Pavla Rapoša-Tajnšek. 2006. "Socialne delavke v delovnih organizacijah." *Socialno delo* 45 (3/5): 253–255.
135. Renner, Tanja. 2007. Globalizacija, individualizacija in socialna izključenost mladih. *IB revija* 2: 40–49.
136. Rus, Veljko. 2003. Sociološki vidik prehoda iz moderne v postmoderno državo. *Teorija in praksa* 40: 5–16.
137. Scambler, Graham in Paul Higgs. 1998. *Modernity, medicine and health. Medical sociology towards*. London: Routledge.
138. Schilling, Chris. 1993. *The Body and Social Theory*. London: Sage.
139. Selič, Polonca. 1994. Biopsihosocialni model zdravja. *Anthropos* 26 (4–6): 150–69.
140. --- 1999. *Psihologija bolezni našega časa*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
141. --- 2006. Socialna podpora in psihosocialni vidik zdravja v lokalni skupnosti. V: Družinska medicina v skupnosti: učno gradivo za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, ur. Iljaž, R., Kersnik, J. in Turk, H. *Družinska medicina* 4 (4): 114–125. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
142. --- 2010. Dejavno odkrivanje in pogostost nasilja v družini : podatki in osnova za sodelovanje med strokami. V *Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi*, ur. Dvoršak, A. in Selinšek, L., 31–44. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede: Pravna fakulteta.
143. Seljak, Janko. 2004. Sprememba odnosov v zdravstvenem varstvu kot predpogoj za uspeh zdravstvene reforme. *Uprava II*, (1): 109–124.
144. Seljak, Janko in Andreja Kvas. 2012. "Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu". *Obzor Zdrav Neg* 46 (2):137–46.
145. Slatnar, Boštjan. 2012. Medikalizacija - medikamentalizacija družb poznega kapitalizma. *Časopis za kritiko znanosti* 39, 40 (250): 31–46, 291–292, 299–300.

146. Stefanova, Valentina. 2008. *Doživljanje in stigmatizacija debelosti pri mladih*. Magistrsko delo. Ljubljana: FDV.
147. Stefanoski, Peter. 1996. Socialno delo, ki akceptira uživanje drog. *Socialno delo* 35 (4): 289–300.
148. Stehr, Nico. 2001. *The Fragility of Modern Societies: Knowledge and Risk in the Information Age*. London: SAGE Publications.
149. Svetina, Simona. 2007. Delo socialnega delavca v zdravstvu. V *Socialno delo za enake možnosti za vse*, ur. Debeljak, B. in Urek, M. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
150. Svetovna zdravstvena organizacija. 2014. *Zdravje 2020: temeljna evropska izhodišča*. Copenhagen: Publications WHO Regional Office for Europe UN City Marmorvej. Dostopno prek: <http://czr.si/files/zdravje-2020.pdf> (6. februar 2016).
151. Svetlik, Ivan. 1987. Izobraževanje in družbenoekonomski položaj. *Družboslovne razprave* 25 (4): 27–44.
152. --- 1999. Sodobni izzivi profesionalizmu. *Revija Knjižnica* 43 (2/3): 7–18.
153. Šešerko, Mateja. 2009. *Vpliv družbenih dejavnikov na zdravje*. Diplomsko delo. Ljubljana: FDV.
154. Štorkelj, Romana. 2008. *Informacija zdravstva z vidika e-storitev*. Diplomsko delo. Ljubljana: FDV.
155. Šugman Bohinc, Lea in Vito Flaker. 2007. Poreklo koordinirane oskrbe. *Teorija in praksa* 49 (1): 103–123.
156. Švab, Alenka. 2010. Kdo se boji (raznovrstnosti) družin? Sociološki pogled/i na sodobno družinsko življenje. *Socialno delo* 49 (5–6): 341–349.
157. Švab, Vesna. 2001. Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami. *Zdrav Var* 40: 61–64.
158. --- 2004. Huda in ponavljajoča se duševna motnja. V *Psihosocialna rehabilitacija*, ur. Švab, V., 13-14. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.
159. Tajnikar, Maks in Petra Došenovič. 2003. »Bela knjiga« zdravstvene reforme v Sloveniji v letu 2003 – komentar, *Bela knjiga: reforma slovenskega zdravstva*. 23-33. Ljubljana: Društvo ekonomistov Ljubljana.
160. Tekavčič-Grad, Onja. 1997. Akademik prof. Dr. Lev Milčinski. *Zdravniški vestnik* 66, (2): 49–50.

161. Todaro, Michael P. in Stephen C. Smith. 2006. *Economic Development*. 9th Edition. Harlow (etc.): Pearson Addison-Wesley.
162. Toš, Niko in Brina Malnar. 2002. *Stališča o zdravju in zdravstvu. Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*. 87–162. Ljubljana: FDV, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.
163. Toš, Niko. ur. 2004. *Vrednote v prehodu, III*. Slovensko javno mnenje 1999–2004. Ljubljana: FDV.
164. Tivadar, Blanka. 2008. *Neenakosti v zdravju*. Prosojnice za predavanje pri predmetu Družbeni vidiki zdravja in bolezni. Ljubljana: FDV.
165. Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
166. Trautmann, Franz, Nino Rode, André van Gageldonk, Daan van der Gouwe, Esther Croes, Romana Zidar, Heino Stöver, Mojca Gašparič in Nuša Konec-Juričič. 2007. *Evalvacija vzdrževalnega substitucijskega programa zdravljenja v Sloveniji – ocena kvalitete in učinkovitosti*. Inštitut Trimbos – Nizozemski inštitut za duševno zdravje in odvisnosti. Univerza v Ljubljani: Fakulteta za socialno delo Utrecht-Ljubljana.
167. Turner, Brayan S. 2004. *The Body and Society: Explorations in the Social Theory*. London: Thousand Oaks.
168. Uhan, Samo. 2004. Kakovost življenja v razširjeni Evropi. V *S Slovenkami in Slovenci na štiri oči*, ur. Brina Malnar in Ivan Bernik, 195–212. Ljubljana: FDV.
169. Ule, Mirjana. 1996. Vrednote mladih. V *Mladina v devetdesetih, Analiza stanja v Sloveniji*, ur. Ule, M. Ljubljana: ZPS.
170. --- 1999. *Predsodki in diskriminacije: izbrane socialno-psihološke študije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
171. Ule, Mirjana, Tanja Rener, Metka Mancin-Čeplak, Blanka Tivadar. 2000. *Socialna ranljivost mladih*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad Republike Slovenije za mladino, Aristej.
172. --- 2000. *Sodobne identitete v vrtincu diskurzov*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
173. --- 2002. Mladina: fenomen dvajsetega stoletja. V *Mladina 2000, Slovenska mladina na prehodu v tretje tisočletje*, ur. Miheljak, V. in Ule, M. in drugi. Maribor: Aristej.

174. --- 2003. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Ljubljana: Aristej.
175. --- 2003. *Spremembe vrednot v družbi tvegaj*. Pogovori o prihodnosti pri predsedniku. Dostopno prek: <http://www.prihodnost-slovenije.si/up-rs/ps.nsf/krf/96997D6B515C0960C1256E940046C55B?OpenDocument> (01. april 2016).
176. Ule, Mirjana in Metka Kuhar. 2003. *Mladi, družina, starševstvo*. Ljubljana: FDV.
177. --- 2004. Družbene vrednote in družbena neenakost. *Teorija in praksa* 41 (1–2): 352–360.
178. --- 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: FDV.
179. --- 2012. Družbeni vidiki zdravja in medicine. *Socialno delo* 51 (1–3).
180. --- 2013. Identitetni izzivi in družbene izkušnje študentov in študentk z ovirami. *Družboslovne razprave* 24 (74): 7–23.
181. Ule, Mirjana in Tanja Kamin. 2012. Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju. *Zdrav Var* 51(1): 1–2.
182. Urek, Mojca. ur. 1991. Subpsihiatricne študije. *Časopis za kritiko znanosti* 19: 138–139.
183. --- 2012. Zdravje med neenakostmi, socialnim delom in participacijo. Uvodnik; *Socialno delo* 51 (1-3): 1–4.
184. Voljč, Božidar. 2007. Načela Ljubljanske listine in stališča Svetovne zdravstvene organizacije v zdravstvenem varstvu starejših ljudi. *Kakovostna starost* 10 (4): 2–8. Inštitut Antona Trstenjaka.
185. Walker, Lisa. 1993. How to recognise lesbian. V Fraser M. in Greco M. 2005. *The Body, A Reader*. London: Routledge.
186. Wilkinson, Richard in Michael Marmot. 2003. *The solid facts*, second edition. Copenhagen: World Health Organisation.
187. White, Kevin. 2002. An Introduction to the Sociology of Health and Illness. *SAGE* 24: 196.
188. Whitehead Margaret, Dahlgren Göran. 2006. *Concepts and principles for tackling social inequalities in health: levelling up*. Copenhagen: Part 1.WHO Regional Office for Europe. Dostopno prek: http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/sl/public_health_sl.pdf (09. april 2016).

189. WHO. 1968. *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November. Dostopno prek: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (25. maj 2006).
190. --- Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR; 6. - 12. september 1978.
191. --- 2002. *Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants*. Copenhagen: World Health Organization.
192. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur. l. RS 15/2008 (11. februar 2008).
193. Zaletel-Kragelj, Lijana, Ivan Eržen, Marjan Premik. 2007. *Uvod v javno zdravje*. Priročnik za pripravo na strokovni izpit za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce z višjo, visoko in univerzitetno izobrazbo. Ljubljana: MZ.
194. --- 2011. *Vloga države v skrbi za zdravje prebivalcev*. Zdravje in okolje. Izbrana poglavja. Gradivo za študente (za interno uporabo).
195. --- 2011. *Zdravstvena dejavnost v Sloveniji*. Zdravje in okolje. Izbrana poglavja, 164–167. Gradivo za študente (za interno uporabo).
196. Zaviršek, Darja. 1994. *Ženske in duševno zdravje: O novih kulturah skrbi*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
197. --- 1995. "Če vidiš duhove, povej ljudem!" Nekaj miselnih modelov v antropologiji zdravja. *Socialno delo* 34 (2):109–118.
198. Zelko, Erika in Staša Kocjančič. 2009. Načela medikalizacije. V: Zalika Klemenc-Ketiš ur. *Medikalizacija*. Učno gradivo za 26. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana : Zavod za razvoj družinske medicine.
199. Zupanič, Milena in Keber Dušan. 2013. Naj bodo vsaj v bolezni državljani še naprej enaki. *Delo*. Dostopno prek: <http://www.delo.si/zgodbe/sobotnapriloga/dusan-keber-naj-bodo-vsaj-v-bolezni-drzavljanise-naprej-enaki.html> (13. maj 2013).
200. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). 2015. *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015*. (9. julij 2015).
201. Živič, Zlata. 2010. Multidisciplinarni team-osnova uspešne zdravstvene nege in rehabilitacije. V *Celostna obravnava bolnika z demenco*. 2. psihogertrično srečanje, ur. Kogoj, A., 84–92. Ljubljana: Spominčica-združenje za pomoč pri demenci.

PRILOGA: Kodiranje

KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela

KODA 1 - administrativna dela

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- pomoč pri uveljavljanju pravic
- posredovanje dopisov, zaprosil na zunanje institucije
- dajanje navodil
- vročanje sklepov sodišča
- pomoč pri pridobivanju pravne pomoči
- pridobivanje mnenj drugih strokovnjakov
- pridobivanje, posredovanje, pomoč pri urejanju različne dokumentacije – izpolnjevanje
- urejanje zavarovanja/ dokumentov
- vnos storitev, evidentiranje socialnih obravnav
- vodenje evidenc
- evaluacija

POJMI: pomoč, urejanje, pravice.

KODA 2 - sodelovanje v zdravljenju

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- zbiranje hetero anamnestičnih podatkov
- podatki o bolnikovem življenjskem svetu
- pomoč pri prepoznavanju socialnih stisk/ težav
- izbiri ustreznih strategij reševanja
- kontakt ob sprejemu, odpustu
- preverjanje zmožnosti bolnika
- preverjanje zmožnosti svojcev
- načrtovanje, raziskovanje in reševanje vseh socialnih težav, ki vplivajo na bolezen/ zdravljenja / ponovitev bolezni

- posredovanje informacij pacientom in njihovim družinskim članom glede pravic, ki izhajajo iz diagnoze oz. zdravstvenega stanja
- rehabilitacija v okolju uporabnika spremljanje bolnikov po odpustu
- načrtovanje oskrbe ob poslabšanju bolezni

POJMI: organiziranje, kontakt, pogovor, svojci, bolnik, raziskovanje.

*KODA 3 - specifične naloge, ki izhajajo iz posameznega delovnega področja
(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)*

- doprinos pri načrtovanju paliativne oskrbe
- svetovanje in pomoč bolnikom pri urejanju medicinsko tehničnih pripomočkov
- sodelovanje v komisiji za sterilizacijo, vazektomijo in umetno prekinitev nosečnosti
- načrtovanje, organizacija in evalvacija prostovoljnega dela
- organiziranje in koordiniranje prostovoljnega dela
- urejanje skrbništva za poseben primer
- sodelovanje v postopkih posvojitve ali oddaje otrok v rejniško družino
- sodelovanje v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo
- ob kontrolah koordinira sodelavce; sprotno jih obvešča o njihovem prispevku pri reševanju problema pri živčno mišično obolem
- individualna obravnava (poteka sočasno z nevrološko obravnavo) v okviru živčno mišičnega registra ob postavitvi diagnoze (pomoč pri urejanju statusa)
- izvajanje nadzorovane obravnave s sklepom sodišča po Zakonu o duševnem zdravju
- celostna obravnava v okviru ambulantne skupnostne psihiatrične obravnave
- socialna obravnava otrok zdravljenih na Pediatrični kliniki
- socialna obravnava otrok zdravljenih na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo
- socialna obravnava pacientov zdravljenih na Infekcijski kliniki
- urejanje podaljšanega bolnišničnega zdravljenja
- pomoč pri urejanju skrbništva
- kontinuirano spremljanje bolnikov in njihovih svojcev od diagnoze pa vse do smrti
- posredovanje podatkov in pomoč zunanjim institucijam v zvezi z urejanjem socialnih pokopov in pokopov umrlih, ki nimajo svojcev
- ekstra piramidni tim

- stalni član Tima Službe za otroško psihiatrijo
- sodelovanje s psihiatrom glede ocene opravilne sposobnosti pacientov in usmerjanje svojcev
- skrb za klinične sestanke
- ritual ob smrti bolnika
- uvajanje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti na področje paliativne oskrbe in organiziranje edukacijskih programov s tega področja
- opolnomočenje in izobraževanje bolnikov ter njihovih svojcev za kakovostnejše življenje s Parkinsonovo boleznijo
- pridobivanje patronažnega mnenja zaradi zdravljenja s kisikom na domu
- sodelovanje s štacijskimi medicinskimi sestrami glede odvzema brisov
- socialno varstvena zaščita dojenčkov in otrok
- sodelovanje z družinami otrok s posebnimi potrebami
- nudenje podpore in krepitev moči staršev pri prepoznavanju in sprejemanju posebnih potreb otroka
- raziskovanje procesa soočanja in prilagoditve na življenje z otrokom s posebnimi potrebami

POJMI: bolezen, družina, otroci, medicinske sestre, opolnomočenje, izobraževanje, tim, kronična bolezen, smrt, pokop, vseživljenjska skrb, fizična oviranost, patronaža, svojci.

KODA 4 - akutne in ogrožajoče okoliščine (KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- reševanje ogrožajočih razmer
- povezovanje z drugimi institucijami v primeru ogroženosti pacienta
- zagotavljanje in izvajanje državljskih pravic pacientov po zakonu
- vključevanje in nudenje pomoči pri zaščiti otrok, ki so ogroženi zaradi nasilja ali drugih dejavnikov v družini
- pomoč pri sprejemanju otrokove diagnoze
- hitra ocena tveganja
- svetovanje in nudenje podpore v primeru trpinčenih žena, otrok in mladostnikov

POJMI: svetovanje, sprejemanje, tveganje, podpora, vključevanje, bolnik, družina, reševanje, nasilje, zaščita, trpinčenje.

KODA 5 - pacientove potrebe (KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- ocena pacientovega zdravstvenega stanja
- ocena bolnikovega lastnega sprejemanja bolezenskega stanja
- ocena čustvenega stanja bolnika
- ocena podpore bolnika iz strani svojcev
- ocena funkcioniranja v skupnosti
- ocena socialnega stanja
- zbiranje podatkov v okolju

POJMI: potrebe, čustva funkcioniranje, socialno in zdravstveno stanje, okolje, bolnik.

KODA 6 - osebna pomoč

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- informiranje o predpisih in pravno materialnih pravicah, o možnostih v družbi
- vključenost v sistem
- opolnomočenje
- krepitev moči
- opredelitev socialne stiske, problema
- reševanje socialnih problemov
- odpovedati se temu, da ne verjamemo
- verjeti v moč okrevanja
- omogočanje dostopa do storitev tistim, ki sami ne bi prišli do njih
- individualna obravnava (kroničnih bolnikov, starostnikov, študentov, pacientov s spremenjeno telesno podobo, invalidnostjo)
- informiranje o možnostih pritožb in pomoč pri posredovanju le te
- sodelovanje pri varstvenem nadzorstvu
- pomoč pri sodnih postopkih

POJMI: pomoč, postopki, opolnomočenje, krepitev moči, moč okrevanja, vključenost.

KODA 7 - timsko delo

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- sodelovanje v interdisciplinarnem / multidisciplinarnemu timu
- načrtovanje zdravljenja
- dajanje navodil
- oblikovanju in izvajanju programov celostne rehabilitacije
- koordinator sodelovanja med institucijami
- koordinator sodelovanja znotraj zdravstvenega doma
- vključenost v timsko delo na posameznih oddelkih bolnišnice omogoča, da v tim vnašamo pogled v socialne razsežnosti pacientovih težav in obenem ponujamo realne in zakonsko možne rešitve, ki jih drugi člani tima ne poznajo, ker obvladujejo druga področja dela
- opazovanje otroka v vzgojno izobraževalnih ustanovah in podajanje informacij strokovnim delavcem tima
- omogočanje medsebojnega informiranja, svetovanja, kvalitetnejšega profesionalnega dela/razvoja
- pretok informacij, ki zagotavlja boljše rezultate dela vseh vključenih v zdravljenje in terapevtsko-diagnostično obravnavo
- sodelovanje v psihoterapevtskem timu pri določanju ciljev, rehabilitacij in programov zdravljenja
- načrtovanje odpusta bolnika
- vzpostavitev sistema za načrtovanje odpusta

POJMI: interdisciplinarni/ multidisciplinarni tim, vzpostavitev, sodelovanje, pretok informacij, opazovanje, poročanje, medsebojno informiranje, koordinator, načrtovanje.

KODA 8 - svetovanje

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- socioteapevtske pomoči individualna/družinska/partnerska/ skupinska
- pogovori z bolnikom/svojci/delodajalci/pari
- pomoč in podpora pri reševanju konfliktnih situacij
- ponovna vzpostavitev komunikacije med uporabniki in svojci
- svetovanje ali pouk za samopomoč in podporo uporabnikom v skupini

- psihosocialna podpora/svetovanje pacientom, svojcem, parom, družinam, skupinam
- zagovorništvo, krepitev moči, motivacija za aktivno reševanje aktualnih problemov
- pri izgubi najbližjih; ločitve; odhod od nasilneža; smrt najbližjih; različne odvisnosti motnje hranjenja, neuspehi v šoli; kronične duševne in telesne bolezni
- svetovalni razgovori in opravljanje socialnih storitev zaposlenih v ustanovi svetovanje pri kriznih situacijah
- svetovanje pri fizični zlorabi/nasilju/napadu/zasvojenosti

POJMI: svetovanje, podpora, izguba, posameznik, družina, skupine, bolezni, pogovor, pomoč.

KODA 9 – svojci in odnosi

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- omiliti stiske bolnikom/svojcem
- pridobivanje svojcev za dialog in sodelovanje
- raziskovanje družinske dinamike
- svetovanje pacientom/ svojcem s področja socialno varstvenih pravic, zakonodaje
- iskanje kontaktnih oseb
- sodelovanje s svojci
- težnja k vzpostavitvi komunikacije med svojci in pacientom
- mobilizacija družine in svetovanje
- nudenje psihosocialne pomoči družinam pri urejanju družinskih odnosov – pri soustvarjanju novega, drugačnega odnosa v partnerski in starševski vlogi
- vključevanje zdravih sorojencev v procese pomoči pri obravnavi in sprejemanju otroka s posebnimi potrebami v družini
- terensko delo v domačem okolju -opazovanje in nudenje pomoči družini z otrokom s posebnimi potrebami, kjer bo prepoznana vloga vsakega posameznega družinskega člana
- svetovanje svojcem-socialno ekološko načelo
- nudenje podpore in krepitev moči staršev pri prepoznavanju in sprejemanju težav otrok (odvisnost, duševne bolezni,.....)
- nudenje pomoči družinam, kjer se starši ločujejo, kjer se soočajo z brezposelnostjo, s finančno krizo

- sodelovanje in dogovarjanje s pristojnimi zunanjimi institucijami
- svetovanje in informiranje o obstoječih storitvah v zunanji mreži
- urejanje življenjskih razmer družin z otrokom s posebnimi potrebami

POJMI: družine, otroci, sorojenci, kontaktne osebe, družinska dinamika, mobilizacija družine.

KODA 10 - skupinsko delo

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- skupine zasvojenih z nedovoljenimi dogami
- različne edukacijske skupine
- skupine s starši
- skupine odvisnih staršev
- skupine alkoholikov

POJMI: skupine, edukacija, odvisnost, starši, otroci.

KODA 11 - skupnostna obravnava

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- sodelovanje in povezovanje z drugimi službami/institucijami
- spremljanje pacienta do drugega izvajalca storitev
- dogovarjanje o premestitvah (ogled, spremstvo, urejanje)
- vzpostavljanju socialne mreže pomoči
- vključitev v skupnostno obravnavo
- koordinacija služb
- organiziranje razgovora z odvisnim
- ohranjanje in skrb za vključenost posameznika
- medinstitucionalna koordinacija za ohranitev vključenosti pacienta
- pomoč pri uveljavljanju storitev
- pomoč pri vključevanju otroka v ustrezen zavod oz. izobraževano ustanovo (organiziranje ogledov, pogovor)
- vključitev v podporno mrežo v skupnosti

POJMI: podpora mreža, pomoč, vključitev, koordinacija služb, skupnostna obravnava.

KODA 12 - učenje socialnih veščin in podpora samostojnosti

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- načrtovanje ciljev, aktivnosti in postavljanje meja

- samospoštovanje , obvladovanje stresa
- trening veščin v sprejemanju odločitev, reševanju problemov
- asertivni trening
- pomoč in podpora pri dvigovanju ravni samostojnosti
- pomoč in podpora realizaciji poti v osamosvajanju
- pomoč in podpora učenju socialnih veščin
- pomoč pri uveljavljanju in zaščiti človekovih pravic
- podajanje lastne izkušnje so zdravljencem
- trening veščin v ustvarjalnem mišljenju, sprejemanju odločitev, motivaciji, organizaciji, načrtovanju, reševanju problemov
- delo s skupinami poleg vsebinske pomoči sodelujočim omogoča tudi socialno učenje in širše razumevanje pomena novih vedenj na obravnavanih področjih
- načrtovanje ciljev, aktivnosti in postavljanje mej

POJMI: veščine, asertivnost, organizacija, načrtovanje, cilji, aktivnost, pravice, samostojnost.

KODA 13 - bivalne razmere

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- ugotavljanje dejanskih bivanjskih razmer
- reševanje in urejanje stanovanjskih razmer
- pomoč pri iskanju stanovanja
- dovoza hrane na dom
- urejanje institucionalne namestitve/varstva
- sodelovanje pri premestitvi v dom, institucijo
- urejanje ustreznega bivalnega prostora in ustrezne pomoči, informiranje
- pomoči pri ureditvi pomoči na domu

POJMI: stanovanje, prostor bivanja, dom, institucija, pomoč na domu, dovoz hrane, urejanje.

KODA 14 - finance

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- reševanju stisk, povezanih s sredstvi za preživetje
- ocena finančne zmožnosti upravljanja, razvijanje strategij finančnega gospodarjenja in dohodkovne podpore

POJMI: sredsva, preživetje, upravljanje, gospodarjenje, podpora, dohodek.

KODA 15 - delovno področje

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- pomoči pri iskanju ustrezne zaposlitve
- nasveti in podpora glede zaposlenosti/brezposelnosti/primernosti možnosti zaposlitve
- trening poklicnih veščin
- svetovanje in pomoč pri šikaniranju in izkoriščanju na delovnem mestu, izgubi službe

POJMI: zaposlitev, brezposelnost, poklicne veščine, šikaniranje, izguba službe, svetovanje.

KODA 16 – preskrba

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- preskrba nujnih potrebščin (oblačila, obutev, prehranski paketi, vzmetnica)
- pomoč pri urejanju vsakodnevnih toplih obrokov
- preskrba izrednih finančnih sredstev
- donatorstva, akcije
- začasna bivališča

POJMI: hrana, vzmetnica, oblačila, topli obroki, začasna bivališča, finančna sredstva.

KODA 17 - druge dejavnosti

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- načrtovanje, organiziranje in izvajanje strokovnega izobraževanja, programov pripravništva, delovne prakse, raziskovalnega dela na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti
- organiziranje in izvajanje edukacijskih programov za področje socialnega dela
- načrtovanje in uvajanje novih postopkov socialnega dela
- edukacija, mentorstvo zdravnikov specializantov, študentom Fakultete za socialno

delo, Fakultete za zdravstvene vede, Fakultete za psihologijo

- opravljanje pedagoškega dela
- seznanjanje širše javnosti (pomen socialne službe, naloge, pristojnosti, možnosti,..)
- supervizija
- primarna, sekundarna in terciarna preventiva na področju zasvojenosti z nedovoljenimi drogami in duševnega zdravja, ki je usmerjena v aktualno okoljsko problematiko
- predavanja in strokovno vodenje okroglih miz, naravoslovnih dni, izbirnih vsebin na osnovnih in srednjih šolah, v dijaških domovih, strokovnim delavcem (CSD, ZRSZZ, pedagoškim delavcem...)
- sodelovanje pri organizaciji na strokovnem posvetu (« Z znanjem v boj proti drogam«, Maribor) in aktivna udeležba na njem ter aktivna udeležba na mednarodnih konferencah IHRA
- aktivno članstvo v koordinaciji vseh dejavnih na področju brezdomstva
- organizacija preventivnega tedna v boju proti odvisnosti v mesecu novembru
- destigmatizacija v medijih, v sodelovanju z zaposlenimi v različnih institucijah

POJMI: mentorstvo, raziskovanje, preventiva, mediji, destigmatizacija, supervizija, javnost.

KODA 18 - sodelovanja

(KODIRNA ENOTA 1 - naloge / vsebine dela)

- sodelovanje s Centri za socialno delo, zavarovalnicami, šolami, veleposlaništvu, ministrstvi, policijo, patronažno službo, socialno varstvenimi zavodi, upravnimi enotami, pogrebnimi podjetji, Hospic
- povezovanje s strokovnimi ustanovami (razvojne ambulante, vrtci, šole, CSD, nevladne organizacije, društva, policija, zdravstvene ustanove – predšolski, šolski dispanzerji, razvojne ambulante, bolnišnice, zavodi, društva....)
- zbiranje podatkov v okolju
- vključevanje v aktivnosti, programe in stanovanjske skupine nevladnih organizacij
- vključevanje v posebne socialnovarstvene zavode, domove, varne hiše, materinske domove, zavetišče, krizne centre, mladinske domove,.....
- koordinacija in vključevanje v visokopražne in nizkopražne programe zdravljenja

odvisnost...

- varuh človekovih pravic, zastopnik bolnikovih pravic, inšpekcijske službe
- svetovanje svojcem in pacientom glede namestitve, urejanje skrbništva za poseben primer, sodelovanje z zunanjimi službami, pridobitev in posredovanje potrebne dokumentacije, reševanje ogrožajočih razmer
- vključevanje v aktivnosti, programe in stanovanjske skupine nevladnih organizacij
- vključevanje v posebne socialnovarstvene zavode, domove, varne hiše, materinske domove, zavetišče, krizne centre, mladinske domove,..
- ustanove, ki omogočajo nadaljnjo socialno in zdravstveno oskrbo ali rehabilitacijo (informiranje, pogovor o njih; vloge za sprejem)
- vključevanje v nevladne organizacije
- vključevanje koordinatorjev skupnostne skrbi na terenu
- vključevanje koordinatorja nadzorovane obravnave
- vključevanje patronažne službe, CSD, AA skupine, KZA skupine
- pomoč pri vključevanju v psihoterapevtske obravnave izven PB
- sodelovanje v multidisciplinarnem teamu na Odd. za nevrološke bolezni
- obravnava bolnikov s Parkinsonovo boleznijo ter njihovih svojcev

POJMI: bolniki, svojci, CSD, skupine, NVO, vrtci, šole, bolnice, sodelovanje, zavarovalnicami, šolami, veleposlaništvi, ministrstvi, policijo, patronažno službo, socialno varstvenimi zavodi, upravnimi enotami, pogrebnimi podjetji, Hospic, idr.

KODIRNA ENOTA 2 - doprinos socialnega dela

*KODA 1 - ugled ustanove, boljše počutje pacientov, svojcev
(KODIRNA ENOTA 2 - doprinos socialnega dela)*

- zadovoljni pacienti
- skrajšanje ležalne dobe
- zmanjšanje števila hospitalizacij
- zmanjšanje števila namestitev v institucionalno varstvo
- ohranjanje samostojnosti v domačem okolju
- aktivacija pomoči znotraj obstoječe socialne mreže
- zgodnja detekcija "kritičnih točk" v procesu zdrsa
- preprečevanje izjemne revščine
- preprečevanje recidiva, vzpostavitev nadzora nad svojim življenjem
- destigmatizacija uživalcev drog
- preprečevanje družinske drame, ob odkritju zlorabe drog
- članstvo, vključenost
- podpora in zagovorništvo, motivacija
- dati občutek varnosti bolnikom in svojcev v domačem okolju
- ohranjanje samostojnega življenja
- manj dekompenzacij svojcev
- razbremenitev svojcev
- izboljšana komunikacija
- kvalitetnejši odnosi v družini
- kakovostni medsebojni odnosi
- izboljšana kvaliteta življenja pac/svojcev
- majn stisk pacienta in svojcev zaradi urejanja v domačem okolju, ker niso sami
- razbremenitev družinskega proračuna

POJMI: odnosi, kakovost življenja, družina, razbremenitev, članstvo, vključenost, podpora in zagovorništvo, motivacija, samostojno življenje, zadovoljni pacienti, ugled ustanove, manj in krajše hospitalizacije, razbremenitev svojcev, sistema, sodelavcev.

KODA 2 - koristnost v sodelovanju za sodelavce v timu
(KODIRNA ENOTA 2 - doprinos socialnega dela)

- seznanjenost tima
- hitro, učinkovitejše celostno sodelovanje s člani tima in zunanji službami
- celovita timska obravnava
- preprečitev oškodovanja uporabnikov (spoštovanje človekovih/pacientovih pravic, premoženjska škoda)
- kvalitetnejša multidisciplinarna obravnava
- večja kakovost celotne oskrbe
- prispevek k izboljšanju kakovosti življenja po odpustu
- dobro poznavanje bolnika, njegovih potreb
- seznanjenost ostalih članov tima s potekom socialne obravnave uporabnika
- hitrejše, učinkovitejše, celostno sodelovanje s člani tima in zunanjo službo
- manjša obremenjenost drugih zdravstvenih in strokovnih služb
- pomoč pri reševanju problemov
- povezava z zunanji službami, NVO, idr.
- hitrejše pridobivanje mnenj
- pridobivanje povratne informacije
- zagotavlja prvi socialni stik s svojci in bolniki, ki je v bolnišnici bistvenega pomena in se ga ne da ovrednotiti materialno, pač pa predvsem in zgolj z etičnega vidika
- boljši pogoji za vzdrževanje zdravja
- ustrezne pomoči, hitrejša realizacija
- zmanjšanje možnosti za poslabšanje bolezni
- urejeni pogoji bivanja skrajša ležalno dobo pacientov
- zmanjšano število ponovnih hospitalizacij
- informiranost omogoči boljšo kvaliteto bivanja po zaključenem zdravljenju
- obveščenost in lažji dostop do storitev
- dvig kvalitete bivanja pacientov, svojcev, razbremenitev, krajšanje prostega časa
- pomoč pri reševanju socialnih težav velikokrat zmanjša bolezenske simptome in bistveno pripomore v procesu zdravljenja
- starši dobijo vse informacije takoj in lahko začnejo takoj reševati socialne probleme, ki bodo izboljšali tudi zdravstveno stanje;

- prevzamejo aktivno vlogo reševanja njihove aktualne stiske/situacije
- s tem bistveno olajšamo delo pedopsihiatrov in ostalih terapevtov, ki se ukvarjajo (zdravijo) z zdravstvenim stanjem pacientov
- najbolj bistveni del je, da zdravnik zdravi, socialni delavec pa pomaga pri reševanju socialnih okoliščin ali težav, ki so povzročile ali poslabšale zdravstveno stanje pacienta
- mi zberemo informacije in se povežemo z zunanjimi institucijami, podatke posredujemo, skupaj (timsko) iščemo rešitve, ki jih predstavimo staršem in ostalim terapevtom
- omogočanje medsebojnega informiranja, svetovanja, kvalitetnejšega profesionalnega dela/razvoja
- omogočanje dostopa do storitev tistim, ki sami ne bi prišli
- preventiva, zgodnejše prepoznavanje stisk
- pomoč pri reševanju socialnih težav velikokrat zmanjša bolezenske simptome in bistveno pripomore v procesu zdravljenja
- zdravljenje medosebnih, čustvenih itn. vsebin, kar dodaja k bolj celostni obravnavi
- informiranost
- optimalno pomoč otrokom s posebnimi potrebami z vključitvijo vseh obstoječih resursov
- hitrejše ukrepanje in hitrejša ustrezna obravnava otrok
- vključitev otroka v zanj ustrezen program, ki bo zagotovil oz. spodbudil optimalni razvoj
- pretok informacij, ki zagotavlja boljše rezultate dela vseh vključenih v zdravljenje in terapevtsko-diagnostično obravnavo
- lažje načrtovanje ustreznih diagnostičnih postopkov
- izmenjava ključnih informacij glede obravnave pacienta
- lažje načrtovanje in opredelitev nalog
- hitrejše in lažje soočanje s težavami in posledično bolj učinkovita pomoč
- realna slika potreb v okolici in obstoječih resursov pomoči

POJMI: tim obravnava, multidisciplinarna obravnava, hitreje, lažje, celostno, lažje načrtovanje, informiranost, povezovanje služb, vključitev, obstoječi resursi, zagotovljeni rezultati, naloge.

KODA 3 - koristnost za družbo
(KODIRNA ENOTA 2 - doprinos socialnega dela)

- manj hospitalizacij
- krajše ležalne dobe
- preprečevanje nasilja
- preprečitev brezdomstva
- preprečevanje nomadstva
- preprečevanje ponovnega neustreznega ravnanja
- preprečevanje oškodovanja posameznika ali družine
- preprečitev življenjsko ogrožajočih situacij
- ravnanje v skladu z zakoni
- prispevek k izboljšanju zdravstvenega stanja pacienta
- manj socialno psihičnih stisk
- čustvena stabilnost bolnikov in svojcev
- dostojanstveno zadnje slovo tistih, ki nimajo nikogar
- manj poslabšanj kroničnih bolezni
- pomoč družini in pacientom pri premostitvi trenutnih ovir
- vrnitev pacienta v delovno okolje
- zmanjšanje sankcij v delovnem okolju
- preprečitev poslabšanja zdravstvenega stanja, odsotnost z dela in hospitalizacij
- krepitev moči posameznika in družinskih članov za samostojno življenje
- preprečevanje ogrožanja lastnega ali drugega življenja, zdravja ali povzročanja hude premoženjske škode sebi ali drugim
- manj posredovanj policije in kazenskih ukrepov
- aktivacija pomoči znotraj obstoječe socialne mreže
- izboljšana/zvišana kvaliteta življenja pacienta in njegovih družinskih članov
- zmanjšanje št. nastanitev v institucionalno varstvo
- prevzemanje odgovornosti za lastno življenje
- okrepljen, samostojen, produktiven uporabnik
- razrešitev pacientove problematike v vseh sferah življenja

- zmanjševanje socialnih problemov in finančnih težav
- zviševanje natalitete
- ustrezna izobrazba bolnika in svojcev na življenje z bolnikom po odpustu iz bolnišnice
- seznanjenost pomenom in vlogo socialnega dela v družbi
- preprečitev/zmanjšanje stigmatizacije s strani družbe, v okolju
- poskrbljeno je za potrebe bolnikov in svojcev
- ozaveščenost in lažji dostop in uporaba storitev varuh čl. Pravic, idr.
- prispevek k razvoju socialnega dela
- ustrezne namestitve posameznikov z težko in neustrezno družinsko situacijo zmanjšujejo kasnejšo potrebo po uporabi "služb pomoči" (psihijatrija, sociala)
- učinkovita in hitra pomoč, svojci dobijo ustrezne informacije v zvezi z pravicami, ki jih lahko uveljavljajo zaradi hudo bolnega, poškodovanega otroka ali odraslega (bolniški stalež,...)
- aktivno sodelovanje pri spreminjanju različnih zakonodajnih področjih glede na pobude stroke, društev, staršev
- hitrejše ukrepanje in hitrejša ustrezna obravnava pomaga pri reševanju socialnih okoliščin ali težav, ki so povzročile ali poslabšale zdravstveno stanje pacienta
- zagotovitev pomoči na domu ali institucionalno varstvo zagotavlja učinkovito rešitev pred nadaljnjimi zapleti in stroški (zdravstvo, sociala) predvsem v primerih starejših ljudi in brezdomcev
- bodoči zdravniki in drugi strokovnjaki spoznajo sistem pomoči v državi, vrste institucij, oblike pomoči, idr.
- racionalizacija pri postopkih in napotitvah na ustrezne institucije
- razbremenitev državnega proračuna

POJMI: razbremenitev, racionalizacija, aktivno sodelovanje, manj brezdomstva, hospitalizacij, nomadstva, bolniških, manj iskanja služb pomoči, informiranost, ustrezno, hitro, preprečitev.

KODIRNA ENOTA 3 - veščine socialnih delavk

KODA 1 - strokovne veščine

(KODIRNA ENOTA 3 - veščine socialnih delavk)

- poznavanje metod in načel socialnega dela
- socialni vidiki posameznikove problematike
- pravno znanje iz področja zdravstva, socialnega varstva, poznavanje zakonodaje spremljanje in primerov iz prakse
- pridobivanje ustreznih podatkov, pravi postopki za urejanje
- poznavanje storitev, usmerjanje na ustrezno pomoč
- poznavanje možnost koriščenja storitev znotraj zdravstvenega sistema
- krepimo tudi ugled bolnišnice navzven
- poznavanje narave bolezni
- dobro poznavanje zdravstvene problematike
- poznavanje narave dela posamezne zdravstvene službe
- odpovedati se temu, da ne verjamemo
- spretnosti dokumentiranja, pisanja, poročanja, evalvacija, znanstvenega in osebnega praktičnega raziskovanja prakse
- svetovanje, pogovor, poslušanje, informiranje
- upoštevanje etike socialnega dela

POJMI: poznavanje, odpovedati se, svetovanje, pogovor, poslušanje, informiranje, poznavanje storitev, usmerjanje na ustrezno pomoč, metode pomoči, socialna problematika, poslušanje.

KODA 2 – timske veščine

(KODIRNA ENOTA 3 - veščine socialnih delavk)

- sposobnost timskega dela
- sposobnost koordinacije med člani tima
- sposobnost pogajanja
- zbiranje in posredovanje informacij v timu
- spretnosti ocenjevanja bolnikovega stanja
- komunikacijske veščine
- soustvarjanje rešitev

- razumevanje bolnikove problematike ter njegovih svojcev
- povezovanje s člani tima
- povezovanje zunaj ustanove
- poznavanje vsebine prispevka posameznega strokovnega sodelavca iz tima za primer njegove odsotnosti

POJMI: tim, povezovanje, komuniciranje, član, odnos, spretnosti, razumevanje, posredovanje.

KODA 3 - osebne lastnosti

(KODIRNA ENOTA 3 - veščine socialnih delavk)

- čustvena stabilnost, fleksibilnost, veselje do dela
- natančnost, doslednost, ažurnost
- sposobnost empatije-vživljanja v stiske drugih
- občutek za realnost, sodelovanje, iznajdljivost, zanesljivost
- antidiskriminatorna usmerjenost
- pozitiven odnos do sebe, drugih, spoštovanje človekovih pravic
- jasno sprejemanje odgovornosti
- opolnomočenje, krepitev moči
- prepoznavanje in konstruktivno reševanje problemov
- omogočiti uporabnikom vpliv na reševanje problemov
- zastavljanje ciljev in reševanje le teh
- pomoč uporabnikom za doseganje kakovostnega življenja
- možnost vključevanja udeleženi v problemu
- konstruktivno poslušanje, organizacijske sposobnosti, komunikativnost
- želja po inovativnosti, znanju, raziskovanju

POJMI: čustva, natančnost, realnost, komunikativnost, spretnost, fleksibilnost, sposobnost.

5.korak - oblikovanje kategorij

Pojme smo primerjali in združevali v kategorije, ki so osnova za odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Kategorije na osnovi kodiranja vsebin intervjuvancev

KATEGORIJA	NAZIV
KATEGORIJA 1	prostor dela in sodelovanja socialnih delavcev v zdravstvu oz. svet pacienta
KATEGORIJA 2	povezovanje, sodelovanje, dogovarjanje
KATEGORIJA 3	metode dela
KATEGORIJA 4	besede, ki jih za postopke najpogosteje uporabljajo socialne delavke
KATEGORIJA 5	prispevek oziroma doprinos socialnega dela v zdravstvu
KATEGORIJA 6	multidisciplinarna, timska obravnava je pravo mesto za socialno delo v zdravstvu in odgovor zdravstvenega sistema na najnovejše usmeritve in spoznanja
KATEGORIJA 7	področja, ki jih obravnavajo socialne delavke v zdravstvu

KATEGORIJA 1: Prostor dela in sodelovanja socialnih delavcev v zdravstvu oz. svet pacienta

bolnišnica, zdravstveni dom, inštitut, prostor bivanja, dom pacienta, stanovanjske skupnosti, dnevni centri, šole, vrtci, veleposlaništva, ministrstva, policija, patronažna služba, socialno varstveni zavodi, upravne enote, pogrebna podjetja, Hospic, CSD, ZZZS, ZRSZZ, ambulante, dispanzerji, multidisciplinarni timi, paliativna oskrba, koordinacije na področju brezdomstva, centrov za odvisnost od nedovoljenih drog, terapevtske skupine, skupnost, NVO, sodišča, policij, sovrstniki, zapori, občine, stanovanjski sklad, komisije, humanitarne organizacije, karitativne organizacije, terapevtske skupnosti, skupine za samopomoč, varuh človekovih pravic, zastopnik bolnikovih pravic, inšpekcijske službe, mediji;

KATEGORIJA 2: Povezovanje, sodelovanje, dogovarjanje

Pacient, svojci, pari, družine, otroci, zdravstveni sodelavci, strokovni delavci drugih institucij, delodajalci, novinarji, predstavniki oblasti mestne občine, krajevne skupnosti in drugi;

KATEGORIJA 3: Metode dela

- Socialno delo s posameznikom, intervju,
- Socialno delo z družino,
- Vzpostavitev socialno delavskega odnosa in vodenje socialno delovnega razgovora
- Preskrba posamezniku, paru, družini, svojcem, pomembnim drugim
- Socialno delo v skupini
- Skupnostno socialno delo
- Informiranje posameznika, para, družine, svojcev, pomembnih drugih
- Dodajanje moči / opolnomočenja, krepitev moči, zagovorništva, perspektive moči
- Timsko delo
- Multidisciplinarno delo, koordinacija, organiziranje
- Predavanja
- Mentorstvo
- Raziskovanje

KATEGORIJA 4: Besede, ki jih za postopke najpogosteje uporabljajo socialne delavke

Angažiranost, avtonomija, blaženje, čustva, članstvo, človek, destigmatizacija, dezinstitutionalizacija, dodajanje, informiranje, iskanje, izobraževanje, kakovost, komunikacija, koordinacija, krepitev moči, kvaliteta, možnosti, moč, manj, multidisciplinarno, načrtovanje, namestitev, obravnava, ohranjanje, ocena, opolnomočenje, oskrba, paliativa, perspektiva, preprečitev, preskrba, povezovanje, podpora, poslušanje, pogovarjanje, pomoč, prispevek, pristop, prostor, rešitve, sposobnost pogajanja, svojci, svet, sodelovanj, svetovanje, soustvarjanje, seznanjenost, smrt, tim, urejanj, vključenost, vključevanj, zagotovit, zagovorništvo, zdravje, zbiranje, zmanjševanje, znanje, življenje;

KATEGORIJA 5: Prispevek oziroma doprinos socialnega dela v zdravstvu

KATEGORIJA 6: Multidisciplinarna, timska obravnava je pravo mesto za socialno delo v zdravstvo in odgovor zdravstvenega sistema na najnovejše usmeritve in spoznanja

KATEGORIJA 7: Področja, ki jih obravnavajo socialne delavke v zdravstvu